

BAB II

TINJAUAN TEORITIK DAN KERANGKA PIKIR

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu merupakan penelitian yang relevan dengan topik penelitian efektivitas terapi *religious-imaginal exposure* (RIE) terhadap intensitas PTSD pada anak korban kekerasan seksual. Lima penelitian yang relevan dengan topik penelitian ini diuraikan sebagai berikut.

1. Penelitian berjudul “*Addressing Religious and Spiritual Issues in Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescent* (Walker et al., 2010). Penelitian ini bertujuan mendiskusikan relevansi masalah religius dan spiritual dalam terapi *trauma-focused cognitive behavior therapy* bagi anak dan remaja. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan kualitatif, dengan menggunakan tiga informan. Hasil penelitian ini memberikan model *treatment religion and spirituality* dalam *trauma-focused cognitive behavior therapy* pada anak-anak dengan trauma.
2. Penelitian dengan Topik “Penggunaan Teknik *Guided Imagery* Terhadap Tingkat Kecemasan Siswa Mengikuti Aktivitas Konseling Kelompok” (Shaddri et al., 2018). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan pengaruh tkenik *guided imagery* terhadap tingkat kecemasan siswa yang mengikuti aktivitas konseling kelompok. Penelitian ini menggunakan metode *pra-experimental design*, dengan desain *one-group pretest-posttest* dengan jumlah sampel sebanyak 8 orang.

Sasaran yakni tingkat kecemasan relevan dengan topik penelitian saat ini, walaupun secara konsep umum, sasaran penelitian saat ini adalah intensitas gejala PTSD. Relevansi penelitian tersebut dengan topik penelitian saat ini terdapat pada partisipan. Partisipan penelitian tersebut adalah siswa SMP. Meski tidak disebutkan secara eksplisit. Namun, siswa SMP pada umumnya berada pada tahap perkembangan usia 10-17 tahun, yang berdasarkan regulasi Indonesia masuk pada kategori anak.

3. Penelitian dengan topik, *“I’m not alone, my story matters”*: *Incarcerated Women’s Perspective on the Impact and Acceptability of Group Psychotherapy Involving Imaginal Exposure to Sexual Assault Memories* (Zielinski et al., 2021). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat penerimaan terapi dengan basis *exposure group therapy* pada perempuan korban kekerasan seksual dengan total sampel 61. Metode penelitian yang digunakan adalah metode gabungan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian ini menyimpulkan bahwa hampir seluruh peserta terapi (96,7%) mengatakan akan merekomendasikan terapi tersebut kepada perempuan lain yang mengalami hal yang sama dengan mereka karena memberikan efek positif dan menormalisasi pengalaman mereka, yang membantu pengungkapan emosi.
4. Penelitian dengan topik *“Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting”* (Arntz et al., 2007). Penelitian ini berusaha menggambarkan perbandingan penggunaan antara teknik *imaginal exposure* dengan dan tanpa *imagery rescripting*. Penelitian ini menggunakan desain eksperimen dengan pendekatan kuantitatif dengan total 71

responden. Penelitian ini menyimpulkan bahwa terapi *imaginal exposure* + *imagery rescripting* lebih efektif dalam mengendalikan kemarahan. Konsep-konsep *imaginal exposure* menjadi kunci untuk menangani PTSD, namun partisipan penelitian ini berada pada usia dewasa (rata-rata usia 35 tahun).

5. Artikel berjudul "*Clinical implication of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines*" (Moreira-Almeida et al., 2014). Penelitian ini bertujuan untuk meninjau kondisi bukti dan menyediakan pedoman berbasis bukti untuk asesmen spiritual dan untuk mengintegrasikan *spiritual-religious* ke dalam terapi kesehatan mental. Penelitian ini menggunakan metode *literature review* terhadap jurnal yang relevan dengan aspek topik penelitian ini dalam jurnal PubMed. Dengan meninjau beberapa laporan praktik klinis, artikel ini memberikan penjelasan bahwa aspek spiritual dapat memberikan pengaruh positif yang signifikan terhadap terapi kesehatan mental dengan menggunakan sumber-sumber religius atau yang berhubungan dengan keagamaan. Dampak aspek spiritual dalam terapi kesehatan juga berdampak pada klien dengan usia anak.

Kelima penelitian terdahulu memiliki sejumlah kesamaan dan perbedaan dengan penelitian saat ini. Studi efektivitas terapi *religious-imaginal exposure* (RIE) terhadap intensitas PTSD pada anak korban kekerasan seksual menggunakan 4 subjek anak dengan rentang usia 11-17 tahun, dan menggunakan metode penelitian gabungan (kuantitatif dengan desain *single-subject design* dan kualitatif dengan studi kasus). Prosedur yang digunakan adalah terapi klinis individual. Persamaan dan penelitian tersebut diuraikan dalam matriks berikut ini.

Tabel 1.1 Perbandingan Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Topik Penelitian	Persamaan dengan Penelitian saat ini	Perbedaan dengan Penelitian saat ini
1	Donald F. Walker, Jennifer B. Reese, John P. Hughes, dan Melissa J. Troskie	<i>Addressing Religious and Spiritual Issues in Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents/2010</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Permasalahan yang diangkat berhubungan dengan trauma - Aspek-aspek spiritual-religius - Aspek <i>cognitive-behavioral therapy</i> - Subjek penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> - Metode penelitian
2	Issrahli Shaddri, I Wayan Dharmayana, dan Illawaty Sulian	Penggunaan Teknik <i>Guided Imagery</i> Terhadap Tingkat Kecemasan Siswa Mengikuti Aktivitas Konseling Kelompok/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Metode penelitian eksperimen - Karakteristik responden 	<ul style="list-style-type: none"> - Variabel bebas - Teknik analisis
3	Melissa J. Zielinski, Marie E. Karlsson, dan Ana J. Bridges	<i>I'm not alone, my story matters": Incarcerated Women's Perspective on the Impact and Acceptability of Group Psychotherapy Involving Imaginal Exposure to Sexual Assault Memories/2021</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Metode penelitian gabungan - Aspek <i>imaginal exposure</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Prosedur terapi kelompok - Karakteristik usia responden
4	Arnoud Arntz, Meike Tesema, dan Merel Kindt	<i>Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspek <i>imaginal exposure</i> - Permasalahan korban 	<ul style="list-style-type: none"> - Karakteristik responden - Metode penelitian perbandingan

		<i>imagery rescripting/2007</i>	kekerasan seksual (PTSD)	
5	Alexander Moreira-Almeida, Harold G. Koenig, dan Giancarlo Lucchetti	<i>Clinical implication of spirituality to mental health: Review of evidence and practical guidelines/2014</i>	- Aspek spiritual-religius	- Metode penelitian

Penelitian tersebut mencakup beberapa aspek yang sama dalam penelitian saat ini. Namun demikian, seluruh penelitian tersebut juga memiliki perbedaan dari penelitian saat ini, sehingga berdasarkan penelitian terdahulu tersebut, penelitian saat ini mempunyai unsur kebaruan dari penelitian terdahulu.

2.2 Teori/Konsep yang Relevan

2.2.1 Anak Korban Kekerasan Seksual

2.2.1.1 Pengertian

Kekerasan seksual merupakan salah satu kategori dalam *child molestation*, yang didefinisikan sebagai kekerasan seksual terhadap anak-anak oleh seorang dewasa (Zastrow, 2017). Kekerasan seksual terhadap anak tidak hanya terdiri dari hubungan yang melibatkan alat kelamin/hubungan bersanggama (genital atau anal), tetapi juga terdiri atas kontak oral-genital, mencumbu atau membelai, dan perilaku seperti menunjukkan diri sendiri kepada anak maupun gambar dan hal-hal lain untuk memuaskan birahi/nafsu orang dewasa terhadap anak.

Kekerasan seksual terhadap anak adalah aktivitas seksual yang melibatkan anak di mana anak tidak mampu atau tidak berkeinginan untuk memberikan persetujuan (Goodyear-Brown, 2012). Hal ini termasuk menyentuh alat kelamin,

penetrasi alat kelamin, eksploitasi seksual untuk mendapatkan keuntungan material (prostitusi, pornografi), dan menunjukkan anak kelamin secara langsung atau melalui pembicaraan.

2.2.1.2 Faktor Penyebab

Finkelhor menyebutkan bahwa berdasarkan sudut pandang pelaku, suatu tindakan kekerasan seksual pada anak dapat terjadi terhadap karena 4 (empat) aspek (Rowan, 2006). Aspek yang pertama adalah *sexual arousal*. Aspek ini menyebutkan bahwa kekerasan seksual terhadap anak dimulai oleh munculnya ketertarikan dan kepercayaan bahwa anak dapat dijadikan objek seksual. Mereka yang memiliki kepercayaan tersebut pada umumnya memiliki pengalaman seksual ketika mereka kecil dan tumbuh dalam keluarga atau budaya yang membenarkan pandangan anak sebagai objek seks. Memang mayoritas korban tidak menjadi pelaku kekerasan seksual pada saat dewasa, namun beberapa diantaranya menjadi pelaku kekerasan seksual. Seseorang dewasa yang memiliki fantasi seksual terhadap orang dewasa dapat dipandang sebagai sebuah hal yang ideal, tetapi ketika seseorang memiliki fantasi atau gairah seksual terhadap anak, maka orang tersebut memiliki risiko tinggi untuk melakukan kekerasan seksual terhadap anak (Rowan, 2006).

Emotional congruence. Sebagian besar dari orang dewasa tidak lagi mengidentifikasi diri setara dengan anak secara emosional atau secara perasaan. Namun, beberapa orang dewasa merasa lebih senang dan nyaman ketika berperilaku seperti anak-anak atau bersama dengan anak-anak. Hal ini dapat disebabkan karena keterlambatan perkembangan, namun dapat juga disebabkan karena mereka yang mengalami perasaan rendah diri atau kekurangan kepercayaan

diri yang menyebabkan mereka lebih mudah berinteraksi dengan anak-anak dibanding orang dewasa. Orang-orang ini biasanya lebih ingin bermain bersama dengan anak-anak dibanding mengajar atau membimbing anak-anak (Rowan, 2006).

Blockage. Orang-orang dewasa yang tertarik kepada anak secara seksual juga mempunyai relasi dengan orang dewasa lainnya, tetapi seks tidak termasuk di dalam hubungan tersebut. Mereka cenderung merasa gagal dalam hubungan seksual dengan orang dewasa lainnya karena tidak melihat orang dewasa tertarik dengan mereka. Mereka merasa tidak layak sebagai seorang pasangan dewasa karena disfungsi ereksi atau ejakulasi dini, atau karena pasangan mereka secara seksual tidak mampu memenuhi kebutuhan seksual mereka karena keterbatasan fisik atau mental, atau konflik di dalam hubungan. Kegagalan membangun hubungan dengan sesama orang dewasa menjadikan mereka tidak mampu dalam berhubungan secara sosial, dan akhirnya mereka menutup diri untuk berhubungan dengan orang dewasa lainnya (Rowan, 2006).

Disinhibition. Orang dewasa yang memiliki ketertarikan kepada anak-anak secara seksual cenderung tidak dikontrol atau tidak dilarang terkait hal tersebut. Hal ini dapat disebabkan oleh aturan atau kebiasaan dalam keluarga yang tidak melarang dan malah cenderung mendorong kontak seksual antara anak dan orang dewasa, sehingga kebutuhan untuk menghindari perilaku tersebut tidak dinternalisasi (Rowan, 2006).

Kekerasan seksual dapat didorong oleh dua hal, yakni kondisi psikologis pelaku dan kondisi biologis pelaku. (Setiawan & Purwanto, 2019). Kondisi

psikologis pelaku dipengaruhi oleh deviasi orientasi seksual yang tidak normal, karena pelaku tidak mampu mengendalikan hasrat seksualnya sehingga memicu perbuatan seksual, sedangkan faktor biologis dipengaruhi oleh kebutuhan akan seks yang tidak terpenuhi atau tidak dapat disalurkan sewajarnya (Setiawan & Purwanto, 2019).

Studi yang dilakukan oleh Lewoleba dan Fahrozi mengungkapkan bahwa kemiskinan menjadi *risk factor* terjadinya kekerasan seksual terhadap anak, di mana anak yang berasal dari keluarga miskin dan hidup di jalanan cenderung diperlakukan secara salah dan berpotensi menjadi objek kekerasan seksual (Kayowuan Lewoleba & Helmi Fahrozi, 2020). Kekerasan seksual terhadap anak sering terjadi pada anak yang tinggal dalam keluarga dengan *low family support & low socioeconomic status* dan stres yang tinggi (Goodyear-Brown, 2012; Murray et al., 2014). Anak-anak yang impulsif, mempunyai masalah kesehatan mental, atau menggunakan zat terlarang (narkotika) dapat meningkatkan faktor risiko kekerasan seksual terhadap anak (Murray et al., 2014).

2.2.1.3 Dampak dan Permasalahan

Kekerasan seksual dapat menyebabkan efek traumatis pada anak. Dampak tersebut ditandai dengan *powerlessness*, di mana anak memiliki persepsi dirinya sebagai orang yang tidak berdaya dan tersiksa ketika menceritakan kejadian kekerasan seksual tersebut (Noviana, 2015). Anak korban kekerasan seksual mengalami peningkatan risiko terhadap gangguan kesehatan mental seperti kecemasan, depresi, gangguan stres pascatrauma (PTSD), dan masalah emosional dan perilaku lainnya sepanjang kehidupannya ((Murray et al., 2014).

Anak korban kekerasan seksual berpotensi mengalami dampak dalam berbagai aspek. (Duncan, 2004) menguraikan beberapa masalah yang dialami oleh anak pasca kekerasan seksual yang dialaminya sebagai berikut.

1. Depresi

Depresi melibatkan pikiran, gejala fisik, perilaku dan perasaan. Pada aspek pikiran, gejala yang muncul antara lain adalah mengkritik diri sendiri, kurang percaya diri, keraguan, pandangan negatif tentang dunia, putus asa, dan ketidakmampuan untuk berkonsentrasi. Gejala fisik depresi antara lain: kekurangan energi, kelelahan, nafsu makan menurun, tidur kurang atau terlalu banyak, dan berat badan naik atau turun. Gejala emosional/rasa depresi antara lain: tidak berdaya, kurang bersemangat, putus asa, kesedihan, kebingungan, ketakutan, rasa bersalah, rasa malu, dan merasa berkekurangan. Gejala perilaku antara lain: kemalasan, kelambanan, gerakan yang lambat, menyimpang dari kewajaran, kegelisahan, penarikan diri, atau ketergantungan.

2. Pikiran, Rencana, dan Usaha untuk Bunuh Diri

Pikiran, rencana, dan usaha untuk bunuh diri muncul pada korban kekerasan seksual masa kanak-kanak merupakan hasil dari trauma dan depresi, sakit pada fisik dan perasaan yang kronis, percobaan untuk menghindari ingatan tentang kekerasan seksual, dan merupakan gambaran untuk mencoba menggambarkan perhatian terhadap masalahnya.

Kita perlu memiliki pandangan bahwa kekerasan seksual merupakan sebuah tindakan pembunuhan jiwa/spiritual anak hingga ia menjadi dewasa nanti. Jika

tidak demikian, maka akan muncul opsi kedua, yaitu mereka akan membunuh diri sendiri.

Perempuan korban kekerasan seksual memiliki pikiran, rencana, dan usaha untuk bunuh diri karena mereka mempunyai konsep diri sebagai seorang yang tidak berharga dan tidak berdaya.

3. Kecemasan

Kecemasan muncul ketika pengalaman kekerasan seksual terulang, karena mereka pada saat itu berada dalam keadaan tidak berdaya, tidak dapat melakukan apa-apa. kecemasan juga menjadi *maintaned* oleh ingatan kekerasan yang sejalan dengan usaha mereka mencoba menghindari dari ingatan pengalaman tersebut.

Kecemasan berbeda dengan depresi. Depresi cenderung menurunkan energi dan motivasi, sedangkan kecemasan terasa seperti saraf-saraf dalam tubuh seperti membara pada saat yang bersamaan dan menciptakan kelebihan energi. Kelebihan energi ini dapat memunculkan gejala seperti jantung berdebar kencang, anggota badan gemeteran, terengah-engah, dan peningkatan hawa nafsu. Kecemasan berkontribusi pada gangguan tidur.

4. Obsesif dan Kompulsif

Pikiran yang obsesif dan perilaku yang kompulsif pada perempuan korban kekerasan seksual pada masa kanak-kanak merupakan teknik untuk menghindari ingatan tentang kekerasan sehingga mereka dapat terhindar dari kecemasan. Ketika mereka terobsesi terhadap tempat, barang, atau orang lain, mereka tidak akan mempunyai waktu untuk berpikir tentang kekerasan yang mereka telah

alami. Mereka menciptakan skenario yang menggantikan kecemasan tentang kekerasan. Dalam kata lain, lebih baik dia punya rasa takut bahwa dia tidak dapat nilai A, atau untuk terus menerus mengecek pintu sudah tertutup atau belum, atau untuk membersihkan rumah berulang-ulang dibanding mengulang memori rasa takut terhadap kekerasan seksual.

Kecenderungan perilaku kompulsif ini menggambarkan kenangan dari perilaku seorang anak yang berusaha untuk mendapatkan kontrol atas dirinya, karena pada pengalaman kekerasan seksual sebelumnya, mereka tidak mempunyai kontrol atas diri mereka sendiri.

2.2.2 Gangguan Stres Pasca Trauma/*Post-traumatic stress disorder* (PTSD)

Gangguan trauma berasal dari kejadian traumatis. Kejadian traumatis umumnya merupakan peristiwa atau situasi yang meliputi ancaman terhadap kematian atau cedera/luka serius, yang disertai dengan perasaan ketakutan, ketidakberdayaan, atau kengerian (Raja & Orsillo, 2012).

Gangguan Stres Pasca Trauma (*Post-traumatic Stress Disorder/PTSD*) merupakan reaksi atas pengalaman traumatis. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) (Association, 2013), merumuskan kriteria diagnostik yang terdiri dari 8 kategori, yang terdiri dari 4 kategori mayor dan 4 kategori tambahan. Kategori tersebut diuraikan sebagai berikut.

1. Terpapar ancaman kematian, luka yang serius atau kekerasan seksual dari satu atau lebih hal berikut:
 - a. Mengalami kejadian traumatis secara langsung
 - b. Menyaksikan, secara pribadi, peristiwa yang terjadi kepada orang lain.

- c. Mempelajari bahwa peristiwa traumatis terjadi kepada anggota keluarga terdekat atau teman dekat.
 - d. Mengalami kejadian traumatis yang berulang.
2. Kemunculan gejala-gejala yang mengganggu yang berhubungan dengan peristiwa traumatis, yang dimulai setelah peristiwa traumatis terjadi:
- a. Ingatan menyedihkan dari peristiwa traumatik yang terulang secara tidak sengaja dan mengganggu.
 - b. Mimpi menyedihkan yang terulang yang berhubungan dengan peristiwa traumatis.
 - c. Reaksi yang disosiatif, dimana individu merasa atau bertindak seolah-olah peristiwa traumatis tersebut terulang.
 - d. Kesedihan psikologis yang berkepanjangan atau intens pada saat terpapar oleh tanda/isyarat eksternal maupun internal yang mirip atau menggambarkan aspek peristiwa trauma.
 - e. Reaksi fisik yang kentara pada saat terpapar oleh tanda/isyarat eksternal maupun internal yang mirip atau menyimbolkan aspek peristiwa traumatis.
3. Penghindaran terus menerus terhadap stimulus yang berhubungan dengan peristiwa traumatis, yang dimulai setelah peristiwa traumatis terjadi, yang dibuktikan oleh satu atau dua gejala berikut:
- a. Penghindaran atau usaha untuk menghindari ingatan, pikiran, atau perasaan sedih tentang hal-hal yang berkaitan dengan peristiwa traumatis.

- b. Penghindaran atau usaha untuk menghindari orang, tempat, percakapan, aktivitas, objek, situasi yang membangkitkan ingatan, pikiran, atau perasaan sedih tentang hal-hal yang berkaitan dengan peristiwa traumatis.
4. Perubahan negatif pada kognisi dan suasana hati yang berhubungan dengan peristiwa traumatis, yang dimulai atau menjadi lebih buruk setelah peristiwa traumatis terjadi, yang ditunjukkan oleh dua atau lebih gejala berikut.
- a. Ketidakmampuan untuk mengingat hal penting dari peristiwa traumatis.
 - b. Kepercayaan negatif (*negative belief*) yang persisten yang berlebihan atau ekspektasi tentang diri sendiri, orang lain, atau dunia.
 - c. Distorsi kognitif yang persisten tentang penyebab atau akibat dari peristiwa traumatis yang mengarahkan seseorang untuk menyalahkan diri sendiri atau orang lain.
 - d. Pernyataan emosi negatif yang persisten
 - e. Penurunan minat atau partisipasi pada aktivitas signifikan yang sangat jelas.
 - f. Perasaan terpisah atau terasingkan dari orang lain.
 - g. Ketidakmampuan yang persisten untuk mengalami emosi positif.
5. Perubahan yang sangat jelas pada gairah dan reaktivitas yang berhubungan dengan peristiwa traumatis, yang dimulai atau menjadi lebih buruk setelah peristiwa traumatis terjadi, yang dibuktikan oleh dua atau lebih gejala berikut.
- a. Perilaku pemaarah dan kemarahan yang meledak-ledak, khususnya diekspresikan dalam bentuk verbal atau agresi fisik terhadap orang maupun objek.

- b. Perilaku yang gegabah atau destruktif.
 - c. Terlalu bersiaga.
 - d. Tanggapan mengejutkan yang berlebihan.
 - e. Masalah dengan konsentrasi.
 - f. Gangguan tidur.
6. Durasi gangguan lebih dari 1 bulan
 7. Gangguan secara klinis disebabkan oleh kesedihan signifikan atau kelemahan dalam sosial, pekerjaan, atau area penting lain.
 8. Gangguan tidak berasal dari efek fisik kondisi medis.

2.2.3 Terapi Psikososial dan Pekerjaan Sosial

Terapi psikososial adalah praktik pertolongan korektif dan kuratif untuk menolong individu, keluarga, dan kelompok yang mengalami gangguan kesehatan mental, kesulitan melakukan hubungan/relasi, permasalahan perilaku, dan permasalahan kehidupan, agar dapat melaksanakan keberfungsian sosialnya (Supiadi et al., 2016). Praktik pertolongan ini tergolong dalam praktik klinis (Zastrow, 2017).

Pekerja sosial adalah sebuah profesi yang bekerja dalam praktik klinis ini (Zastrow, 2017). Hal ini ditunjukkan melalui kerangka pengetahuan praktik pekerjaan sosial yang eklektik dan menggunakan teori-teori psikodinamika, teori krisis, teori kognitif, dan teori perilaku (Payne, 2016). Terapi psikososial dapat dilaksanakan oleh pekerja sosial dalam lembaga-lembaga sosial seperti sekolah, lembaga konseling keluarga, gereja, departemen pelayanan sosial, rumah sakit, dan

lembaga rehabilitasi sosial yang memiliki permasalahan perilaku dan emosi (Zastrow, 2017).

Pekerja sosial bekerja terhadap orang yang memiliki masalah perilaku melalui dua pendekatan utama, yakni psikoterapi dan konseling, yang dalam praktiknya kedua istilah ini digunakan secara bergantian (Zastrow, 2017). Sejumlah teknik seperti terapi rasional, terapi kognitif perilaku, terapi perilaku, *self-talk*, dimanfaatkan oleh pekerja sosial terhadap individu, keluarga, maupun kelompok yang membutuhkan pertolongan. (Kirst-Ashman, 2010; Zastrow, 2017).

2.2.3.1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

CBT merupakan sebuah model atau pendekatan yang digunakan dalam praktik terapi psikososial. Konsep terapi ini berasal filsuf aliran Stoik (Epictetus dan Marcus Aurelius) yang memandang pikiran dan kepercayaan kita berada dalam kendali kita sedangkan hal-hal yang terjadi pada kita berada di luar kendali kita. Dengan demikian, kita dapat memilih bagaimana kita merespon sebuah kejadian (Neenan & Dryden, 2015). *“Believing that human beings are largely responsible for creating their own emotional reaction and disturbance, and showing people how they can change their irrational beliefs that directly ‘cause’ their disturbed emotional consequence, is the heart of CBT/REBT”* (Corey, 2017).

CBT memiliki fokus pada pikiran, perasaan, dan emosi manusia (Raja & Orsillo, 2012). Ada beberapa asumsi dasar yang mendasari CBT, yakni, 1) reaksi pikiran, perasaan, emosi, dan fisik seluruhnya saling berhubungan; jika satu aspek berubah, maka aspek lainnya akan ikut berubah; 2) perubahan terjadi melalui perubahan-perubahan kecil, tidak terjadi dalam sekejap; 3) perubahan perilaku

adalah kemampuan yang mengisyaratkan latihan dan bukan hanya sekadar pertanyaan untuk memutuskan untuk melakukan sesuatu; 4) melabeli perilaku kita dalam kategori “baik atau buruk” tidak membawa perubahan. Sebaiknya, kita berpikir tentang bagaimana perilaku kita sesuai dengan tujuan yang memiliki kategori “bermanfaat atau tidak bermanfaat” (Raja & Orsillo, 2012).

CBT didasarkan pada asumsi bahwa kognisi, emosi, dan perilaku saling berinteraksi secara signifikan dan mempunyai hubungan sebab akibat yang saling timbal balik (Corey, 2017). Hal ini dapat dipahami melalui konsep utama dari CBT, yakni kerangka ABC. A (*adversity*) merupakan kejadian-kejadian tidak menyenangkan dalam kehidupan kita. B (*belief*) merupakan keyakinan atau kepercayaan, yaitu konstruksi subjektif dari realita, sedangkan C (*consequence*) merupakan konsekuensi emosional dan perilaku akibat dari A dan B, yang dapat menjadi baik ataupun tidak. Ketika sebuah kejadian tidak menyenangkan (A) terjadi dalam kehidupan dan berdampak pada perilaku dan perasaan, dampak tersebut bukan merupakan akibat langsung dari A, melainkan belief seseorang atas A (Ellis, 2002). Karena itu, untuk memahami respon emosional seseorang terhadap suatu kejadian atau situasi, penting untuk mengetahui makna yang melekat pada kejadian tersebut: *belief* (Neenan & Dryden, 2015).

Selama kesulitan psikologis (kesedihan, kemarahan, keadaan sukar), pikiran seseorang menjadi lebih kaku dan terdistorsi: menilai secara berlebihan dan absolut, dan kepercayaan dasar seseorang tentang dirinya dan dunia menjadi kaku (Neenan & Dryden, 2015). Pikiran yang terdistorsi ditunjukkan melalui bias negatif yang konsisten serta menjadi kaku dan berlebihan.

Pikiran yang terdistorsi melandasi seluruh gangguan psikologis. Distorsi ini umumnya berasal dari kepercayaan (*belief*) disfungsional (*irrational*) yang sangat dalam yang muncul selama kesulitan emosional (Neenan & Dryden, 2015). Ellis menguraikan bahwa *irrational belief* yang menyertai gangguan emosi dan perilaku memiliki ciri berikut (O'Donohue & Fisher, 2008).

- Kaku, tidak konsisten, dan tidak logis
- Rentan terhadap *dysfunctional feelings* (depresi, panik, kemarahan) daripada *functional feelings* (kekecewaan, perhatian, frustrasi) ketika tujuan yang ingin dicapai gagal.
- Rentan mengarah pada *dysfunctional behavioral consequence* (penghindaran yang serius, dan kompulsi) daripada *functional consequence* (tidak menghindar atau kompulsif ketika menghadapi situasi atau kejadian yang tidak mengenakan).
- Mengandung filosofi menuntut (*demanding*), yang pada umumnya ditunjukkan melalui diksi berikut, 1) saya harus melakukan yang terbaik setiap saat, 2) Orang-orang harus (mutlak) memperlakukan saya dengan penuh perhatian dan adil setiap saat, dan 3) kehidupan saya harus selalu adil dan menguntungkan.
- Keyakinan (*belief*) yang sangat mengerikan/menyedikan., seperti “saya harus melakukan pekerjaan yang penting dengan baik dan akan menjadi mengerikan jika saya tidak melakukan yang terbaik” dan “kondisi kehidupan harus membahagiakan, dan akan mengerikan jika saya tidak melakukannya”.

2.2.3.2 Terapi *Imaginal Exposure*

Terapi ini merupakan salah satu teknik dari pendekatan *Cognitive Behavior Therapy*. Terapi ini memiliki beberapa tipe, diantaranya *guided Imaginal Exposure*, *imaginal exposure* (O'Donohue & Fisher, 2008), *rational emotive Imaginal Exposure* (Corey, 2017). Terapi ini didasarkan pada premis *exposure therapy* yang menyatakan bahwa jika seseorang membicarakan atau membayangkan pengalaman traumatisnya secara teratur dan direncanakan, pada akhirnya orang tersebut mampu mengatasi emosi dan menghadapi pemicu peristiwa trauma secara efektif, sehingga ia tidak perlu menghindari orang, tempat, atau pikiran yang berhubungan dengan pengalaman traumatis karena ia akan merasa lebih percaya diri untuk mengatasi perasaan yang muncul (Raja & Orsillo, 2012). Secara umum, teknik ini bertujuan untuk menghadirkan respon emosi dalam sebuah kejadian dengan berpikir dalam cara yang lebih bermanfaat (Ellis, 2002).

Klien diminta se jelas mungkin membayangkan atau menggambarkan memori traumatis seolah-olah memori tersebut terjadi pada saat itu untuk menggambarkan gangguan perasaan (O'Donohue & Fisher, 2008). Klien ditunjukkan bagaimana melatih dirinya dalam membangun emosi yang bermanfaat, dan ketika perasaan mereka tentang memori traumatis berubah, mereka dapat menghasilkan perilaku dan lebih bermanfaat (Corey, 2017). Tujuan dari terapi ini adalah untuk membantu klien mengakses memori traumatis yang penting dan membangkitkan rasa takut ataupun perasaan negatif lainnya. Harapannya, klien paham bahwa meskipun ia memiliki memori traumatis yang sangat menyedihkan sekalipun, memori atau bayangan tersebut tidak dapat menyakitinya lagi (O'Donohue & Fisher, 2008).

Memori atau bayangan traumatis yang dialami oleh klien memicu perasaan negatif/tidak bermanfaat dikarenakan ketika membayangkan peristiwa traumatis tersebut, peristiwa tersebut seolah-olah berhenti, dan tidak lagi ada gambaran tentang apa yang terjadi selanjutnya. Hal tersebut akhirnya membuat klien selalu merasa sedih/kecewa atas kejadian tersebut. Hal tersebut dapat dimodifikasi dengan meminta klien menyelesaikan bayangan tersebut dengan mengajukan pertanyaan kepada klien apa hal yang terjadi setelah peristiwa tersebut; hal tersebut diharapkan dapat menghasilkan akhir bayangan yang lebih positif sehingga memicu emosi yang lebih positif dan bermanfaat. Paparan memori peristiwa traumatis terhadap klien akan memberikan pengetahuan dan pemikiran baru, bahwa walaupun pengalaman traumatis yang terlintas dalam pikiran klien merupakan hal yang sangat menyedihkan, hal tersebut tidak dapat lagi membahayakannya (O'Donohue & Fisher, 2008), sehingga mampu mengurangi konsekuensi perasaan dan perilaku yang disfungsi.

Minnen dan Foa dalam studinya mengungkapkan bahwa terapi *imaginal exposure* dapat dilakukan dalam 10 sesi. Sesi awal dimanfaatkan untuk mengedukasi klien seputar terapi yang akan dilaksanakan, konsep-konsep terapi serta konsep dan gejala PTSD (Minnen & Foa, 2006). Sesi selanjutnya dilakukan dengan menerapkan teknik *exposure*. Klien diminta untuk menceritakan kembali dengan jelas kejadian traumatis dengan kalimat yang mengindikasikan seolah-olah hal tersebut sedang terjadi saat itu juga. Klien diinstruksikan untuk menutup mata. Kemudian, klien diinstruksikan untuk membayangkan kejadian traumatis tersebut sejelas mungkin, seakan-akan kejadian tersebut terjadi “disini dan sekarang”. Klien

diminta untuk menceritakan ingatan traumatis dan fokus pada bagian detail dari peristiwa, termasuk perasaan dan pikiran mereka saat itu. Intensitas kemecasan yang merupakan bagian dari gejala PTSD diukur dengan skala *Subjective Unit of Distress* (SUD) dengan rentang 0-10. Pengukuran dilakukan setiap 5 menit, dengan durasi *exposure* selama 30 menit. Durasi terapi setiap sesi berlangsung selama 60 menit (Minnen & Foa, 2006).

2.2.3.3 Spiritual Religius (SR)

Religi merupakan salah satu aspek spiritual yang berhubungan dengan agama, yang didefinisikan sebagai cara yang dilembagakan atau secara budaya untuk berhubungan dengan apa yang dianggap kudus (Rosmarin, 2018).

Agama sangat berhubungan dengan spiritualitas. Spiritualitas merujuk pada cara apapun yang berhubungan dengan apa yang dianggap kudus/suci (Rosmarin, 2018). Spiritualitas sering dihubungkan dengan agama karena agama merupakan salah satu bagian dari spiritualitas. Spiritualitas tidak hanya merujuk pada konsep Tuhan, tetapi juga aspek kehidupan lainnya yang dipersepsi sebagai sesuatu yang mistik. Spiritualitas dapat mencakup aspek positif dan negatif kehidupan batin yang berhubungan dengan kekudusan (Rosmarin, 2018).

(Johnson, 2013) memberikan pandangan yang berkaitan dengan aspek *belief and behavior* saat menunjukkan kesamaan antara *religion and spirituality*. Salah satu poin mengatakan bahwa *religion and spirituality* memiliki nilai intrinsik yang menjadi dasar seseorang untuk berperilaku. Secara lebih spesifik, Koenig mendefinisikan agama sebagai sebuah sistem kepercayaan (*beliefs*) dan perilaku (*practice*) sekumpulan komunitas dengan ritual yang dirancang untuk mengakui,

memuji, berkomunikasi kepada sesuatu yang Suci, Kudus, sesuatu yang mutlak benar. Biasanya agama memiliki kitab atau pengajaran yang mendeskripsikan makna dan tujuan dari dunia, tanggungjawab seseorang terhadap orang lain, dan banyak hal yang melandasi perilaku seseorang (Johnson, 2013).

Aspek agama merupakan salah satu bagian penting di dalam spiritualitas. Worthington menyatakan bahwa banyak orang mengalami spiritualitas melalui agama (Johnson, 2013). Agama tidak dapat dipisahkan dari kehidupan sehari-hari, karena agama memberikan fungsi yang sangat sentral dalam kehidupan seseorang. Dalam kaitannya dengan psikis, agama dapat berfungsi sebagai sarana untuk mengatasi frustrasi ketika menghadapi masalah, khususnya yang berhubungan dengan aspek psikis seseorang (Mulyadi, 2016). Studi yang dilakukan oleh Weber & Pargament menunjukkan bahwa Spiritualitas ataupun Religi cenderung memiliki dampak positif pada kualitas kehidupan pasien. Spiritual dan religi yang tinggi berhubungan erat dengan gejala depresi yang lebih rendah, gejala trauma yang lebih rendah, gejala *schizophrenia* yang lebih rendah, stres yang lebih rendah, risiko bunuh diri yang lebih rendah, dan gangguan kepribadian yang lebih rendah (Weber & Pargament, 2014).

Aspek spiritualitas mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan mental. Studi yang dilakukan pada dua ratus mahasiswa baru di Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang berusia 18-20 tahun menunjukkan kontribusi spiritualitas terhadap kesehatan mental (Wahyuni & Bariyyah, 2019). Secara signifikan, tingkat spiritualitas yang tinggi akan meningkatkan kesehatan mentalnya.

Agama juga memberikan pengaruh terhadap praktik-praktik baik dalam mengatasi gangguan-gangguan psikologis atau gangguan mental yang memberikan dampak negatif terhadap perasaan dan perilaku seseorang. Praktik dengan pendekatan *cognitive-behavior therapy* (CBT) telah dimodifikasi dengan menggabungkan unsur keagamaan, sehingga digunakan istilah *Religious Cognitive Behavioral Therapy* (RCBT). Aspek keagamaan dalam terapi ini telah mencakup keseluruhan proses terapi, mulai dari asesmen, hingga intervensi pada aspek kognitif, emosi, dan perilaku (Rosmarin, 2018).

2.2.3.4 Rekayasa Teknologi Pekerjaan Sosial

Rekayasa teknologi pekerjaan sosial adalah proses membuat desain, memodifikasi, pengembangan, atau menciptakan teknologi baru guna meningkatkan proses atau fungsi yang ada (Pujileksono et al., 2021). Ruang lingkup teknologi yang dimaksudkan dalam pekerjaan sosial adalah 1) teknologi keras meliputi pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam pekerjaan sosial, dan 2) teknologi lunak meliputi penerapan model, metode, program, pendekatan, strategi, teknik, dan prosedur praktik pekerjaan sosial. Adapun ruang lingkup rekayasa teknologi dalam pekerjaan sosial meliputi terapi psikososial, manajemen organisasi pelayanan kemanusiaan, manajemen perubahan komunitas, analisis kebijakan sosial, dan supervisi pekerjaan sosial (Pujileksono et al., 2021).

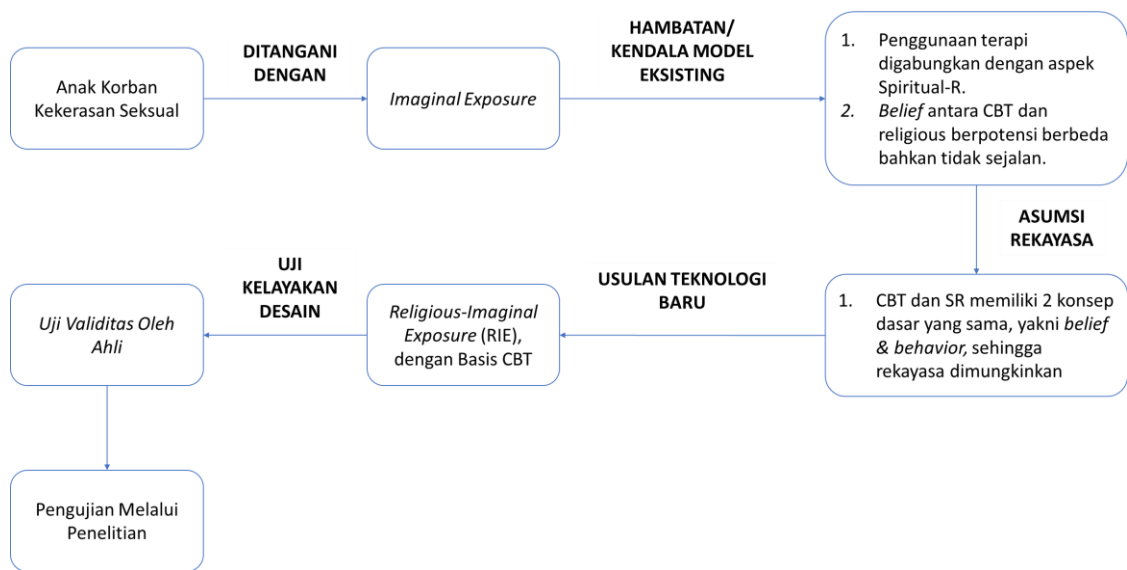
Praktik pekerjaan sosial membutuhkan rekayasa yang dimaknai sebagai pengembangan, hasil rancangan, modifikasi, dan inovasi dari para praktisi yang bekerja sama dengan akademisi, peneliti, dan teknisi (Pujileksono et al., 2021). Dalam melakukan desain rekayasa, beberapa prinsip yang harus diperhatikan

adalah, 1) iterasi, yaitu *backtracking*, dimana rekayasa bersumber pada hasil-hasil praktik sebelumnya, 2) kompromi, di mana dalam penyusunan desain, solusi yang dapat dicapai adalah solusi optimum, yakni desain yang memberikan kepuasan terbaik pada pemakai, 3) kompleksitas, yakni kebutuhan untuk bekerja sama dengan praktisi multidisiplin mengingat ilmu pekerjaan sosial yang merupakan irisan dari berbagai bidang ilmu yang relevan (eklektik), 4) tanggung jawab, di mana tanggungjawab tertinggi berada pada pundak perancang rekayasa, dan 5) simplifikasi, di mana desain rekayasa mengusahakan solusi-solusi yang elegan dan sederhana (Pujileksono et al., 2021).

Langkah-langkah rekayasa teknologi merupakan langkah metodologis untuk memecahkan masalah dengan menciptakan sesuatu yang nyata dengan menciptakan fungsi tertentu. Terdapat beberapa model dalam melakukan rekayasa teknologi, di antaranya model STEM (*science technology engineering mathematic*) dan model siklus. Proses desain rekayasa model STEM meliputi langkah-langkah yang terdiri dari identifikasi masalah, diskusi pemecahan masalah, mendesain, membuat atau mewujudkan desain, dan berbagi solusi. Pada model siklus, proses desain dimulai dari identifikasi masalah, kemudian identifikasi kriteria dan kendala, diskusi kemungkinan solusi, menghasilkan ide, menjelajahi kemungkinan, memilih pendekatan, membuat model/prototipe, dan menyempurnakan desain (Pujileksono et al., 2021).

2.4 Kerangka Pikir Penelitian

Kerangka penelitian membantu dalam mendapatkan suatu konsep yang matang yang kemudian dimanfaatkan untuk menjelaskan setiap masalah dalam penelitian, memudahkan peneliti dalam melakukan penelitian, dan menghubungkan setiap bagian yang ada di dalam penelitian. Kerangka penelitian ini digambarkan dalam bagan berikut.



Gambar 1.1 Kerangka Pikir Penelitian

Terapi *imaginal exposure* adalah teknologi eksisting yang digunakan untuk menangani permasalahan psikososial anak korban kekerasan seksual. Hasil analisis pada saat praktikum menghasilkan asumsi-asumsi dasar yang melandasi rekayasa teknologi eksisting. Rancangan teknologi yang baru kemudian diusulkan dengan nomenklatur *religious-imaginal exposure* (RIE). Sebelum masuk ke dalam tahap penelitian, teknologi ini divalidasi terlebih dahulu oleh dua ahli, dan kemudian diujikan dalam penelitian berbasis eksperimen.