



# Efektivitas *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) untuk *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD) pada Wanita Dewasa Penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)

Ayu Sita Dewi Ariani<sup>1\*</sup>, Dian Kartika Amelia Arbi<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

## ARTICLE INFO

### Article history:

Received August 06, 2025

Revised September 30, 2025

Accepted October 01, 2025

Available online October 01, 2025

### Kata Kunci :

REBT, Behavioral Activation, C-PTSD, KDRT, Wanita Dewasa.

### Keywords:

REBT, Behavioral Activation, C-PTSD, Domestic Violence, Adult Women.



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

Copyright ©2025 by Ayu Sita Dewi Ariani, Dian Kartika Amelia Arbi. Published by CV. Rifainstitut

## ABSTRAK

Trauma akibat Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dapat memicu *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD), suatu kondisi serius yang memerlukan intervensi terintegrasi. Penelitian ini menguji efektivitas intervensi yang menggabungkan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dengan *Behavioral Activation* (BA) dalam penanganan C-PTSD pada seorang wanita dewasa penyintas KDRT. REBT berfokus pada identifikasi dan restrukturisasi keyakinan irasional yang menjadi akar penderitaan emosional dan perilaku disfungsional, sedangkan BA bertujuan untuk meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas bermakna dan menyenangkan guna mengurangi penghindaran dan depresi. Metode penelitian ini menggunakan studi kasus intervensi terhadap seorang wanita berusia 37 tahun yang memiliki riwayat paparan kekerasan berulang sejak masa kanak-kanak, baik dari orang tua, suami, maupun anaknya. Pengambilan data dilakukan melalui berbagai asesmen, termasuk wawancara, observasi, dan pemeriksaan psikologis menggunakan instrumen PCL-5, CAPS-5, WAIS, tes grafis, DASS-42, dan TAT. Intervensi ini dilaksanakan dalam enam sesi terstruktur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kombinasi REBT dan BA efektif dalam mengurangi gejala C-PTSD yang dialami subjek, meningkatkan fungsi adaptifnya, dan membekalinya dengan strategi koping yang lebih efektif. Integrasi antara REBT dalam merestrukturisasi kognitif dan BA dalam mendorong tindakan konkret terbukti mampu mengatasi dimensi kognitif dan perilaku trauma secara komprehensif.

## ABSTRACT

Trauma resulting from Domestic Violence can trigger *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD), a serious condition requiring integrated intervention. This study examines the effectiveness of an intervention combining *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) with *Behavioral Activation* (BA) in managing C-PTSD in an adult female survivor of KDRT. REBT focuses on identifying and restructuring irrational beliefs that underlie emotional distress and dysfunctional behaviors, while BA aims to increase engagement in meaningful and enjoyable activities to reduce avoidance and depression. The research method utilized an intervention case study of a 37-year-old woman with a history of repeated exposure to violence since childhood, from her parents, husband, and even her child. Data collection was conducted through various assessments, including interviews, observation, and psychological examinations using instruments such as PCL-5, CAPS-5, WAIS, graphic tests, DASS-42, and TAT. This intervention was implemented in six structured sessions. The study results indicate that the combination of REBT and BA was effective in reducing the subject's C-PTSD symptoms, improving her adaptive functioning, and equipping her with more effective coping strategies. The integration of REBT in cognitive restructuring and BA in encouraging concrete actions proved capable of comprehensively addressing the cognitive and behavioral dimensions of trauma.

## 1. PENDAHULUAN

Fenomena kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan isu multidimensional dan juga masalah kesehatan bagi masyarakat di seluruh dunia. KDRT merupakan fenomena kekerasan fisik dan/atau seksual yang dilakukan oleh pasangan intim. KDRT menjadi salah satu bentuk kekerasan berbasis gender yang paling umum terjadi dengan setidaknya satu dari tiga (30%) wanita di seluruh dunia (WHO, 2024b). Di Indonesia sendiri prevalensi KDRT

\*Corresponding author

E-mail addresses: [ayu.sita.dewi-2022@psikologi.unair.ac.id](mailto:ayu.sita.dewi-2022@psikologi.unair.ac.id) (Ayu Sita Dewi Ariani)

menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. Data Survei Nasional Pengalaman Hidup Perempuan (SNPHP) tahun 2024 oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA) dan Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa sekitar 19.045 kasus KDRT tercatat dengan 1 dari 4 perempuan usia 15-64 tahun pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan dan selain pasangan selama hidupnya (BPS, dkk., 2024). Secara lebih spesifik di tingkat regional, Kota Surabaya sebagai salah satu kota besar di Indonesia juga tidak terlepas dari permasalahan KDRT. Pada awal tahun 2024 setidaknya 30 laporan kasus KDRT pada perempuan diterima oleh Dinas Pemberdayaan, Perempuan dan Perlindungan Anak serta Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DP3APPKB) (Elaine, 2024). Angka ini menggarisbawahi urgensi penanganan KDRT di tingkat nasional. Prevalensi KDRT yang tinggi ini berimplikasi pada tingginya angka trauma psikologis. Perempuan yang terpapar KDRT berisiko tinggi mengalami berbagai gangguan kejiwaan, termasuk depresi, kecemasan, penyalahgunaan zat, dan yang paling signifikan, *post-traumatic stress disorder* (PTSD) atau bahkan *Complex PTSD* (C-PTSD), mengingat KDRT seringkali merupakan trauma berulang, interpersonal, dan dalam konteks ketergantungan (Herman, 2015; White, dkk., 2024).

*Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD) adalah kondisi yang diakibatkan oleh paparan trauma berulang, berkepanjangan, dan interpersonal yang sulit untuk dihindari atau dilarikan diri. Berbeda dengan PTSD yang berfokus pada gejala *re-experiencing*, *avoidance*, dan *hyperarousal*, C-PTSD memiliki gejala tambahan berupa disregulasi emosi, distorsi kognitif mendalam tentang diri (misalnya rasa bersalah, malu, atau tidak berharga), dan kesulitan signifikan dalam hubungan interpersonal (Cloitre, dkk., 2014). Penyintas KDRT dengan potensi mereka mengalami paparan trauma dan kekerasan berulang dalam konteks hubungan intim yang seharusnya aman sering memicu C-PTSD, di mana korban terjebak dalam siklus kekerasan dan ketergantungan yang mempengaruhi diri dan kapasitas regulasi emosional mereka. Terbatasnya literatur yang membahas penerapan intervensi spesifik bagi perempuan dewasa penyintas KDRT dengan diagnosis C-PTSD serta situasi yang menunjukkan urgensi penanganan penyintas KDRT di Indonesia menjadi latar belakang dari pelaksanaan penelitian ini. Studi kasus intervensi dipilih untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai dinamika terapeutik dan mekanisme perubahan psikologis yang terjadi selama proses terapi (Yin, 2014).

*Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), yang dikembangkan oleh Albert Ellis, merupakan salah satu bentuk intervensi psikologi yang berfokus pada identifikasi dan perubahan keyakinan irasional yang menjadi akar dari *distress* emosional dan perilaku disfungsional. REBT berlandaskan pada premis bahwa bukan peristiwa itu sendiri yang menyebabkan emosi dan perilaku negatif, melainkan interpretasi atau keyakinan individu terhadap peristiwa tersebut melalui model ABC (*Activating Event, Belief, Consequence*) (Ellis & Ellis, 2019). Pada konteks trauma seperti PTSD dan C-PTSD yang diakibatkan oleh KDRT, gejala sering kali melibatkan gangguan yang lebih parah pada regulasi emosi, identitas diri, dan hubungan interpersonal, yang sebagian besar didorong oleh skema kognitif negatif yang mendalam dan keyakinan irasional tentang diri, orang lain, dan dunia; misalnya tumbuhnya keyakinan yang kaku seperti "*Saya tidak layak dicintai karena apa yang terjadi pada saya*," "*Dunia ini adalah tempat yang berbahaya, dan saya tidak akan pernah aman*," atau "*Saya bertanggung jawab atas trauma yang saya alami*." (Asmundson, dkk., 2019). Keyakinan irasional inilah yang menjadi pemicu siklus berulang bagi timbulnya perasaan malu, bersalah, tidak berharga, dan ketidakberdayaan yang persisten, serta memicu perilaku disfungsional seperti penghindaran sosial atau *self-sabotage*.

Terdapat beberapa intervensi yang secara efektif berpengaruh pada gejala gangguan yang melibatkan trauma seperti PTSD dan C-PTSD, seperti intervensi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), *Prolonged Exposure* (PE), *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), hingga *Cognitive Processing Therapy* (CPT) (Hu, dkk.,

2025). Intervensi tersebut umumnya menuntut kemampuan abstraksi, memori kerja, dan pemrosesan informasi yang memadai, sehingga sulit diterapkan secara efektif pada subje dengan rentang kognitif yang lebih luas (Foa, dkk., 2019; Linehan, 2015; Resick, dkk., 2017; Shapiro, 2018). Sebuah studi menemukan bahwa kemampuan kognitif yang lebih rendah secara signifikan meningkatkan risiko berkembangnya PTSD serta memperburuk prognosis pemulihan, terutama karena keterbatasan dalam memanfaatkan strategi terapi berbasis pemrosesan kognitif yang kompleks (Breslau, dkk., 2013).

*Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dinilai lebih adaptif untuk individu dengan rentang kognitif yang luas karena mengutamakan model sederhana dan terstruktur melalui kerangka ABC (*Activating Event, Belief, Consequence*). Model ini memungkinkan individu memahami hubungan langsung antara peristiwa, keyakinan, dan konsekuensinya, tanpa menuntut proses refleksi yang terlalu abstrak atau panjang (Dryden & Bernard, 2019; Ellis, 2010; Ellis & Ellis, 2019). Teknik disputing dalam REBT dapat disederhanakan dalam bentuk pertanyaan praktis, sehingga tetap dapat diaplikasikan oleh individu dengan keterbatasan kognitif. Pendekatan ini juga menjadi signifikan digunakan untuk menggali intervensi bagi individu dengan PTSD atau C-PTSD yang memiliki keterbatasan kognitif, di mana keterbatasan kognitif ini juga berpotensi meningkatkan kerentanan terhadap persistennya gejala trauma dan tingginya prevalensi viktimisasi dan gangguan PTSD dan C-PTSD (Mevissen & de Jongh, 2010; Wigham & Emerson, 2015).

REBYT dinilai relevan mengingat adanya distorsi kognitif kronis yang terbentuk akibat pengalaman kekerasan berulang yang dialami pada penyintas KDRT dengan gangguan trauma seperti PTSD dan C-PTSD. Selain itu, intervensi *Behavioral Activation* (BA) dilibatkan untuk mengurangi perilaku penghindaran yang kerap memperburuk gejala depresi dan kecemasan pada penyintas trauma. BA efektif dalam penanganan PTSD karena mendorong individu untuk secara bertahap meningkatkan keterlibatan dalam aktivitas bermakna dan menyenangkan, yang pada gilirannya mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan rasa kendali diri (Jakupcak, dkk., 2020). Integrasi REBT dan BA menciptakan pendekatan komprehensif yang menangani dimensi kognitif dan perilaku secara bersamaan pada individu dengan gangguan PTSD dan C-PTSD. Intervensi ini juga bertujuan menggali efektivitas pendekatan intervensi baru untuk gangguan C-PTSD yang dapat diaplikasikan bagi individu dengan rentang kapasitas kognitif yang lebih luas dibandingkan dengan intervensi-intervensi yang pernah diterapkan sebelumnya untuk gangguan C-PTSD.

## **2. METODE PENELITIAN**

Metode asesmen yang digunakan dalam penelitian ini ialah metode studi kasus intervensi yang meliputi : (1) observasi dan administrasi menggunakan *Posttraumatic Stress Disorder Check List* (PCL-5) dan *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5)/ untuk mengidentifikasi gejala PTSD, mengukur tingkat keparahan serta menilai dampak fungsional dan onset gejala berbasis DSM-V; (2) observasi menggunakan panduan berdasarkan ICD – 11 berkaitan dengan gejala *Complex Posttraumatic Stress Disorder* yang bertujuan mengidentifikasi dan diferensiasi gejala PTSD dan C-PTSD serta sebagai data evaluasi intervensi ; (3) Wawancara klinis untuk menggali data anamnesis terkait permasalahan, riwayat dan gejala yang dialami subjek; (4) *Weschler's Adult Intelligence Scale* (WAIS) untuk mengevaluasi kapasitas intelektual dan fungsi kognitif yang berkaitan dengan timbulnya gangguan; (5) Tes Grafis yakni BAUM (*tree test*), *Draw A Person* (DAP) dan *House-Tree-Person* (HTP) untuk menggali terkait kepribadian, emosi, hubungan interpersonal, dan mekanisme pertahanan diri ; (6) *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-42) sebagai *screening* gejala kecemasan, stres dan depresi; (8) *Thematic Apperception Test* (TAT) untuk mengungkapkan motivasi, kebutuhan, konflik internal, dan tema-tema interpersonal yang tidak disadari berkaitan dengan trauma dan gangguan .

Subjek penelitian merupakan seorang wanita dewasa (AR) berusia 37 tahun. Penelitian ini dilakukan selama bulan Februari 2024 hingga Agustus 2024 di salah satu puskesmas di Surabaya. Pengambilan data dilakukan melalui beberapa asesmen diantaranya wawancara, observasi, serta pemeriksaan psikologis.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### Presentasi Kasus

Subjek merupakan seorang perempuan berusia 35 tahun 4 bulan. Saat ini, subjek berprofesi sebagai pedagang makanan. Subjek adalah anak kedua dari lima bersaudara dan tinggal bersama kedua anaknya. Sementara itu, suaminya sesekali mengunjungi rumah setelah tinggal bersama istri keduanya di kota lain. Berdasarkan hasil asesmen, wawancara, dan observasi, dinamika kepribadian subjek terbentuk atas beberapa komponen utama, yakni peristiwa pemicu (*activating event*), keyakinan irasional (*irrational belief*), serta konsekuensi emosional dan perilaku yang menyertainya.

Keluarga subjek memiliki latar belakang sosial ekonomi menengah ke bawah, dengan ayah dan ibu bekerja sebagai petani dan pedagang. Subjek memutuskan berhenti sekolah saat duduk di kelas 2 SMP agar adik-adiknya dapat melanjutkan pendidikan hingga tingkat SMA. Sejak saat itu, subjek berfokus membantu pekerjaan rumah tangga dan ladang keluarga. Lingkungan rumah tangga subjek sering kali diwarnai oleh konflik dan kekerasan. Sejak kelas 6 SD, ayah subjek mulai terlibat dalam perjudian dan sering pulang dalam kondisi mabuk setelah mengalami kekalahan. Pertengkaran antara kedua orang tua menjadi hal yang sering terjadi, terutama sejak ayah subjek intens terlibat dalam perjudian dan konsumsi alkohol hingga dini hari. Ayah subjek juga pernah diketahui oleh ibu serta tetangga menjalin hubungan dengan perempuan lain. Subjek tumbuh dalam pola asuh yang diwarnai oleh kekerasan verbal maupun fisik, serta inkonsistensi pengasuhan yang signifikan. Situasi rumah yang tidak stabil membuat subjek kerap terpapar kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh ayah kepada ibunya, sehingga peristiwa konflik, pertengkaran, dan perubahan situasi yang mendadak menciptakan rasa tidak aman dan ketidakpastian. Subjek juga sering mendapatkan kekerasan fisik dan verbal dari ibunya. Hubungan subjek dengan ibunya bersifat pasif-agresif, di mana ibu subjek cenderung melakukan kekerasan ketika berada dalam kondisi emosional yang tidak stabil.

Pada usia 14 tahun, subjek merantau ke Jakarta dan tinggal bersama kakak dari pihak ibu. Subjek tidak melanjutkan pendidikan formal, melainkan membantu pekerjaan rumah dan merawat anak-anak tante. Tante subjek merupakan pemilik usaha toko alat-alat medis. Subjek kemudian dilibatkan dalam pekerjaan toko hingga akhirnya diangkat sebagai admin toko pada usia 17 tahun setelah berpindah domisili ke kota SB. Subjek bertemu dengan calon suami saat berusia 18 tahun setelah merantau ke SB, dan memutuskan menikah di usia 19 tahun tanpa melalui fase pacaran atas dorongan tante, dengan iming-iming bahwa suami subjek telah mapan dan mampu memberikan kehidupan yang lebih baik. Pernikahan berjalan lancar hingga dua bulan pertama, kemudian subjek mulai merasakan perubahan perilaku dari suami yang awalnya tampak menyayangnya menjadi lebih dingin dan menuntut, termasuk keharusan untuk tunduk pada suami dan ibu mertua. Suami mulai menunjukkan perilaku kekerasan baik secara verbal maupun fisik, serta memberikan tekanan psikologis terhadap subjek. Kekerasan semakin meningkat, terutama saat suami pulang kerja. Suami AR diketahui menjalin hubungan perselingkuhan ketika anak pertama subjek memasuki usia taman kanak-kanak. Ia melakukan komunikasi dengan selingkuhan secara terang-terangan di hadapan subjek dan anak-anak, bahkan membawanya ke rumah untuk bertemu anak-anak. Kekerasan verbal dan fisik terjadi hampir setiap hari, baik karena persoalan sehari-hari maupun ketika subjek tidak memperoleh penghasilan cukup dari berdagang. Subjek mengaku selalu merasa takut terhadap suami, bahkan saat diminta melakukan hubungan seksual. Ia merasa harus selalu waspada, terutama menjelang waktu kepulangan suami dari kerja atau ketika namanya dipanggil oleh suami.

Subjek merasa harus dalam kondisi siap siaga jika suami sewaktu-waktu melakukan kekerasan yang dapat membahayakan dirinya.

Sejak suami dipindah tugas ke kota PA dan berhenti memberi nafkah, subjek menjadi pencari nafkah tunggal bagi keluarga. Saat suami pulang, subjek mencoba menanyakan kebutuhan anak dan meminta dukungan finansial, namun justru mendapatkan perlakuan kasar. Subjek melaporkan adanya reaksi psikologis dan fisik yang tidak nyaman setiap kali mendapat notifikasi atau informasi bahwa suaminya akan pulang. Gejala yang dialami mencakup peningkatan detak jantung, tremor, kewaspadaan berlebihan sepanjang hari, serta rasa lemas dan pusing. Pola pikir negatif dan kecenderungan melakukan magnifikasi terhadap kemungkinan terburuk dari pengalaman kekerasan memperkuat persepsi ancaman, sehingga respons emosional dan fisiologis terhadap trauma pun meningkat dan menjadi dasar terbentuknya gangguan psikologis. Subjek pernah mencoba untuk menggugat cerai akibat permasalahan rumah tangga yang tak kunjung mereda dan kondisi kesehatan yang memburuk, namun usahanya tidak berhasil karena suami menunjukkan perilaku manipulatif dan berperan sebagai korban seolah-olah subjek menggugat cerai tanpa alasan. Hal ini membuat subjek merasa semakin terjebak dan menyalahkan diri atas semua yang terjadi. Ketakutan akan kemungkinan dibunuh atau disakiti membuat subjek cenderung bersikap pasrah dan menuruti semua permintaan suami setiap kali ia datang. Subjek tidak memiliki respons defensif karena meyakini bahwa perlawanan hanya akan memperbesar masalah dan memperburuk keadaan. Tidak adanya sistem dukungan sosial memperkuat keyakinan tersebut, sehingga kepasrahan dianggap sebagai strategi paling aman untuk mempertahankan keselamatan dirinya. Respons yang sama muncul saat subjek mencoba mengingat-ingat kembali peristiwa kekerasan yang dialaminya.

Selain dari suaminya, subjek juga mengalami kekerasan dari anak keduanya, KY, yang didiagnosis mengalami gangguan kejiwaan pada awal tahun 2023. KY menunjukkan perilaku agresif dan fluktuasi emosi yang tidak stabil, sering melakukan kekerasan fisik seperti menampar, menggigit, memukul, dan menjambak apabila keinginannya tidak segera dipenuhi. Perilaku KY yang impulsif dan cepat marah mengingatkan subjek pada sosok suaminya. Subjek menunjukkan respons psikologis dan fisiologis yang serupa setiap kali menerima kekerasan dari KY, termasuk rasa was-was yang meningkat menjelang waktu kepulangan KY dari sekolah. KY juga beberapa kali mengancam menggunakan benda tajam seperti pecahan kaca, pisau, dan gunting saat subjek tidak dapat memenuhi keinginannya. Distorsi kognitif yang dialami subjek menyebabkan peningkatan rasa ancaman yang terus-menerus, memperkuat persepsi bahwa lingkungannya tidak aman. Ketakutan yang kronis ini diperparah oleh kemunculan kembali peristiwa traumatis yang menyerupai pengalaman kekerasan di masa lalu, sehingga memperkuat respons trauma yang sudah terbentuk.

## **Diagnosis**

Diagnosis awal yang ditegakkan untuk kondisi AR adalah *Posttraumatic Stress Disorder* atau Gangguan Stres Pasca-Trauma (F34.10) berdasarkan acuan DSM-5 (APA, 2013). Gejala yang ditunjukkan AR sejalan dengan empat kluster gejala utama PTSD menurut DSM-5, yaitu intrusi, penghindaran, perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati, serta peningkatan gairah dan reaktivitas. Klien mengalami intrusi (ingatan menyakitkan, kecemasan ekstrem), penghindaran, distorsi kognisi dan suasana hati (menyalahkan diri, harga diri rendah), serta peningkatan gairah (hipervigilansi, detak jantung cepat, tremor). PTSD sendiri adalah kondisi kesehatan mental yang bisa berkembang setelah seseorang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis. Peristiwa traumatis ini dapat mencakup kekerasan fisik atau seksual, kecelakaan serius, atau bencana alam (APA, 2013). Pada kasus AR, berbagai pengalaman traumatis yang dialaminya sejak masa kanak-kanak hingga dewasa – termasuk kekerasan fisik dan verbal dari orang tua, suami, serta anak – merupakan bentuk paparan kronis terhadap

trauma interpersonal yang berulang. Hal ini menyebabkan munculnya reaksi stres yang intens dan bertahan lama, serta gangguan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Gejala yang ditunjukkan AR sejalan dengan empat kluster gejala utama PTSD menurut DSM-5, yaitu intrusi, penghindaran, perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati, serta peningkatan gairah dan reaktivitas. Klien mengalami intrusi dalam bentuk ingatan menyakitkan dan kecemasan ekstrem saat mengingat peristiwa kekerasan, serta penghindaran terhadap situasi atau stimulus yang mengingatkan pada trauma. Kognisi dan suasana hati klien dipenuhi oleh distorsi seperti menyalahkan diri, harga diri rendah, dan keyakinan bahwa dirinya tidak mampu keluar dari siklus kekerasan. Dalam kesehariannya, klien juga menunjukkan gejala *hypervigilance*, detak jantung cepat, tremor, kelelahan, serta respon kewaspadaan yang konstan ketika berhadapan dengan situasi yang dianggap mengancam.

Kasus AR merupakan kasus kompleks yang menggambarkan dampak traumatis dari kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang terjadi secara berulang lintas generasi. Sejak kecil, AR telah menyaksikan ibunya menjadi korban KDRT, kemudian di masa dewasa ia sendiri mengalami kekerasan dari suami dan anak perempuannya. Pola kekerasan yang berulang ini menciptakan siklus trauma yang sulit terputus, diperparah dengan adanya keterbatasan kognitif yang kemungkinan besar merupakan dampak neurobiologis dari trauma kronis yang dialaminya. AR sendiri memiliki kondisi keadaan kapasitas kognitif yang mengalami retardasi mental yang berkontribusi tidak hanya pada prognosis gangguan subjek namun juga perkembangan gangguan yang berbeda dengan PTSD pada individu dewasa dengan kapasitas kognitif rata-rata. Beberapa penelitian menunjukkan peningkatan tingkat paparan kejadian buruk dan traumatis pada penyandang disabilitas intelektual (Mevissen & de Jongh, 2010; Wigham & Emerson, 2015). Khususnya, angka yang tinggi ditemukan pada viktimisasi kekerasan interpersonal, khususnya viktimisasi seksual (Fogden, dkk., 2016). Di antara faktor-faktor risiko lainnya, ketergantungan yang lebih tinggi pada pihak ketiga dalam aktivitas sehari-hari berkontribusi terhadap peningkatan kerentanan ini. Selain itu, faktor risiko mengalami gangguan pasca-trauma ditemukan lebih tinggi pada penyandang disabilitas intelektual: kemampuan kognitif yang lebih rendah merupakan faktor risiko yang pasti untuk berkembangnya gangguan stres pasca-trauma (PTSD) setelah paparan traumatis (Breslau, dkk., 2013; Mevissen & de Jongh, 2010). Selain itu, trauma yang terjadi pada tingkat perkembangan yang lebih rendah telah terbukti menyebabkan risiko PTSD yang lebih tinggi dan gejala PTSD yang lebih parah (Daveney, dkk., 2019).

Meninjau kekhasan kasus dan kompleksitasnya, diagnosis C-PTSD lebih lanjut ditegakkan karena profil simptomatik AR sejalan dengan C-PTSD berdasarkan acuan ICD-11 (6B41) (WHO, 2024a), yakni bentuk lanjutan dari PTSD. C-PTSD dalam ICD-11 mencakup kesulitan dalam regulasi emosi, gangguan hubungan interpersonal, dan citra diri yang sangat negatif. Sindrom gejala kendala regulasi afek, keyakinan intrusif berulang, serta disfungsi dalam mempertahankan hubungan interpersonal tidak masuk dalam sindrom gejala PTSD pada DSM-5, sehingga komparasi dan kolaborasi dengan diagnosis C-PTSD dinilai lebih komprehensif dalam menjelaskan situasi gangguan AR. PTSD klasik biasanya muncul setelah satu peristiwa traumatik, sementara CPTSD berkembang akibat paparan trauma yang berulang dan berkepanjangan, terutama dalam konteks relasi interpersonal seperti kasus AR. Gejala AR memenuhi kriteria CPTSD karena tidak hanya menunjukkan gejala inti PTSD seperti kilas balik (*flashback*), penghindaran (*avoidance*), dan hiperarousal, tetapi juga disertai dengan gangguan regulasi emosi, persepsi diri yang negatif ("*Aku tidak berharga*"), serta kesulitan dalam membangun hubungan yang sehat. Trauma yang dialami AR bukanlah kejadian tunggal, melainkan berulang dan terjadi dalam relasi yang seharusnya aman (seperti keluarga dan pasangan), sehingga membentuk pola pikir irasional seperti *magnifikasi* (*catastrophizing*), *low frustration tolerance*, dan *learned helplessness*. Beberapa studi menegaskan bahwa korban kekerasan kronis cenderung menunjukkan profil gejala yang lebih kompleks daripada PTSD

biasa, dan membutuhkan pendekatan terapi yang lebih mendalam serta berorientasi pada pemulihan jangka panjang (Cloitre, dkk., 2014; Lehrner & Yehuda, 2020).

## **Prognosis**

Prognosis untuk perkembangan kasus AR saat ini adalah negatif, meskipun kedepannya ada kemungkinan prognosis ini menjadi positif dengan adanya kesadaran subjek akan gangguan yang dialami dan keinginan kuat untuk memperbaiki diri dan berubah. Prognosis negatif ini terjadi karena *dispute* keyakinan irasional efektif akan membutuhkan waktu yang lama dan komitmen yang tinggi dalam diri subjek, serta belajar untuk mengelola emosi secara lebih sehat membutuhkan konsistensi dan frekuensi latihan yang banyak akibat kapasitas kognitif yang dimiliki subjek. Subjek memiliki kendala dalam kemampuan kognitif di mana dalam proses pembelajaran akan membutuhkan banyak repetisi dan instruksi sederhana yang dapat membantu subjek untuk memahami proses *dispute* keyakinan dalam mengelola emosi dan mengadaptasi pola berpikir yang lebih rasional, Faktor penghambat lainnya ialah subjek masih kerap berinteraksi dan bertemu dengan sumber pemicu serta kurang adanya sistem dukungan sosial yang memadai bagi subjek.

## **Intervensi**

Intervensi yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dengan *Behavioral Activation* (BA). Tujuan utama dari pendekatan ini adalah untuk mengurangi secara signifikan gejala PTSD yang dialami AR, meningkatkan fungsi adaptifnya dalam kehidupan sehari-hari, dan membekalinya dengan strategi koping yang lebih efektif dalam menghadapi pengalaman traumatisnya. REBT, yang dikembangkan oleh Albert Ellis, berfokus pada identifikasi dan restrukturisasi keyakinan irasional yang mendasari distress emosional dan perilaku disfungsi (Ellis, 2010). Pada konteks AR, REBT bertujuan untuk menantang pikiran-pikiran negatif dan keyakinan yang terdistorsi terkait traumanya, seperti perasaan bersalah atau ketidakberdayaan (Dryden & Bernard, 2019). Penderita PTSD seringkali mengembangkan pola pikir yang merugikan yang memicu dan mempertahankan gejala. Dengan REBT, AR akan belajar mengenali bagaimana peristiwa (A) memicu keyakinan (B) yang menghasilkan konsekuensi emosional dan perilaku (C), sehingga ia dapat mengganti keyakinan irasional dengan yang lebih rasional, mengarah pada respons yang lebih sehat. Justifikasi penggunaan REBT didukung oleh status empirisnya dalam mengatasi berbagai gangguan psikologis, termasuk yang berkaitan dengan trauma (Ellis & Ellis, 2019).

*Behavioral Activation* (BA) yang dilibatkan pada intervensi AR sendiri adalah terapi yang berorientasi pada tindakan, dirancang untuk meningkatkan aktivitas yang bermakna dan menyenangkan guna mengatasi penarikan diri dan depresi, yang sering menyertai PTSD (Jakupcak, dkk., 2020). Bagi AR, BA bertujuan untuk secara progresif meningkatkan keterlibatannya dalam rutinitas sehari-hari, interaksi sosial, dan aktivitas rekreasi yang mungkin telah dihindarinya pasca-trauma. Penghindaran, meskipun bertujuan meredakan distress, justru memperburuk gejala dan menghambat pemulihan. BA secara langsung mengatasi penghindaran ini dengan mendorong paparan bertahap terhadap situasi yang dihindari. Dengan meningkatkan partisipasi dalam aktivitas positif, BA dapat mengembalikan rasa penguasaan dan kesenangan, yang pada gilirannya mengurangi gejala depresi dan meningkatkan motivasi. Relevansi intervensi perilaku dalam penanganan PTSD telah didokumentasikan dalam literatur (Mevisen & de Jongh, 2010).

Sinergi antara REBT dan BA sangatlah kuat. REBT mempersiapkan AR secara kognitif dengan mengatasi keyakinan negatif yang mungkin menghambat partisipasinya dalam aktivitas. Setelah keyakinan tersebut ditantang, BA menjadi lebih efektif dalam mendorong AR untuk mengambil langkah-langkah konkret. Sebaliknya, keberhasilan dalam BA, seperti merasakan kesenangan dari suatu aktivitas, dapat menjadi bukti empiris yang memperkuat

proses restrukturisasi kognitif dalam REBT. Kombinasi kedua terapi ini memungkinkan penanganan PTSD pada AR secara komprehensif, baik dari dimensi kognitif maupun perilaku, membantunya memproses trauma, mengadopsi pola pikir yang lebih adaptif, dan kembali terlibat secara penuh dalam kehidupannya. Adapun pelaksanaan intervensi tersebut dilakukan sebanyak 6 sesi sebagai berikut:

*Sesi I: Pengenalan REBT dan Penentuan Fokus Terapi.* Sesi ini bertujuan untuk membangun fondasi hubungan terapeutik dan memperkenalkan AR pada model dasar REBT (ABC: *Activating Event, Beliefs, Consequences*). Sesi ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah emosional dan perilaku utama AR yang terkait dengan PTSD-nya, termasuk pola penghindaran yang akan ditangani oleh BA. Pada sesi ini terapis menjelaskan bahwa perasaan dan perilaku negatif AR sebagian besar berasal dari interpretasi atau keyakinannya terhadap peristiwa traumatis. Diskusi awal akan berfokus pada gejala PTSD yang paling mengganggu AR, seperti *flashback* atau penarikan diri dari aktivitas, untuk menentukan area fokus terapi. Setelah pemberian sesi ini, AR mulai memahami prinsip dasar REBT dan dapat mengidentifikasi hubungan awal antara pemicu trauma, reaksi emosional, dan perilakunya, termasuk pola penghindaran yang perlu diatasi.

*Sesi II: Eksplorasi Keyakinan Irasional (B).* Tujuan dari sesi ini adalah untuk membantu AR secara mendalam menggali dan mengidentifikasi keyakinan-keyakinan irasional (B) yang spesifik dan kaku yang menjadi akar dari konsekuensi emosional dan perilaku negatifnya (C) dari peristiwa traumatis (A). Keyakinan ini seringkali menghambat AR untuk terlibat dalam aktivitas yang sehat. Pada sesi ini terapis membimbing AR melalui serangkaian pertanyaan untuk mengungkap asumsi, tuntutan absolut, atau pandangan katastrofik yang mungkin ia pegang, seperti "*Ini semua salah saya*" atau "*Saya tidak akan pernah bisa bahagia lagi.*" Fokus pada keyakinan yang memicu penarikan diri atau penghindaran. Sesi ini membuat AR berhasil mengenali beberapa keyakinan irasional yang selama ini memicu dan mempertahankan distress emosional serta perilaku penghindarannya.

*Sesi III: Disputing (D): Penantangan Keyakinan Irasional.* Sesi ini mengajarkan AR keterampilan "disputing" atau menantang keyakinan irasionalnya menggunakan argumen logis, bukti empiris, dan pertimbangan pragmatis, sehingga ia dapat secara aktif meragukan validitas keyakinan tersebut. Pada fase ini, elemen BA mulai diintegrasikan melalui "eksperimen perilaku" kecil. Selama sesi ini terapis memodelkan dan membimbing AR untuk mengajukan pertanyaan menantang seperti: "*Apakah ada bukti nyata yang mendukung keyakinan ini?*" atau "*Apakah keyakinan ini membantu saya mencapai tujuan atau justru menghambat saya?*". AR akan berlatih menantang keyakinannya sendiri, terkadang dengan melakukan tindakan kecil untuk menguji keyakinan baru. Sesi ini membantu AR untuk mulai mengembangkan kemampuan kritis untuk mempertanyakan dan melemahkan keyakinan irasionalnya. Melalui eksperimen perilaku kecil, ia mulai melihat bahwa keyakinan irasionalnya mungkin tidak sepenuhnya benar, bahkan jika masih ada kecemasan.

*Sesi IV: Pembentukan Keyakinan Rasional Efektif (E).* Sesi ini bertujuan untuk membantu AR merumuskan dan menginternalisasi keyakinan-keyakinan baru yang lebih rasional, fleksibel, dan adaptif sebagai pengganti keyakinan irasional yang telah berhasil ditantang. Keyakinan baru ini akan menjadi fondasi kognitif yang kuat untuk implementasi BA yang lebih ekstensif. Setelah keyakinan irasional terbukti tidak valid, AR akan dibimbing untuk menciptakan alternatif yang lebih realistis. Misalnya, mengubah "*Saya tidak tahan dengan perasaan ini*" menjadi "*Perasaan ini sulit, tetapi saya bisa mengatasinya,*" atau mengubah "*Saya tidak berharga*" menjadi "*Saya adalah individu yang kompleks dengan kekuatan dan kelemahan.*" Sesi ini membuat AR memiliki serangkaian keyakinan rasional baru yang dapat ia gunakan untuk merespons situasi pemicu dengan cara yang lebih sehat, yang secara langsung memotivasinya untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang sebelumnya dihindari.

*Sesi V: Integrasi Perilaku dan Emosi Baru (F) dengan Behavior Activation (BA).* Ini adalah fase utama di mana *Behavioral Activation* diaplikasikan secara eksplisit dan sistematis.

Tujuannya adalah untuk secara bertahap meningkatkan tingkat aktivitas AR, mengurangi perilaku penghindaran, dan memulihkan rasa penguasaan serta kesenangan dalam hidupnya. Pada sesi ini terapis dan AR bekerja sama untuk membuat jadwal aktivitas yang terstruktur, dimulai dari yang mudah dan secara bertahap meningkatkan tingkat kesulitan atau paparan. Aktivitas ini mencakup kegiatan yang memberikan rasa penguasaan (misalnya, menyelesaikan tugas rumah tangga) dan kesenangan (misalnya, hobi, interaksi sosial). Ketika AR menghadapi hambatan atau keyakinan irasional muncul saat melakukan aktivitas, prinsip REBT (disputing) akan segera diterapkan untuk membantunya tetap terlibat. Sesi ini membuat AR secara aktif terlibat dalam lebih banyak aktivitas, mengalami penurunan gejala depresi dan kecemasan, serta merasakan peningkatan kualitas hidup yang signifikan melalui pengalaman langsung.

Sesi VI: Penguatan dan Pencegahan Kekambuhan. Sesi ini memiliki tujuan utama untuk mengidentifikasi potensi hambatan di masa depan, memperkuat kemajuan yang telah dicapai AR, dan membekalinya dengan strategi untuk mempertahankan perubahan serta mencegah kekambuhan gejala PTSD. Prinsip-prinsip BA terus diperkuat sebagai bagian dari strategi pencegahan kekambuhan. Sesi ini meninjau kemajuan AR, membahas tantangan yang mungkin masih ada, dan menyempurnakan strategi disputing. Penekanan akan diberikan pada penguatan positif dan pengembangan rencana untuk terus menggunakan prinsip REBT dan BA secara mandiri di masa depan, seperti menjadwalkan aktivitas sehat. Secara keseluruhan sesi ini membuat AR merasa lebih berdaya dan percaya diri dalam mengelola PTSD-nya, memiliki alat untuk mengatasi kesulitan di masa depan, dan menunjukkan peningkatan signifikan serta keberlanjutan dalam kualitas hidup secara keseluruhan.

Penelitian ini mengkaji efektivitas *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) yang dikombinasikan dengan *Behavioral Activation* (BA) untuk mengatasi *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD) pada seorang wanita dewasa penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT). C-PTSD sendiri adalah kondisi yang diakibatkan oleh paparan trauma berulang, berkepanjangan, dan interpersonal yang sulit dihindari (Cloitre, dkk., 2014; WHO, 2024a). Pada kasus ini, subjek (AR) mengalami kekerasan fisik dan verbal berulang sejak masa kanak-kanak dari orang tua, kemudian di masa dewasa dari suami, dan bahkan dari anaknya. Pola kekerasan yang berulang ini menciptakan siklus trauma yang sulit terputus, diperparah dengan adanya keterbatasan kognitif yang kemungkinan besar merupakan dampak neurobiologis dari trauma kronis yang dialaminya.

Gejala C-PTSD yang dialami AR sejalan dengan empat klaster gejala utama PTSD menurut DSM-5, yaitu intrusi, penghindaran, perubahan negatif dalam kognisi dan suasana hati, serta peningkatan gairah dan reaktivitas. Lebih lanjut, AR juga menunjukkan gejala khas C-PTSD seperti disregulasi emosi yang parah, distorsi kognitif yang mendalam tentang diri sendiri (misalnya, perasaan tidak berharga, malu, atau bersalah) dan orang lain (misalnya, kesulitan mempercayai), serta kesulitan signifikan dalam hubungan interpersonal. Ia mengalami kilas balik (ingatan menyakitkan) dan kecemasan ekstrem saat mengingat peristiwa kekerasan. Perasaan tidak berdaya juga dominan, dengan keyakinan bahwa dirinya tidak mampu keluar dari siklus kekerasan dan cenderung bersikap pasrah. Kewaspadaan berlebihan, detak jantung cepat, dan tremor juga sering dialami, terutama menjelang kepulangan suami atau saat nama suami disebut. Kesulitan dalam regulasi emosi ditunjukkan melalui respons psikologis dan fisik yang tidak nyaman setiap kali mendapat notifikasi atau informasi bahwa suaminya akan pulang, serta respons yang sama saat menerima kekerasan dari anaknya.

REBT, yang dikembangkan oleh Albert Ellis, merupakan salah satu intervensi yang berfokus pada identifikasi dan perubahan keyakinan irasional yang menjadi akar dari distress emosional dan perilaku disfungsi. REBT berlandaskan pada premis bahwa bukan peristiwa itu sendiri yang menyebabkan emosi dan perilaku negatif, melainkan interpretasi atau keyakinan individu terhadap peristiwa tersebut melalui model ABC (*Activating Event, Belief, Consequence*). Pada konteks trauma kompleks seperti C-PTSD akibat KDRT, REBT memiliki potensi besar untuk membantu mengatasi distorsi kognitif mendalam (misalnya, menyalahkan

diri sendiri, keyakinan tentang ketidakberdayaan atau ketidaklayakan), disregulasi emosi (seperti kemarahan yang tidak sehat, kecemasan berlebihan, atau mati rasa emosional), dan masalah hubungan yang seringkali menjadi inti gejala C-PTSD.

REBT membantu AR mengidentifikasi dan menantang keyakinan irasional yang memicu dan mempertahankan reaksi emosional dan fisiologis ekstrem terhadap kilas balik dan kecemasan. Pada Sesi II, terapis membimbing AR untuk menggali keyakinan irasional spesifik yang menjadi akar konsekuensi emosional dan perilaku negatif dari peristiwa traumatis. Sesi III mengajarkan keterampilan "disputing" atau menantang keyakinan irasional menggunakan argumen logis, bukti empiris, dan pertimbangan pragmatis. Dengan menantang validitas keyakinan seperti "*Saya harus selalu waspada*" atau "*Saya tidak akan pernah aman*", AR dapat mengurangi persepsi ancaman yang berlebihan, yang pada gilirannya diharapkan mengurangi intensitas kilas balik dan kecemasan.

Perasaan tidak berdaya AR yang muncul dari keyakinan bahwa perlawanan hanya akan memperbesar masalah dan memperburuk keadaan, atau menyalahkan diri atas semua yang terjadi, adalah target utama REBT. Sesi IV bertujuan untuk membantu AR merumuskan dan menginternalisasi keyakinan-keyakinan baru yang lebih rasional, fleksibel, dan adaptif. Misalnya, mengubah keyakinan "*Saya tidak berharga*" menjadi "*Saya adalah individu yang kompleks dengan kekuatan dan kelemahan*". Perubahan ini dapat memberdayakan AR untuk meninjau ulang narasi traumanya dan membangun mekanisme koping yang lebih adaptif, sehingga mengurangi perasaan pasrah dan tidak berdaya. Integrasi *Behavioral Activation* (BA) juga berperan dengan mendorong AR untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang bermakna dan menyenangkan, sehingga mengembalikan rasa penguasaan dan kesenangan yang dapat melawan perasaan tidak berdaya.

Evaluasi penerapan REBT dengan melibatkan BA pada kasus AR menggunakan perbandingan skor *baseline* menggunakan alat asesmen PCL-5 dengan skor intervensi I pada sesi 3 dan skor intervensi II pada sesi 6 dengan pertimbangan jarak ukur PCL-5 dan DASS-42 dengan jarak interval > 10 hari (Gluck, dkk., 2021; Güven, dkk., 2025). Skor *baseline* AR untuk skor PCL-5 sebelum intervensi, yaitu 51. Skor ini berada di atas *cut-off score* 31-33, yang mengindikasikan bahwa AR memenuhi kriteria gejala PTSD. Adapun skor *baseline* pada skor DASS-42, AR memiliki skor depresi pada kategori *severe* (skor 27), yang mengindikasikan tingkat keparahan gejala yang signifikan. Lebih lanjut, tingkat kecemasan AR berada pada kategori *extremely severe* (skor 28) sementara tingkat stresnya berada pada kategori *moderate* (skor 22). Pada Sesi I, intervensi difokuskan pada psikoedukasi mengenai PTSD serta identifikasi pikiran, perasaan, dan perilaku AR terkait traumanya. Hasilnya menunjukkan keberhasilan awal, di mana AR mulai memahami PTSD dan secara terbuka mengungkapkan trauma yang dialaminya. Ia juga mulai menyadari adanya pikiran-pikiran irasional yang menyertai pengalamannya. Tahap awal ini krusial sebagai fondasi untuk intervensi selanjutnya, mengingat skor PCL-5 AR yang tinggi sebelumnya menunjukkan tingginya tingkat gejala yang mungkin belum sepenuhnya dipahami oleh dirinya. Pada sesi II, tujuan utamanya adalah mengidentifikasi dan mengklarifikasi pikiran irasional AR yang terkait dengan trauma. Intervensi ini berhasil membuat AR mampu mengidentifikasi pikiran-pikiran irasional tersebut dan menyadari dampak negatifnya terhadap dirinya. Selain itu, AR juga mampu mengidentifikasi situasi atau pemicu spesifik yang memicu munculnya gejala traumanya. Kemampuan ini sangat penting karena sebelumnya AR mungkin terjebak dalam siklus pikiran negatif tanpa memahami akarnya.

Seiring berjalannya sesi yang melibatkan *cognitive disputation* dan *behavioral activation* (Sesi III dan IV), AR mulai berani menghadapi situasi yang selama ini dihindarinya dan kembali melakukan aktivitas positif. Perubahan perilaku ini, yang mungkin lebih mudah diterima dan dipraktikkan oleh AR mengingat latar belakangnya, mulai memberikan dampak nyata. Skor PCL-5 AR menunjukkan penurunan signifikan dari 51 menjadi 45. Penurunan sebesar 6 poin ini merupakan "perubahan yang dapat diandalkan" (*reliable change*),

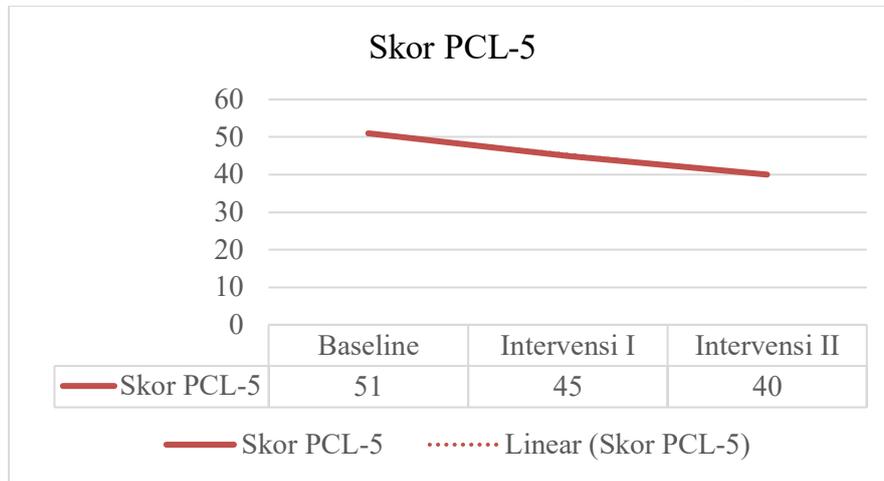
mengindikasikan bahwa perbaikan gejala yang dialami AR adalah nyata dan bukan sekadar kebetulan. AR mungkin sudah merasa sedikit lebih lega, frekuensi kilas balik mungkin berkurang, dan ada peningkatan kecil dalam kemampuan mengelola emosinya. AR juga mengalami penurunan skor pada ketiga aspek DASS-42. Skor depresi turun menjadi 23, kecemasan menjadi 25, dan stres menjadi 20. Penurunan ini menunjukkan respons awal yang positif terhadap intervensi yang diberikan, meskipun AR masih berada dalam kategori depresi, stress dan kecemasan yang sama seperti kondisi *baseline*.

Terapi terus dilanjutkan dengan fokus pada penguatan perilaku positif dan reintegrasi ke dalam kegiatan bermakna (Sesi V), serta persiapan untuk pencegahan kekambuhan (Sesi VI). Dalam fase ini, AR terus melatih strategi  *coping*  yang diajarkan dan secara aktif berpartisipasi dalam tugas-tugas rumah. Kemandirian AR dalam menerapkan apa yang dipelajari di sesi-sesi awal mulai terlihat hasilnya. Konsistensi dalam menghadapi pemicu dan kembali terlibat dalam aktivitas yang dulu dihindarinya membawa dampak positif yang lebih besar. Pada evaluasi berikutnya, atau setelah rangkaian intervensi selesai, skor PCL-5 AR kembali mengalami penurunan, dari 45 menjadi 40. Penurunan kumulatif sebesar 11 poin dari skor awal (51 ke 40) ini merupakan "perubahan yang signifikan secara klinis" (*clinically significant change*). Hal ini menunjukkan bahwa gejala PTSD AR tidak hanya berkurang secara statistik, tetapi juga secara substansial berdampak positif pada kualitas hidupnya. AR kemungkinan besar merasakan peningkatan yang jelas dalam pengendalian emosi, penurunan kecemasan saat menghadapi pemicu, tidur yang lebih baik, dan kemampuan untuk berfungsi lebih efektif dalam perannya sebagai wirausaha dan dalam kehidupan pribadinya. Meskipun mungkin masih ada sisa-sisa gejala, intensitas dan dampaknya jauh lebih rendah dibandingkan saat ia pertama kali memulai intervensi.

AR juga mengalami penurunan yang signifikan dan disertai dengan perubahan kategori tingkat keparahan pada ketiga aspek dalam DASS-42 yang mengindikasikan kemajuan yang sangat positif. Skor depresi turun drastis menjadi 20, membawanya dari kategori  *severe*  ke  *moderate* . Demikian pula tingkat kecemasannya mengalami penurunan signifikan menjadi 19, mengubah kategorinya dari  *extremely severe*  menjadi  *severe* . Skor stress AR juga menurun menjadi 18, menggesernya dari kategori  *moderate*  menjadi  *mild* . Perubahan kategori pada ketiga aspek ini secara jelas menunjukkan bahwa intervensi yang diterapkan berhasil mengurangi beban psikologis yang dialami AR secara substansial, Hasil penurunan skor PCL-5 dan DASS-42 pada AR selama pemberian intervensi dapat dijelaskan dalam tabel dan grafik data berikut ini:

**Tabel 1.** Skor PCL-5 Baseline dan Intervensi AR

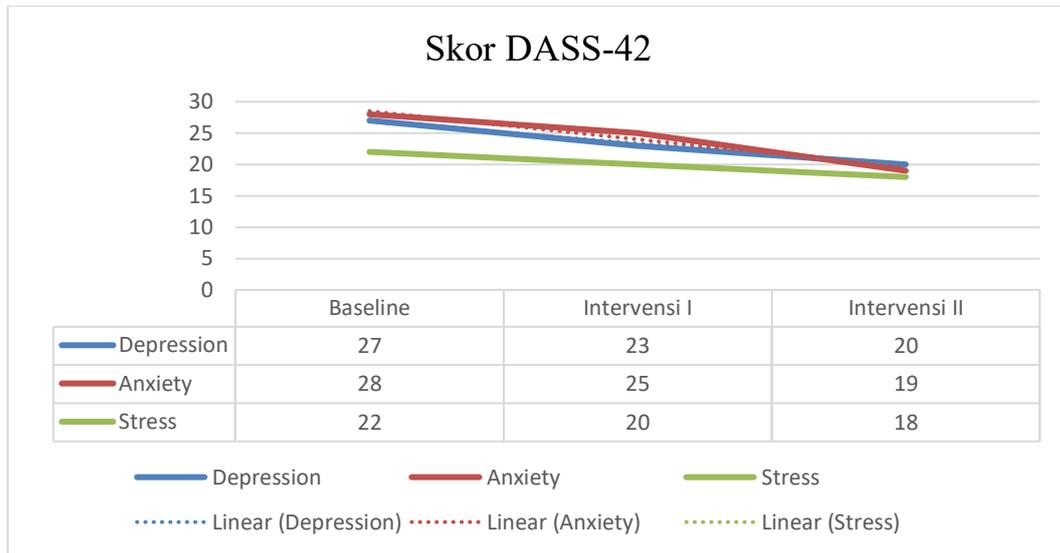
<b>Data</b>	<b>Skor</b>	<b>Keterangan</b>
<i>Baseline</i>	51	Skor 51 berada di atas <i>cut-off score</i> 31-33, yang mengindikasikan bahwa AR memenuhi kriteria gejala PTSD.
Intervensi I	45	Penurunan dari 51 menjadi 45 adalah penurunan sebesar 6 poin. Ini melampaui ambang batas 5 poin untuk "perubahan yang dapat diandalkan" ( <i>reliable change</i> ).
Intervensi II	40	Penurunan dari 51 menjadi 40 adalah penurunan sebesar 11 poin. Ini melampaui ambang batas 10 poin untuk "perubahan yang signifikan secara klinis" ( <i>clinically significant change</i> ).



**Gambar 1.** Grafik Perubahan Skor PCL-5

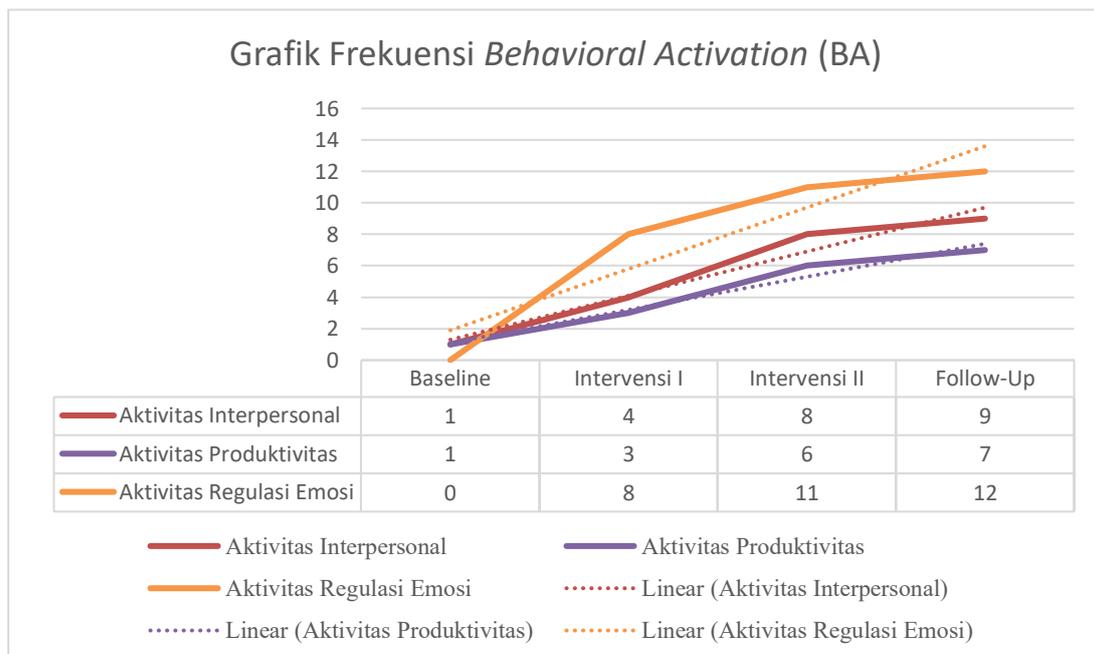
**Tabel 2.** Skor DASS-42 Baseline dan Intervensi AR

Data	Skor Aspek			Keterangan
	D	A	S	
Baseline	27	28	22	Skor D (27) → <i>Severe</i> Skor A (28) → <i>Ectremely Severe</i> Skor S (22) → <i>Moderate</i>
Intervensi I	23	25	20	Skor D (23) → <i>Severe</i> Skor A (25) → <i>Ectremely Severe</i> Skor S (20) → <i>Moderate</i>  Terjadi penurunan skor pada ketiga aspek DASS-42 walaupun tetap berada pada kategori yang sama.
Intervensi II	20	19	18	Skor D (20) → <i>Moderate</i> Skor A (19) → <i>Severe</i> Skor S (18) → <i>Mild</i>  Terjadi penurunan skor pada ketiga aspek DASS-42 serta terjadi perubahan kategori pada tiap aspek yang sama → penurunan signifikan



**Gambar 2.** Grafik Perubahan Skor DASS-42

Evaluasi *Behavioral Activation* (BA) pada kasus AR dilaksanakan dengan membagi aktivitas ke dalam tiga kategori utama: aktivitas yang berkaitan dengan penghindaran sosial dan hubungan interpersonal, aktivitas yang berfokus pada produktivitas, serta aktivitas yang berhubungan dengan regulasi emosi (Jakupcak, dkk., 2020). Pemilihan kategori ini didasarkan pada pemahaman bahwa PTSD dan C-PTSD sering kali ditandai oleh siklus penghindaran, penurunan produktivitas, serta kesulitan dalam regulasi emosi. Dengan demikian, BA menjadi strategi yang sistematis untuk memutus siklus *Trigger-Response-Avoidance Patterns* (TRAPs) dan menggantinya dengan *Trigger-Response-Alternative Coping* (TRAC). Berikut data aktivitas yang dilakukan oleh AR sebagai rangkaian pengaplikasian intervensi BA:



**Gambar 3.** Grafik Aplikasi Aktivitas *Behavioral Activation* (BA)

Data Intervensi I (Sesi 3) menekankan pada penerapan BA awal, dengan fokus pada keterlibatan aktivitas sederhana namun bermakna, seperti mulai terhubung dengan kelompok

sosial (misalnya Ibu PKK) dan melakukan olahraga ringan. Aktivitas-aktivitas ini ditargetkan untuk mengurangi isolasi sosial serta meningkatkan rasa kontrol dan efikasi diri. Hasilnya menunjukkan adanya penurunan skor PCL-5 sebesar 6 poin, yang melampaui batas perubahan reliabel, dan penurunan skor DASS-42 walaupun masih berada pada kategori keparahan serupa.

Pada data Intervensi II (Sesi 6), BA memperdalam keterlibatan AR pada aktivitas sosial dan produktif, seperti memperluas interaksi dengan teman lama, meningkatkan rutinitas produktif (misalnya distribusi jajanan ke gerai), serta latihan regulasi emosi melalui teknik SEFT dan *gratitude journaling*. Evaluasi menunjukkan penurunan skor PCL-5 sebesar 11 poin dari baseline, yang dikategorikan sebagai perubahan signifikan secara klinis. Demikian pula, skor DASS-42 menurun hingga beralih kategori menjadi lebih ringan. Adapun pada *follow-up* (1 bulan setelah sesi 6), AR tetap menunjukkan peningkatan frekuensi keterlibatan dalam aktivitas sosial dan produktif, yang mengindikasikan keberlanjutan keterampilan *coping* adaptif. Partisipasi aktif dalam kegiatan komunitas dan pemeliharaan jaringan dukungan sosial menjadi indikator penting keberhasilan jangka menengah. AR melaporkan peningkatan kemampuan regulasi emosi, penurunan penghindaran sosial, serta pola pikir yang lebih rasional dan adaptif. Hal ini sejalan dengan justifikasi dari Jakupcak (Jakupcak, dkk., 2020) yang menegaskan bahwa BA efektif untuk PTSD karena fokus pada pengurangan perilaku penghindaran dan peningkatan aktivitas bermakna, tanpa harus memaksa klien untuk mengingat kembali trauma. Integrasi BA dengan REBT memberikan pengalaman korektif yang memperkuat restrukturisasi kognitif, sehingga perubahan perilaku dan kognisi saling melengkapi dalam proses pemulihan

C-PTSD ditandai dengan disregulasi emosi yang parah. REBT secara langsung mengatasi hal ini dengan membantu AR memahami bahwa emosi negatifnya sebagian besar berasal dari interpretasi atau keyakinannya terhadap peristiwa traumatis, bukan peristiwa itu sendiri. Dengan mengubah keyakinan irasional yang memicu kemarahan yang tidak sehat, kecemasan berlebihan, atau mati rasa emosional, AR dapat mengembangkan respons emosional yang lebih sehat. Sesi V, di mana BA diaplikasikan, memungkinkan AR untuk mengintegrasikan perilaku dan emosi baru melalui jadwal aktivitas terstruktur. Ketika hambatan atau keyakinan irasional muncul saat melakukan aktivitas, prinsip REBT (*disputing*) akan segera diterapkan untuk membantunya tetap terlibat. Keberhasilan dalam BA, seperti merasakan kesenangan dari suatu aktivitas, dapat menjadi bukti empiris yang memperkuat proses restrukturisasi kognitif dalam REBT.

Integrasi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dengan *Behavioral Activation* (BA) terbukti menjadi pendekatan yang efektif dalam menangani *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD) pada wanita dewasa penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT). Seperti ditunjukkan pada kasus AR, kombinasi kedua metode ini mampu mengurangi gejala intrusi, penghindaran, hiperarousal, serta distorsi kognitif mendalam seperti perasaan bersalah, tidak berharga, dan ketidakberdayaan (Cloitre, dkk., 2014; Ellis & Ellis, 2019; Herman, 2015; Lehrner & Yehuda, 2020). REBT secara khusus membantu klien menantang keyakinan irasional yang terbentuk dari pengalaman traumatis, sementara BA mendorong keterlibatan kembali dalam aktivitas bermakna yang dapat menekan perilaku penghindaran yang memperburuk gejala (Jakupcak, dkk., 2020). Kekuatan REBT dalam konteks ini terletak pada kesederhanaan model ABC (*Activating Event, Belief, Consequence*), yang mudah dipahami bahkan oleh individu dengan kapasitas kognitif terbatas (Dryden & Bernard, 2019). Hal ini relevan pada kasus AR, di mana keterbatasan kognitif akibat trauma kronis menjadi penghambat utama dalam pemrosesan informasi yang kompleks (Breslau, dkk., 2013; Mevissen & de Jongh, 2010). Melalui fokus pada *disputing* sederhana dan rasionalisasi praktis, REBT tetap dapat diakses dan efektif. Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan signifikan skor PCL-5 AR dari 51 (*baseline*) menjadi 40 (intervensi akhir), yang masuk kategori perubahan signifikan secara klinis (Gluck, dkk., 2021)

Di sisi lain, BA memainkan peran penting dalam mengatasi siklus *Trigger-Response-Avoidance Patterns* (TRAPs) yang kerap dialami penyintas C-PTSD. Melalui perencanaan aktivitas yang terstruktur dalam tiga kategori — sosial-interpersonal, produktivitas, dan regulasi emosi — AR berhasil mengurangi isolasi sosial, meningkatkan keterlibatan produktif, serta memperoleh kembali rasa kendali atas hidupnya (Jakupcak et al., 2020). Keberhasilan ini tercermin dari penurunan skor DASS-42 pada aspek depresi, kecemasan, dan stres, dengan perubahan kategori keparahan yang lebih ringan. Temuan ini sejalan dengan literatur yang menekankan efektivitas BA dalam mengurangi penghindaran dan meningkatkan kualitas hidup penyintas trauma (Wigham & Emerson, 2015).

#### **4. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian, integrasi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dengan *Behavioral Activation* (BA) terbukti efektif dalam menurunkan gejala *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (C-PTSD) pada penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT). Intervensi ini tidak hanya membantu klien menantang dan merestrukturisasi keyakinan irasional yang memperkuat gejala trauma, tetapi juga mendorong keterlibatan aktif dalam aktivitas bermakna yang mengurangi penghindaran dan meningkatkan kualitas hidup. Temuan menunjukkan adanya penurunan signifikan skor PCL-5 dan DASS-42, yang menandakan perbaikan klinis substansial pada aspek intrusi, penghindaran, regulasi emosi, serta perasaan berdaya klien. Hal ini menegaskan bahwa kombinasi REBT dan BA dapat menjadi pilihan intervensi yang efektif, terutama bagi individu dengan keterbatasan kognitif yang mungkin sulit menerima pendekatan terapi berbasis kognitif yang lebih kompleks.

Adapun penelitian ini memiliki keterbatasan karena menggunakan desain studi kasus tunggal, sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan secara luas. Selain itu, keterbatasan waktu intervensi dan follow-up yang relatif singkat menyulitkan penilaian jangka panjang terkait keberlanjutan efektivitas terapi. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan tidak hanya memperluas jumlah partisipan, tetapi juga mengeksplorasi mekanisme perubahan (*mechanisms of change*), misalnya dengan menggunakan *mediator* seperti peningkatan keterampilan regulasi emosi atau penurunan distorsi kognitif sebagai variabel yang menjelaskan efektivitas REBT-BA. Selain itu, dapat dilakukan perbandingan antar-modalitas terapi (misalnya REBT-BA vs EMDR atau CPT) untuk menguji keunggulan relatif REBT-BA pada populasi dengan keterbatasan kognitif. Penggunaan metode *mixed-methods* juga disarankan, sehingga data kuantitatif dari skor PCL-5/DASS-42 dapat diperkaya dengan data kualitatif berupa narasi pengalaman klien. Lebih lanjut, pengembangan adaptasi protokol REBT dan BA yang ramah kognitif (misalnya melalui penggunaan media visual, *worksheet* sederhana, atau teknik *disputing* yang berbasis praktik sehari-hari) berpotensi meningkatkan aksesibilitas terapi bagi penyintas dengan keterbatasan kognitif maupun literasi rendah.

#### **5. REFERENSI**

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5*. In *American Psychiatric Association, Washington DC* (Fifth Edit, Vol. 5). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>
- Asmundson, G. J. G., Thorisdottir, A. S., Roden-Foreman, J. W., Baird, S. O., Witcraft, S. M., Stein, A. T., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2019). A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 48*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1522371>
- BPS, KemenPPPA, & UNFPA. (2024). *Kondisi Perempuan Indonesia Tahun 2024*.
- Breslau, N., Chen, Q., & Luo, Z. (2013). The Role of Intelligence in Posttraumatic Stress Disorder: Does it Vary by Trauma Severity? *PLoS ONE, 8*(6), 8–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065391>

- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Daveney, J., Hassiotis, A., Katona, C., Matcham, F., & Sen, P. (2019). Ascertainment and Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(3–4), 211–233. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1637979>
- Dryden, W., & Bernard, M. E. (2019). REBT with diverse client problems and populations. In *REBT with Diverse Client Problems and Populations*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-02723-0>
- Elaine, M. (2024). *Kekerasan pada Perempuan di Surabaya Tembus 30 Kasus, Pemkot Siapkan Shelter Khusus*.
- Ellis, A. (2010). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. Prometheus Books.
- Ellis, A., & Ellis, D. J. (2019). Rational Emotive Behavior Therapy. In *Theories of Psychotherapy Series* (hal. 115–136). <https://doi.org/10.53841/bpsfu.2021.1.137.39a>
- Foa, E., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Fogden, B. C., Thomas, S. D. M., Daffern, M., & Ogloff, J. R. P. (2016). Crime and victimisation in people with intellectual disability: A case linkage study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0869-7>
- Gluck, R. L., Hartzell, G. E., Dixon, H. D., Michopoulos, V., Powers, A., Stevens, J. S., Fani, N., Carter, S., Schwartz, A. C., Jovanovic, T., Ressler, K. J., Bradley, B., & Gillespie, C. F. (2021). Trauma exposure and stress-related disorders in a large, urban, predominantly African-American, female sample. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 893–901. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01141-4>
- Güven, S., Şahin, E., Topkaya, N., Aydın, Ö., Aktimur, S. H., & Turgut, M. (2025). Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42 and DASS-21) in Patients with Hematologic Malignancies. *Journal of Clinical Medicine*, 14(6). <https://doi.org/10.3390/jcm14062097>
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette.
- Hu, J. H., Ma, Y. Q., Zhou, Y., Wang, S. Bin, Jia, F. J., & Hou, C. L. (2025). Efficacy of psychological interventions for complex post-traumatic stress disorder in adults exposed to complex traumas: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 380(March), 515–526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.153>
- Jakupcak, M., Wagner, A., & Martell, C. R. (2020). *The PTSD Behavioral Activation Workbook: Activities to Help You Rebuild Your Life from Post-Traumatic Stress Disorder*. New Harbinger Publications.
- Lehrner, A., & Yehuda, R. (2020). PTSD diagnoses and treatments: closing the gap between ICD-11 and DSM-5. *BJPsych Advances*, 26(3), 153–155. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.10>
- Linehan, M. M. (2015). DBT Skills Training Manual. In *Dialectical behavior therapy skills training manual*. Guilford Press.
- Mevissen, L., & de Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 308–316. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.005>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy* (Third).

The Guilford Press.

- White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 25(1), 494–511. <https://doi.org/10.1177/15248380231155529>
- WHO. (2024a). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. In *International Classification of Diseases*.
- WHO. (2024b). *Violence Against Women*.
- Wigham, S., & Emerson, E. (2015). Trauma and Life Events in Adults with Intellectual Disability. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0041-y>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (Fifth Edit). SAGE Publications Inc.