



**PENERAPAN STABILISASI PSIKOLOGIS DENGAN TEKNIK
RESOURCE DEVELOPMENT AND INSTALLATION (RDI)
PADA ANAK DENGAN TRAUMA PADA MASA
PERKEMBANGAN**

*Application of Psychological Stabilization Using Resource Development and
Installation (RDI) in Children with Developmental Trauma*

TESIS

Andria Charles

1006795996

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI
KEKHUSUSAN PSIKOLOGI KLINIS ANAK
DEPOK, AGUSTUS 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENERAPAN STABILISASI PSIKOLOGIS DENGAN TEKNIK
RESOURCE DEVELOPMENT AND INSTALLATION (RDI) PADA ANAK
DENGAN TRAUMA PADA MASA PERKEMBANGAN**

*Application of Psychological Stabilization Using Resource Development and
Installation (RDI) in Children with Developmental Trauma*

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Profesi Psikologi

Andria Charles
1006795996

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI MAGISTER PROFESI PSIKOLOGI
KEKHUSUSAN PSIKOLOGI KLINIS ANAK
DEPOK, AGUSTUS 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi/Tesis/Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Andria Charles

NPM : 1006795996

Tanda Tangan :

Tanggal : 8 Agustus 2012



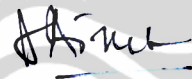
HALAMAN PENGESAHAN


Tesis ini diajukan oleh:


Nama : Andria Charles
NPM : 1006795996
Program Studi : Psikologi
Judul Tesis : Penerapan Stabilisasi Psikologis dengan Teknik *Resource Development and Installation* (RDI) pada Anak Dengan Trauma pada Masa Perkembangan


Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Profesi pada Program Studi Klinis Anak Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Dra. Tri Iswardani A. M.Si. ()
NIP: 1957010319850320001

Pembimbing 2 : Mita Aswanti M.Si., Psi ()
NUP: 0808050302

Penguji 1 : Prof. Dr. Ediasri Toto Atmodiwirjo ()
NIP: 13020296600

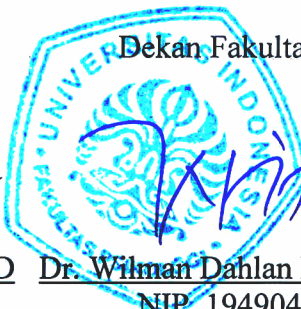
Penguji 2 : Lia M. Boediman, M.S.C.P., Psy. D ()
NUP: 081003005

Ditetapkan di Depok
Pada Tanggal 8 Agustus 2012

Ketua Program Studi Psikologi Profesi
Fakultas Psikologi UI,

Dekan Fakultas Psikologi UI,







Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A., Ph.D
NIP. 195103271976032001

Dr. Wilman Dahlan Mansoer M. Org. Psy.
NIP. 194904031976031002

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunianya hingga saat ini sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini tepat waktu. Penghargaan terbesar saya berikan kepada kedua orangtua, kakek, nenek, ke enam adik dan seluruh anggota keluarga lain yang selalu memberikan semangat, dorongan, doa dan penghiburan sepanjang saya menjalankan studi ini. Selain kerja keras dan usaha saya, terselesaikannya tesis dan studi ini tentu tidak terlepas dari bantuan dan dukungan banyak pihak. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- Ibu Dra. Tri Iswardani A. M.Si dan Mita Aswanti M.Si., Psi. selaku pembimbing yang menyisihkan waktu berharganya untuk mengarahkan saya menyelesaikan tesis ini.
- Ibu Dra. Dini P. Daengsari, M.Si atas dukungan moril dan arahnya selama ini.
- Kepada seluruh staf pengajar bagian Magister Profesi Klinis anak, terutama kepada Ibu L.S.Y.Savitri, M.Psi., Mita Aswanti M.Si., Psi., Ibu Dra. Fenny Hartiani, M.Psi., dan ibu Dra. Tri Iswardani A. M.Si yang telah berbagi ilmu praktis dan teoritis dalam menangani kasus-kasus klinis anak.
- Kepala Puskesmas Sukma Jaya Depok dan para staf yang telah membantu selama masa intervensi di puskesmas.
- Lorentius Galuh Saputra yang senantiasa memberikan dukungan, pengertian, kesabaran hingga bantuan teknis sepanjang studi ini *“I always have the best: Love, God, Story”*
- Sahabat-sahabat yang senantiasa memberi dukungan dan semangat baru dalam setiap pertemuan dengan mereka: Dita, Didi, Feli, Itha, Lasia, Mitzi, Nova, Pusda, *“Terima kasih untuk cerita kita yang berbumbu canda, tawa, hingga air mata”*
- Teman-teman KLA 11 yang menjadi keluarga dan sahabat baru: Mila, Monik, Susan, Uthe. Teman yang senantiasa membantu, memotivasi, berbagi cerita dan pengetahuan: Belinda, Devi, Yayang, Hegar, Sishi, Mba Nia, Indah, Yomi, Ola dan Nuri yang telah berjuang bersama hingga detik-detik terakhir *“Sukses untuk kita semua”*.
- Klien tesis dan orangtua yang telah meluangkan waktunya dan membantu saya menyelesaikan pendidikan Magister ini.

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andria Charles
NPM : 1006795996
Program Studi : Magister Profesi Psikologi Klinis Anak
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Penerapan Stabilisasi Psikologis Dengan *Teknik Resource Development and Installation* (RDI) pada Anak Dengan Trauma pada Masa Perkembangan”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 8 Agustus 2012
Yang menyatakan



(Andria Charles)

ABSTRAK

Nama : Andria Charles
NPM : 1006795996
Program Studi : Psikologi Klinis Anak
Judul Tesis : Penerapan Stabilisasi Psikologis dengan Teknik *Resource Development and Installation* (RDI) pada Anak dengan Trauma pada Masa Perkembangan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas *Resource Development and Installation* (RDI), sebagai tahapan stabilisasi psikologis pada anak usia 9 tahun yang mengalami trauma pada masa perkembangan. Penelitian dilakukan dalam empat sesi yang setiap sesinya berlangsung selama 60 menit. Teknik RDI diterapkan guna mengaktifasi perasaan aman dan sumber daya positif pada anak. Hasil dari penelitian menunjukkan kemampuan partisipan dalam mengembangkan perasaan aman. Partisipan menunjukkan perubahan perilaku yang terlihat dalam pengukuran Child Behavior Checklist (CBCL) sebelum dan sesudah intervensi.

Kata kunci:

Stabilisasi psikologis, *Resource Development and Installation* (RDI), trauma pada masa perkembangan

ABSTRAK

Name : Andria Charles
NPM : 1006795996
Study Program : Clinical Child Psychology
Thesis Title : *Application of Psychological Stabilization Using Resource Developmental and Installation (RDI) in Children with Developmental Trauma*

This study aims to determine the effectiveness of Resource Developmental and Installation (RDI) technique as a psychological stabilization in 9-years-old child with developmental trauma. The study was done in a total of 4 sessions with each session runs for 60 minutes. RDI protocols served as activating agent in order to activate positive resources. The results of the intervention program show positive results. The participant was able to successfully develop a sense of security and gain positive resource. Participant indicates behavioral changes that were reflected in the Child Behavioral Checklist (CBCL) scores pre and post intervention.

Keywords:

Psychological stabilization, Resource Development and Installation (RDI), developmental trauma, trauma

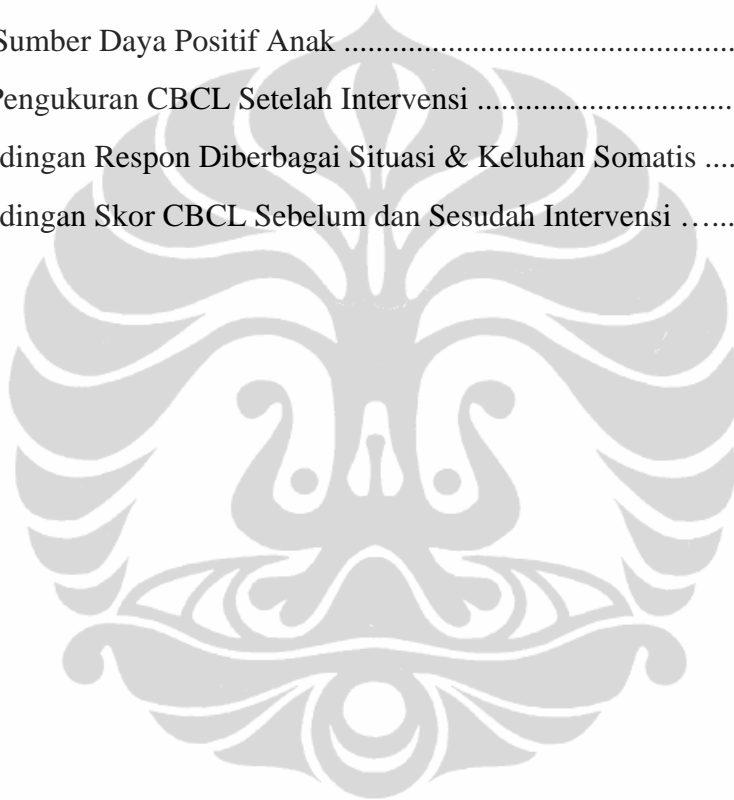
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Pertanyaan Penelitian	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Sistematika Penulisan	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Trauma Psikologis	12
2.1.1. Definisi Trauma Psikologis	12
2.1.2. Penanganan Trauma	12
2.1.3. Tipe Trauma	13
2.2 Trauma Pada Masa Perkembangan.....	14
2.2.1. Definisi Trauma Pada Masa Perkembangan.....	15
2.2.2. Simptom Trauma Pada Masa Perkembangan.....	15
2.2.3. Karakteristik Trauma Pada Masa Perkembangan.....	18
2.2.4. Dampak Trauma Pada Masa Perkembangan.....	19
2.3 Stabilisasi Untuk Trauma Pada Masa Perkembangan.....	20
2.4 <i>Adaptive Information Processing (AIP)</i>	21
2.5 <i>Resource Development and Installation</i>	22
2.5.1. Penerapan AIP dalam RDI	24
2.5.2. Prosedur yang dilakukan dalam RDI.....	25

3.	RANCANGAN PENELITIAN	
3.1	Desain Penelitian	27
3.2	Partisipan Penelitian.....	27
3.3	<i>History Taking</i>	27
3.4	Rancangan Tahapan Intervensi	29
	3.4.1. Persiapan	29
	3.4.2. Aktifasi Sumber Daya Positif Dengan RDI.....	30
	3.4.3. Evaluasi	31
3.5	Kriteria Keberhasilan Program	32
4.	PELAKSANAAN DAN HASIL INTERVENSI	
4.1	Gambaran Umum Pelaksanaan Intervensi	33
4.2	Rangkuman Hasil Intervensi	33
4.3	Evaluasi Program Intervensi	42
	4.3.1. Perbandingan Perilaku Sebelum dan Sesudah Intervensi	42
	4.3.2. Perbandingan Skor CBCL Sebelum dan Sesudah Intervensi	43
	4.3.3. Perbandingan Penilaian Diri sebelum dan setelah intervensi	44
5.	KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN	
5.1	Kesimpulan	45
5.2	Diskusi	46
5.3	Saran	49
	5.3.1. Saran Praktis	49
	5.3.2. Saran Teoritis	50
	DAFTAR REFERENSI	51

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Identitas Partisipan	24
Tabel 3.2	Hasil Pengukuran CBCL Awal	25
Tabel 3.3	Ringkasan Protokol	29
Tabel 4.1	Pelaksanaan Program Intervensi	30
Tabel 4.2	Rangkuman Sesi RDI	30
Tabel 4.3	Tabel Sumber Daya Positif Anak	31
Tabel 4.4	Hasil Pengukuran CBCL Setelah Intervensi	39
Tabel 4.5	Perbandingan Respon Diberbagai Situasi & Keluhan Somatis	39
Tabel 4.6	Perbandingan Skor CBCL Sebelum dan Sesudah Intervensi	41



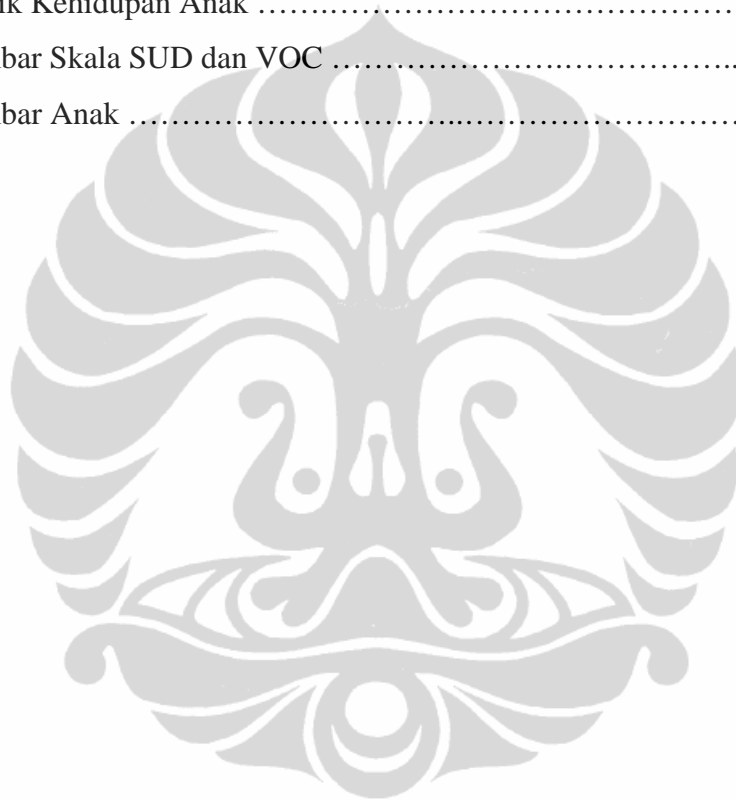
DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1	Skema Latar Belakang	9
Bagan 2.1	Skema AIP dalam Penanganan Trauma Psikologis.....	24



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Informed Consent	55
Lampiran 2	Protokol Pelaksanaan	57
Lampiran 3	Lembar Pencatatan RDI Anak	61
Lampiran 4	Instruksi Self/Calm Place	63
Lampiran 5	Instruksi Kontainer	64
Lampiran 6	Panduan Wawancara	65
Lampiran 7	Grafik Kehidupan Anak	67
Lampiran 8	Gambar Skala SUD dan VOC	68
Lampiran 9	Gambar Anak	69



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Komnas Perlindungan Anak, jumlah kasus kekerasan pada anak semakin meningkat. Data dari tahun 2007 hingga 2010 menunjukkan kenaikan baik dari kasus kekerasan fisik, seksual, maupun psikis. Pada tahun 2007 tercatat 341 kasus kekerasan fisik, 527 kasus kekerasan seksual dan 642 kasus kekerasan psikis, sementara itu pada tahun 2010 jumlah kasus kekerasan fisik meningkat menjadi 646 kasus, kekerasan seksual 926 kasus dan kekerasan psikis 841 kasus (www.komnaspa.or.id). Jumlah kasus di atas hanyalah sebagian kasus yang tercatat dan berhasil ditemukan oleh Komnas Perlindungan Anak. Permasalahan kekerasan dalam keluarga baik pada anak maupun terhadap pasangan masih dianggap tabu untuk diungkapkan maupun dilaporkan (Allen, 2005) sehingga sulit untuk diketahui angka pasti yang terjadi di lapangan. Meskipun demikian, semakin meningkatnya jumlah kasus kekerasan pada anak menunjukkan perlunya penanganan yang serius pada permasalahan ini.

Kekerasan seksual, kekerasan fisik, kekerasan emosi, penyiksaan, dan menyaksikan reaksi takut orangtua merupakan trauma pada anak (Cook, Blaustein, Spinazzola, & van der Kolk, 2003; van der Kolk, 2005; van der Kolk, 2009; Mannes, Nordanger, & Braarud, 2011). Trauma yang dijelaskan di atas adalah trauma yang biasanya berulang atau terjadi secara kontinyu (Schiraldi, 2009). Trauma kronis dan terjadi terus menerus/berulang dikenal sebagai trauma yang kompleks (Mannes at. al., 2011). Trauma yang kompleks pada umumnya berupa pengalaman traumatis secara berulang atau berkepanjangan dan sering kali terjadi karena ulah manusia.

Trauma yang kompleks pada anak-anak memberikan berbagai dampak buruk bagi perkembangan fisik, psikologis, kesehatan maupun perkembangan otak (van der Kolk, 2005; van der Kolk, 2009; Mannes at.al. 2011, Vaccaro & Lavick, 2008) serta mempengaruhi kondisi emosi dan membuat anak sulit mengembangkan perasaan aman (Allen, 2005). Pada umumnya trauma yang kompleks terjadi karena adanya intensi langsung dari manusia. Trauma yang

disebabkan manusia menyebabkan dampak jangka panjang yang buruk terhadap munculnya penilaian negatif terhadap diri sendiri (saya tidak berharga, saya tidak penting, saya gagal, tidak ada yang menyayangi saya) (Schiraldi, 2009; Vaccaro & Lavic, 2008).

Saat ini trauma yang kompleks pada masa anak-anak merupakan salah satu isu yang menjadi sorotan dalam bidang traumatologi dan perkembangan (van der Kolk & Pynoos, 2009). Hasil penelitian dan temuan mengenai trauma yang kompleks pada anak menggerakkan para peneliti dan terapis dibidang trauma dan perkembangan membuat konsensus untuk penegakan diagnosa trauma pada masa perkembangan/*developmental trauma* (van der Kolk & Pynoos, 2009; van der Kolk, 2005). Dari kasus trauma pada anak, terutama kasus trauma yang kompleks tampak beragam permasalahan yang belum dapat terangkum secara tepat dalam DSM-IV-TR. Pada beberapa kasus, perkembangan kondisi anak menunjukkan gejala *post traumatic stress disorder* (PTSD). Diagnosa PTSD saat ini belum cukup mampu menggambarkan kondisi anak dengan trauma yang kompleks secara utuh. Pengalaman trauma pada masa perkembangan mencakup permasalahan pengasuhan yang tidak adekuat, pengalaman merasa terhina, malu maupun diacuhkan, dimana hal tersebut tidak termasuk dalam kriteria A1 pada penegakan diagnosa PTSD. Oleh karena itu kriteria diagnosa trauma pada masa perkembangan diajukan untuk membantu penegakan diagnosa yang lebih tepat, sehingga rancangan penanganan dan penelitian mengenai efek trauma pada masa perkembangan dapat dilakukan secara komprehensif (van der Kolk & Pynoos, 2009).

Trauma pada masa perkembangan merupakan kondisi dimana anak mengalami atau menyaksikan berbagai trauma atau trauma yang berkepanjangan yang setidaknya berlangsung hingga satu tahun, dimulai dari usia anak-anak atau awal remaja. Trauma yang termasuk didalamnya adalah pengalaman langsung atau menyaksikan kekerasan antar individu yang berulang maupun kekerasan yang berat dan kegagalan mendapatkan pengasuhan yang dapat memberikan rasa aman karena terlalu sering berganti pengasuh utama, perpisahan berulang dengan pengasuh utama, atau terpapar pada kekerasan emosi yang parah/terus menerus

hingga mengakibatkan gangguan dalam area keberfungsian anak (van der Kolk & Pynoos, 2009).

Gambaran trauma pada masa perkembangan tampak pada kasus R. Ia merupakan anak laki-laki pertama dari tiga bersaudara. Saat ini ia berusia 9 tahun dan duduk di kelas 3 SD. Melalui hasil wawancara dengan anak dan orangtua diketahui bahwa R sudah terpapar pada pertengkaran, kekerasan fisik dan emosional semenjak balita hingga saat ini (ayah memukul, mendorong ibu, mengancam bunuh diri). Disamping menyaksikan ayah dan ibu bertengkar, R juga mendapatkan kekerasan fisik seperti dipukul dengan ikat pinggang oleh ayah atau dicubit oleh ibu. Selain kekerasan fisik, R juga memaknai adanya perlakuan berbeda dari nenek terhadap ia, adik dan saudara lain. Selain itu R juga pernah mendapatkan perlakuan tidak menyenangkan di sekolah (di hukum berdiri di depan kelas, ditarik jambangnya). Hal ini sejalan dengan penjelasan mengenai trauma pada masa perkembangan yang terjadi secara berulang dan berkepanjangan.

R tertekan menyaksikan pertengkaran orangtua yang sering berujung pada kekerasan fisik. Hal ini terlihat dari kondisi R yang duduk terdiam dipojok ruangan dan menangis apabila menyaksikan ayah dan ibu bertengkar. Pemaparan di atas menunjukkan bahwa semenjak balita R sudah banyak terpapar pada kekerasan fisik maupun emosional yang mendatangkan perasaan tidak nyaman baginya. Kekerasan yang berlangsung terus menerus atau berkepanjangan selama anak masih berada dalam usia yang muda hingga awal remaja tidak hanya menjadi pengalaman traumatis, namun juga menjadi trauma yang kompleks dengan dampak yang jauh lebih buruk. Trauma yang kompleks ditandai dengan banyak/berulangunya peristiwa traumatis sehingga menimbulkan efek kumulatif jangka panjang (van der Kolk, 2005) dan meningkatkan resiko sehingga mudah mengalami PTSD, maupun gangguan mental lainnya (van der Kolk & Pynoos, 2009).

Saat ini, R memiliki kesulitan untuk mengendalikan rasa marah sehingga ia menunjukkan reaksi yang berlebih dengan memukul ataupun melampiaskan kemarahannya dalam bentuk agresi verbal pada teman dan adik. Selain itu R juga masih gagal dalam mengatur dorongan fisik yang terlihat dari perilaku

mengompol pada saat tidur malam. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian mengenai anak-anak dengan trauma pada masa perkembangan yang menunjukkan kegagalan dalam menangani emosi yang ekstrim (takut, malu, marah), kegagalan dalam menangani dorongan fisik (makan, minum, tidur, pembuangan dsb), kurangnya kesadaran terhadap sensasi emosi maupun kondisi tubuh dan tidak mampu untuk menggambarkan perasaan maupun kondisi tubuh (van der Kolk & Pynoos, 2009).

R kurang memiliki keyakinan diri, yang terlihat pada saat pemeriksa menanyakan kesediaannya untuk menjalani terapi. Pada saat itu, R berkata ia bersedia namun ia tidak yakin ada yang bisa membantunya menjadi lebih baik. Hilangnya keyakinan diri merupakan salah satu konsekuensi negatif apabila anak mengalami trauma pada masa perkembangan atau trauma yang kompleks. Hal ini disebabkan pengalaman negatif yang terus menerus anak alami akan membuat anak menilai diri dan dunianya secara negatif (van der Kolk, Bowlby dalam Allen, 2005).

R memiliki banyak keluhan dalam simptom fisik. R sering merasa pusing, mual dan ingin muntah. Hampir setiap pagi sebangun tidur R akan mual dan terkadang hingga muntah. R juga mudah merasa lelah, sakit perut tanpa penyebab medis yang jelas, dan mengeluh sakit kepala. Kondisi stres akibat peristiwa negatif maupun trauma akan termanifestasi dalam keluhan fisik dan masalah kesehatan (Schiraldi, 2009; Allen, 2005).

Hasil pemeriksaan menunjukkan R memiliki cukup banyak simptom PTSD. Menurut van der Kolk dan Pynoos (2009) dalam kasus trauma pada masa perkembangan, anak menunjukkan adanya simptom PTSD, dan terkadang juga memenuhi kriteria PTSD. R mengeluh sering bermimpi buruk (ayah bunuh diri, keluarga mati, kuntil anak) dan akan terbangun beberapa kali pada malam hari. Pengalaman traumatis sering kali menyebabkan anak bermimpi buruk baik yang terkait dengan tema trauma maupun mimpi buruk yang tidak terkait secara langsung dengan pengalaman trauma (Schiraldi, 2009). Di sekolah R sering melamunkan orangtua dan menunjukkan tatapan mata kosong. R sering mengulang tema cerita mengenai pertengkaran orangtua, namun juga menunjukkan usaha untuk menghindari topik tersebut, R bahkan mengaku tidak mengingat semua

kejadian di kelas 1 SD. *Flashback* dan usaha menghindari pembicaraan mengenai topik terkait trauma, merupakan salah satu tanda bahwa peristiwa traumatis yang sudah terjadi pada masa lalu, masih mengganggu hingga kini (Schiraldi, 2009). Meskipun memenuhi kriteria PTSD, namun penegakan diagnosa PTSD tidak tepat dilakukan karena dari segi trauma yang dialami, trauma pada *developmental trauma* jauh lebih kompleks dan luas area cakupannya (van der Kolk & Pynoos, 2009). Dari ilustrasi masalah yang telah dipaparkan, *developmental trauma* lebih tepat dalam menggambarkan permasalahan pada kasus ini.

Permasalahan R saat ini, mempengaruhi beberapa area kehidupan R. Saat ini R memiliki motivasi yang rendah untuk belajar, sering terlihat melamun dan menunjukkan tatapan mata kosong. Sedangkan di rumah, ibu mengeluhkan bahwa R sering kali mengancam hingga memukul adik. Bahkan R dikeluhkan oleh tetangga karena memukul anak lain. Hal ini menunjukkan bahwa permasalahan yang R alami sudah mengganggu fungsi R baik di sekolah maupun di rumah.

Peristiwa traumatis tidak selalu akan berkembang menjadi gangguan. Usia kronologis dan kematangan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi bagaimana seseorang akan menghadapi peristiwa traumatis dalam hidupnya (Flannery, 1992). Namun seperti yang sudah dipaparkan sebelumnya, anak dengan kapasitas *coping* yang terbatas, serta kondisi dimana anak yang terpapar secara berulang atau terus menerus akan meningkatkan resiko berkembangnya permasalahan yang lebih luas pada anak (van der Kolk, 2005; van der Kolk & Pynoos, 2009, Cook et.al, 2003; Allen, 2005).

Dari paparan kondisi dan latar belakang R maka peneliti melihat adanya resiko prognosa permasalahan R ke arah yang negatif apabila tidak mendapatkan penanganan. Oleh karena itu peneliti merasakan perlunya pemberian intervensi untuk membantu R mengurangi simptom negatif yang muncul.

Dalam 20 tahun terakhir, penelitian dalam penanganan trauma berkembang secara drastis (Allen, 2005). Selain menggunakan pengobatan medis penanganan kasus trauma juga dilakukan dengan teknik *exposure* (Kring, Davison, Neale, & Johnson, 2007). Pemberian *exposure* dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi dan menghilangkan reaksi yang muncul pada peristiwa atau objek yang menimbulkan trauma. Melalui serangkaian penelitian dan

perbandingan, International Society for Traumatic Stress Studies mengakui *cognitive behavioral therapy* (CBT) dan *Eye Movement Desentization and Reprocessing* (EMDR) merupakan terapi yang memiliki bukti dasar yang cukup kuat dalam penanganan kasus trauma (DeAngelis, 2008).

Terdapat beberapa terapi untuk anak dengan trauma yang dikembangkan dari pendekatan CBT diantaranya adalah *trauma focused cognitive behavior therapy* (TF-CBT), dimana anak diminta untuk memfokuskan pada bagian penting/tertentu dari sebuah pengalaman traumatis kemudian terapis dan anak bekerja sama hingga akhirnya anak dapat mengubah pemikiran yang salah terkait trauma yang ia alami. CBT merupakan salah satu terapi yang digunakan pada kasus trauma pada anak dan menekankan pada modifikasi cara berpikir yang salah (*false belief*) terhadap pengalaman traumatis yang dialami anak (Wanders et. al., 2005).

Disamping CBT, EMDR diakui sebagai terapi yang memiliki efektifitas yang sama dalam membantu klien dengan permasalahan trauma (Shapiro, 1997; Shapiro, 2001; Smyth & Poole, 2002; Wheeler, 2007) namun menurut Lazarus, EMDR merupakan terapi dengan pendekatan yang komprehensif dan multidimensional yang juga memanfaatkan berbagai modalitas individu dalam mengolah berbagai aspek pengalaman (dalam Smyth & Poole, 2002) seperti aspek kognitif, emosi, maupun sensasi tubuh. Terapi EMDR menekankan pada pemrosesan informasi dari jejaring ingatan yang mengandung unsur gambar, sensasi, emosi, pikiran, suara serta kepercayaan (Shapiro, 2001). Meskipun memiliki tingkat efektifitas dan tingkat keberhasilan yang setara dengan CBT, EMDR dinilai lebih efisien dalam menangani kasus trauma (Smyth & Poole, 2002) dimana klien tidak perlu mengerjakan tugas diluar sesi terapi. Selain itu, keunggulan penggunaan EMDR adalah, klien tidak perlu menceritakan detail kejadian traumatis yang dapat memicu *distres* bagi klien. Selain itu segala ingatan dan persepsi klien valid untuk diproses terlepas dari realitas apakah kejadian tersebut benar atau salah (Shapiro, 2002).

Beberapa hasil penelitian pada terapi dengan EMDR menunjukkan bahwa klien dengan trauma menunjukkan perkembangan yang positif dengan sesi yang relatif lebih singkat (2-4 sesi) (Shapiro, 2001; Smyth & Poole, 2002, Soberman;

Tufnell; Fernandez; Jarero et.al.; Oras et.al. dalam Adler-Tapia & Settle, 2008) bahkan pada beberapa kasus simptom PTSD sudah sangat berkurang hanya setelah dilakukan satu sesi terapi (Shapiro, 2001; Smyth & Poole, 2002; Puffer et.al dalam Adler-Tapia & Settle, 2008). Meskipun dinilai cukup aman karena tidak adanya konfrontasi langsung terhadap materi traumatik namun pemrosesan kembali ingatan traumatis dapat memberikan efek emosional, fisik dan psikologis yang buruk apabila sumber daya positif/*resource* dan kemampuan *coping* klien belum cukup kuat (Leeds, 2010). Untuk mencapai kemampuan tersebut, klien dapat disiapkan dengan pemberian stabilisasi yang merupakan salah satu tahap/fase dalam penanganan trauma.

Prinsip dasar penanganan trauma terbagi dalam tiga fase yaitu fase stabilisasi, resolusi pengalaman traumatis, serta reintegrasi dan rehabilitasi (Janet dalam van der Hart et.al, 2000). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Korn dan Leeds juga menunjukkan bahwa peningkatan sumber daya (*resource*) dalam diri dapat membantu penurunan simptom hingga hilangnya simptom traumatis. Penanganan kasus trauma, terutama trauma yang kompleks harus ditekankan pada perasaan aman dan pemberian stabilisasi, sebelum dilakukan konfrontasi pada materi traumatis (Leeds, 2010; Schiraldi, 2009; Shapiro, 2001). EMDR juga menetapkan fase stabilisasi sebagai salah satu tahapan dalam terapi dengan tujuan untuk mengembangkan kemampuan mengatasi afek dan meningkatkan pemikiran positif yang akan membantu pada tahap-tahap selanjutnya.

Resource Development and Installation (RDI) merupakan salah satu prosedur stabilisasi psikologis dalam EMDR yang dilakukan dengan tujuan untuk membangkitkan *resource* positif pada anak maupun orang dewasa (Korn & Leeds, 2002). Dalam prosedur RDI anak juga akan belajar untuk menciptakan *safe place* yang digabungkan dengan *bilateral stimulation* sehingga akan meningkatkan perasaan tenang. Melalui RDI, ingatan akan hal positif tentang diri dibangkitkan dan dikuatkan hingga akhirnya dapat menggantikan pemikiran negatif dari pengalaman traumatis sebelumnya. Hal tersebut akan membantu anak merasa aman, mampu dan lebih tenang. Penggunaan RDI memberikan keuntungan karena meningkatkan ingatan positif/fungsional, bahkan pemberian RDI dapat membantu

untuk mengurangi gejala-gejala gangguan yang timbul akibat trauma (Korn & Leeds, 2002).

Melihat efektifitas dan efisiensi intervensi EMDR, maka peneliti menggunakan teknik *resource development and instalation* (RDI) sebagai fase stabilisasi psikologis untuk membantu mengembangkan perasaan aman dan meningkatkan sumber daya/*resource* positif. Teknik RDI dilakukan dengan pertimbangan bahwa dalam penanganan trauma pada masa perkembangan dan trauma kompleks, kapasitas dan pengalaman positif yang dapat dijadikan sumber daya/*resource* bagi anak masih terbatas (Shapiro, 2001). Pemberian RDI diharapkan dapat mengembangkan sumber daya /*resource* positif sehingga dapat meningkatkan rasa aman, kontrol diri sehingga membantu mengurangi simptom trauma pada masa perkembangan.

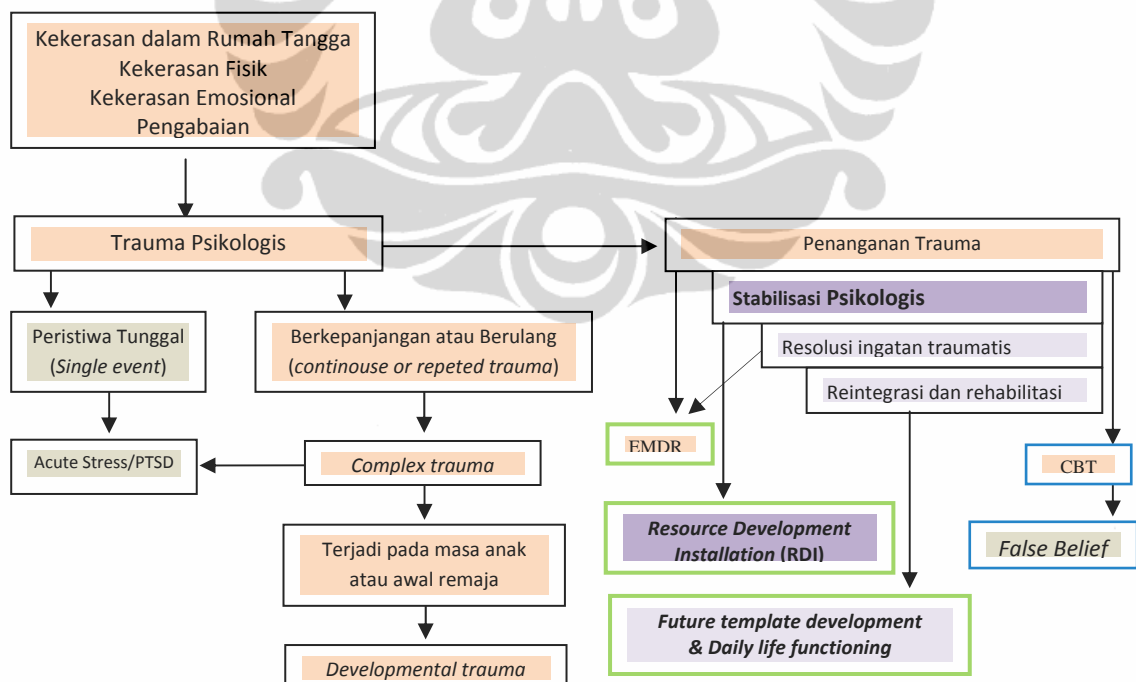
Terapi EMDR menggunakan model *Adaptive Information Processing* (AIP) dalam memandang permasalahan yang muncul akibat trauma dan mengaplikasikannya ke dalam proses terapi. Dalam model AIP dijelaskan bahwa setiap pengalaman akan diolah dan disimpan membentuk jejaring ingatan. Setiap manusia memiliki kemampuan untuk mengakses dan memproses ingatan-ingatannya menjadi lebih adaptif. Namun ketika seseorang mengalami pengalaman traumatis, pengalaman tersebut tidak terintegrasi dengan informasi lain (*blockage*) sehingga menyebabkan ketidakseimbangan dan menjadi awal munculnya permasalahan psikis maupun perilaku (Shapiro, 2008). Berjalannya sistem pemrosesan informasi dalam EMDR dapat terjadi dengan melakukan *bilateral stimulation* sehingga terjadi stimulasi pada otak bagian kiri dan kanan baik melalui *bilateral stimulation* berupa gerakan mata, ketukan, atau bunyi-bunyian. Penelitian menunjukkan bahwa ketika jejaring ingatan saling terhubung melalui pemrosesan kembali informasi, maka terbentuk *insight* dan integrasi dari informasi yang orientasinya lebih positif (Gauvreau & Bouchard, 2008).

Banyaknya pengalaman negatif serta pengalaman traumatis yang R alami, membuat R mudah menunjukkan reaksi berlebihan saat kembali terpapar pada kondisi yang membuatnya dapat teringat pada kejadian traumatis ataupun kejadian yang mendatangkan perasaan tidak nyaman. Sehingga pengalaman saat berebut mainan dengan saudara pada akhirnya membuat ia secara otomatis

memukul saudaranya. R menunjukkan reaksi langsung menangis dan berteriak saat tidak mendapat izin bermain. R juga sering kali bermimpi buruk, seperti dikejar setan atau orangtua bunuh diri. Kondisi R sejalan dengan penjelasan model AIP, dimana pengalaman traumatis atau peristiwa negatif yang tersimpan dan tidak berhasil diproses untuk membentuk jejaring ingatan yang adaptif sehingga membentuk *blockage*. Hal tersebut menyebabkan respon yang kurang adaptif dan otomatis karena anak mudah merasa tidak nyaman ketika terdapat stimulus dengan ciri yang mirip (sensasi, gambaran, suara, maupun tindakan) dengan pengalaman negatif. Kondisi tersebut membuat pengalaman negatif seolah-olah akan terulang.

Berdasarkan paparan di atas, maka disusunlah sebuah pernyataan tesis pada penelitian ini, yaitu “stabilisasi psikologis dengan teknik *Resource Development and Installation* (RDI) efektif untuk mengurangi simptom trauma pada masa perkembangan”.

Bagan 1.1 Skema Latar Belakang



1.2. Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah efektifitas pemberian stabilisasi psikologis dengan teknik *Resource Development and Installation* (RDI) dalam mengurangi simptom trauma pada masa perkembangan?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat apakah pemberian stabilisasi psikologis dengan teknik *Resource Development and Installation* (RDI) efektif dalam mengurangi simptom trauma pada masa perkembangan.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis maupun praktis.

1.4.1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dalam bidang psikologi mengenai penerapan stabilisasi dalam penanganan kasus anak yang mengalami trauma pada masa perkembangan.

1.4.2. Manfaat Praktis

Membantu klien untuk mengembangkan rasa aman dan stabilisasi sebagai fondasi awal untuk mengurangi reaksi trauma terkait dengan pengalaman-pengalaman negatif/traumatis anak.

1.5 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan penelitian ini adalah sebagai berikut:

Bab 1 Pendahuluan

Bab ini berisi latar belakang permasalahan yang diintegrasikan dengan gambaran kasus trauma pada masa perkembangan pada kasus yang ditangani, alasan penggunaan intervensi, pertanyaan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan.

Bab 2 Tinjauan Pustaka

Bab ini berisi ulasan mengenai teori-teori yang menjadi dasar dalam

penelitian ini, yaitu teori trauma psikologis, trauma pada masa perkembangan, fase stabilisasi penanganan trauma, *Adaptive Information Processing* (AIP) dan *Resource Development and Installation* (RDI).

Bab 3 Metode

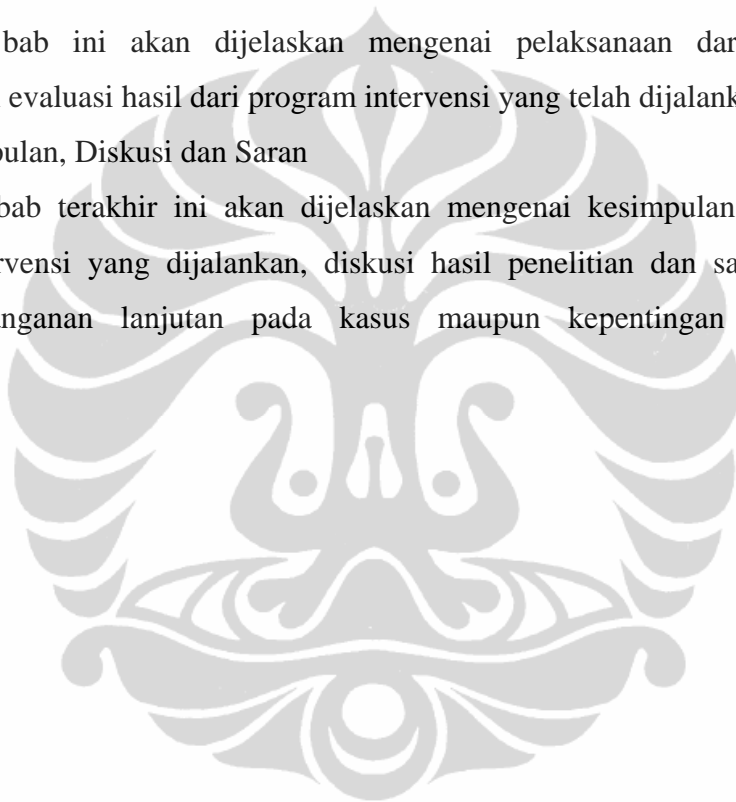
Pada bab ini akan dijelaskan mengenai desain penelitian, partisipan penelitian, rancangan pelaksanaan intervensi, serta kriteria keberhasilan intervensi.

Bab 4 Pelaksanaan dan Hasil

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai pelaksanaan dari program intervensi dan evaluasi hasil dari program intervensi yang telah dijalankan

Bab 5 Kesimpulan, Diskusi dan Saran

Pada bab terakhir ini akan dijelaskan mengenai kesimpulan dari hasil program intervensi yang dijalankan, diskusi hasil penelitian dan saran terkait dengan penanganan lanjutan pada kasus maupun kepentingan penelitian selanjutnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bagian tinjauan pustaka ini akan dibahas mengenai teori-teori yang menjadi landasan dalam penelitian ini, yaitu teori mengenai trauma psikologis, trauma pada masa perkembangan, stabilisasi psikologis, *Adaptive Information Processing* (AIP) serta *Resource Development and Instalation* (RDI).

2.1. Trauma Psikologis

2.1.1. Definisi Trauma Psikologis

Trauma psikologis anak merupakan ancaman fisik atau psikologis baik berupa penyerangan pada fisik anak, identitas diri, integritas, keselamatan maupun kelangsungan hidup anak atau orang yang signifikan bagi anak (Herman, 1992). *American Psychiatric Association* mendefinisikan trauma psikologis sebagai suatu peristiwa yang dapat mendatangkan bahaya atau menyebabkan kematian (perkelahian, pemerkosaan, menyaksikan kekerasan, bencana alam) kepada diri sendiri maupun orang lain dan memunculkan perasaan ketakutan, tidak berdaya, atau ngeri (APA, 2000). Sedangkan menurut Kira (2000) peristiwa traumatis merupakan peristiwa yang dapat bersifat subjektif, dimana peristiwa tersebut mendatangkan perasaan tidak berdaya dan *distress* baik bagi pihak yang mengalami maupun yang menyaksikan terjadinya peristiwa tersebut.

Dari pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa trauma psikologis merupakan peristiwa yang mendatangkan bahaya yang dapat mengancam keselamatan fisik, menyebabkan kematian, maupun mempengaruhi kondisi psikologis, identitas diri, dan integritas, baik pada anak maupun orang yang signifikan pada anak sehingga menimbulkan perasaan tidak berdaya, ketakutan atau ngeri. Dimana penghayatan terhadap peristiwa traumatis tersebut dapat berbeda antara individu yang satu dan lainnya.

2.1.2. Penanganan Trauma

Menurut van der Hart (2000), terapi atau pendekatan apapun yang akan diberikan untuk menyelesaikan permasalahan trauma sebaiknya melihat kembali

kesiapan klien dan memperhatikan fase-fase dalam penanganan trauma. Penanganan trauma terbagi dalam tiga fase (Janet dalam van der Hart, Seele, & Ford, 2000) yaitu stabilisasi, resolusi pengalaman traumatis serta reintegrasi dan rehabilitasi.

Ketiga fase di atas tidak selalu dilakukan secara berurutan. Meskipun sudah memasuki fase resolusi atau reintegrasi, namun apabila klien menunjukkan kesulitan meregulasi afek atau perasaan yang bangkit, maka terapis sangat dianjurkan untuk kembali lagi ke fase sebelumnya atau fase stabilisasi (Courtois dalam van der Hart, 2000). Karena itu, fase stabilisasi merupakan fase awal yang sangat penting dan menjadi modal dasar klien untuk menjalani fase lainnya.

2.1.3. Tipe Trauma

Peristiwa traumatis dapat dibagi berdasarkan jumlah kejadian maupun intensi terjadinya peristiwa tersebut. Dari jumlah kejadiannya menurut Lenore Terr (dalam Allen, 2005) peristiwa traumatis dapat berupa trauma yang hanya terjadi satu kali (*single trauma*) maupun trauma yang terjadi berulang kali (*repeated trauma*). Wittchen et. al. (2009) menambahkan bahwa peristiwa traumatis juga dapat berupa trauma yang berkelanjutan (*continuous trauma*). Sementara itu dari intensi terjadinya, peristiwa traumatis dapat dibagi menjadi: (1) peristiwa yang disengaja oleh manusia (*intentional human*), (2) peristiwa yang tidak disengaja oleh manusia (*unintentional human*) dan (3) bencana alam (*natural disasters*) (Schiraldi, 2009).

Peristiwa yang termasuk dalam *single trauma* merupakan peristiwa tertentu yang hanya terjadi satu kali seperti bencana alam, kecelakaan, kekerasan kriminal. Sementara itu trauma yang berulang kali maupun trauma yang berkelanjutan merupakan peristiwa traumatis yang terjadi lebih dari satu kali seperti kekerasan yang dilakukan terus menerus atau berulang. Peristiwa yang disengaja oleh manusia merupakan jenis peristiwa yang terjadi karena adanya niat sebuah pihak untuk melakukan perbuatan tersebut, peristiwa ini dapat berupa kekerasan, kriminalitas, terorisme, maupun ancaman. Sedangkan peristiwa yang tidak disengaja oleh manusia merupakan peristiwa-peristiwa seperti kecelakaan lalu lintas, kecelakaan teknologi, kebakaran. Sedangkan bencana alam, merupakan

kejadian yang terjadi karena penyebab alami seperti gempa bumi, tsunami, maupun banjir.

Sebuah kejadian traumatis dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, sama halnya seperti jenis trauma berulang atau berkelanjutan yang juga merupakan peristiwa yang disengaja oleh manusia. Trauma yang berulang atau berkelanjutan biasanya terjadi antar dua individu, individu dengan kelompok maupun antar kelompok. Trauma yang termasuk dalam kategori peristiwa yang disengaja oleh manusia merupakan kejadian traumatis yang memiliki dampak paling buruk dan lebih sulit untuk ditangani (Schiraldi, 2009), pengalaman tersebut juga sering kali disebut sebagai trauma yang kompleks (Weidman, 2006).

Pada anak, trauma yang kompleks dan mulai terjadi semenjak anak kecil hingga memasuki usia remaja awal dikenal sebagai trauma pada masa perkembangan (*developmental trauma*) (van der Kolk, 2005; van der Kolk & Pynoos, 2009; Shapiro, 2005). Penjelasan lebih lanjut mengenai trauma pada masa perkembangan akan dilakukan pada sub bab selanjutnya.

2.2 Trauma Pada Masa Perkembangan

Dari berbagai kasus trauma pada anak, terutama yang mengalami atau memiliki latar belakang trauma yang kompleks (berulang, terus menerus dan terjadi dalam usia relatif muda) tampak beragam permasalahan yang belum dapat terangkum secara tepat dalam DSM-IV-TR (van der Kolk & Pynoos, 2009). Buruknya dampak yang ditimbulkan pada anak dan orang dewasa yang mengalami kompleks trauma membuat peneliti dari bidang trauma berusaha mengumpulkan data dan hasil penelitian untuk mengajukan diagnosa gangguan trauma pada masa perkembangan (*developmental trauma disorder*) dalam rancangan DSM V (van der Kolk & Pynoos, 2009).

Kriteria penegakan diagnosa trauma pada masa perkembangan diajukan oleh Bassel van der Kolk dan Robert S. Pynoos. Bassel van der Kolk merupakan peneliti dibidang trauma, yang juga merupakan salah satu pendiri sekaligus *medical director* pada *Trauma Center* yang didirikan oleh *Justice Resource Institute*. Sementara itu Robert S. Pynoos merupakan psikiater di *UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences*. Beliau juga berkontribusi

sebagai peneliti, terapis serta tokoh yang memelopori pentingnya pemberian intervensi pada anak yang terpapar pada kekerasan. Pengajuan proposal trauma pada masa perkembangan didukung oleh peneliti-peneliti pada bidang trauma terutama trauma pada anak. Pengajuan diagnosa ini juga mendapat dukungan organisasi non profit *National Center for Child Traumatic Stress Network* (NCTSN). Dengan adanya diagnosa trauma pada masa perkembangan diharapkan dapat menjadi patokan yang sama bagi para peneliti, sehingga bisa didapatkan hasil penelitian yang lebih komprehensif, baik mengenai pengaruh trauma pada neurologis anak hingga intervensi yang sesuai untuk permasalahan ini.

2.2.1. Definisi Trauma Pada Masa Perkembangan

Trauma pada masa perkembangan merupakan diagnosa yang diberikan pada anak atau remaja yang mengalami berbagai trauma atau trauma yang berkepanjangan. Termasuk di dalamnya adalah paparan terhadap kekerasan berulang atau berat, kegagalan mendapat pengasuhan yang dapat memberikan rasa aman akibat terlalu sering berganti pengasuh utama; perpisahan dengan pengasuh utama secara berulang; atau paparan pada kekerasan emosi yang parah atau terus menerus. Dimana trauma tersebut mulai terjadi semenjak usia anak-anak atau awal remaja dan berlangsung atau berulang setidaknya hingga satu tahun serta menyebabkan berbagai permasalahan pada area keberfungsian anak (van der Kolk & Pynoos, 2009).

2.2.2. Simptom Trauma Pada Masa Perkembangan

Berikut ini merupakan hasil konsensus untuk kriteria penegakan diagnosa trauma pada masa perkembangan yang disusun dalam proposal pengajuan diagnosa *developmental trauma disorder* dalam DSM V (van der Kolk & Pynoos, 2009).

A. Paparan / *exposure*

Anak atau remaja mengalami atau menyaksikan berbagai trauma atau trauma yang berkepanjangan dan berlangsung hingga setidaknya satu tahun semenjak usia anak-anak atau awal remaja, termasuk:

1. Pengalaman langsung atau menyaksikan peristiwa kekerasan antar individu yang berulang maupun kekerasan yang berat (*severe*).
2. Kegagalan dalam mendapatkan pengasuhan yang dapat memberikan rasa aman akibat terlalu sering berganti pengasuh utama, perpisahan dengan pengasuh utama yang terjadi berulang, atau terpapar pada kekerasan emosi yang parah atau terus menerus.

B. Disregulasi afek dan fisiologis

Anak menunjukkan tanda-tanda kesulitan dalam mengatur rangsangan (*arousal regulation*) yang tidak sesuai dengan anak seusianya, yang tampak pada minimal dua kriteria berikut:

1. Tidak mampu untuk mengatur, mentoleransi atau kembali pada kondisi tenang setelah terpapar pada kondisi yang membangkitkan afek yang ekstrim (seperti: takut, marah, malu), yang juga termasuk dalam trantrum yang ekstrim atau berkelanjutan dapat juga menyebabkan kekakuan (*immobilization*).
2. Permasalahan dalam mengatur fungsi tubuh (misalnya gangguan terus menerus dalam tidur, makan, dan eliminasi; terlalu reaktif atau tidak reaktif terhadap sentuhan dan suara, sulit untuk melakukan transisi dalam tugas rutin).
3. Hilangnya kesadaran/disosiasi terhadap sensasi, emosi atau kondisi tubuh.
4. Tidak mampu untuk menyampaikan emosi atau menggambarkan kondisi tubuh.

C. Disregulasi atensi dan perilaku

Anak menunjukkan permasalahan yang tidak sesuai dengan tahap perkembangan terkait dengan kemampuan mempertahankan perhatian, belajar, kemampuan mengatasi stres, yang ditandai dengan setidaknya tiga hal berikut:

1. Preokupasi pada ancaman, atau ketidakmampuan dalam menilai situasi yang mengancam, termasuk kegagalan dalam menilai situasi yang berbahaya dan tidak berbahaya.

2. Kurangnya kapasitas untuk melindungi diri, termasuk perilaku bertindak tanpa memikirkan resiko atau mencari sensasi tubuh (*thrill-seeking*).
3. Melakukan perilaku maladaptive untuk menenangkan diri (seperti bergoyang-goyang atau melakukan gerakan berulang, masturbasi secara kompulsif).
4. Menyakiti diri (dengan sengaja atau otomastis)
5. Tidak mampu memulai atau mempertahankan kegiatan yang bertujuan.

D. Disregulasi diri dan relasi

Anak menunjukkan gangguan yang tidak sesuai dengan tahap perkembangan dalam identitas pribadi dan keterlibatan dalam hubungan interpersonal, yang setidaknya termasuk dalam tiga hal berikut:

1. Preokupasi berlebihan terhadap keselamatan pengasuh atau orang yang dekat dengannya (termasuk kedewasaan (*precocious*) untuk memberikan perhatian yang tidak sesuai dengan usianya).
2. Penilaian negatif terhadap diri yang terus bertahan, termasuk membenci diri sendiri, tidak berdaya, tidak berharga, ketidakefektifan (*ineffectiveness*) atau kecacatan (*defectiveness*).
3. Memiliki rasa tidak percaya yang ekstrim dan menetap, membangkang, atau kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan timbal balik dengan orang dewasa disekitarnya atau teman.
4. Menunjukkan reaksi agresif baik secara verbal maupun perilaku terhadap teman sebaya, pengasuh atau orang dewasa.
5. Berusaha untuk mendapatkan kontak fisik yang tidak tepat atau berlebihan (termasuk namun tidak hanya terbatas pada keintiman seksual atau fisik) atau tuntutan berlebihan untuk mendapatkan kepercayaan dalam rangka memenuhi perasaan aman dan jaminan baik dari teman sebaya maupun orang dewasa.

6. Ketidakmampuan mengatur rasa empati yang terlihat dari kurangnya rasa empati, atau tidak adanya toleransi, merasakan permasalahan yang sama dengan orang lain atau perasaan bertanggung jawab yang berlebihan terhadap permasalahan orang lain.

E. Posttraumatic Spectrum Symptoms

Anak menunjukkan setidaknya satu simptom pada minimal dua dari tiga simptom PTSD pada klaster B, C, dan D.

F. Durasi gangguan

Simptom trauma pada masa perkembangan pada kriteria B, C, D dan E bertahan selama 6 bulan.

G. Gangguan atau permasalahan dalam fungsi hidup

Gangguan yang muncul menyebabkan distres yang signifikan atau mengganggu dua area fungsi hidup (skolastik, familial, teman sebaya, hukum, kesehatan, vokasional).

2.2.3. Karakteristik trauma pada masa perkembangan

Dalam istilah traumatologi maupun pendekatan mengenai traumatik stres dikenal istilah trauma yang kompleks (*complex trauma*). Istilah trauma yang kompleks digunakan untuk menggambarkan berbagai pengalaman traumatis/kronis dan berkepanjangan, yang terjadi sepanjang perkembangan dan sering kali bersifat antar pribadi (*interpersonal*) (van der Kolk, 2005; van der Kolk & Pynoos, 2009; Cook at.al., 2003). Dalam traumatologi pengalaman trauma yang disengaja oleh manusia atau yang berulang juga sering kali disebut sebagai trauma yang kompleks (Weidman, 2006).

Dari paparan di atas dapat disimpulkan bahwa trauma pada masa perkembangan memiliki karakteristik seperti trauma yang kompleks dimana biasanya trauma merupakan peristiwa yang dilakukan dengan sengaja (*intentional*), berulang (*repeated*) atau berkelanjutan (*countinous*). Namun trauma pada masa perkembangan terjadi semenjak masa anak-anak atau awal remaja dan berlangsung hingga setidaknya satu tahun.

2.2.4. Dampak Trauma Pada Masa Perkembangan

Pengalaman traumatis pada masa anak-anak memberikan dampak yang besar pada anak karena pada masa anak-anak kemampuan anak untuk mengatasi stres yang ditimbulkan oleh pengalaman traumatis belum berkembang dengan baik (van der Kolk, 2005; van der Kolk, 2009; Mannes et al. 2011). Anak-anak belajar untuk mengelola perilaku dengan mempelajari dan mengantisipasi respon yang diberikan oleh orangtua/caregiver. Interaksi orangtua/caregiver dan anak akan membentuk sebuah pola perilaku pada anak dalam menghadapi suatu masalah. Melalui interaksi tersebut anak belajar merespon dan memprediksi lingkungan sekitarnya. Apabila interaksi antara orangtua dan anak tidak berhasil membentuk pola interaksi yang aman dan terprediksi, maka pada perkembangannya anak akan membentuk penilaian dunia adalah tempat yang tidak aman bagi mereka, mereka tidak berharga, tidak ada yang menyayangi dsb.

Karakteristik trauma pada masa perkembangan yang termasuk dalam kategori peristiwa yang disengaja oleh manusia merupakan kejadian traumatis yang memiliki dampak paling buruk dan lebih sulit untuk ditangani (Schiraldi, 2009; Vaccaro & Lavick, 2008). Hal ini disebabkan pada trauma yang disengaja manusia sering kali berulang dan berkepanjangan dan pada akhirnya menyebabkan efek jangka panjang yang buruk. Pengalaman tersebut dapat menyebabkan munculnya penilaian diri negatif seperti: saya tidak penting, saya adalah orang yang gagal, tidak ada yang menyayangi saya, saya tidak pantas bahagia, keadaan tidak akan berubah.

Trauma yang terjadi pada masa perkembangan juga memberikan dampak terhadap integrasi otak kiri dan otak kanan. Hal ini terlihat pada respon anak yang tidak rasional saat berhadapan dengan kondisi stres. Dalam kondisi stres kemampuan analisi (otak kiri) tidak bekerja seperti yang seharusnya karena didominasi oleh aspek emosi (otak kanan), yang pada akhirnya membuat anak menunjukkan reaksi yang tidak tepat (Kagan, Teicher et al dalam Cook et. al, 2003). Masa bayi dan anak-anak merupakan periode yang penting untuk perkembangan otak (Vaccaro & Lavick, 2008) dimana otak yang bersifat plastis (dibentuk oleh lingkungan) sehingga sinaps yang menghubungkan berbagai informasi terbentuk akibat input dari lingkungan. Interaksi yang terjadi antara

anak dan orangtua yang terjadi secara konsisten akan menentukan pembentukan sinaps otak anak (Mannes, Nordenger, Braaud, 2011).

Trauma menimbulkan reaksi distress pada individu yang mengalaminya (Schiraldi, 2009). Dalam kondisi stres akibat trauma maupun peristiwa yang tidak menyenangkan, anak belum dapat memahami reaksi stres yang mereka alami. Anak membutuhkan bantuan orangtua untuk menenangkan diri (Mannes, Nordenger, Braaud, 2011; van der Kolk & Pynoos, 2009; van der Kolk, 2005). Hal ini tidak dapat tercapai apabila orangtua tidak responsif atau justru menjadi penyebab stres pada anak. Stres yang berkepanjangan juga dapat menurunkan kekebalan tubuh dan menyebabkan terjadinya berbagai simptom fisik serta masalah kesehatan (Schiraldi, 2009; Allen, 2005), dimana hal ini tidak hanya berlaku pada anak namun juga sering kali ditemukan pada orang dewasa.

2.3. Stabilisasi Untuk Trauma Pada Masa Perkembangan

Fase stabilisasi dapat meliputi stabilisasi fisik, sosial dan psikologis. Stabilisasi psikologis menekankan pada keamanan personal, perkembangan diri dan kapasitas mentolelir serta mengolah afek kuat yang muncul (Korn & Leeds, 2002). Pada fase stabilisasi, fokus utama adalah peningkatan rasa aman klien. Apabila terdapat isu yang dapat mengancam keselamatan jiwa klien, seperti pola hubungan yang tidak sehat atau kecenderungan untuk menyakiti diri maka hal tersebut juga akan disoroti pada fase ini.

Teknik stabilisasi psikologis pada umumnya meliputi kemampuan mengelola kecemasan, latihan pernafasan dan relaksasi (Schiraldi, 2009). Hal yang sama juga berlaku dalam EMDR. Dalam perkembangan EMDR, terdapat beberapa teknik yang biasanya digunakan pada fase persiapan dengan tujuan memunculkan perasaan aman, nyaman dan keberanian yang cukup untuk menumbuhkan rasa kontrol diri (Shapiro, 2001). Salah satu teknik yang digunakan adalah *Resource Development and Installation* (RDI), yang digunakan untuk membangkitkan *resource* atau ingatan positif yang dimiliki seseorang, dimana sebelumnya mungkin tidak disadari karena ada ingatan negatif yang dominan (Leeds 2000; Shapiro, 2001). Menurut Shapiro *image*, sensasi, perasaan dan keyakinan yang negatif akan menjadi lebih buram dan tidak *valid* jika *image*,

sensasi, perasaan dan keyakinan yang positif dikuatkan dan ditingkatkan (Korn & Leeds, 2002) sehingga akan terbentuk jejaring ingatan yang lebih adaptif karena terjadinya *Adaptive Information Processing* (AIP).

2.4. *Adaptive Information Processing* (AIP)

Model pemrosesan informasi adaptif (*adaptive information processing/AIP*) dikembangkan oleh Francine Shapiro. Psikoterapi yang menggunakan model AIP dapat membantu klien mengakses dan memproses ingatan mereka menjadi informasi yang dapat berguna dan adaptif (Shapiro, 2001). Model pemrosesan informasi adaptif ini percaya setiap pengalaman mengandung berbagai informasi yang saling berkaitan satu sama lain dan membentuk suatu jejaring ingatan di otak. Setiap orang, termasuk anak memiliki sistem pemrosesan informasi yang mengintegrasikan semua persepsi terhadap stimulus sensoris dan komponen kognitif dari pengalaman menjadi satu jejaring ingatan yang saling terkait sehingga didapatkan keseimbangan dan berfungsi secara sehat. Keseimbangan neurologis dalam sistem fisiologis manusia dapat membantu pemrosesan informasi sehingga membentuk pemecahan yang adaptif (*adaptive resolution*). Sistem fisiologis dari otak manusia tidak berbeda dengan sistem imun pada tubuh. Misalnya, disaat tubuh kita terluka, tubuh kita memiliki kemampuan untuk menyembuhkan diri. Pergerakan menuju kesembuhan ini dapat terus terjadi kecuali jika ada sumbatan (*blockage*) atau trauma yang terulang.

Jalan keluar yang adaptif akan terbentuk apabila asosiasi yang tepat dalam ingatan telah terbentuk dan pengalaman digunakan oleh individu secara konstruktif dan diintegrasikan ke dalam skema kognisi dan emosi yang positif. Hal yang berguna dipelajari dan disimpan dengan afek yang tepat dan dapat digunakan pada masa yang akan datang. Misalnya, ingatan seorang anak yang dibentak ayah akan merasa sangat sedih namun seiring waktu ingatan tersebut tidak lagi mengganggu dan anak tersebut dapat belajar memahami kejadian dimasa lampau dan belajar mengantisipasi kejadian yang serupa pada masa yang akan datang (Shapiro, 2001).

Saat seseorang mengalami trauma psikologis atau pengalaman negatif, terjadi ketidakseimbangan dalam sistem saraf, yang kemungkinan disebabkan

oleh perubahan *neurotransmitter*, adrenalin, serotonin dan zat lain yang mempengaruhi otak. Karena ketidakseimbangan itu, sistem pemrosesan informasi tidak dapat berfungsi secara optimal sehingga informasi dari kejadian negatif baik berupa: gambaran, suara, afek, dan sensasi fisik, tersimpan dalam sistem individu dalam kondisi yang mengganggu (*disturbing state*). Oleh karena itu, anak kemudian menjadi mudah “dipancing” oleh stimuli yang mirip atau terkait baik karena informasi yang tersimpan mengubah persepsi baik pada stimulus internal maupun eksternal, di masa yang akan datang (Shapiro, 2001).

Pendekatan AIP menekankan perlunya informasi untuk diakses, distimulasi dan digiring menuju resolusi yang adaptif (*adaptive resolution*) (Shapiro, 2007), Informasi yang diakses kemudian dikomunikasikan untuk di proses. Hal ini tidak mudah dilakukan terutama pada klien anak-anak, karena belum berkembangnya kemampuan membaca/memahami emosi (*emotional literacy*) yang dibutuhkan untuk melaporkan pengalamannya. Oleh karena itu metode dalam teknik *play therapy* dan *art therapy* seringkali juga digunakan untuk membantu proses berjalannya *treatment* pada anak-anak (Adler-Tapia & Settle, 2008).

2.5. Resource Development and Installation (RDI)

Resource Development dan Installation (RDI) pertama dikenalkan oleh Leeds (dalam Leeds, 2006) dan digunakan dalam tahap *preparation* pada EMDR yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan untuk meregulasi afek, kemampuan untuk mengakses sumber daya positif dan adaptif serta meningkatkan kapasitas untuk mengatasi kecemasan dan perasaan-perasaan negatif yang kuat yang mungkin akan dirasakan saat menjalani terapi EMDR (Adler-Tapia & Settle, 2008). Istilah instalasi dalam RDI memiliki makna yang sama dengan istilah instalasi pemikiran positif dalam tahapan EMDR (Korn & Leeds, 2002).

Pemberian stabilisasi RDI bertujuan agar klien mampu mengidentifikasi ingatan-ingatan positif sehingga jejaring ingatan positif tersebut dapat dikuatkan. Jejaring ingatan positif yang dikuatkan akan membantu klien untuk mengembangkan sumber daya positif dari dalam diri (Leeds, 2006). Dengan penguatan pada jejaring ingatan yang positif, pengalaman yang mengandung

image, sensasi, perasaan dan keyakinan yang negatif akan menjadi lebih buram dan tidak *valid* jika *image*, sensasi, perasaan dan keyakinan yang positif dikuatkan dan ditingkatkan (Shapiro, 2001). Di dalam teknik stabilisasi RDI, ingatan-ingatan positif yang dimiliki anak digunakan dalam visualisasi (*visual imagery*). Saat partisipan melakukan visualisasi, partisipan juga melakukan atau diberikan *bilateral stimulation*. Tujuan dilakukannya *bilateral stimulation* adalah untuk meningkatkan asosiasi atau hubungan antara ingatan-ingatan disosiatif (asosiasi rendah).

Pada awalnya Leeds (dalam Leeds, 2006) membuat protokol RDI untuk orang dewasa yang mengacu pada protokol EMDR. Instruksi untuk RDI bagi anak diadaptasi dari protokol yang dikembangkan oleh Leeds (dalam Leeds, 2006), sehingga sesuai dengan tahap perkembangan bahasa anak. Pertama-tama anak diminta untuk menentukan situasi/kisah hidupnya yang saat ini menggagunya. Kemudian anak diminta untuk mengidentifikasi kualitas-kualitas (atau kapasitas, kekuatan, perasaan positif, figur tertentu yang positif, binatang peliharaan atau sumber daya lain) yang dipercaya oleh anak, bahwa mereka membutuhkannya untuk mengatasi situasi hidup yang mengganggu tersebut. Apabila anak kemudian mengidentifikasi beberapa kualitas, terapis/pelaksana intervensi kembali meminta anak untuk menilai kualitas mana yang mereka rasa/pikir adalah kualitas yang terpenting yang harus dimiliki untuk membantu mereka pada situasi spesifik tersebut. Jika diperlukan, proses ini dilakukan pada setiap kualitas yang diidentifikasi oleh anak (Adler-Tapia & Settle, 2008).

Selama intervensi, terapis/pelaksana intervensi dapat menggunakan informasi mengenai sejarah, sumber daya sosial dan pribadi yang saat ini dimiliki anak untuk membantu mengidentifikasi sumber daya apa saja yang dimiliki oleh anak. Sumber daya tersebut dikelompokkan menjadi tiga jenis (Adler-Tapia & Settle, 2008), yaitu:

- 1) Pengalaman membanggakan yang memiliki asosiasi dengan afek, perasaan yang positif. Jika pengalaman membanggakan tersebut tidak dapat ditemukan, maka dicoba untuk mencari sumber daya berikutnya.
- 2) Sumber daya relasi. Anak diminta untuk mengingat seseorang yang mampu dengan efektif mengatasi situasi seperti menggagunya tersebut atau

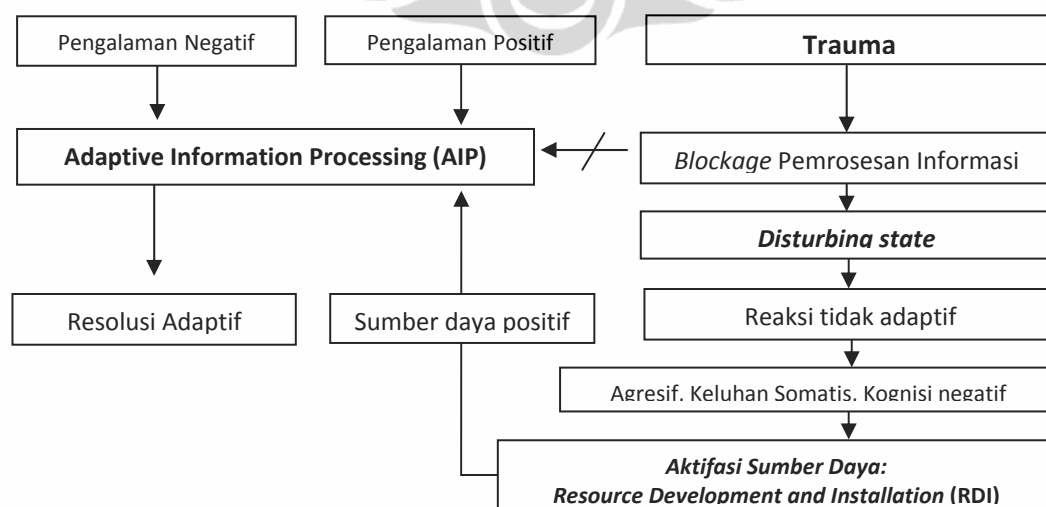
yang memiliki kualitas yang ia inginkan. Anak dapat diminta untuk mengidentifikasi seseorang yang ia lihat sebagai guru yang baik atau figure suportif yang ada saat ini atau di masa lalu.

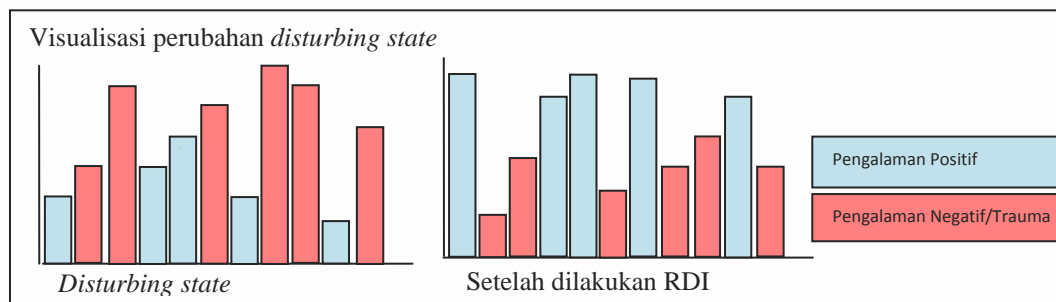
- 3) Metafor dan simbol-simbol, anak diminta untuk membayangkan *image* (gambaran) positif berupa imajinasi anak yang berasal dari buku cerita, televisi, permainan maupun hal lain.

2.5.1. Penerapan AIP (*Adaptive Information Processing*) dalam RDI

Dalam model pemrosesan informasi adaptif (AIP) yang dikembangkan oleh Francine Shapiro dikemukakan bahwa setiap orang memiliki kemampuan untuk mengolah setiap pengalaman positif dan pengalaman negatif untuk menghasilkan resolusi dengan orientasi yang lebih positif (adaptif). Akan tetapi saat dihadapkan pada pengalaman traumatis, informasi berupa gambaran, suara, afek, dan sensasi fisik tidak dapat diolah sehingga masih tersimpan dalam kondisi yang mengganggu (*disturbing state*) (Shapiro, 2001). Kondisi ini menimbulkan reaksi-reaksi yang tidak adaptif seperti agresi, pemikiran negatif maupun keluhan somatis. Pemberian RDI akan membantu individu untuk meningkatkan jejaring ingatan positif, sehingga pengalaman traumatis akan menjadi semakin tidak valid dan buram, (Leed, 1998) sehingga pemrosesan informasi untuk mencapai resolusi adaptif dapat terjadi.

Bagan 2.1 Skema AIP dalam Penanganan Trauma Psikologis





2.5.2. Prosedur yang dilakukan dalam RDI

Dalam pelaksanaan RDI, terdapat 9 protokol yang harus dilakukan secara bertahap. Masing-masing protokol memiliki tujuan yang berbeda, dan harus dilakukan pada setiap sesi. Istilah protokol digunakan, karena masing-masing tahap terdapat prosedur yang harus dilakukan sesuai dengan ketentuan yang telah dijabarkan. Penjelasan mengenai detail protokol terdapat rancangan intervensi pada bab 3.

Dalam prosedur pelaksanaan RDI, *bilateral stimulation* digunakan dengan tujuan menginstalasi sumber daya positif yang dipilih. *Bilateral stimulation* adalah gerakan-gerakan yang dapat menstimulasi kedua sisi tubuh individu secara bergantian sehingga dapat mengaktifasi dua sisi otak. Tipe *bilateral stimulation* dapat berupa gerakan mata (*eye movements*), tepukan (*tapping*); *butterfly hugs* (seperti memeluk diri sendiri); *lady bug hugs* (mengepal dan melepaskan tangan secara bergantian) dan *Fonzy hug* (menyilangkan kedua tangan hingga memeluk panggul secara bergantian menepuk panggul). Pemilihan *bilateral stimulation* yang digunakan tergantung pada kenyamanan anak.

Berbeda dengan prosedur dalam EMDR yang menggunakan 24-36 set gerakan cepat, pada RDI *bilateral stimulation* yang dilakukan adalah 6-12 set gerakan lambat. Setiap 1 set *bilateral stimulation* berarti adalah satu kali menstimulasi otak kanan dan kiri bergantian (misalnya gerakan mata ke kiri dan ke kanan, tepukan di pundak kiri dan pundak kanan, tepukan di tangan kanan dan kiri) (Korn & Leeds, 2002).

Dalam prosedur RDI, anak juga melakukan penilaian terhadap ingatan yang tidak menyenangkan dengan satuan *Subjective Unit of Disturbance* (SUD). pengukuran ini dilakukan di awal sesi dan kembali diukur pada akhir sesi untuk melihat apakah terjadi perubahan afek setelah dilakukan RDI. Skor SUD memiliki

rentang 0-10, dimana 0 adalah anak menilai pemikiran/ingatan tersebut sama sekali tidak mengganggu, dan 10 untuk ingatan yang sangat mengganggu.

Selain pengukuran SUD, saat anak berhasil mengidentifikasi pemikiran positif, juga akan dilakukan pengukuran *Validity of Cognition* (VoC). VoC adalah satuan rating untuk mengetahui seberapa valid pemikiran positif yang anak miliki dengan kondisinya pada saat itu. Skala VoC memiliki nilai 1-7, dengan 1 adalah benar-benar tidak valid/tidak yakin dan 7 adalah benar-benar valid/yakin (Korn & Leeds, 2002).

Untuk membantu pengukuran SUD dan VoC pada anak dibutuhkan sebuah media yang dapat anak lihat secara konkrit (seperti perubahan mimik muka, rentangan tangan, kekuatan genggam tangan). Salah satu alat bantu yang dapat dipakai untuk mengukur SUD dan VoC adalah visualisasi berupa perubahan mimik muka dari skala SUD 1-10 (1-tersenyum hingga 10-sangat terganggu). Sedangkan untuk skala VoC terlihat dari skala 1 (gambar badut sangat tidak yakin) hingga 7 (gambar badut tersenyum dan sangat yakin). Skala tersebut dikembangkan oleh Silke Mehler, yang khusus digunakan untuk mengukur SUD dan VoC pada anak (Lampiran 8).

BAB 3

RANCANGAN PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai desain penelitian, partisipan penelitian, rancangan pelaksanaan intervensi, protokol RDI serta kriteria keberhasilan intervensi.

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *single-subject design*. Desain penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efek dari intervensi yang diberikan pada satu partisipan dalam penelitian (Gravetter & Forzano, 2009). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas penerapan teknik *Resource Development and Installation* (RDI) sebagai salah satu tahapan stabilisasi awal pada penanganan klien yang mengalami trauma pada masa perkembangan.

3.2. Partisipan Penelitian

Partisipan penelitian ini merupakan klien yang sebelumnya telah melakukan pemeriksaan di poli Psikologi Anak Puskesmas Sukmajaya Depok. Berikut ini adalah identitas dari partisipan.

Tabel 3.1 Identitas Partisipan

Inisial Nama	R
Jenis Kelamin	Laki-laki
Usia saat Intervensi	9 tahun 7 bulan
Pendidikan	Kelas 3 SD
Suku Bangsa	Sunda-Jawa
Kedudukan dalam keluarga	Anak pertama dari tiga bersaudara

3.3. History Taking

History taking dilakukan dalam dua sesi dengan dua tujuan yang berbeda. Berikut ini penjelasan mengenai masing-masing sesi:

1. *History Taking* (sesi 1)

Tujuan	1. Mengetahui latar belakang pengalaman traumatis anak 2. Mengetahui pengalaman keberhasilan/potensi anak dari sudut pandang orangtua yang dapat berguna dalam proses intervensi.
Partisipan	Orangtua

Metode	Wawancara (Lampiran 6)
Alat	Kuisisioner <i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i>
Hasil	<p>a. Latar belakang pengalaman traumatis</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ R terpapar pada pertengkaran orangtua semenjak usia 2 tahun hingga saat ini. ○ R terpapar pada pertengkaran orangtua yang berujung pada kekerasan fisik di usia 5 tahun. ○ R mendapatkan hukuman fisik semenjak usia 6 tahun (dipukul menggunakan ikat pinggang / dicubit oleh ibu). ○ R kembali terpapar pada ayah yang mendorong ibu dan mengancam akan bunuh diri menggunakan pisau. ○ Semenjak kecil, ayah juga terpapar pada KDRT yang dilakukan oleh kakek pada nenek (orangtua ayah). <p>b. Keberhasilan/potensi anak: R memiliki sisi positif dimata orangtua, dimana R cukup mau membantu mengerjakan pekerjaan rumah tangga apabila diminta.</p>

Tabel 3.2. Hasil pengukuran CBCL awal

	Skor total	Kategori	Skor
Menarik diri	6	<i>Borderline</i>	INT: 27 T: 77 (klinis)
Keluhan somatis	11	Klinis	
Cemas/depresi	10	<i>Borderline</i>	
Masalah sosial	3	Normal	
<i>Thought Problems</i>	6	Klinis	
Masalah atensi	10	<i>Borderline</i>	
Perilaku jahat	7	Klinis	EXT: 23
Perilaku Agresif	16	Normal	T:67 (Klinis)
Total	Skor: 60 T: 70	Klinis	

2. History Taking (sesi 2)

Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pengalaman traumatis/negatif sesuai penghayatan anak 2. Mengetahui pengalaman positif/menyenangkan bagi anak yang dapat dijadikan potensi sumber daya positif dalam intervensi
Partisipan	Anak
Metode	Wawancara (Lampiran 6)
Alat	<p><u>Grafik Kehidupan Anak</u> Pada sesi ini R diminta menyebutkan pengalaman yang membuatnya sedih, kesal, marah atau merasa tidak enak, kemudian R diminta menilai seberapa hal tersebut mengganggu ia dengan nilai 1 - 10, dengan nilai 1 untuk tidak mengganggu, hingga 10 sangat mengganggu. PI kemudian meminta R menuliskan pengalaman yang membuatnya senang/bahagia, dan memberikan nilai (1 untuk sedikit, hingga 10 untuk sangat bahagia).</p>
Hasil	<p>a. Pengalaman traumatis/negatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayah dan ibu yang bertengkar (Skor 9)

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Dihukum guru karena tidak mengerjakan PR (Skor 9) 3. Dimarahi ibu dan dipukul ayah karena mengompol (Skor 6) 4. Dilarang ikut piknik oleh nenek (Skor 5) 5. Tidak membawa bekal ke sekolah saat teman lain membawa (Skor 4). <p>b. Pengalaman positif/menyenangkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat ia bisa bermain (skor: 9) 2. Ingin mendapat nilai 100 (skor: 9) 3. Pergi ke taman matahari (skor: 8) 4. Naik sepeda (skor 7) 5. Berenang (skor 6) 6. Dikasi coklat (skor 5) 7. Makan di Mc-D (skor 5) 8. Diminta membelikan rokok dari uang jajannya agar sepedanya dibetulkan oleh kakek (skor 4) 9. Bermain gundu (skor 3) 10. Digendong sewaktu bayi (skor 2).
--	--

3.4. Rancangan Tahapan Intervensi

Intervensi pada penelitian ini dirancang untuk dilakukan dalam 6 sesi, dimana akan terdiri dari: 1 sesi persiapan, 4 sesi aktivasi sumber daya positif dengan teknik RDI, serta 1 sesi evaluasi. Pelaksanaan terapi akan dilakukan di Puskesmas Sukmajaya Depok, dengan alasan kemudahan bagi orangtua untuk mengantar R.

3.4.1. Persiapan

Fase persiapan terbagi menjadi dua tujuan besar, antara lain:

- a. Memberikan pengantar mengenai intervensi dan meminta persetujuan untuk mengikuti intervensi secara tertulis.

Langkah kegiatan:

1. Peneliti memberikan penjelasan mengenai intervensi yang akan dilakukan: teknik, durasi, waktu, manfaat, resiko dan keuntungan serta kerahasiaan data pada orangtua (Lampiran 1).
2. Apabila pertanyaan orangtua sudah terjawab, peneliti meminta orangtua mengisi lembar persetujuan (Lampiran 1).
3. Sesi kemudian dilanjutkan bersama anak, dimana anak juga mendapatkan penjelasan mengenai jumlah sesi dan jenis kegiatan yang akan dilakukan selama intervensi. Peneliti memberikan kesempatan

pada anak untuk mengajukan pertanyaan mengenai intervensi dan menanyakan kesediaan anak untuk berpartisipasi aktif.

- b. Mengajarkan anak teknik-teknik menenangkan diri dan mencapai tingkat toleransi emosi yang seimbang. Kemampuan R dalam melakukan teknik ini akan berguna pada sesi RDI apabila pada saat intervensi klien mengalami bangkitan emosi negatif.

Langkah Kegiatan:

1. Mengenalkan anak pada *bilateral stimulation* sehingga anak dapat memilih teknik yang anak nilai nyaman untuk dilakukan.
2. Mengajarkan anak teknik *innersafe place* (Lampiran 4)
Membantu anak menciptakan *innersafe place* atau yang juga dikenal dengan *safe/calm place* yang dapat dikunjungi kapan saja untuk membantu anak untuk menenangkan diri pada saat mengalami kondisi emosi yang tidak menyenangkan.
3. Mengajarkan anak teknik kontainer (Lampiran 5)
Kontainer merupakan teknik yang diharapkan dapat membantu anak mengalihkan sejenak pemikiran yang mengganggu dan membantu mengembangkan kemampuan untuk mengendalikan pemikiran yang mengganggu.

3.4.2. Aktifasi Sumber Daya Positif Dengan RDI

Tahap ini terdiri dari 4 sesi, dimana protokol RDI merupakan adaptasi untuk anak-anak sehingga lebih mudah dipahami dan lebih singkat (Adler-Tapia & Settle, 2008). Empat sesi ini bertujuan untuk mengaktifasi sumber daya positif R dan meningkatkan rasa aman, nyaman serta kontrol diri. Durasi waktu masing-masing sesi berkisar dari 45 menit hingga 1 jam, dan dilakukan sesuai dengan tahapan protokol Korn dan Leeds (Adler-Tapia & Settle, 2008).

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, pada masing-masing sesi, anak akan diminta untuk memberikan rating 1-10 dalam skala SUD untuk menunjukkan seberapa ingatan terhadap masalah atau hal yang tidak ia sukai menggangukannya pada saat itu. Pengukuran SUD akan kembali dilakukan setelah anak mengikuti

semua protokol RDI. Selain itu juga akan dilakukan pengukuran terhadap kognisi positif yang berhasil ia temukan dengan skala 1-7 (tidak yakin-sangat yakin).

Tabel 3.3. Ringkasan Protokol :

Korn dan Leeds (Adler-Tapia & Settle, 2008)

Tahap 1	Identifikasi sumber daya yang dibutuhkan (Kehebatan, Kemampuan, kekuatan, Hal yang dibutuhkan/diinginkan, Perasaan, hal yang dipercayai) (Pengukuran SUD awal)
Tahap 2	Pengembangan Sumber daya: mencari berbagai macam sumber daya <ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman sukses atau bayangan keberhasilan - Relasi yang dapat mendukung - Metafora dan symbol
Tahap 3	Pengembangan sumber daya: mencari lebih banyak informasi → satu persatu (yang dilihat, didengar,tercium,terasa /emosi dan sensasi tubuh)
Tahap 4	Memeriksa sumber daya Apa anak ia rasakan saat berkonsentrasi pada gambar. Respon harus positif. Jika tidak evaluasi sumber daya yang dipilih. (Pengukuran VoC)
Tahap 5	Refleksi sumber daya Silahkan lanjutkan mengenai _____ (ulangi deskripsi anak)dan perhatikan _____ (ulang sensasi yang terasa) → asosiasi harus positif.
Tahap 6	Menginstal sumber daya: 4-6 set. “Apa yang kamu rasakan sekarang?”
Tahap 7	Menguatkan sumber daya secara verbal: (kata kunci, kata-kata penyemangat) atau sensoris (merasakan tepukan dipundak, menghirup semua energi positif). “Ingat tentang..... Menurut kamu kamu anak yang bagaimana?” “Bayangkan orang itu tahu apa yang kamu butuhkan, tahu hal yang ingin kamu dengar” “Bayangkan kamu memegang.....”
Tahap 8	Kata kunci (2-3 set) <ul style="list-style-type: none"> - Menghubungkan kata kunci dengan sumber daya - Latihan mengurangi perasaan tidak enak dengan kata kunci. SUD akhir
Tahap 9	Membuat gambaran contoh masa depan

*(Protokol lengkap: Lampiran 2)

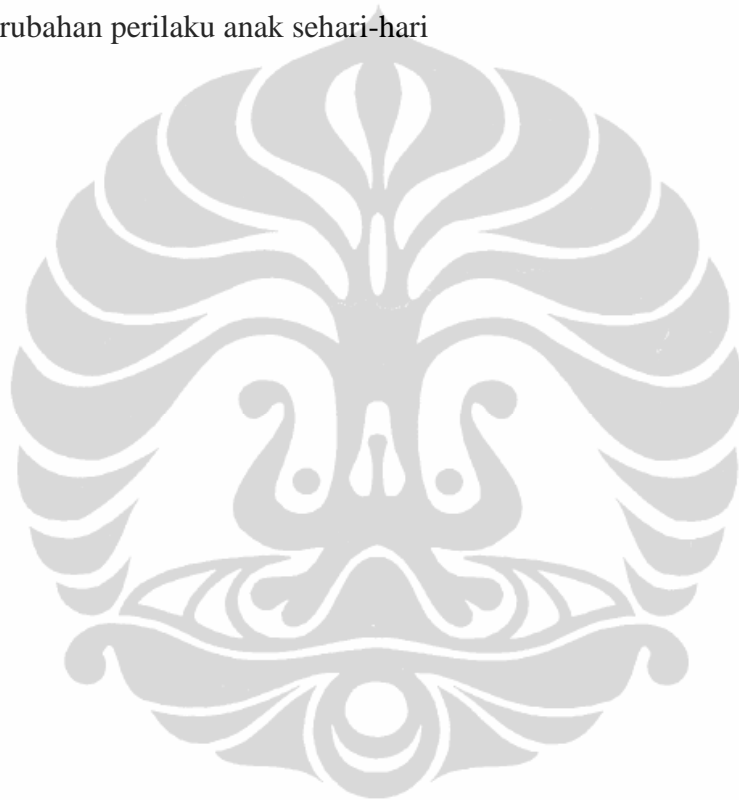
3.4.3. Evaluasi

Tujuan tahap evaluasi adalah untuk melihat efek pemberian RDI yang telah diberikan, serta menentukan arah intervensi selanjutnya. Tahap evaluasi dilakukan dengan metode wawancara baik pada anak maupun orangtua. Orangtua juga akan mengisi CBCL yang akan digunakan sebagai data perbandingan untuk melihat efek intervensi yang diberikan.

3.5. Kriteria Keberhasilan Program

Intervensi ini dikatakan berhasil apabila setelah dilakukan intervensi R menunjukkan:

1. Penurunan SUD terhadap pengalaman negatif dan peningkatan VoC pada kognisi positif.
2. Adanya penurunan simptom trauma yang dilihat dari penurunan skor pada CBCL.
3. Perubahan perilaku anak sehari-hari



BAB 4

PELAKSANAAN DAN HASIL INTERVENSI

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai gambaran umum pelaksanaan, rangkuman masing-masing sesi, serta hasil yang diperoleh pada sesi evaluasi dengan anak dan ibu.

4.1. Gambaran Umum Pelaksanaan Intervensi

Tabel 4.1 Pelaksanaan program intervensi.

Sesi	Tanggal	Waktu	Tempat
1. Persiapan	11 Juli 2012	10.30 – 11.30	Puskesmas Sukmajaya Depok
2. RDI	13 Juli 2012	10.00 – 11.00	
3. RDI	17 Juli 2012	11.00 – 12.00	
4. RDI	19 Juli 2012	10.30 – 11.20	
5. RDI	20 Juli 2012	10.00 – 11.00	
6. Evaluasi	23 Juli 2012	09.00 – 11.00	

4.2. Rangkuman Hasil Intervensi

Table 4.2 Rangkuman Sesi RDI

RDI	SUD awal	SUD akhir	VoC PC	Hasil
1 (sesi 2)	9	2	7	R mengidentifikasi <i>resource relational</i> yang membuatnya merasa senang saat mengalami perasaan kesal karena paman yang tidak mengizinkan ibu memberikan ia uang. <i>Future template</i> yang terbangun adalah ingatan akan D (nama teman) dapat membantunya saat merasa kesal pada adik (C), ia dapat pergi bermain dengan D.
2 (sesi 3)	5	1	- Tidak sampai pada protkol ini.	Sesi RDI hanya dapat berlangsung hingga tahap ke-3. Pada sesi ini, R tampak memiliki kondisi emosi yang kurang stabil sehingga sulit untuk memfokuskan diri pada memori positif. Banyaknya asosiasi pengalaman positif yang terkait dengan hal negatif, namun R menilai hal tersebut sebagai sesuatu yang menyenangkan. Meskipun sudah dilakukan teknik kontainer namun pengalaman negatif lain akan muncul atau pengalaman negatif yang sama muncul

				kembali setelah beberapa lama. Melihat kondisi R, pada akhirnya dilakukan teknik menenangkan diri <i>self place</i> agar R kembali merasa tenang.
3 (sesi 4)	7	0	4	R berhasil menemukan <i>resource metafora</i> yang dituangkan dalam gambar karpet Aladin. Ingatan akan gambar tersebut dapat membuatnya tenang dan dapat ia gunakan saat perasaannya tidak enak.
4 (sesi 5)	3	0	7	R berhasil mengembangkan 2 <i>resource</i> pengalaman membanggakan (mendapatkan lebih banyak jambu dan bersepeda dengan melepas tangan). <i>resource</i> pertama membuatnya merasa hebat, <i>resource</i> kedua membuatnya merasa kuat. Selain itu R memaknai bahwa sebagai anak yang kuat, ia dapat belajar di sekolah dan belajar hal lainnya.

SUD: Subjective Unit of Disturbance, VoC: Validity of Cognition, PC: Positive Cognition

Dari rangkuman sesi RDI diatas, dapat dilihat adanya penurunan SUD yang menunjukkan penurunan tingkat gangguan yang dirasakan R pada saat ia mengingat peristiwa negatif/kondisi yang membuatnya merasa tidak nyaman setelah dilakukan aktivasi sumber daya positif. Hal ini menunjukkan berkembangnya kemampuan R untuk mengakses sumber daya adaptif sehingga ia dapat melakukan regulasi afek negatif yang sebelumnya sangat mengganggu (sesi 2: SUD 9 menjadi SUD 2; Sesi 4: SUD 7 menjadi SUD 3). Pada sesi terakhir RDI (sesi 5, SUD 3) juga terlihat adanya perubahan kondisi emosi R yang lebih stabil dengan SUD yang lebih rendah dibandingkan pada sesi sebelumnya.

Tabel 4.3 Tabel Sumber Daya Positif Anak

Janis	Image	Emosi	Kognisi	Sensasi Tubuh
Sumber Daya Relasi	D mengajak main PS	Senang	"Punya teman ang baik dan mau bantu jadi senang"	Merasa enak di perut bagian kiri (seperti dikelitikin)
Sumber Daya Metafor	Karpet Si Aladin	Tenang	"Aladin hebat, enak bisa terbang"	Merasa nyaman di daerah tubuh terutama perut.
Sumber Daya Pengalaman Membanggakan	Berhasil mengambil 4 buah jambu (lebih banyak	Senang	"Merasa hebat"	"Segar dimulut dan enak di perut waktu makan jambu"

	dari teman yang lain) dan membagikan pada orang lain.			
	Naik sepeda dan bisa melepas tangan serta membonceng I	Senang	“Merasa kuat”	“Enak di seluruh tubuh, enggak lemes lagi”

Setelah dilakukan tahap persiapan, R menguasai penggunaan *bilateral stimulation* baik *butterfly hug* maupun *taping* dengan menepuk tangan PI secara bergantian. Namun R lebih memilih untuk menggunakan *butterfly hug* untuk teknik *bilateral stimulation* dalam pelaksanaan RDI. Berikut ini akan dijabarkan rangkuman program intervensi yang sudah dijalankan selama 6 sesi:

Sesi 1: Tahap Persiapan

PI mengawali sesi dengan menjelaskan gambaran jenis kegiatan sambil meminta R meniru *butterfly hug*. Di awal R terlihat canggung saat menggerakkan tangannya. Setelah percobaan kedua, R sudah terlihat lebih santai dan mampu meniru *bilateral stimulation* dengan cukup baik.

Berikutnya PI mengajarkan teknik menenangkan diri pada R. Teknik pertama yang PI ajarkan adalah teknik menenangkan diri dengan membuat gambaran imajinatif tempat yang aman/tenang di dalam diri (*inner safe place*). Sebelum mengajak teknik ini, PI menanyakan pada R cara yang biasa ia gunakan untuk menenangkan diri dan diketahui R biasanya hanya akan berbaring. Setelah PI menjelaskan mengenai teknik ini, PI mempersilahkan R untuk mencari posisi yang akan membuatnya lebih nyaman. R memilih untuk berbaring dalam melakukan teknik imajinasi ini.

R menentukan *inner safe place* berupa lapangan bola. R cukup baik dalam mengikuti instruksi dan menambahkan beberapa informasi mengenai *inner safe place* seperti saat ditanya seperti apa lapangan tersebut, apakah besar atau kecil, ia menambahkan bahwa itu adalah lapangan yang besar, rumputnya hijau, dan mengganti suhu yang panas menjadi “adem” (sejuk). R kemudian mengikuti

arahan untuk melakukan *butterfly hug* sambil membayangkan *inner safe place* sementara PI mengulangi gambaran *inner safe place* yang R sebutkan.

Teknik kedua yang diajarkan pada R adalah kontainer. Saat PI meminta R memikirkan sebuah kotak yang kuat dan dapat dikunci, R mendeskripsikan kotak yang ia bayangkan merupakan sebuah kotak yang terbuat dari kertas dan dapat dikunci dengan gembok.

Sesi 2: Aktivasi Sumber Daya Positif Dengan RDI

Pada protokol pertama sesi ini yang bertujuan untuk mengidentifikasi sumber daya yang dibutuhkan, R mengatakan hal yang mengganggunya kemarin adalah ia kesal pada pamannya yang tidak membolehkan ibu memberinya uang jajan sehingga ia tidak bisa bermain PS (SUD: 9). Menurut R meskipun ia tidak mendapatkan uang untuk bermain PS, ia tetap bisa merasa senang karena D (teman R) tetap membayarkannya untuk bermain PS (protokol 2: melihat sumber daya relasi).

R mampu sumber daya relasi yang dapat membantunya merasa lebih baik, sehingga PI kemudian meminta R mengembangkan sumber daya relasi tersebut (protokol ke 3). R berkata ia merasa senang, dan merasakan sensasi geli pada perut bagian kiri. PI kemudian melakukan pemeriksaan sumber daya (protokol 4) dan pada saat itu R menunjukkan asosiasi yang positif. R menambahkan bahwa D tidak hanya bermain PS, D juga pernah memberikan R benang gelasan (benang layang-layang) padanya. R berkata saat ia mengingat D adalah teman yang baik dan mau membantunya, hal tersebut dapat membuatnya merasa lebih senang (VOC: 7).

Setelah itu, PI kembali merefleksikan sumber daya relasi (protokol 5) dan R kembali berkata bahwa ia merasa senang (asosiasi positif). PI kemudian masuk pada protokol 6 dengan meminta R melakukan *bilateral stimulation butterfly hug* untuk memperkuat asosiasi pengalaman positif dan emosi positif sebagai sumber daya (*resource*) relasi. R melakukan protokol ini dengan baik.

PI kemudian mendeskripsikan gambaran (protokol 7) dimana R memiliki seseorang yang dapat membantunya untuk merasa lebih baik, mengajarkannya bermain dan memberikan benang gelasan padanya, sambil R melakukan *bilateral stimulation butterfly hug*. R kembali mengatakan bahwa ia merasa senang dan

menambahkan selain bermain dengan D, ia juga senang bermain dengan I (asosiasi dengan pengalaman positif lainnya yang sejenis).

Pada tahap selanjutnya PI menanyakan isyarat kata (protokol 8) apa yang dapat membantu agar R mudah mengingat kejadian yang menyenangkan tersebut, R menjawab tidak tahu. PI kemudian menanyakan apakah yang akan ia ingat apabila PI menyebutkan nama D, R menjawab rasanya senang pernah dikasi benang dan sering main layangan bareng.

Protokol 9 dilakukan ntuk membantu membangun pola masa depan (*future template*) PI menanyakan kira-kira dalam situasi apa lagi R dapat menggunakan pemikiran ini untuk membantunya merasa lebih baik, R menjawab tidak tahu. PI menanyakan kejadian apa yang dapat membuat R merasa kesal atau marah dan bisa mengingat kejadian ini untuk merasa lebih baik. R lalu menjawab, kalau lagi kesal sama C (adik) aku bisa inget-inget ini biar seneng, bisa juga pergi main sama D (*future template*). R melaporkan nilai SUD: 2 saat ditanya kembali seberapa ia merasa tidak enak saat mengingat pamannya tidak membolehkan ia diberi uang jajan.

Sesi 3: Aktivasi Sumber Daya Positif Dengan RDI

Pada protokol pertama sesi ini yang bertujuan untuk mengidentifikasi sumber daya yang dibutuhkan, R mengatakan hal yang mengganguya adalah ayah yang memukulnya, dan ia merasa sedih karena kejadian tersebut (SUD: 5). namun saat ditanyakan hal apa yang ingin R rasakan, R menjawab tidak tahu. Pada sesi ini, banyak ingatan intrusif yang muncul dan mengganggu R untuk fokus pada kegiatan di sesi ini. Pada sesi ini R terlihat sulit untuk fokus pada pertanyaan yang diberikan, R juga sulit menghubungkan pengalaman positif dan emosi positif yang terbangkit.

PI kemudian meminta R untuk melakukan teknik kontainer untuk menyimpan pemikiran tersebut sejenak. Saat melakukan kontainer, tidak lama berselang R kembali menceritakan bahwa ia tidak diperbolehkan untuk pergi bermain ke lapangan Merdeka. Melihat banyaknya asosiasi negatif yang terbangkit, PI kemudian memutuskan untuk tidak melanjutkan protokol dan tidak melakukan penguatan dengan bilateral stimulation pada pengalaman yang R nilai

membuatnya senang. Di akhir, PI meminta R untuk membayangkan *innersafe place* dan dibantu dengan taping pada bagian pundak yang dilakukan oleh PI. R kemudian melaporkan bahwa perasaan tidak enak nya hari ini diskor SUD: 2. PI kemudian meminta R kembali melakukan *innerself place*. setelah itu, R melaporkan nilai SUD:1.

Diakhir sesi, PI menggali informasi dari ibu, menurut ibu pada hari sabtu (2 hari sebelum sesi) R kembali dipukul ayah karena ayah kesal saat tahu R tidak menggosok kaki saat mandi.

Sesi 4: Aktivasi Sumber Daya Positif Dengan RDI

Berdasarkan pertimbangan dari sesi sebelumnya, dimana R terlihat sulit mempertahankan ingatannya pada pengalaman yang membangkitkan *resource positive* setelah mengalami pengalaman kembali dipukul oleh ayah, maka PI memfokuskan sesi ini pada perasaan aman dengan menekankan *inner self place* yang kemudian akan dilanjutkan dengan RDI untuk membangkitkan *resource positive*.

Memasuki protolol 1, PI menanyakan hal apa yang mengganggu R dalam minggu ini, R kemudian menjawab tidak boleh membetulkan rem sepeda (SUD:7). PI kemudian meminta R untuk menggambarkan tempat tenang yang ia bayangkan. Kemudian PI memandu R untuk melakukan *inner self place* sambil meminta R melihat lapangan bola yang R gambar.

Pada protokol kedua PI mencoba menggali sumber daya simbolis yang dapat membantu R menjadi lebih baik. R kemudian berkata ia suka dengan Aladin, karena bisa terbang naik karpet ajaib (protokol 2: melihat sumber daya metafora/symbol). R senang menonton film Aladin, yang menurutnya adalah tokoh yang hebat dan mau bekerja sama.

PI kemudian meminta R mengembangkan sumber daya metafora (protokol ke 3) tersebut dengan meminta R menggambarkan hal yang ia suka dari film tersebut. R menolak menggambar dan berkata ia tidak bisa. PI kemudian menawarkan diri untuk menggambar bersama dengan R. PI dan R secara bergantian membuat sebuah garis atau bentuk. PI dan R pada akhirnya membuat

sebuah gambar karpet dan mewarnai karpet tersebut bersama-sama. Saat melihat karpet R berkata ia merasa Aladin hebat, dan enak bisa terbang.

Pada protokol 4, PI kemudian melakukan pemeriksaan sumber daya dan pada saat itu R menunjukkan asosiasi yang positif. R berkata ia merasa Aladin dan Jin bisa saling bekerja sama. R membayangkan bisa naik karpet ajaib membuat ia merasa “*enak aja, tenang*” (VoC:4).

Setelah itu, PI kembali merefleksikan sumber daya metafora tersebut (protokol 5) dan R kembali berkata bahwa Aladin sama Jin bisa saling kerja sama (asosiasi positif). Memasuki protokol 6, PI kemudian meminta R melakukan *bilateral stimulation butterfly hug* untuk memperkuat asosiasi sumber daya metafora dan emosi positif sebagai sumber daya (*resource*) positif bagi R. PI kemudian mendeskripsikan gambaran (protokol 7) disamping itu R melakukan *bilateral stimulation* dengan *taping*. Saat ditanya mengenai bagaimana perasaan R, ia berkata tenang dan terasa enak dibadannya terutama dibagian perut seperti geli.

PI kemudian meminta R menuliskan isyarat kata (protokol 8) yang dapat membantunya mengingat bayangan positif agar dapat merasa tenang dan R menuliskan “*Karpet Si Aladin*”. Untuk membantu membangun pola masa depan (protokol 9) PI menanyakan kira-kira dalam situasi apa lagi R dapat menggunakan pemikiran ini untuk membantunya merasa lebih baik, R menjawab “*ya kalau lagi perasaannya ga enak*” (*future template* pada saat kondisi emosi negatif). R melaporkan nilai SUD: 0 saat ditanya perasaannya saat itu.

Sesi 5: Aktivasi Sumber Daya Positif Dengan RDI

Tujuan RDI pada kali ini adalah untuk membangkitkan sumber daya positif terutama berdasarkan *mastery experience*. Pada protokol pertama sesi ini yang bertujuan untuk mengidentifikasi sumber daya yang dibutuhkan, R mengatakan hal yang mengganguya pada minggu ini tidak ada lagi (SUD: 3).

PI meminta R untuk mengingat pengalaman keberhasilan, atau hal yang membuatnya merasa bangga (protokol 2: melihat sumber yang membanggakan/pencapaian). R kemudian menyebutkan saat ia berhasil memetik banyak jambu dan saat naik sepeda dimana ia dapat lepas tangan. Saat ditanya hal

apa yang menurutnya paling membanggakan, R berkata memetik jambu. PI kemudian meminta R menggambar pohon jambu (protokol 3). Hal yang R lihat saat itu adalah, ia berhasil mengambil 4 buah jambu yang sangat merah, sementara temannya hanya mendapat 2. Sensasi yang ia rasakan adalah enak, saat ditanaya enak seperti apa, R menjawab “*seger*” yang terasa dimulut dan enak di perut.

PI kemudian melakukan pemeriksaan sumber daya (protokol 4) dan pada saat itu R menunjukkan asosiasi yang positif. R berkata ia juga membagi jambu tersebut pada salah seorang tetangga dan kepada ibu. Saat membayangkan deskripsi pengalaman dan sensasi yang terasa, R memberikan nilai VoC: 7, bahwa ingatan akan kejadian tersebut membuatnya senang.

Setelah itu, PI kembali merefleksikan sumber daya relasi (protokol 5) dan R kembali berkata bahwa ia merasa senang dan enak (asosiasi positif). PI kemudian meminta R melakukan *bilateral stimulation* (protokol 6) dan meminta R untuk memilih sendiri caranya. R memilih untuk menggunakan *butterfly hug* dan melakukan tanpa memerlukan instruksi tambahan dari PI.

PI kemudian mendeskripsikan gambaran (protokol 7) dimana R berhasil mengambil 4 buah jambu dan membagikannya pada tetangga serta ibu, serta rasa segar dimulut dan enak di perut saat memakan jambu tersebut, sambil R melakukan *butterfly hug*. Setelah itu R berkata ia merasa hebat. Saat PI menanyakan isyarat kata (protokol 8) apa yang dapat membantu agar R mudah mengingat kejadian yang menyenangkan tersebut, R kemudian berkata pohon jambu.

PI kemudian mencoba mengembangkan pengalaman membanggakan (protokol: 3) kedua yang R ceritakan, yaitu ketika ia naik sepeda dan bisa lepas tangan. Saat R diminta menggambarkan hal yang ia lihat, R berkata ia tidak bisa menggambar sepeda. PI kemudian bertanya pada R apa saja yang ada di sepeda, lalu mulai membantu R menggambar. R akhirnya ikut menambahkan garis untuk pedal dan menggambar orang di atas sepeda, kemudian mewarnai sepeda tersebut. R merasa sangat senang saat menggambar dan menceritakan sepedanya (asosiasi positif) yang menggambarkan protokol 4 dan 5. Perasaan yang muncul memiliki (VoC:7).

PI kemudian melakukan pemeriksaan sumber daya dan kembali melakukan refleksi (protokol 6) dan R melaporkan bahwa ia merasa kuat saat mengingat kejadian tersebut. PI kemudian meminta R melakukan *bilateral stimulation* sambil memperhatikan gambar yang ia buat. Hal yang R rasakan adalah “*enak karena bisa genjot sepeda*”, dan ia berkata perasaan yang muncul adalah senang karena dapat naik sepeda, melepaskan tangan, dan membonceng I.

Lalu pada protokol 7, R menilai dirinya adalah anak yang kuat, setelah selesai R berkata ia merasa senang bisa naik sepeda dan merasa kuat saat bisa membonceng. R menuliskan isyarat kata (protokol 8) “kuat” pada gambar yang ia buat dan membuat gerakan menarik kedua tangan di depan dada sambil berkata R anak kuat.

Pada protokol 9, gambaran masa depan yang terbangun adalah, ia dapat mengingat hal-hal yang membuatnya senang apabila ia sedang sedih atau merasa tidak enak. R sebagai anak yang kuat, ia bisa belajar dan tidak merasa lemas lagi. Melihat pemikiran positif R dimana ia merasa bisa belajar, PI mencoba menanyakan pada R dalam hal apa saja ia dapat belajar, R menjawab belajar di sekolah. PI lalu bertanya pada R apakah ia mau belajar untuk tidak mengompol, R berkata mau. Di akhir sesi R melaporkan SUD:0.

Sesi 6: Evaluasi

Pada sesi evaluasi, PI melakukan wawancara dengan R dan ibu. Pada saat wawancara dengan R, ia berkata bahwa ia merasa senang dan merasa terapi yang ia ikuti mudah untuk ia lakukan. Hal yang R rasakan sesudah mengikuti terapi adalah merasa tenang. PI kemudian meminta R untuk melanjutkan tulisan yang PI minta dengan mengisi bagian akhir kalimat. Berikut ini adalah respon R:

1. Saya anak yang **rajin**
2. Saya selalu **pintar**
3. Saya **R**
4. Raka anak yang **pintar**
5. Raka anak yang **selalu membantu orangtua**
6. **Raka anak yang kuat**

Saat ditanya apa saja yang sudah pelajari, R berkata sudah dapat melakukan teknik menenangkan diri. R juga dapat melakukan sendiri teknik *safe place* dengan baik (tidak memerlukan arahan). Namun saat ditanya mengenai kontainer, menurut R hal tersebut kurang dapat membantunya merasa tenang.

Sementara itu pada evaluasi, ibu melaporkan bahwa di rumah R menunjukkan banyak perubahan perilaku, terutama pada perilaku agresi verbal mengancam adik yang sudah hampir tidak R tunjukkan semenjak hari terakhir intervensi. R juga menunjukkan perubahan perilaku saat keinginannya tidak terpenuhi, R tidak merengek. Hal ini terlihat pada saat ibu tidak bisa membelikan R tempat pensil yang ia inginkan, dan meminta R untuk menunggu hingga ibu memiliki uang. R juga menunjukkan berkurangnya keluhan somatis, dan berhasil untuk tidak mengompol (dimana sebelumnya R selalu berkata tidak bisa). Menurut ibu, pada malam hari sebelum tidur, R beberapa kali ke kamar mandi, dimana sebelumnya jarang ia lakukan meskipun sudah diingatkan.

Tabel 4.4 Hasil Pengukuran CBCL Sesudah Intervensi

	Skor total	Kategori	Skor
Menarik diri	2	Normal	INT: 6 T: 53 (Normal)
Keluhan somatis	3	Normal	
Cemas/depresi	1	Normal	
Masalah sosial	1	Normal	EXT: 6 T:46 (Normal)
<i>Thought Problems</i>	2	Normal	
Masalah atensi	3	Normal	
Perilaku jahat	1	Normal	EXT: 6 T:46 (Normal)
Perilaku Agresif	5	Normal	
Total	Skor: 23 T: 51	Normal	

4.3. Evaluasi Program Intervensi

4.3.1. Perbandingan Perilaku R sebelum dan Sesudah Intervensi

Berikut ini adalah perbandingan perilaku R yang dikeluarkan oleh ibu sebelum dan sesudah terapi. Data di bawah merupakan hasil perbandingan informasi yang ibu berikan melalui wawancara.

Tabel 4.5. Perbandingan respon diberbagai situasi & keluhan somatis

Situasi	Respon Sebelum	Respon Sesudah
Keinginan tidak terpenuhi	Merengek hingga permintaan diberikan. Menangis dan berteriak	Mengingatkan ibu untuk membelikan jika sudah memiliki uang
Kesal dengan adik	Mengancam adik dan	Mengadukan pada ibu

	menggunakan kata-kata kasar	
Diminta buang air kecil agar tidak mengompol pada malam hari	Berkata tidak bisa berhenti mengoprol. Tidak menghiraukan orangtua (tidak kooperatif)	Buang air kecil sebelum tidur dengan inisiatif sendiri
Ibu bepergian	Selalu menuntut untuk ikut	Mau menjaga rumah
Keluhan Somatis	Mual dan ingin muntah pada pagi hari	Jarang
	Mengeluh sakit kepala/pusing	Tidak Pernah
	Kulit gatal (Alergi)	Kulit gatal (Alergi)
	Mudah lelah	Terlihat bersemangat

4.3.2. Perbandingan Hasil Kuisisioner CBCL Sebelum dan Sesudah

Dari data perbandingan CBCL yang diambil sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan adanya perubahan yang signifikan pada hampir seluruh area permasalahan R. Hal ini terlihat dari penurunan skor T dan kategori skor T sebelum intervensi yang tergolong klinis (skor 70) menurun setelah dilakukannya intervensi dimana skor T sesudah intervensi tergolong normal (skor T: 51).

Penurunan skor kedalam kategori yang signifikan juga tampak pada area permasalahan *internalizing* maupun *externalizing*. Skor *internalizing* sebelum intervensi tergolong klinik (skor T: 77), sedangkan skor sesudah intervensi tergolong normal (Skor T: 53). Skor *externalizing* sebelum intervensi tergolong klinis (skor T: 67) dan skor sesudah intervensi tergolong normal (Skor T: 51).

Tabel 4.6 Perbandingan Skor CBCL Sebelum dan Sesudah Intervensi

	Skor Sebelum	Skor Sesudah	Skor Sebelum	Skor Sesudah
Menarik diri	6 (borderline)	2 (normal)	INT: 27	INT: 6
Keluhan somatis	11 (klinis)	3 (normal)	T: 77 (klinis)	T: 53 (normal)
Cemas/depresi	10 (borderline)	1 (normal)		
Masalah sosial	3 (normal)	1 (normal)		
Thought Problems	6 (klinis)	2 (normal)		
Masalah atensi	10 (borderline)	3 (normal)		
Perilaku jahat	7 (klinis)	1 (normal)	EXT: 23 T:67 (Klinis)	EXT: 6 T:46 (normal)
Perilaku Agresif	16 (normal)	5 (normal)		
Total	Skor: 60 T: 70 (klinis)	23 T: 51 (normal)		

Orangtua juga melaporkan penurunan keluhan yang tampak pada beberapa area yang sebelumnya termasuk dalam kategori *borderline* dan sesudah intervensi menjadi normal. Penurunan tersebut tampak pada keluhan menarik diri yang sebelum intervensi memiliki skor: 6, dan sesudah intervensi menurun menjadi skor: 2. Masalah cemas/depresi sebelum intervensi dilaporkan oleh ibu memiliki skor: 10, dan menurun menjadi skor: 1 sesudah intervensi. Sedangkan masalah atensi sebelumnya memiliki skor: 10 sebelum intervensi dan menurun menjadi skor: 3 setelah intervensi.

Selain itu, dari tabel juga tampak adanya penurunan keluhan dalam area masalah sosial dan perilaku agresif. Dimana pada masalah sosial, skor sebelum intervensi adalah 3 sedangkan skor sesudah intervensi adalah 1. Sedangkan keluhan perilaku agresif yang terlihat dari skor sebelum intervensi adalah 16, dan sesudah intervensi menurun menjadi 5.

Perubahan skor CBCL menunjukkan berkurangnya simptom negatif trauma. Berkurangnya simptom negatif trauma terangkum dalam berkurangnya keluhan somatis, perilaku agresif dan mudah tersinggung, perilaku jahat dan permasalahan dengan atensi yang sebelumnya berada dalam area klinis, berubah menjadi normal setelah dilakukan RDI.

4.3.3. Perbandingan Penilaian Diri

Sebelum dilakukan intervensi, R memiliki penilaian diri yang negatif. Yang terlihat dari keyakinan R bawa ia tidak dapat berubah dan tidak ada yang dapat menolongnya untuk menjadi lebih baik. Sedangkan sesudah intervensi, R tampak memiliki penilaian diri yang lebih positif. Ia menilai dirinya adalah anak yang mampu melakukan sesuatu, pintar, rajin, mau membantu orangtua, dan memiliki kemampuan untuk belajar.

BAB V

KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai kesimpulan serta diskusi dari hasil pemberian intervensi. Pada bab ini juga akan disampaikan saran praktis yang berkaitan dengan kelanjutan penanganan kasus, serta saran teoritis yang berguna untuk penelitian selanjutnya.

5.1. Kesimpulan

Setelah berlangsungnya program intervensi dan evaluasi yang dilakukan pada penanganan kasus R, dapat disimpulkan bahwa pemberian stabilisasi psikologis dengan teknik *Resource Development and Installation* (RDI) efektif untuk mengurangi simptom trauma pada anak dengan *developmental trauma*. Indikator efektifitas RDI yang pertama terlihat dari penurunan skor SUD pada ingatan negatif anak dan berkembangnya sumber daya positif yang terlihat dari skor VoC 7. Indikator efektifitas kedua terlihat perubahan skor CBCL menunjukkan berkurangnya simptom negatif trauma. Dimana pada skor CBCL terlihat penurunan skor dan perubahan kategori masalah yang tergolong klinis menjadi normal pada T total, T *internalizing* dan T *externalizing*. Pada area permasalahan menarik diri, cemas/depresi, masalah atensi yang sebelumnya tergolong *borderline* juga menjadi normal sesudah intervensi. Sedangkan pada area masalah sosial dan perilaku agresif yang meskipun sebelumnya masih tergolong normal, namun tetap menunjukkan penurunan setelah dilakukan intervensi. Indikator efektifitas ketiga adalah perubahan perilaku yang dilaporkan orangtua melalui hasil wawancara. R dilaporkan menjadi anak yang lebih tenang, tidak menuntut, serta perilaku mengancam adik sudah tidak R lakukan.

Pemberian stabilisasi untuk meningkatkan *resource positif* dengan teknik RDI juga membantu R untuk merasa lebih tenang dan mampu mengatasi afek negatif yang ia rasakan. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian RDI dapat meningkatkan kapasitas R dalam melakukan kontrol terhadap emosi serta

kemampuan untuk merasa aman. Selain itu RDI juga meningkatkan penilaian diri yang lebih positif pada R.

5.2. Diskusi

Seperti yang dikemukakan oleh Leeds (2009) pengalaman trauma yang kompleks dapat membuat terbentuknya jejaring ingatan yang maladaptif, hingga saat dihadapkan pada kondisi yang mengingatkan atau mirip dengan pengalaman negatif, R akan bereaksi secara otomatis dengan memukul, mengancam, atau menangis. Dalam model AIP dijelaskan bahwa otak manusia memiliki kemampuan untuk mencapai resolusi adaptif. Pengalaman trauma akan menghambat terjadinya resolusi adaptif karena banyaknya pengalaman dan perasaan negatif yang tidak terolah (Leeds, 2009; Shapiro, 2001). Dalam teknik RDI, penggunaan *bilateral stimulation* membantu untuk meningkatkan asosiasi pengalaman positif. Dengan dilakukannya *bilateral stimulation*, otak akan terstimulasi sehingga memungkinkan untuk mengolah ingatan akan pengalaman positif menjadi sumber daya positif baginya (*resolusi adaptif*). Dengan meningkatnya asosiasi ingatan positif maka terjadi peningkatan perasaan aman, dan meningkatkan keyakinan diri yang tampak dari kondisi R yang merasa kuat, hebat dan mampu untuk belajar.

Pembangkitan emosi positif dan ingatan positif telah membantu R untuk mencapai kondisi emosi yang seimbang sehingga kemampuan otak untuk mencari resolusi adaptif dapat terjadi seperti yang seharusnya. Hal ini sejalan dengan penjelasan pemberian RDI yang bertujuan untuk meningkatkan koneksi jejaring ingatan positif, perasaan tenang, terkontrol dan memiliki *resource* positif untuk pemecahan masalah atau mencari resolusi *adaptive* (Leeds, 2009; Korn & Leeds, 2000). Dengan memperkuat jejaring ingatan positif, maka ingatan negatif akan semakin buram dan tidak valid (Shapiro, 2001). Kondisi ingatan negatif yang semakin buram dan tidak valid akan membantu anak untuk lebih siap apabila dilakukan konfrontasi ingatan traumatis karena ingatan tersebut tidak terlalu mengganggu lagi. Pada anak yang mengalami trauma, ingatan akan trauma atau pengalaman negatif dapat menjadi hal yang sangat mempengaruhi kualitas hidup dan emosi anak. Tingkat gangguan yang anak rasakan terukur melalui rating dengan skala SUD. Pada kasus R, terjadi perubahan nilai SUD yang menurun

setelah dilakukan sesi RDI. Penurunan SUD menunjukkan bahwa setelah menjalani sesi RDI, anak semakin mampu untuk mengolah afek negatif yang muncul pada saat mengingat hal yang menggangukannya. Hal ini sejalan dengan pernyataan Shapiro (2001) mengenai ingatan traumatis atau negatif yang akan semakin tidak valid dengan dikuatkannya ingatan positif.

Melalui intervensi dengan RDI yang berhasil dilakukan selama 4 sesi, R tampak menunjukkan perubahan perilaku yang positif baik melalui CBCL maupun melalui hasil wawancara dengan ibu. Hal ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian yang menunjukkan bahwa RDI merupakan terapi yang efektif dan efisien sehingga cenderung membutuhkan sesi singkat (2-4 sesi) (Shapiro, 2001; Smyth & Poole, 2002, Soberman; Tufnell; Fernandez; Jarero et.al.; Oras et.al. dalam Adler-Tapia & Settle, 2008). Selain itu RDI juga diakui sebagai intervensi tunggal yang efektif dalam mengurangi gejala-gejala trauma (Korn & Leeds, 2002).

Berikut ini akan dijelaskan faktor yang menunjang keberhasilan dalam intervensi. Faktor yang menunjang keberhasilan program intervensi antara lain berasal dari sisi klien. R dan ibu menunjukkan kerjasama yang baik untuk datang pada setiap sesi. Sehingga sesi terapi dapat dilakukan sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati bersama.

R juga menilai bahwa aktifitas yang dilakukan menyenangkan dan mudah untuk ia ikuti. Prosedur RDI yang dilakukan disini memang merupakan prosedur yang sudah disederhanakan bagi anak-anak (Adler-Tapia & Settle, 2008), dan PI berusaha menyampaikan informasi dengan bahasa yang mudah dimengerti dan kata-kata yang tidak terlalu baku/kaku untuk membantu R merasa lebih nyaman. Hal tersebut dilakukan karena Korn dan Leeds (dalam Adler-Tapia & Settle, 2008) menyatakan dalam protokol pelaksanaan RDI pada anak-anak bahasa yang digunakan harus disesuaikan dengan kebiasaan dan perkembangan anak.

Selain itu PI juga melihat bahwa, media gambar sangat membantu memfokuskan R pada gambar yang ia buat dan mempermudah R untuk mengekspresikan cerita melalui gambar. Hal ini juga telah disampaikan sebelumnya, dimana karena kemampuan anak yang masih terbatas dalam mengungkapkan emosi serta pengalaman, media seperti *art* atau *play* akan sangat membantu anak dalam mengekspresikan diri (Adler-Tapia & Settle, 2008).

Sedangkan hambatan yang PI temukan dalam pelaksanaan intervensi antara lain, ruangan dan setting yang kurang memadai selama intervensi di puskesmas. Hal ini dikarenakan, ruangan yang tidak kedap dan suara bising dari aktifitas di puskesmas yang terkadang dapat mengganggu perhatian dan fokus R maupun PI. Meskipun demikian dengan keterbatasan yang ada intervensi masih dapat berlangsung dan memberikan dampak positif bagi R.

PI juga menemukan, R tampak sangat sulit untuk memfokuskan perhatian setelah kembali terpapar pada trauma (kembali dipukul ayah). Jawaban yang R berikan cenderung tidak sesuai dengan maksud dari pertanyaan. R juga menunjukkan adanya ketidak selarasan dalam mengungkapkan perasaan dengan kejadian yang ia alami. Munculnya berbagai ingatan akan pengalaman yang tidak menyenangkan menandakan bahwa pengalaman tersebut berada pada *disturbing state* (Shapiro, 2001) sehingga memori intrusif terus muncul dan mengganggu. Hal ini juga sejalan dengan pernyataan beberapa tokoh, yang memaparkan bahwa pengalaman traumatis akan mengganggu sistem kerja otak menjadi tidak seimbang, sehingga memori akan pengalaman traumatis terus terulang (intrusif) (van der Kolk, 2005; Schiraldi, 2009; Vaccaro, Gaetano, Lavick, Joni, 2008). Dalam kondisi tersebut, meskipun pelaksanaan RDI harus mengikuti protokol yang ada, namun pelaksanaan protokol tetap harus mempertimbangkan kesiapan anak. Hal ini juga telah tekankan oleh Korn dan Leeds (dalam Adler-Tapia & Settle, 2008) apabila terdapat ingatan atau asosiasi negatif yang muncul selama pengembangan sumberdaya positif, maka harus dilakukan teknik kontainer atau *safe place*. Namun apabila asosiasi atau ingatan negatif tetap muncul, maka *bilateral stimulation* tidak boleh dilakukan agar ingatan negatif tersebut tidak ikut diperkuat.

Dalam kondisi anak yang masih terganggu dengan pemikiran negatif, teknik menenangkan diri dengan membuat *safe place* sangat membantu untuk mengolah simptom tersebut. Hal ini juga sejalan dengan prinsip penanganan trauma dimana fokus utama yang harus dilakukan adalah membantu klien untuk merasa aman, tenang, terkontrol (Schiraldi, 2009; Janet dalam van der Hart et.al, 2000). Oleh karena itu, pelaksanaan protokol harus disesuaikan dengan kondisi anak.

Penggunaan teknik kontainer R nilai tidak efektif baginya untuk merasa tenang dan tidak memikirkan hal yang mengganggunya. Bahkan meskipun telah ditekankan agar R membayangkan kotak yang kuat, R tetap membayangkan sebuah kotak yang terbuat dari kertas. Teknik kontainer yang dinilai kurang efektif bagi R sangat mungkin terkait dengan tahap perkembangan kognitif pada anak usia 9 tahun yang masih berada dalam tahap kongkrit operasional (Santrok, 2006). Karena berada pada tahap kongkrit oprasional, R masih mengalami kesulitan untuk membayangkan sebuah masalah yang dirubah dalam bentuk tertentu agar dapat disimpan. Hal ini menjelaskan, mengapa teknik kontainer tidak efektif bagi R.

5.3. Saran

Saran akan disampaikan dalam dua bagian, dimana saran praktis diharapkan dapat berguna bagi perkembangan R, sementara saran teoritis dapat berguna bagi penelitian selanjutnya.

5.3.1. Saran Praktis

Meninjau dari proses intervensi dan kemajuan yang sudah ditunjukkan R hingga saat ini, PI melihat terdapat beberapa saran yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemajuan R, antara lain:

1. Psikoedukasi pada orangtua, terutama ayah mengenai dampak psikologis dan emosional bagi anak yang mengalami kekerasan (baik fisik maupun emosional).
2. Kembali menghimbau orangtua untuk melakukan konseling dengan psikolog dewasa terkait dengan isu yang mereka miliki.
3. Melakukan *follow-up* mengenai kondisi R dalam jangka waktu 1 bulan, dan menentukan apakah diperlukan intervensi lanjutan lain.
4. Menyarankan orangtua melakukan modifikasi perilaku apabila R masih mengompol.

5.3.2. Saran Teoritis

1. Dalam penelitian lainnya, juga dapat menggunakan *Trauma inventory for Children* untuk memantau perubahan simptom trauma pada anak.
2. Untuk membantu pemantauan perubahan perilaku anak, juga akan sangat membantu apabila orangtua diberikan lembar pemantauan perilaku. Dengan demikian dapat diketahui secara pasti pada sesi keberapa anak menunjukkan perubahan perilaku. Hal yang sama juga bisa dilakukan untuk memantau simptom somatis anak.
3. Melakukan pengukuran terhadap penilaian diri anak sebelum dan sesudah intervensi dengan cara yang sama, sehingga hasilnya dapat dibandingkan dengan lebih baik.
4. Pada penanganan kasus trauma, terutama trauma yang terjadi dalam keluarga, akan sangat membantu apabila semenjak awal orangtua dan PI menyepakati pentingnya keterbukaan informasi apabila dalam masa intervensi anak mengalami bentuk-bentuk kekerasan. Sehingga PI dapat memprediksi dan menyiapkan materi atau alternatif kegiatan, apabila anak tampak tidak siap mengikuti sesi seperti biasanya.

DAFTAR REFERENSI

- Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. New York: Springer Publishing Company.
- Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Allen, Jon G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2nd ed). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cook, Alexandra., Blaustein, Margaret., Spinazzola, Joseph., Kolk, Bessel van der. (2003). *Complex trauma in children and adolescents*. The National Child Traumatic Stress Network. www.NTCSNet.org.
- DeAngelis, Tori (2008). *PTSD treatment grow in evidance, effectiveness*. American Psychological Association, Vol 39, No.1. Diunduh dari www.apa.org/monitor/jan08/ptsd.aspx. pada tanggal 28 Juli 2012.
- Flannery, R. B. Jr. (1992). *Post-Traumatic Stress Disorder, The victim's guide to healing and recovery*. New York: The crossroad Publishing Company.
- Gauvreau, Philippe., Bouchard, Stephane. 2008. *Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder*. New York: Journal of EMDR Practice and Research Vol. 2, Iss. 1.
- Gravetter, F.J & Forzano, L.B. (2009). *Research methods for the behavioral sciences*.USA: Wadsworth
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Kira, Ibrahim Aref (2010). *Taxonomy of trauma and trauma assessment*. Traumatology Vol.7 No.2.
- Komnas Perlindungan Anak. *Data dan Fakta "Database Pelanggaran Hak Anak di Indonesia Tahun 2007-2009"*. www.komnaspaspa.or.id/Komnaspaspa/Halaman_utama.html. diunduh pada tanggal 30 Mei 2012.

Komnas Perlindungan Anak. *Data dan Fakta “Database Pelanggaran Hak Anak di Indonesia Tahun 2010”*. www.komnaspa.or.id/Komnaspa/Halaman_utama.html. Diunduh pada tanggal 30 Mei 2012.

Korn, D.L. & Leeds, A.M. (2002). *Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the stabilization phase of treatment of complex Posttraumatic Stress Disorder*. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12): 1465-1487.

Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L., (2007). *Abnormal Psychology* (10th Ed). USA: John Wiley & Sons, Inc.

Leeds, Andrew M. (2010). *Criteria for assuring appropriate clinical use and avoiding misuse of Resource Development and Installation when Treating Complex Posttraumatic Stress Syndrome*. Bali: EMDR Asia Conference.

Leeds, Andrew M. (2006). *Criteria for assuring appropriate clinical use and avoiding misuse of Resource Development & Installation when treating complex posttraumatic stress syndromes*. EMDR International Association Annual Conference September 8, 2006. diunduh dari http://www.andrewleeds.net/training/prodownloads_files/Criteria%20for%20RDI.pdf pada tanggal 25 Mei 2012.

Mannes, Heidi Lee., Nordanger, Dag., Braarud Hanne C. (2011). *Today's Children are tomorrow's parents: Evolving trends in the field of trauma; Developmental and neurobiological contributions to the understanding of complex trauma*. Editor: Dag Nordanger. Diunduh dari <http://connection.ebscohost.com/tag/TRAUMATISM%2B-%2Btreatment>. pada tanggal 25 Mei 2012.

McFarlane, Alexander C. (2001). *Phenomenology of Posttraumatic Stress Disorder*. Dalam Dan J. Stein & Eric Hollander (Eds). *Text Book of Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Santrock, Jhon W. (2006). *Life Span Development* (10th Ed.). New York: Mc Graw Hill.

Schiraldi, Glenn R. (2009). *The Post-Traumatic Stress Disorder: Sourcebook* (2nd ed). USA: Mc Graw Hill.

Shapiro, Francine. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

(EMDR): *Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd Ed.). NY: The Guildford Press.

Shapiro, F. (2002). *EMDR integrative psychotherapy approach; experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington D.C.: American Psychological Association Books.

Smyth, N. J., & Poole, A. D. (2002). EMDR and cognitive-behavior therapy: Exploring convergence and divergence. Dalam F. Shapiro (Ed.). *EMDR as an integratif psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association.

Vaccaro, Gaetano., Lavick, Joni (2008). *Trauma: Frozen moments frozen lives*. Beta. Diunduh dari http://img.thebody.com/staf/2008/summer08_trauma.pdf pada tanggal 28 Juni 2012.

Van der Hart, Onno., Seele, Kathy., Ford, Julian D. (2001). *Introducing issues in the treatment of complex PTSD*. Diunduh dari www.istss.org/publications/TS/Fall01/PTSDIssues.htm pada tanggal 19 Juni 2012.

Van der Kolk, Bessel A. (2005). *Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. Psychiatric Annals.

Van der Kolk, Bessel A. & Pynoos, Robert (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. The National Child Traumatic Stress Network.

Wanders, Femy., Sera, Marike., Jongh, Ad De (2008). *EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: A Randomized Controlled Trial*. Vol. 2, No. 3. Journal of EMDR Practice and Research.

Weidman, Arthur B. (2006). *Treatment for children with trauma-attachment disoreder:dyadic developmental psychotherapy*. Child and adolescent social work journal. Vol.23, No.2. Springer science.

Wheeler, Kathleen (2007). *Psychotherapeutic Strategies for healing trauma*. Perspectives in Psychiatric Care. Vol 43, No 3. p. 132. ProQuest.

Wolpaw, J.M., & Ford, J.D. (2004). *Assessing exposure to psychological trauma and Post-Traumatic Stress in juvenile justice population*. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network.

Yehuda, Rachel & Wong, Cheryl M. (2001). Pathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Dalam Dean J Stein & Eric, Hollander (Eds). *Text book of anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.



LAMPIRAN 1

Informed Consent

LEMBAR PERSETUJUAN ORANGTUA

Kepada Orangtua Yang Terhormat,
Anak anda akan mengikuti intervensi RDI (*Resource Development and Installation*) yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan merasa aman dan tenang.

Informasi

Tujuan dari intervensi ini adalah untuk membangun *resources* positif pada anak. Diharapkan ketika anak telah memiliki *resources* positif, anak merasa lebih aman dan nyaman. Intervensi ini juga ditujukan untuk melatih anak agar dapat menjadi lebih mampu menghadapi segala situasi di sekitarnya, seperti perasaan marah, kesal atau sedih dan dapat memanfaatkan *resources* positif yang dimilikinya ketika menghadapi situasi yang biasa membuatnya merasakan emosi yang negatif dimasa yang akan datang. Intervensi ini juga diharapkan dapat membantunya dalam aspek kehidupan yang lain seperti aspek sosial dan akademis. Dalam intervensi ini anak akan dipandu untuk meningkatkan *resources* positif dan melatih cara-cara untuk mengurangi perasaan tidak nyaman melalui aktivitas-aktivitas tersebut. Seluruh kegiatan yang dilakukan akan sangat memperhatikan kenyamanan dan keselamatan anak.

Prosedur

Prosedur dari intervensi ini adalah, pertama orangtua harus menandatangani surat persetujuan untuk mengikuti program intervensi. Kedua, jika orangtua telah setuju, maka anak akan mengikuti 3-4 sesi terapi (disarankan 2-3x dalam 1 minggu) yang dilakukan di Puskesmas Sukmajaya Depok.

Setiap sesi intervensi akan berlangsung selama sekitar 45menit hingga 1 jam. Anak akan bersama-sama dengan pelaksana intervensi di dalam ruangan melakukan aktivitas yang sudah diprogram sesuai dengan protokol RDI. Tiga sesi pertama, anak akan dipandu untuk meningkatkan *resources* positifnya menggunakan berbagai jenis permainan. Pada Sesi terakhir adalah sesi penutupan dimana akan dilihat kemajuan dan efektifitas dari terapi yang telah dilaksanakan.

Risiko dan Keuntungan mengikuti Intervensi

Pada saat mengikuti terapi ini terdapat kemungkinan anak akan merasa tidak nyaman untuk menceritakan kejadian tidak menyenangkan yang pernah ia alami, namun dengan pengembangan *resources* positif yang telah dilakukan pada sesi-sesi awal diharapkan ketidaknyamanan tersebut akan terminimalisir.

Keuntungan dari terapi ini adalah, anak dapat mengetahui dan menyadari *resources* positif yang ia miliki yang dapat berguna dalam kehidupannya sehari-hari yaitu untuk membantunya melalui keadaan atau situasi yang kurang nyaman. Khususnya pada saat anak terpapar pada kejadian traumatis atau pada saat ia mengingat kejadian yang membuatnya tidak nyaman. Olehkarena itu diharapkan, anak memiliki kemampuan untuk menciptakan rasa aman dan nyaman dalam dirinya.

Kerahasiaan

Seluruh data terkait intervensi yang diberikan akan dirahaskan. Informasi mengenai anak tidak akan ditunjukkan kepada orang lain, selain psikolog yang mengawasi langsung jalannya intervensi ini. Jika data akan dipublikasi untuk kepentingan penelitian atau pendidikan, maka akan dilakukan atas seizin orangtua dan dipublikasikan tanpa menyertakan identitas anak dan orangtua. Terdapat beberapa informasi yang tetap akan dicantumkan seperti jenis kelamin, usia dan tingkat pendidikan. Meskipun begitu, pihak Universitas Indonesia akan melakukan evaluasi terhadap intervensi yang diberikan untuk memastikan tidak adanya pelanggaran hak anak dalam intervensi ini.

Pemberian intervensi juga akan dilakukan perekaman suara/gambar dan hasil perekaman ini hanya akan dipakai untuk tujuan evaluasi prosedur yang sudah dilakukan dan tidak akan dipublikasikan tanpa persetujuan orangtua.

Kontak dan Pertanyaan

Intervensi ini dilakukan oleh Andria Charles S.Psi yang di supervisi oleh Dra. Tri Iswardani A., M.Si dan Mita Aswanti M.Si. Jika bapak/ibu memiliki pertanyaan, silahkan menghubungi 081989174422

Terima kasih atas waktu dan kesediaan bapak/ibu.

Pernyataan:

Saya telah membaca informasi yang diberikan dan pertanyaan-pertanyaan yang terkait intervensi ini telah dijawab.
Saya berusia lebih dari 18 tahun.

* Beri tanda *checklist* (V):

Saya bersedia untuk mengikuti intervensi dan mengizinkan anak saya untuk berpartisipasi dalam intervensi ini:

YA _____ TIDAK _____

Nama Anak : _____

Ttd Orangtua : _____ Tanggal: _____

Ttd Pelaksana Intervensi : _____ Tanggal: _____

LAMPIRAN 2

Protokol Pelaksanaan

Berikut ini merupakan cuplikan protokol yang dilakukan dalam sesi RDI. Apabila diperlukan protokol pelaksanaan secara lengkap dapat menghubungi andria.charles@yahoo.com.

Korn and Leeds (dalam Adler-Tapia & Settle, 2008):

1. Identifikasi sumber daya yang dibutuhkan :

“*Saya ingin kamu berpikir mengenai sesuatu*”

.....

..... *Sesuatu itu bisa* *Saat kamu memikirkannya, apa yang ingin kamu*
Mari kita coba cari tahu apa yang bisa kamu lakukan untuk
2. Mengembangkan sumber daya: melihat berbagai *sumber daya* (pilih satu)
 - a. Pengalaman atau *image* membanggakan :

“*Coba kamu pikirkan*”

“*Pikirkan mengenai*”

“*Ceritakan kepada saya tentang*.....”
 - b. Sumber daya relasi (figur yang dapat menjadi contoh dan mendukung):

“*Pikirkan mengenai*”

yang bisa membantumu merasakan”

“*Orang-orang tersebut*”
 - c. Metafor dan simbol-simbol:

“*Adakah sesuatu*”

(sumber daya positif apapun), *seperti bulu ajaib, pedang atau tongkat sihir, peri atau rumah pohon yang keren?*”

“*Mungkin sesuatu tersebut dari*?”
3. Mengembangkan sumber daya: Mengakses informasi lebih banyak (Mengaktivasi sumber daya satu demi satu):

“*Saat kamu memikirkan*
Apa yang kamu lihat? Apa yang kamu dengar? “
 Gunakan contoh dan gerakan fisik untuk mendemonstrasikan kepada anak.
 “*Apa perasaan**pengalaman tersebut?*”

4. Memeriksa sumber daya:
 “ *Saat kamu berpikir
 bagaimana perasaanmu?* ”

Pastikan bahwa sumber daya yang dipilih dapat membantu anak untuk mengatasi situasi yang menantang dengan menanyakan:

“*Saat kamu berpikir mengenai.....
 Seberapa yakinkah kamu dari
 1, tidak membantu, hingga 7, sangat benar dan sangat membantu?*”
 pelaksana intervensi menggunakan alat ukur apapun yang cocok dengan usia dan kemampuan anak (Pengukuran VoC).

5. Melakukan refleksi terhadap sumber daya:
 “*Silakan dilanjutkan.....* ”.

Ulangi deskripsi dari perasaan, sensasi dan suara secara verbatim dan periksa apakah asosiasi yang terbangun, positif. Pastikan apakah anak dapat mentoleransi hubungan antara sumber daya tanpa asosiasi atau perasaan yang negatif. Jangan dilanjutkan jika anak melaporkan adanya asosiasi negatif yang terbentuk dengan sumber daya tersebut, dan lebih baik coba lagi dengan sumber daya yang lain.

6. Menginstalasi sumber daya:
 “*Sekarang, pikirkan* ”
 Kemudian *bilateral stimulation* (EM, tapping atau yang lain). Pelaksana intervensi kemudian memberikan beberapa set *bilateral stimulation* (4-6). Setiap selesai satu set, pelaksana intervensi menanyakan
 “*Apa yang kamu dapatkan sekarang?*”.

Bilateral stimulation tidak dilanjutkan jika klien melaporkan adanya asosiasi atau perasaan yang negatif.

PENTING: Materi negatif dapat dimasukkan ke dalam wadah imajinasi (*container*) sebelum proses berlanjut atau proses mengulang dari awal menggunakan asosiasi sumber daya yang lain.

7. Memperkuat sumber daya dengan mengkaitkannya dengan isyarat verbal atau sensoris:
 “*Ingatlah _____. “Apa yang bisa kamu katakan mengenai dirimu sekarang?”*
 “*Bayangkan orang tersebut (sumber daya relasi)
 dan memberikan apa yang kamu butuhkan. Bayangkan
 apa yang harus dikatakan kepadamu. Tepat*”

seperti yang ingin kamu dengar. Bayangkan kamu
atau menjadi orang itu.”

Atau,

“Bayangkan kamu (sumber daya metafora)
dengan tanganmu. Bayangkan kamu merasakan
itu di sekitarmu. Tarik napas dan masukkan
..... yang nyaman tersebut di tubuhmu. Dapatkan kamu
menyentuhnya? Dapatkah kamu mengecapnya?”

Beri petunjuk anak untuk merasakan input sensoris dari seluruh inderanya.
Lanjutkan dengan dengan *bilateral stimulation* selama pemrosesan terlihat
membantu.

8. Isyarat kata atau ungkapan:

“Apakah ada satu kata atau sebutan yang dapat kita gunakan untuk
mengingatnya? Apa kata terbaik yang dapat membantu kita ingat?” Tulis
katanya dan periksa apakah kata tersebut cocok. “Jadi, jika saya berkata
_____ apakah itu membuatmu mengingat mengenai hal tersebut?”

a. Mengaitkan isyarat kata atau ungkapan dengan sumber daya:

“Coba kamu pikirkan mengenai
(lanjutkan dengan *bilateral stimulation*)”.

Pelaksana intervensi kemudian memberikan beberapa set dari
bilateral stimulation dengan 4-6 movement setiap set. Setiap
selesai satu set *bilateral stimulation*, pelaksana intervensi
menanyakan,

“Apa yang kamu dapatkan sekarang?”

b. Melatih isyarat kata dengan gangguan:

“Dapatkah kamu berpikir mengenai sesuatu yang terjadi di minggu
lalu yang sedikit mengganggu?”

“Mari kita
untuk membuat hal tersebut berhenti mengganggu.”

Pelaksana intervensi kemudian memberikan beberapa set dari
bilateral stimulation dengan 4-6 movement setiap set. Setiap
selesai satu set *bilateral stimulation*, pelaksana intervensi
menanyakan,

“Apa yang kamu dapatkan sekarang?”

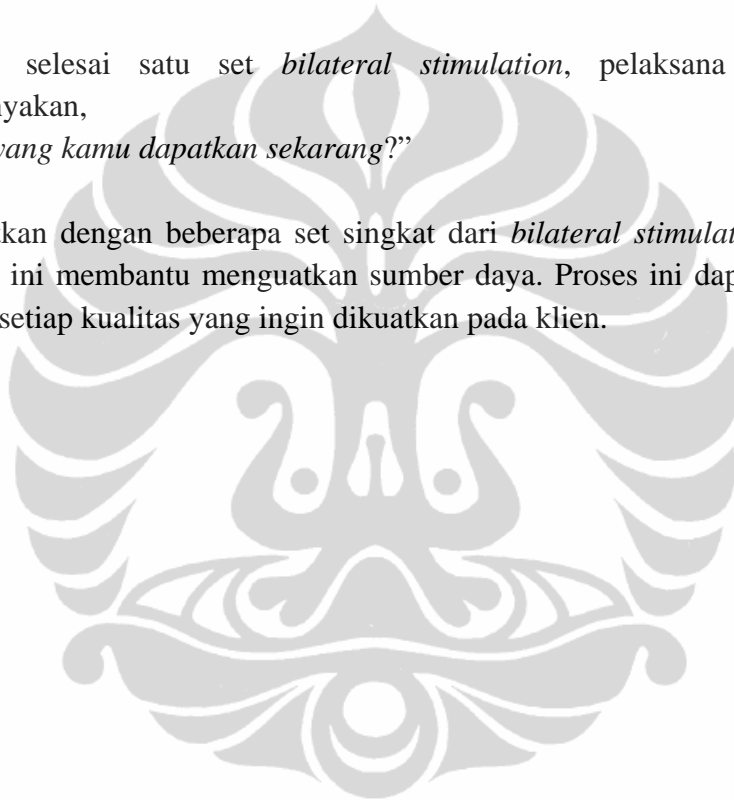
9. Membangun pola/model masa depan:

“Jika ada sesuatu yang terjadi besok, lusa atau minggu-minggu ke depan, dan kamu bisa menggunakan pikiran ini, kira-.....? Bayangkan seandainya kamu serta isyarat kata _____.”
Pikirkan bahwa hal tersebut adalah yang kamu butuh untuk rasakan”

Pelaksana intervensi kemudian memberikan beberapa set dari *bilateral stimulation* dengan 4-6 *movement* setiap set.

Setiap selesai satu set *bilateral stimulation*, pelaksana intervensi menanyakan,
“Apa yang kamu dapatkan sekarang?”

Lanjutkan dengan beberapa set singkat dari *bilateral stimulation* selama proses ini membantu menguatkan sumber daya. Proses ini dapat diulangi untuk setiap kualitas yang ingin dikuatkan pada klien.



LAMPIRAN 3
Lembar Pencatatan RDI Anak

(Adler-Tapia & Settle, 2008)

Tahap 1

Sumber daya yang dibutuhkan (Kehebatan, Kemampuan, kekuatan, Hal yang dibutuhkan/diinginkan, Perasaan, hal yang dipercayai) → ditentukan oleh anak:

Pengembangan sumber daya

Pengalaman keberhasilan dan gambar yang muncul:

Sumber daya relasi (Orang yang dapat membantu/mendukung):

Metafora dan Simbol:

Tanda tangan: ----- Tanggal:-----

Lembar Pencatatan RDI Anak

(Adler-Tapia & Settle, 2008)

Tahap 2

Sumber daya yang dibutuhkan (Kehebatan, Kemampuan, kekuatan, Hal yang dibutuhkan/diinginkan, Perasaan, hal yang dipercayai) → ditentukan oleh anak:

Sumber daya yang dipilih (Misalnya: pengalaman keberhasilan atau image/ingatan, pihak yang mendukung, metafora atau simbol):

Gambaran atau hal yang terbayang (image):

Keterangan tambahan (suara, bau, tekstur, dll):

Perasaan positif:-----

Sensasi positif pada tubuh (lokasi dan deskripsi):-----

Kata kunci:-----

Hal yang dapat menguatkan hubungan pada sumber daya tersebut: (contoh: kata-kata semangat/dukungan, mendekati sumber daya, memegang sumber daya):-----

Tanda tangan: ----- Tanggal:-----

LAMPIRAN 4

Instruksi *Self/Calm Place*

Tempat Nyaman/Aman

(Adler-Tapia & Settle, 2008)

Berikut ini merupakan cuplikan instruksi *self/calm place*. Apabila diperlukan instruksi secara lengkap dapat menghubungi andria.charles@yahoo.com.

“Sekarang kakak akan mengajak kamu melakukan latihan untuk menenangkan diri”

Langkah 1: Gambaran tempat

“Dapatkah kamu pikirkan yang benar-benar ada, yang dapat membuat kamu merasa?” (Jika memungkinkan minta anak untuk menggambar, atau bantu anak menggambar)

Langkah 2: Emosi dan sensasi

“Pikirkan tempat yang..... Apa yang kamu rasakan?” (bila tidak ada jawaban) “apakah kamu merasa? Apa yang kamu rasakan.....?” (bila anak bingung) “masing-masing anak merasakan yang berbeda-beda.....dapatkah kamu sentuh?”

Langkah 3: Penguatan

“Sekarang pikirkan gambarmari kita lakukan_____” (BLS selama beberapa detik). “Sekarang apa yang kamu rasakan?” (apabila perasaan positif, lanjutkan BLS, bila perasaan positif tidak meningkat dapat dicoba BLS lain hingga adanya peningkatan).

Langkah 4: Kata Kunci

“Kata apaagar mengingat apa yang kamu rasakan sekarang?” (tunggu respon anak) “Jika saya berkata _____, apa yang kamu rasakan?” (lakukan BLS)

Langkah 5: Mengucapkan kata kunci

“Sekarang kakak mau kamu berkata_____ dan rasakan perasaanmu yang muncul.”

Langkah 6: Kata kunci dan gangguan

“Sekarang mari kita berlatih Kakak ingin kamu memikirkan hal kecil/ sederhana yang katakana apa yang terasa dibadanmu” (tanpa BLS)

Langkah 7: Mengucapkan kata kunci dengan hal yang mengganggu

Terapis meminta anak kembali memikirkan hal kecil yang mengganggu, kemudian melakukan teknik *safe/calm place* tanpa bantuan terapis hingga anak merasa santai.

Langkah 8: Latihan

Menyarankan anak untuk mengulangi di rumah.

LAMPIRAN 5

Instruksi Kontainer

(Adler-Tapia & Settle, 2008)

Berikut ini merupakan cuplikan instruksi kontainer. Apabila diperlukan instruksi secara lengkap dapat menghubungi andria.charles@yahoo.com.

“Kadang-kadang kita memiliki pikiran atau perasaan yang mengganggu kita di sekolah atau di rumah. Apakah kamu pernah memiliki pikiran atau perasaan seperti itu? Menurut kamu, apa yang bisa kita gunakan untuk menyimpan pikiran-pikiran atau perasaan tersebut?” (Anak-anak mungkin memerlukan contoh). “Saya ingin Anda Kadang kita perlu wadah yang berbeda untuk pikiran atau perasaan yang berbeda. Kadang-kadang, saya suka menggambar _____ (kontainer saya) dan pastikan itu cukup kuat untuk menahan segala sesuatu..... Apakah Anda ingin menggambar dengan saya ” Setelah anak mengidentifikasi wadah, lanjutkan dengan menanyakan kepada anak, “OK, jadi kita membuat gambar (catatan bagaimana anak mengidentifikasi wadah)..... Ketika kita berkumpul kita akan bekerja untuk mengosongkan wadah itu sehingga selalu ada ruang untuk hal-hal baru jika kamu membutuhkannya. Jika kamu mulai berpikir tentang kamu dapat membayangkan kamu menyimpan hal tersebut dan mengeluarkannya lagi saat bertemu kakak agar kakak mengetahuinya”

LAMPIRAN 6

Panduan Wawancara

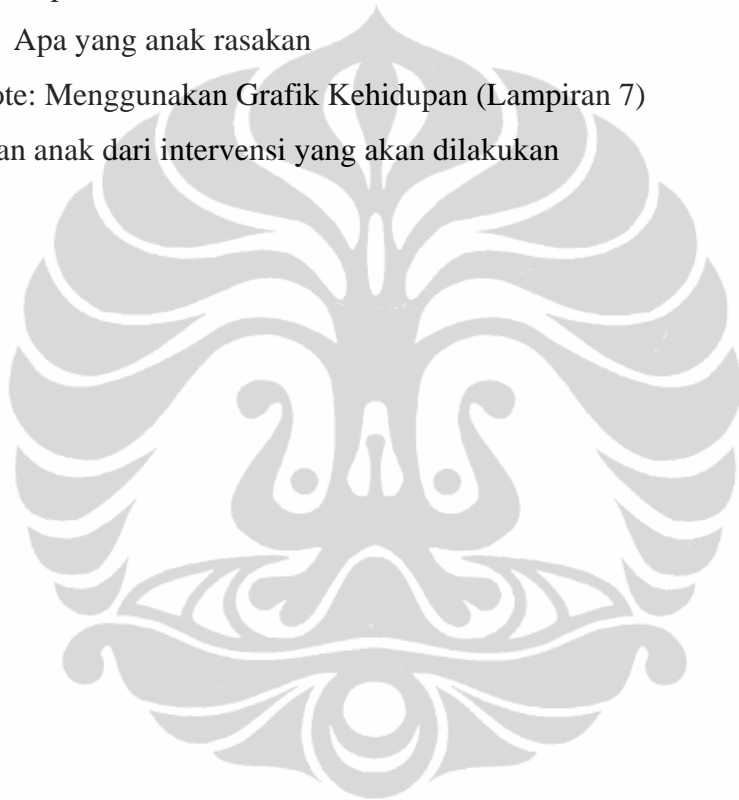
Point Wawancara Orangtua

1. Permasalahan anak yang orangtua rasakan saat ini
 - a. Muncul dalam konteks apa
 - b. Berlangsung sejak kapan
 - c. Bagaimana contoh perilaku yang ditampilkan
2. Usaha yang sudah orangtua lakukan
3. Pengalaman negatif anak yang diketahui orangtua
 - a. Selama di rumah
 - i. Sejak kapan
 - ii. Seberapa sering hal tersebut terjadi (pengulangan)
 - iii. Bagaimana reaksi anak
 - b. Di sekolah
 - i. Sejak kapan
 - ii. Seberapa sering hal tersebut terjadi (pengulangan)
 - iii. Bagaimana reaksi anak
 - c. Lainnya
4. Hambatan anak untuk berubah menurut orangtua
5. Pengalaman keberhasilan anak
6. Aspek positif anak
7. Harapan orangtua dari intervensi yang dilakukan

Point Wawancara Anak (diadaptasi dari *child interview* (Adler-Tapia & Settle, 2008))

1. Kegiatan yang paling disukai
2. Hal yang paling tidak anak sukai
3. Hal apa yang ingin anak ubah
4. Kegiatan yang dilakukan saat merasakan perasaan yang tidak enak
5. Film atau cerita kesukaan
6. Orang yang paling dekat atau baik pada anak

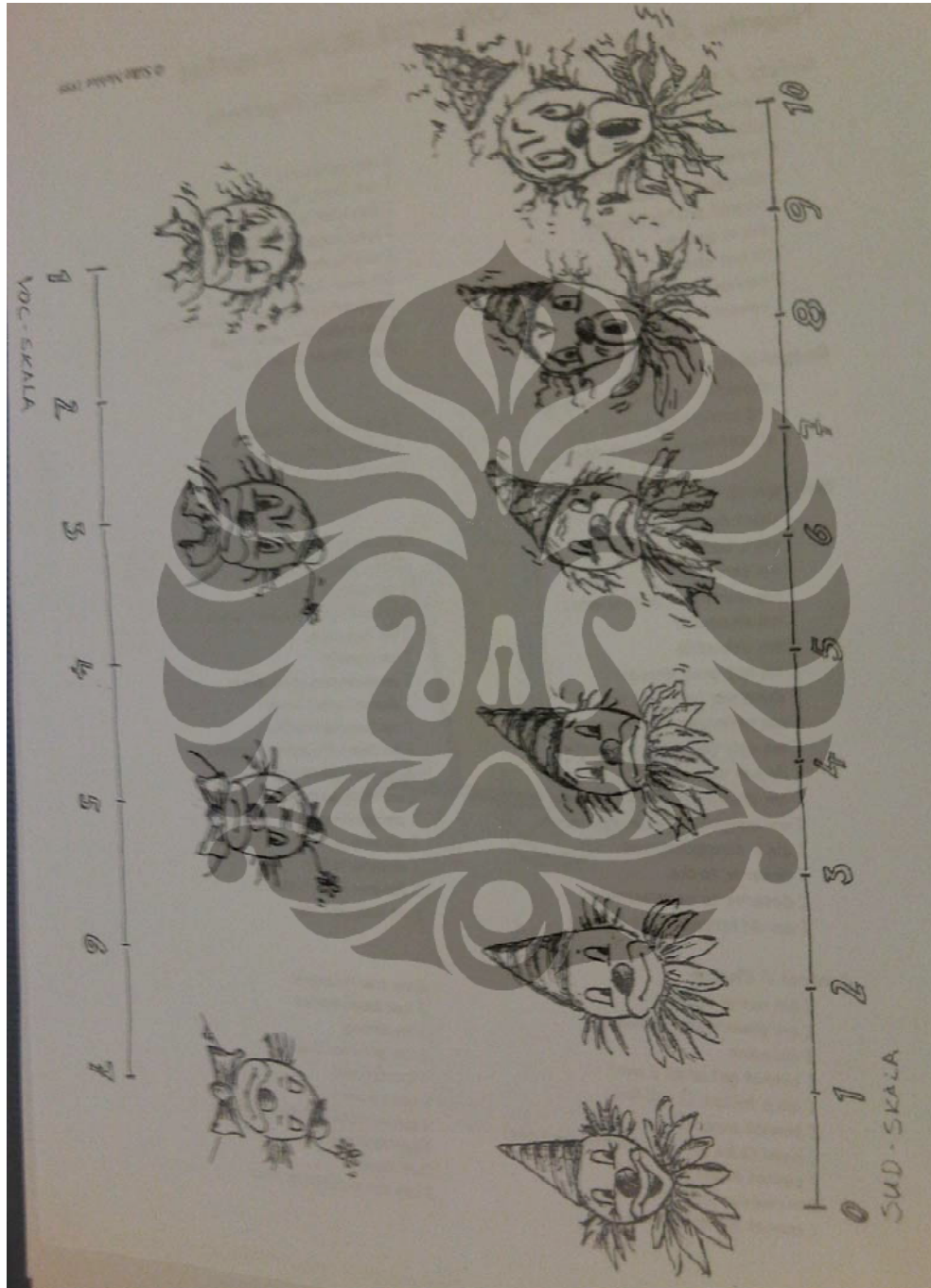
7. Hal menyenangkan apa saja yang pernah anak alami
 - a. Kejadian apa
 - b. Kapan
 - c. Apa yang anak rasakanNote: Menggunakan Grafik Kehidupan (Lampiran 7)
8. Hal tidak menyenangkan apa saja yang pernah anak alami
 - a. Kejadian apa
 - b. Kapan
 - c. Apa yang anak rasakanNote: Menggunakan Grafik Kehidupan (Lampiran 7)
9. Harapan anak dari intervensi yang akan dilakukan



LAMPIRAN 7
Grafik Kehidupan Anak



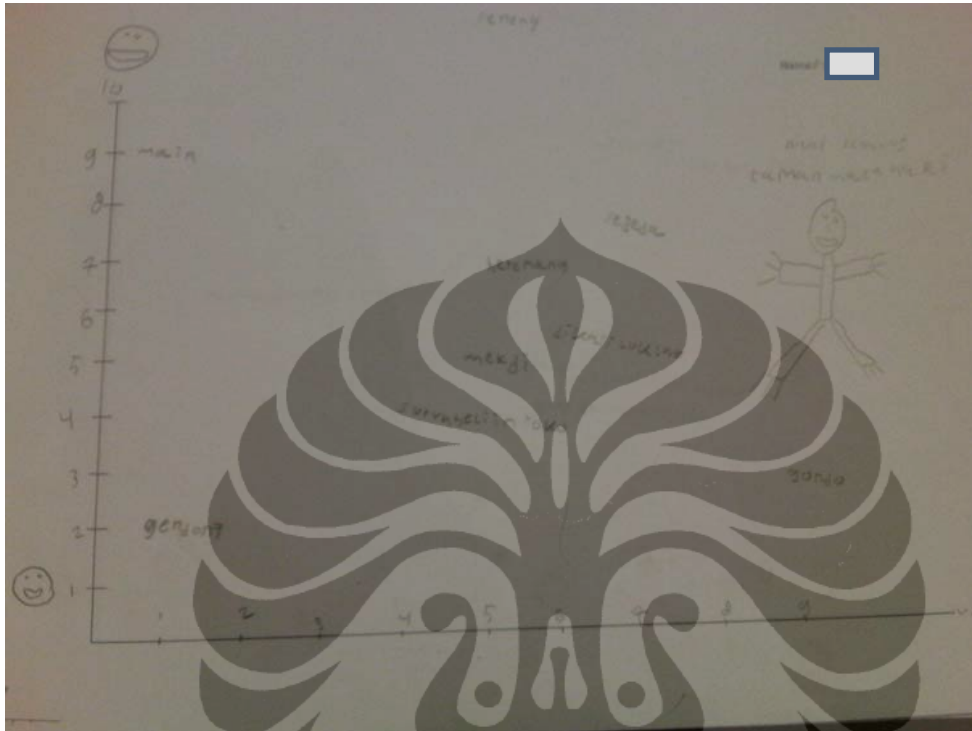
LAMPIRAN 8
Gambar Skala SUD dan VOC
(©Silke Mehler 1999)



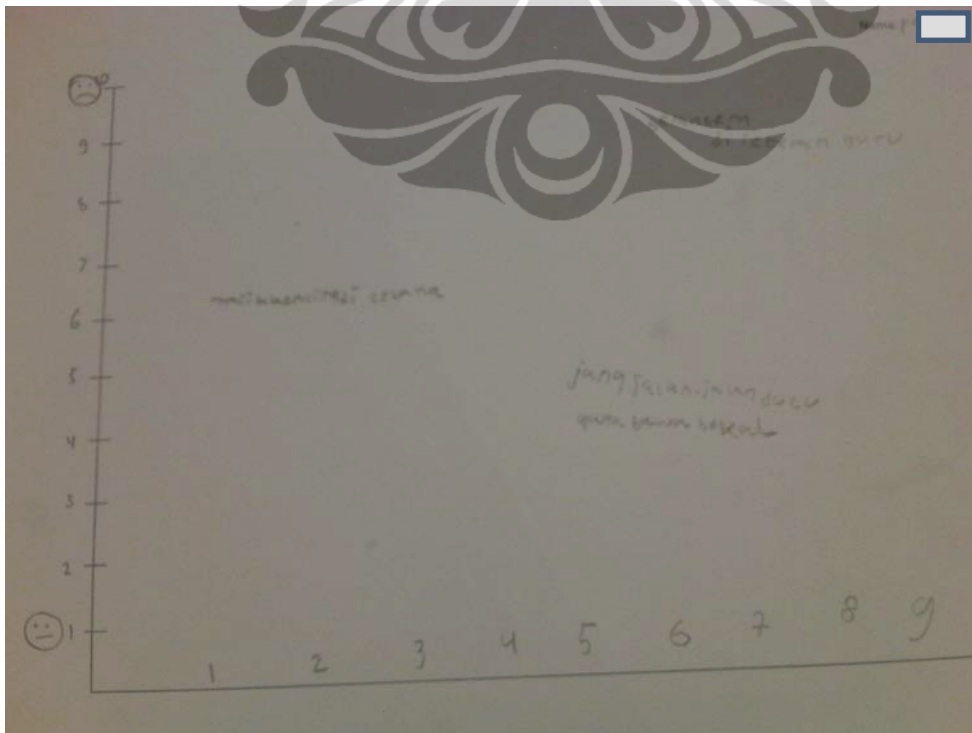
LAMPIRAN 9

Gambar Anak

Gambar 1. Pengalaman Menyenangkan



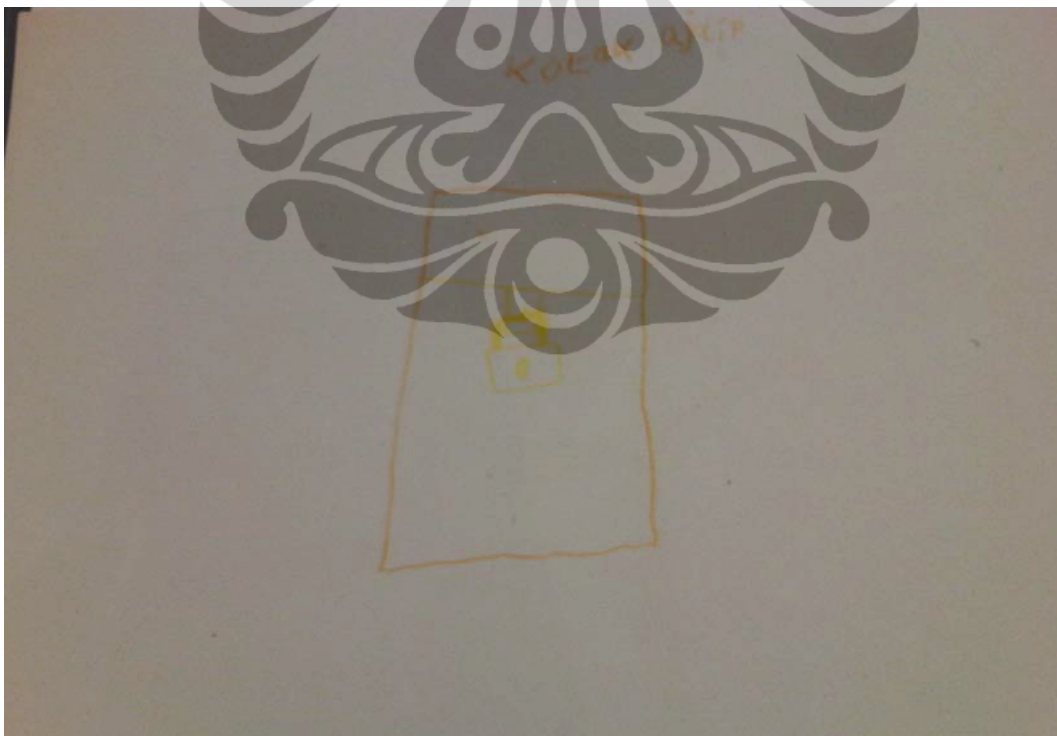
Gambar 2. Pengalaman Tidak Menyenangkan



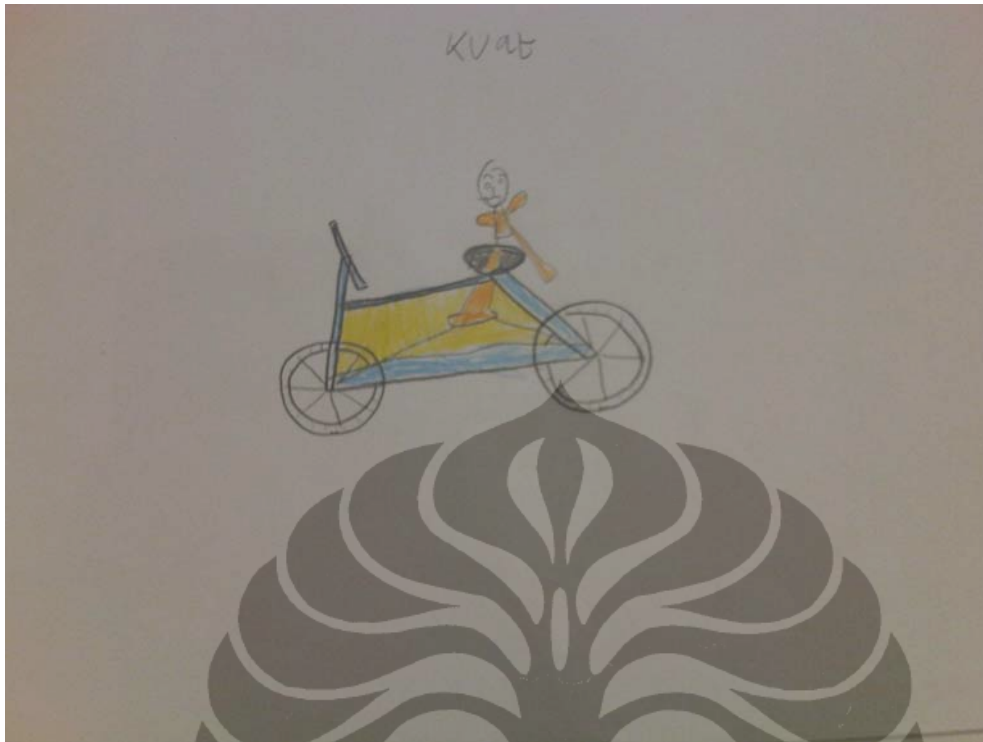
Gambar 3. Safe Place



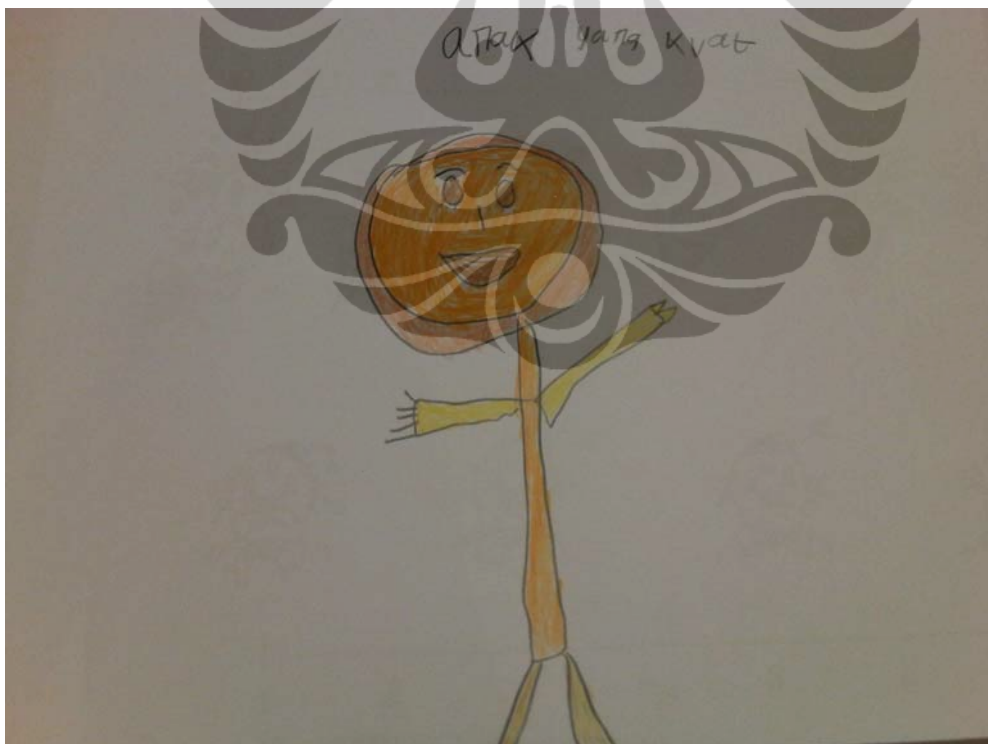
Gambar 4. Kontainer



Gambar 5a. Pengalaman Membanggakan



Gambar 5b. Pengalaman Membanggakan (Pikiran)



Gambar 6. Pengalaman Membanggakan



Gambar 7. Karpet Si Aladin (Sumber daya *Imagery*)

