



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA PENGALAMAN BURUK MASA KECIL DAN
KECENDERUNGAN *MALINGERING* PADA WARGA BINAAN
DEWASA DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN SALEMBA, CIPINANG
DAN CIBINONG**

*(The Relationship between Adverse Childhood Experiences and The
Tendency of Malingering Among Adults Offenders at Salemba, Cipinang and
Cibinong Prison)*

SKRIPSI

VANDA PEBRUARINI

1206271712

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
DEPOK
JUNI 2016**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA PENGALAMAN BURUK MASA KECIL DAN
KECENDERUNGAN *MALINGERING* PADA WARGA BINAAN
DEWASA DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN SALEMBA, CIPINANG
DAN CIBINONG**

*(The Relationship between Adverse Childhood Experiences and The Tendency
of Malingering Among Adults Offenders at Salemba, Cipinang and Cibirong
Prison)*

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana

VANDA PEBRUARINI

1206271712

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
DEPOK
JUNI 2016**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Vanda Pebruarini

NPM : 1206271712

Tanda Tangan : 

Tanggal : 22 Juni 2016

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Vanda Pebruarini
NPM : 1206271712
Program Studi : Psikologi, Program Sarjana
Judul Skripsi : Hubungan antara Pengalaman Buruk Masa Kecil dan
Kecenderungan *Malingering* pada Warga Binaan
Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba,
Cipinang dan Cibinong

telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian
persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana pada Program Studi
Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Skripsi 1 : Nathanael E.J. Sumampouw, M.Psi., M.Sc.
NIP: 0808050301

Penguji 1 : Dra. Julia Suleeman, M.A., M.A., Ph.D.
NIP : 195507021980032001

Penguji 2 : Mellia Christia S.Psi., M.Si., M.Phil.
NIP: 0808050293

Depok, 22 Juni 2016

Disahkan oleh

Ketua Program Sarjana
Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

Prof. Dr. Frieda Maryam Mangunsong Siahaan, M.Ed., Psikolog.
NIP. 195408291980032001

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan Syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas nikmat dan karunia Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Selama proses pengerjaan tugas akhir ini, saya menemukan berbagai tantangan. Namun demikian, saya menyadari bahwa saya tidak melaluinya seorang diri melainkan mendapatkan banyak bantuan, dukungan, doa dan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya selaku peneliti ingin mengucapkan terima kasih banyak kepada :

1. Nathanael E.J. Sumampouw, S.Psi., M.Psi., M.Sc. selaku pembimbing skripsi saya dalam payung penelitian skripsi ini. Terima kasih atas bimbingan, masukan, saran, kesabaran, kepercayaan, waktu dan tenaga yang mas berikan kepada saya dan teman-teman selama proses pengerjaan skripsi ini. Terima kasih karena walaupun sangat sibuk, namun mas selalu meluangkan waktu untuk kami. Banyak sekali pengetahuan, pembelajaran dan pengalaman yang mas berikan kepada saya mengenai penelitian di psikologi forensik.
2. Nurul Arbiyah, S.Psi., M.Si., dan Dr. Dewi Maulina, M.Psi., untuk waktu yang diberikan dalam mengajarkan saya kembali mengenai metode penelitian dan analisis statistik pada skripsi saya ini.
3. Dra. Amarina Ashar Ariyanto, M.Psi., Ph.D. selaku pembimbing akademis saya selama 4 tahun di Fakultas Psikologi UI. Terima kasih banyak karena ibu selalu mendoakan saya dan mendengarkan keluh kesah saya dalam menghadapi perkuliahan di kampus, di tengah jadwal ibu yang sangat padat.
4. Dra. Julia Suleeman, M.A, M.A., Ph.D. dan Mellia Christia S.Psi., M.Si., M.Phil. selaku dewan penguji yang saya hormati, terima kasih banyak atas masukan, saran, dan umpan balik yang diberikan kepada penelitian saya agar menjadi lebih baik lagi.
5. Dr. E. Kristi Poerwandari, M.Hum., Psikolog, Vitria Lazzarini, M.Psi, selaku *expert* yang membantu dalam proses adaptasi alat ukur.

6. Segenap pengajar dan karyawan Fakultas Psikologi UI, yang telah banyak membantu saya selama proses perkuliahan.
7. Mama (Kartini), Papa (Darwin Samsi), Mba Heidy Wulandari, Kak Dendy dan Arkatama. Terima kasih banyak karena selalu mendoakan dan selalu memberikan semanga dan dukungan, serta mendengarkan keluh kesah ketika aku menghadapi kesulitan.
8. Para Sahabat yang memberikan saya masukan berharga selama proses pengerjaan skripsi ini Egi, Alvin, Ayu, Febita, Leri, Nurma, Deya, Reno, Hanna, Kak Fasya, Kak Devi, Kak Anas, Ainin, Ade, Jenni, Mas Iyu, Dolah, Nana, Amal, Diyah, Uswah. Terima kasih banyak atas masukan yang teman-teman berikan kepada saya karena saya mendapatkan banyak sudut pandang yang tidak terpikirkan sebelumnya.
9. Teman sepayung forensik mama bawa borgol Ica, Lintang, Astri, dan Wina yang selalu menyemangati, memberikan umpan balik, memberikan canda tawa selama proses pengerjaan skripsi ini.
10. Lembaga Pemasarakatan Salemba, Cipinang, Cibinong, atas izin yang diberikan sehingga saya dapat mengambil data. Terima kasih juga kepada teman-teman warga binaan yang telah mau berpartisipasi dalam penelitian ini, serta memberikan doa dan semangat agar dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Sahabat saya tercinta selama di kampus, Ayu, Febita, Erni, Baiq, Indah, Amal, Dini, Isqi, Diyah, Keke, Icum, Kadin, Lia, Sekar, Dita, Ima dan banyak lagi. Terima untuk selalu memberikan keceriaan kepada saya dan selalu mendampingi di saat saya senang dan susah.
12. Sahabat di luar kampus yang selalu menyemangati Indira, Hanna, Reno, Saras, Nina, Vida, Dolah yang selalu memberikan doa, dukungan dan semangatnya kepada saya setiap saat saya membutuhkan.
13. Keluarga mentoring, yang selalu mengingatkan dan memberikan banyak sekali pengetahuan mengenai Islam, Kak Hilda, Febita, Ayu, Fahima, Dara, Reti, Neti, Nurul, Icha.

14. Teman-teman Psikoplak angkatan 2012 terima kasih atas kontribusinya satu sama lain. Terima kasih juga kepada kakak angkatan 2011, adik angkatan 2013, 2014, 2015 yang selalu memberikan doa dan semangat kepada saya selama pengerjaan skripsi ini.
15. Alm Bapak Soewarno dan Ibu Daiyah, yang telah berada di sisi Allah SWT. Mbah terima kasih banyak ya mbah untuk kasih sayangnya padaku selama ini.

Apabila terdapat pertanyaan, masukan, atau saran terkait dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti melalui email **pebruarinivanda@gmail.com**. Peneliti berharap bahwa penelitian ini dapat bermanfaat untuk berbagai pihak. Terima Kasih.

Depok, 22 Juni 2016

Vanda Pebruarini

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIK**

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

Nama : Vanda Pebruarini
NPM : 1206271712
Program Studi : Psikologi, Program Sarjana
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Skripsi

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

“Hubungan antara Pengalaman Buruk Masa Kecil dan Kecenderungan
Malingering pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan
Salemba, Cipinang dan Cibinong”

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 22 Juni 2016

Yang menyatakan,



(Vanda Pebruarini)

NPM:1206271712

ABSTRAK

Nama : Vanda Pebruarini
Program Studi : Psikologi, Program Sarjana
Judul : Hubungan antara Pengalaman Buruk Masa Kecil dan Kecenderungan *Malingering* Pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang, dan Cibinong.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada partisipan yang merupakan warga binaan di lembaga pemasyarakatan. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa terdapat kecenderungan untuk melakukan *malingering* pada korban yang pernah mengalami kekerasan seksual di masa kecil, karena adanya keuntungan eksternal yang diharapkan. *Malingering* kerap kali muncul pada warga binaan. Warga binaan juga ditemukan seringkali mengalami pengalaman buruk masa kecil. Partisipan berjumlah 86 warga binaan yang diminta untuk mengisi kuesioner *Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ)* milik WHO (2011) dan *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)* milik Smith dan Burger (1997), yang kemudian diolah dengan menggunakan *Pearson Correlations*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada warga binaan dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang, dan Cibinong.

Kata Kunci
pengalaman buruk masa kecil, kecenderungan malingering, warga binaan

ABSTRACT

Name : Vanda Pebruarini
Study Program : Psychology, Bachelor Program
Title : The Relationship between Adverse Childhood Experiences and The Tendency of Malingering Among Adults Offenders at Salemba, Cipinang and Cibirong Prison

This study is conducted to determine the relationship between adverse childhood experiences and the tendency of malingering among prisoner participants. Previous research found that victims who have experienced childhood sexual abuse have a tendency for malingering, because of the external incentive expected. Malingering often arise on inmates. Inmates also found that inmates often got adverse childhood experiences. 86 inmates were asked to fill Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ) made by WHO (2011) and Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) made by Smith and Burger (1997). The data were then processed by using Pearson Correlations. The results of the find that there is a significant relationship between adverse childhood experiences and the tendency of malingering among adult inmates at the Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang, and Cibirong.

Keywords

adverse childhood experiences, the tendency of malingering, inmates

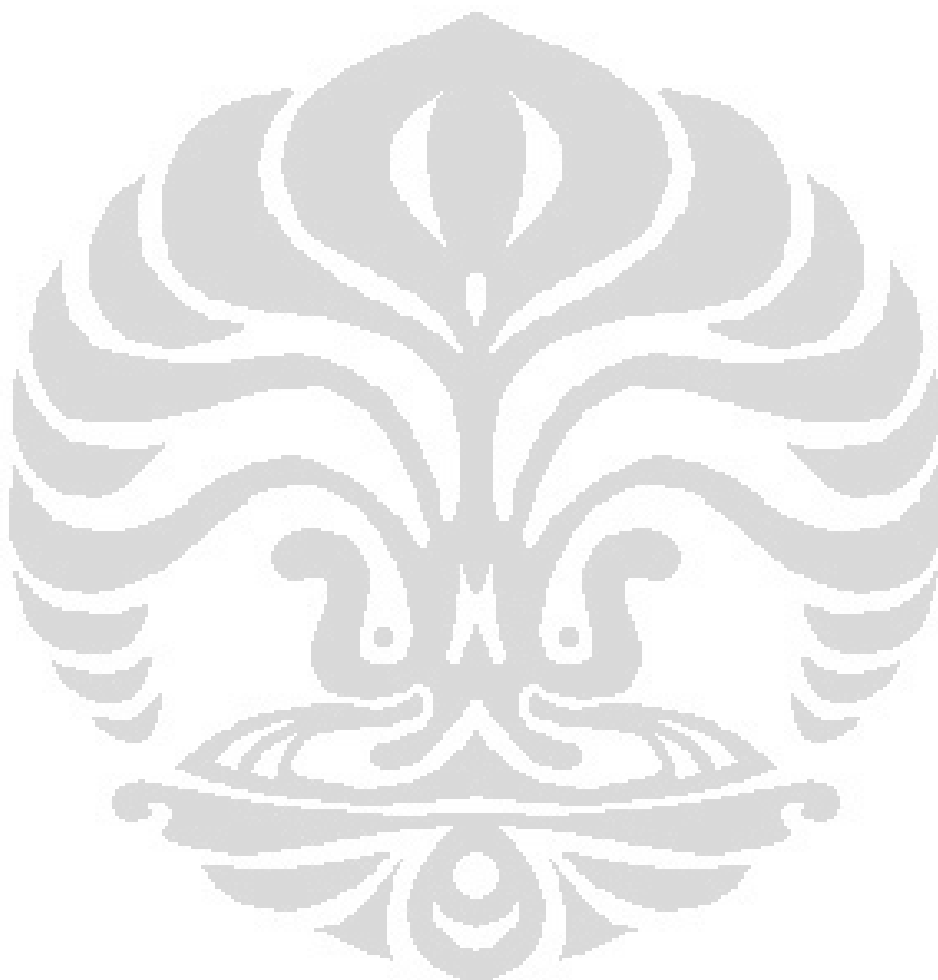
DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv

1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
1.5 Sistematika penulisan.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Pengalaman Buruk Masa Kecil.....	11
2.1.1 Definisi Pengalaman Buruk Masa Kecil.....	11
2.1.2 Jenis-jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil.....	12
2.1.3 Dampak Pengalaman Buruk Masa Kecil.....	14
2.2 <i>Malingering</i>	17
2.2.1 Definisi <i>Malingering</i>	17
2.2.2 Kondisi <i>Malingering</i>	18
2.2.3 Epidemiologi <i>Malingering</i>	20
2.2.4 Penyebab atau Alasan Seseorang Melakukan <i>Malingering</i>	22
2.2.5 Dampak <i>Malingering</i>	22
2.2.6 Pengukuran <i>Malingering</i>	24
2.2.7 Perbedaan <i>malingering</i> dengan Beberapa Gangguan yang Serupa.....	27
2.3 Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan.....	28
2.3.1 Definisi Warga Binaan.....	28
2.3.2 Warga Binaan Dewasa.....	28
2.3.3 Hak-hak warga Binaan.....	28
2.4 Dinamika Hubungan Pengalaman Buruk Masa Kecil dan <i>Malingering</i>	29

3. METODE PENELITIAN	
3.1 Permasalahan Penelitian.....	31
3.1.1 Permasalahan Konseptual.....	31
3.1.2 Permasalahan Operasional.....	31
3.2 Hipotesis Penelitian.....	32
3.2.1 Hipotesis Null.....	32
3.2.2 Hipotesis Alternatif.....	32
3.3 Variabel Penelitian.....	32
3.3.1 Variabel Pertama: Pengalaman buruk masa kecil.....	33
3.3.2 VariabelKedua:Malingering.....	33
3.4 Tipe Penelitian.....	33
3.5 Partisipan Penelitian.....	34
3.5.1 Karakteristik dan Jumlah Partisipan Penelitian.....	34
3.5.2 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian Instrumen Penelitian.....	34
3.6 Instrumen Penelitian.....	35
3.7 Prosedur Penelitian.....	39
3.7.1 Tahap Persiapan Penelitian.....	40
3.7.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian.....	43
3.8 Pengolahan data.....	43
4. HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN.....	45
4.1 Gambaran Jalannya Penelitian.....	45
4.1.1 Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Aspek Demografis.....	45
4.1.2 Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Kasus Kriminalitas.....	47
4.1.3 Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Lama Hukuman.....	47
4.2 Gambaran Umum Variabel Penelitian.....	47
4.2.1 Gambaran umum pengalaman buruk masa kecil.....	47
4.2.2 Gambaran Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil Berdasarkan Jenis Kekerasan dan Disfungsi Keluarga.....	48
4.2.2 Gambaran Umum Kecenderungan <i>Malingering</i>	49
4.2.2.1 Gambaran Jenis Kecenderungan <i>Malingering</i>	50
4.3 Hasil Analisis Utama.....	50
4.3.1 Analisis Hubungan Jenis pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan <i>malingering</i>	51

5. KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	53
5.2 Diskusi.....	54
5.3 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN.....	67



DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 : Item pada Alat Ukur ACE-IQ.....	37
Tabel 3. 2 :Item pada Alat Ukur SIMS.....	40
Tabel 4. 1. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Aspek Demografis.....	46
Tabel 4. 2. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Kasus Kriminalitas.....	47
Tabel 4. 3. Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Lama Hukuman.....	48
Tabel 4. 4. Gambaran Umum Pengalaman Buruk Masa Kecil.....	48
Tabel 4. 5. Gambaran Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil Berdasarkan Pembagian Kekerasan atau Disfungsi Keluarga yang Dialami.....	49
Tabel 4.6 Persebaran Kecenderungan <i>Malingering</i>	50
Tabel 4.7 Gambaran Rata –rata Jenis Kecenderungan <i>Malingering</i>	50
Tabel 4.8 Hubungan Pengalaman Buruk Masa Kecil dan <i>Malingering</i>	52
Tabel 4.12 Hubungan Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil dengan Kecenderungan <i>Malingering</i>	52

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN A (Hasil Uji Coba Alat Ukur)	
A.1 Uji Validitas.....	68
A.2 Uji Reliabilitas.....	68
LAMPIRAN B (Hasil Penelitian: Analisis Utama)	
B.1 Gambaran Umum Variabel Penelitian.....	71
B.1.1 Gambaran Umum Pengalaman Buruk Masa Kecil.....	71
B.1.2 Gambaran Umum Malingering.....	71
B.2 Hasil Utama Penelitian.....	73
B.2.1 Hubungan antara Pengalaman Buruk Masa Kecil dan KecenderunganMalingering.....	73
B. 3 Hasil Analisis Tambahan Hubungan antara Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil dan KecenderunganMalingering.....	73
B.3.1 Pengabaian Emosional.....	73
B.3. 2 Pengabaian Fisik	74
B.3.3 Anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan mental (depresi, pernah mencoba bunuh diri).....	74
B.3.4 Anggota keluarga yang bermasalah dengan alkohol atau obat-obatan.....	75
B.3.5 Anggota keluarga yang bermasalah dengan hukum (pernah dipenjara).....	75
B.3.6 Tinggal dengan orang tua tunggal.....	76
B.3.7 Anggota keluarga yang diperlakukan kasar.....	76
B.3.8 Kekerasan Emosional.....	76
B.3.9 Kekerasan Fisik.....	77
B.3.10 Kekerasan Seksual.....	77
B.3.11 Bullying	77
B.3.12 Kekerasan Komunitas	78
B.3.13 Kekerasan Kelompok atau Masal	78

BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab 1 peneliti akan menjelaskan mengenai latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika penulisan pada penelitian ini.

1.1 Latar Belakang

Seseorang yang berpura-pura sakit atau melebih-lebihkan penyakit tertentu mungkin dapat ditemui dalam kehidupan sehari-hari. Pada konteks forensik (ilmu yang membantu proses hukum), hal ini pun kerap kali muncul pada pelaku kriminal selama proses pertanggungjawaban pidana maupun pada narapidana selama menjalani hukuman di penjara. Pada proses pertanggung jawaban pidana, pelaku kriminal dapat berpura-pura sakit atau memiliki gangguan jiwa untuk menghindari hukuman penjara (Wrightsmen & Fulero, 2005). Pengadilan dalam hal ini mempertimbangkan kondisi jiwa pelaku, karena dianggap tidak adil untuk menghukum seseorang yang memiliki gangguan jiwa atau seseorang yang tidak dapat mengontrol diri mereka sendiri (Kramer, Bernstein, dan Phares, 2014). Di Indonesia, kaitan gangguan jiwa dengan pertanggungjawaban pidana, diatur dalam Pasal 44 KUHP, yang menjelaskan bahwa “barang siapa melakukan perbuatan yang tidak dapat dipertanggung-jawabkan kepadanya karena jiwanya cacat dalam pertumbuhan atau teganggu karena penyakit, tidak dipidana” (Sinaga, 2012).

Kemudian selain pada proses pertanggungjawaban hukum, kondisi berpura-pura sakit kerap kali ditemui pada narapidana yang sedang menjalani hukuman di dalam penjara. Narapidana berpura-pura sakit di dalam penjara untuk mendapatkan keuntungan eksternal antara lain mendapatkan waktu istirahat, mendapatkan layanan psikologis, dapat dipindahkan ke penjara metropolitan, mendapatkan pengobatan yang diinginkan atau dipindahkan ke lingkungan yang lebih diharapkan (Scott, 2012; Sadock, Sadock, & Levin, 2008). Menurut Peneliti Departemen Kriminologi UI Arthur Josia Simon Runturambi, para narapidana (napi) kerap kali mengandalkan alasan sakit untuk dapat menghirup udara bebas

sesaat. Pada umumnya, napi berpura-pura sakit agar dapat keluar penjara untuk berobat karena sakit. Napi juga terkadang melebih-lebihkan kondisi sakit agar tampak sakit parah meskipun tidak memiliki riwayat sakit yang sama sekali (<http://www.republika.co.id>, 2013). Kondisi berpura-pura sakit yang telah dijelaskan sebelumnya baik pada pelaku kriminal maupun narapidana kemudian dijadikan kesempatan untuk menghindari hukuman penjara, mendapatkan keringanan hukuman atau mendapatkan keuntungan lainnya ketika di dalam penjara. (Jelicic, Hessels & Merckelbach, 2006; Halligan, Bass & Oakley, 2003; Ainsworth, 2000).

Kondisi ketika seseorang berpura-pura sakit seperti yang telah dijelaskan sebelumnya dikenal dengan istilah *malingering*. Smith & Burger (1997) mendefinisikan *malingering* sebagai kondisi ketika seseorang yang menampilkan bahwa dirinya menderita suatu gangguan psikologis atau fisik tertentu baik secara sengaja menciptakan gejala yang tidak ada atau dengan melebih-lebihkan gejala yang ada untuk mendapatkan keuntungan sekunder. Rogers, Swell, dan Goldstein (dalam Wrightsman & Fulero, 2005) menjelaskan beberapa faktor yang menyebabkan seseorang melakukan *malingering*. Pertama, seseorang melakukan *malingering* karena memiliki gangguan atau suatu patologi (*pathological model*). Kedua, *malingering* disebabkan karena seseorang dengan perilaku antisosial (perilaku melanggar aturan dan hukum) atau terlibat dalam tindak kriminal ingin menghindari hukuman atau mendapatkan sesuatu yang tidak mereka miliki (*criminological model*). Ketiga seseorang melakukan *malingering*, pada keadaan yang dianggap mengancam saja atau sifatnya situasional (*adaptational model*). Berdasarkan dua penjelasan tersebut, peneliti akan membahas lebih lanjut mengenai *malingering* yang dijelaskan oleh *pathological model* dan *malingering* yang disebabkan oleh *criminological model*. Hal ini karena keterbatasan literatur pada pembahasan *adaptational model*.

Mengacu pada penyebab *malingering* yang pertama yaitu *pathological model*, yaitu seseorang yang memiliki suatu patologi (penyakit) dapat melakukan *malingering*. Kar dan Kumar (2015) menyebutkan bahwa *malingering* termasuk dalam *abnormal illness behavior*, yaitu ketidaktepatan seseorang dalam

memprsepesikan, mengalami, dan berespon mengenai kesehatan diri sendiri. Contoh *abnormal illness behavior*, misalnya *factitious disorder*

(kondisi secara sengaja menciptakan gejala palsu atau melebih-lebihkan gejala fisik atau psikologis untuk mendapatkan keuntungan internal misalnya memerankan peran sakit), dan *somatization disorder* (pikiran yang berlebihan mengenai gejala fisik atau kesehatan). *Abnormal illness behaviour* dapat berkembang sejak kecil dan sangat dipengaruhi secara signifikan oleh pengalaman buruk masa kecil misalnya kekerasan fisik, kekerasan seksual, atau pengabaian emosional. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Stuart dan Noyes (dalam Morgan & Sweet, 2009) bahwa pengalaman buruk masa kecil berkontribusi dalam membentuk respon secara somatis terhadap kejadian yang menekan yang ada disekelilingnya. Menurut Kar dan Kumar (2015), ketika seseorang mengadopsi *abnormal illness behavior*, maka seseorang dapat secara sadar melakukan *malinering* dengan memanipulasi tampilan gejala yang dialami hingga kemudian berusaha untuk mendapatkan perhatian atau keuntungan lainnya.

Kemudian selain penyebab diatas, *malinering* juga dijelaskan oleh *criminological model*, yaitu seseorang yang terlibat dengan perilaku antisosial (menentang aturan) dan kriminal memiliki resiko lebih tinggi untuk melakukan *malinering* untuk menghindari penjara atau mendapatkan keuntungan lain yang tidak patut dimiliki (Wrightsmann & Fulero, 2005). Sadock, Sadock, dan Levin (2008) menyatakan bahwa sekitar 50% anak-anak dan remaja yang menampilkan permasalahan perilaku *conduct* atau antisosial (perilaku menentang aturan) cenderung memiliki isu serius mengenai kebohongan yang hal ini berhubungan dengan isu *malinering*. Menurut Haugard (2008), terdapat salah satu faktor resiko yang berpengaruh mengembangkan permasalahan perilaku *conduct* (perilaku antisosial) seseorang yaitu pengalaman buruk masa kecil seperti kekerasan atau pengabaian yang dilakukan orang tua, riwayat orang tua dengan penyalahgunaan obat-obatan, tinggal dengan orang tua tunggal merupakan faktor resiko seseorang berpotensi mengembangkan permasalahan perilaku *conduct* (perilaku antisosial) dan perilaku kriminal di kemudian hari. Pengalaman buruk masa kecil inilah yang merupakan penyebab dari permasalahan perilaku *conduct*,

kemudian termanifestasikan dalam perilaku berbohong, mencuri, melanggar aturan, melakukan perusakan atau menyerang orang lain secara fisik yang berdampak pada resiko seseorang terlibat kasus kriminal akan semakin tinggi (Davis & Beech, 2012). American Psychiatric Association; Frick, et al., (dalam Rogers, 2008) menjelaskan bahwa dari gejala perilaku *conduct*, kebohongan merupakan gejala yang paling khas terbentuk dari perilaku sebagai hasil dari pengalaman buruk masa kecil. Kebohongan inilah yang kemudian merupakan konsep utama dan khas pada *malingering*, yaitu terkait dengan melebih-lebihkan atau menciptakan sesuatu gejala yang tidak ada untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada. (Trimble, 2004; American Psychiatric Association, dalam Rogers 2008; Frick, et al., dalam Roger, 2008).

Berdasarkan penjelasan tersebut, dari dua model yang menjelaskan *malingering* yaitu *pathological model* dan *criminological model* tampak jelas bahwa pengalaman buruk masa kecil meningkatkan resiko seseorang dalam melakukan *malingering*. Pada *pathological model*, yaitu seseorang yang mengalami pengalaman buruk masa kecil dapat mengembangkan psikopatologi sebagai reaksi atau mekanisme pada keadaan yang dianggap menekan. Psikopatologi sebagai dampak dari pengalaman buruk masa kecil ini kemudian dapat berpotensi untuk mengembangkan *malingering*. Kemudian pada *criminological model*, seseorang yang pernah mengalami pengalaman buruk masa kecil beresiko untuk mengembangkan perilaku *conduct* yang termanifestasikan dengan berbohong, mencuri dan perilaku curang lainnya dimana hal tersebut merupakan konsep utama dan khas pada *malingering* yang dilakukan untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada.

Felitti et al. (1998) melakukan penelitian awal mengenai penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil dengan dua komponen yang diukur meliputi bentuk kekerasan dan disfungsi keluarga yang dialami oleh seseorang. Bentuk pengalaman buruk masa kecil berupa kekerasan antara lain kekerasan emosional, fisik, seksual, sedangkan bentuk disfungsi keluarga antara lain tinggal dengan orang tua dengan penyalahgunaan obat-obatan, tinggal dengan anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa, anggota yang diperlakukan kasar, tinggal

dengan anggota keluarga yang terlibat perilaku kriminal. World Health Organization (WHO) pada tahun 2011 kemudian mengembangkan penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil milik Feliti et al (1998). WHO (2011) mendefinisikan pengalaman buruk masa kecil sebagai beberapa kejadian paling intensif dan sering terjadi sebagai sumber stres yang dialami oleh seseorang pada 18 tahun awal kehidupannya. Adapun jenis-jenis pengalaman buruk masa kecil meliputi kekerasan emosional, fisik, seksual, pengabaian emosional, pengabaian fisik, kekerasan antara anggota keluarga, riwayat anggota keluarga yang melakukan penyalahgunaan obat-obatan, riwayat anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa, riwayat anggota keluarga yang pernah dipenjara, tinggal dengan orang tua tunggal, kekerasan teman sebaya, kekerasan komunitas atau kekerasan kolektif (masal) (World Health Organization, 2011).

Berkaitan dengan penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada pelaku kriminal, secara spesifik belum terdapat penelitian sebelumnya yang membahas hal tersebut. Hanya saja, penelitian yang serupa pernah dilakukan oleh Geraerts, Jellicic, & Merckelbach (2006) dengan membandingkan resiko seseorang untuk *malingering* dengan melebih-lebihkan suatu gejala psikologis pada korban yang pernah mengalami kekerasan seksual di masa kecil dan kelompok lain terdiri dari seseorang yang tidak pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil. Dalam konteks forensik pelaporan gejala oleh korban kekerasan seksual secara akurat dibutuhkan karena akan mempengaruhi kredibilitas dari informasi yang diberikan dalam kesaksian di pengadilan. Oleh karena itu, perlu mewaspadaikan resiko korban untuk melakukan *malingering*. Menurut Halligan, Bass, & Oakley (dalam Geraerts, Jellicic, & Merckelbach 2006), dalam hal ini terdapat resiko bagi korban kekerasan seksual untuk melakukan *malingering* dengan berpura-pura menciptakan gejala tertentu atau juga melebih-lebihkan gejala tertentu terkait dengan kekerasan seksual. Adapun alasan tersebut yakni karena adanya motif eksternal seperti kompensasi finansial atau motif internal seperti keinginan untuk memerankan peran sakit atau *sick role*. Pada penelitian ini, hasil pertama menunjukkan bahwa kelompok yang pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil (baik yang masih mengingat maupun yang telah pulih dari ingatan tersebut) memiliki kecenderungan untuk melakukan

malingering dengan lebih-lebihkan gejala yang dimiliki dibandingkan kelompok yang tidak pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil. Akan tetapi, pada penelitian kedua menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok yang pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil (baik yang masih mengingat maupun kelompok telah pulih dengan ingatan tersebut) dengan kelompok yang tidak pernah mendapatkan kekerasan seksual dalam melakukan *malingering*. Hal ini karena menurut Otto dan Dweyer (dalam Geraerts, Jelicic, & Merckelbach, 2006) terdapat juga resiko bagi seseorang yang memiliki gejala *stress* dalam lebih-lebihkan resikonya sehingga ketika diukur potensi *malingering*nya juga akan tinggi. Hal inilah yang terjadi ketika pada orang-orang yang tidak mengalami kekerasan seksual juga memiliki skor yang tinggi dalam *malingering*. Adapun salah satu saran dari penelitian ini adalah mempertimbangkan sampel yang beresiko tinggi dalam melakukan *malingering* misalnya pelaku kriminal yang sedang terlibat dalam permasalahan hukum sehingga dapat mengetahui keuntungan eksternalnya yang menjadi alasan seseorang tersebut dalam melakukan *malingering*. Atas dasar inilah peneliti kemudian hendak melakukan penelitian *malingering* dari sisi pelaku yang merupakan narapidana.

Dari sisi pelaku kriminal berdasarkan *review* literatur terdapat dua desain penelitian yang umumnya dilakukan untuk meneliti *malingering*, yakni *known group studies* dan *simulation studies* (Impelen et al, 2014). Impelen et al., (2014) melakukan metaanalisis pada alat ukur *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* dari tahun 1997-2014, dari penelitian yang ada 31 penelitian yang menggunakan *simulation studies*. *Simulation studies* dilakukan untuk melihat pengaruh *coaching* terhadap kemunculan *malingering* dengan partisipan merupakan mahasiswa atau masyarakat umum. Penelitian tersebut dilakukan dengan latar belakang bahwa kemampuan melakukan *malingering* dapat dilatihkan oleh pengacara kepada kliennya untuk menghindari hukuman. Akan tetapi, karena dilakukan pada sampel masyarakat umum, salah satu kritik pada penelitian simulasi atau adalah penelitian tersebut rendah akan validitas eksternal karena penelitian tersebut bukan dilakukan pada sampel memiliki tingkat resiko melakukan *malingering* sehingga sulit untuk digeneralisasikan

pada populasi sebenarnya. Di sisi lain berdasarkan pada *known group studies* penelitian ini dilakukan langsung pada sampel memiliki resiko untuk melakukan *malingering*, seperti seseorang yang terlibat kasus kriminal atau narapidana. Keunggulan dari penelitian *known group studies* adalah karena partisipan penelitian dalam penelitian ini merupakan seseorang yang memiliki resiko melakukan *malingering* di populasi yang beresiko melakukan *malingering* sehingga dapat mengetahui secara jelas kecenderungan *malingering* pada populasi tersebut.

Oleh karena itu, melalui penelitian ini penelitian bertujuan untuk melihat hubungan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* dari sisi pelaku kriminal. Partisipan pada penelitian ini merupakan narapidana atau yang lebih dikenal dengan sebutan warga binaan di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong yang telah mendapatkan vonis hukuman pidana. Pemilihan tiga tempat lapas tersebut dipilih atas penentuan dari pimpinan payung penelitian psikologi forensik. Kemudian pemilihan partisipan yang merupakan narapidana dipilih berdasarkan pada pembahasan sebelumnya bahwa isu *malingering* merupakan salah satu isu penting dalam konteks psikologi forensik, dimana terdapat sejumlah keuntungan eksternal yang didapat ketika narapidana melakukan *malingering*, sehingga upaya untuk mendeteksi *malingering* perlu untuk dilakukan. Christianson dan Vogelsang (dalam Christianson, 2007) menyatakan bahwa hampir semua partisipan penelitian yang merupakan pelaku pembunuhan dan pelaku kekerasan seksual secara konsisten melakukan *malingering* dengan menyatakan bahwa diri mereka mengidap amnesia atas kejahatan yang telah dilakukannya. Hal ini dilakukan sebagai upaya menghindari pertanyaan yang diberikan pihak terkait dugaan tindak kriminal yang dilakukan, sehingga dapat menurunkan kemungkinan untuk dipidana.

Selain dua kasus tersebut, narapidana yang terlibat kasus penyalahgunaan obat-obatan terlarang dengan karakteristik khas berbohong dan manipulatif juga berpotensi melakukan *malingering* dengan berpura-pura sakit atau mengunjungi dokter untuk mendapatkan obat-obatan (<http://www.csun.edu/>, 2016). Dengan resiko *malingering* pada beberapa kasus kriminal, pada penelitian ini peneliti tidak membatasi partisipan dengan jenis kasus kriminal tertentu sehingga dapat

diketahui jenis kasus kriminal tertentu yang memiliki resiko untuk melakukan *malingering*.

Berkaitan dengan pengalaman buruk masa kecil pada narapidana, Reavis et al. (2013) menemukan bahwa narapidana seringkali mengalami atau menjadi saksi berbagai pengalaman negatif sewaktu kecil seperti mendapatkan kekerasan, mengalami kematian anggota keluarga, perpisahan atau penelantaran orang tua, maupun orang tua yang terlibat penyalahgunaan obat-obatan terlarang (Courtney & Maschi; Haugebrook, Zgoba, Maschi, Morgen, & Brown; Maschi et al., 2011, dalam Levenson, Willis & Prescott, 2014).

Sehingga pada penelitian ini, akan dilihat hubungan antara dengan pengalaman buruk masa kecil dengan kecenderungan *malingering* pada narapidana. Resiko yang dimiliki oleh narapidana untuk mendapatkan pengalaman buruk masa kecil dan potensi untuk melakukan *malingering*, serta belum pernah dilakukan penelitian ini di Indonesia membuat penelitian ini penting untuk diteliti lebih lanjut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah pada penelitian ini adalah

1. Bagaimana gambaran pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibirong?
2. Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibirong?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibirong. Selain itu peneliti juga ingin mengetahui hubungan yang

signifikan antara Pengalaman Buruk Masa Kecil dan kecenderungan *Malingering* pada Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan Dewasa

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian diharapkan bermanfaat sebagai acuan untuk mengembangkan pengetahuan di bidang psikologi forensik dan klinis mengenai *malingering* dan pengalaman buruk masa kecil khususnya dari sisi pelaku kriminal yang hampir belum pernah dilakukan di Indonesia.

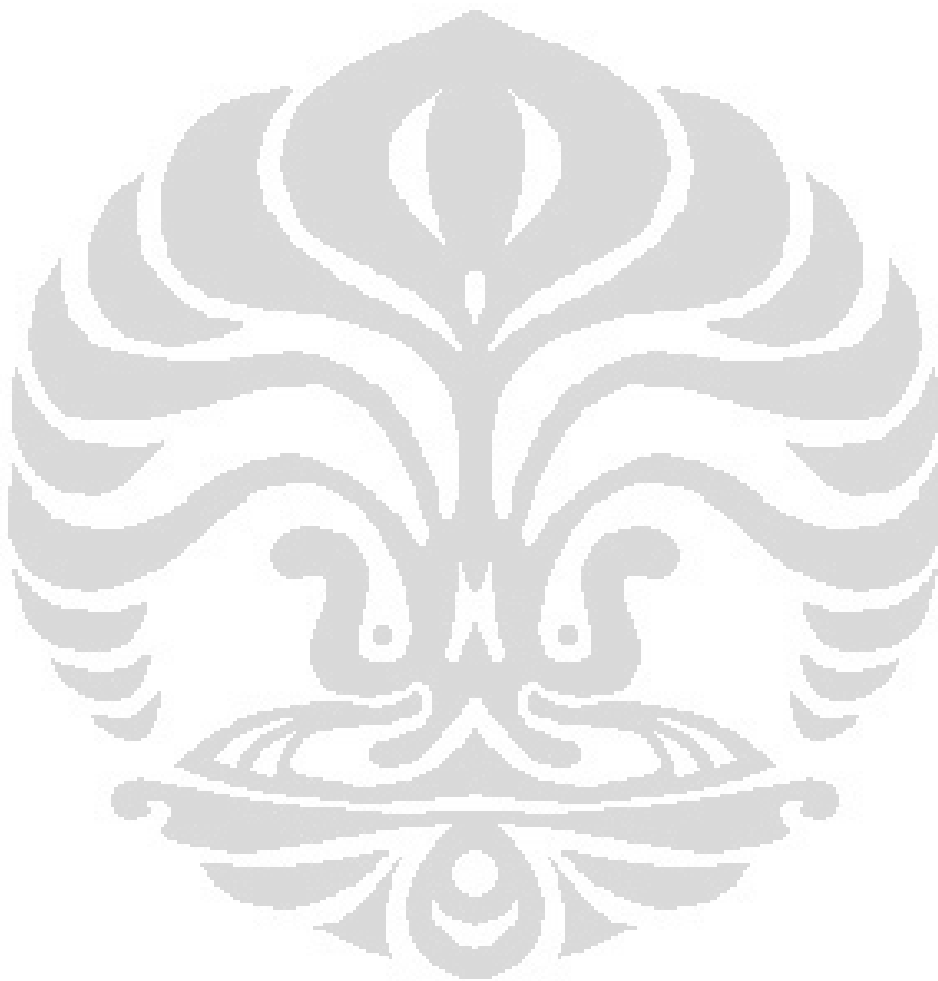
1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis, dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi psikolog (klinis atau forensik), konselor dalam menerapkan teknik deteksi *malingering* pada seseorang yang berpotensi tinggi dalam melakukan hal tersebut seperti pelaku kriminal, narapidana atau pada pasien yang memiliki gejala sakit namun tidak diketahui penyakitnya secara pasti tentunya juga dengan mempertimbangkan adanya riwayat pengalaman buruk yang pernah dialami oleh seseorang tersebut.

1.5 Sistematika penulisan

Sistematika penulisan selanjutnya dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: Bab 2 berisi tinjauan pustaka. Bab ini berisi tinjauan teoritis dan penelitian-penelitian sebelumnya mengenai *malingering* dan pengalaman buruk masa kecil. Bab 3 berisi metode Penelitian. Bab ini berisi penjelasan metode yang digunakan dalam penelitian ini, mulai dari permasalahan penelitian, hipotesis konseptual dan operasional, pengukuran variabel penelitian, tipe dan desain penelitian, partisipan penelitian, instrumen penelitian, tahapan penelitian dan analisis statistik yang digunakan dalam menguji hipotesis mengenai hubungan antara kecenderungan *malingering* dengan riwayat pengalaman buruk yang pernah dialami. Bab 4 hasil penelitian. Bab ini berisi mengenai hasil penelitian serta interpretasi mengenai gambaran umum partisipan dan hasil utama pada penelitian ini. Bab 5 berisi

kesimpulan, diskusi, dan saran. Bab ini berisi kesimpulan dari masalah penelitian, diskusi hasil utama penelitian, dan saran terhadap penelitian selanjutnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2, peneliti akan menjelaskan mengenai tinjauan pustaka yang digunakan dalam penelitian ini dengan antara lain pengalaman buruk masa kecil, *malingering*, serta dinamika mengenai pengalaman buruk masa kecil dan *malingering*.

2.1 Pengalaman Buruk Masa Kecil

2.1.1 Definisi Pengalaman Buruk Masa Kecil

Felliti et al. (1998) melakukan penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil (*Adverse Childhood Experience*). Namun demikian, Felliti et al (1998) tidak mendefinisikan secara spesifik apa itu pengalaman buruk masa kecil. Pada penelitian ini dua komponen pengalaman buruk masa kecil yang diukur yaitu kekerasan yang pernah dialami oleh (psikologis, fisik, seksual) maupun riwayat disfungsi keluarga (tinggal dengan orang tua dengan penyalahgunaan obat-obatan, tinggal dengan anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa, menjadi saksi mata atas anggota yang diperlakukan kasar, serta tinggal dengan anggota keluarga yang terlibat perilaku kriminal).

World Health Organization (2011) kemudian mengembangkan penelitian Felliti et al.(1998) dengan menambahkan enam jenis pengalaman buruk masa kecil antara lain pengabaian emosional, pengabaian fisik, tinggal dengan orang tua tunggal, mengalami kekerasan teman sebaya, mengalami kekerasan dalam komunitas dan mengalami kekerasan kolektif. Menurut WHO (2011), pengalaman buruk masa kecil adalah beberapa kejadian paling intensif dan sering terjadi sebagai sumber stres yang dialami oleh seseorang pada 18 tahun awal kehidupannya. Adapun 13 jenis pengalaman buruk masa kecil yang antara lain kekerasan emosional, kekerasan fisik, kekerasan seksual, pengabaian emosional, pengabaian fisik, kekerasan antara anggota keluarga, memiliki anggota keluarga yang melakukan penyalahgunaan obat-obatan, memiliki anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa, memiliki anggota keluarga yang

pernah dipenjara, tinggal dengan orang tua tunggal, mengalami kekerasan teman sebaya, mengalami kekerasan dalam komunitas atau kekerasan kolektif.

Berdasarkan dari penjelasan di atas peneliti memilih definisi pengalaman buruk masa kecil milik WHO (2011) yaitu pengalaman buruk masa kecil adalah beberapa kejadian paling intensif dan sering terjadi sebagai sumber stres yang dialami oleh seseorang pada 18 tahun awal kehidupannya. Pemilihan definisi ini karena WHO menjelaskan pengalaman buruk masa kecil dengan menekankan kata beberapa kejadian (artinya pengalaman buruk masa kecil terdiri dari lebih 1 kejadian buruk), penekanan pada frekuensi (seringnya pengalaman tersebut terjadi), serta pada usia terjadinya pengalaman buruk masa kecil (yaitu pada 18 tahun pertama kehidupan seseorang). Selain itu pada penelitian ini, peneliti akan menggolongkan jenis pengalaman buruk masa kecil berdasarkan Felitti et al.(1998), yaitu pengalaman buruk masa kecil terdiri dari kekerasan yang dialami dan riwayat disfungsi keluarga.

2.1.2 Jenis-jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil

Menurut World Health Organization (2011), jenis-jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil antara lain :

a. Kekerasan Emosional

Orang tua atau pengasuh seringkali menunjukkan sikap bermusuhan, mencaci maki, dan atau meremehkan anak/remaja.

b. Kekerasan Fisik

Selama masa anak-anak atau remaja seringkali menjadi korban penganiyaan berupa kekerasan fisik yang dilakukan oleh anggota keluarga.

c. Kekerasan Seksual

Selama masa anak-anak atau remaja menjadi korban kekerasan seksual atau pemerkosaan, misalnya ketika orang lain pernah menyentuh, meraba, meremas bagian tubuh secara seksual, meminta melakukan hubungan seksual melalui organ seksual seperti mulut alat kelamin dan dubur meskipun korban tersebut tidak menginginkannya.

d. Pengabaian emosional

Selama masa anak-anak atau remaja seringkali mendapatkan sedikit atau tidak sama sekali dukungan dari orang tua atau anggota keluarga, atau merasa tidak memiliki hubungan yang dekat antara anak dengan anggota keluarga.

e. Pengabaian fisik

Selama masa anak-anak atau remaja seringkali mengalami pengabaian dalam perilaku berbahaya yang mungkin dilakukan, kesehatan, kesejahteraan, atau keamanan. Misalnya orang tua atau pengasuh tidak mampu untuk menyediakan makanan, tempat berlindung, pakaian, atau perlindungan kesehatan

f. Kekerasan antara anggota keluarga

Selama masa anak-anak atau remaja seringkali menjadi saksi mata atas kekerasan yang dialami oleh orang tua atau anggota keluarga lainnya (baik kandung atau asuh) seperti intimidasi verbal (dibentak, diteriaki, disumpahi, dinina, dipermalukan) maupun kekerasan fisik (ditampar, ditendang, ditinju atau dipukuli).

g. Memiliki anggota keluarga yang melakukan penyalahgunaan obat-obatan

Individu memiliki anggota keluarga atau orang tua yang memiliki permasalahan dengan penyalahgunaan alkohol maupun obat-obatan.

h. Memiliki anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa

Individu memiliki orang tua atau anggota keluarga yang memiliki permasalahan pada kesehatan jiwa seperti mengalami depresi, gangguan jiwa atau pernah mencoba bunuh diri.

i. Memiliki anggota keluarga yang pernah dipenjara:

Individu memiliki anggota keluarga yang pernah ditahan atau dipenjara karena melanggar hukum.

j. Tinggal dengan orang tua tunggal

Individu tinggal dengan orang tua tunggal baik karena perpisahan atau orang tua yang meninggal dunia perceraian orang tua sehingga anak tidak tinggal dengan ibu atau ayah.

k. Kekerasan teman sebaya

Selama masa anak-anak atau remaja mengalami perundungan (*bullying*), yaitu ketika seseorang atau sekelompok teman sebaya mengatakan atau melakukan hal yang buruk dan tidak menyenangkan (misalnya diejek dengan cara yang tidak menyenangkan, tidak dilibatkan dalam aktivitas dan atau sengaja diabaikan).

l. Kekerasan Komunitas

Selama masa anak-anak atau remaja pernah menjadi saksi atas kekerasan di dalam lingkungan atau komunitas seperti melihat orang lain dihajar, ditusuk, ditembak secara langsung atau menggunakan senjata tajam.

m. Kekerasan kolektif (masal)

Selama masa anak-anak atau remaja pernah mengalami kejadian yang berkaitan dengan kekerasan kelompok seperti perkelahian antar *gang*, perang, terorisme, konflik politik, konflik antar etnis, genosida (pemusnahan ras atau etnis), kekerasan terencana.

Dengan demikian terdapat 13 jenis pengalaman buruk masa kecil yang dikemukakan oleh WHO (2011) yaitu kekerasan emosional, kekerasan fisik, kekerasan seksual, pengabaian emosional, pengabaian fisik, kekerasan antara anggota keluarga, memiliki anggota keluarga yang melakukan penyalahgunaan obat-obatan, memiliki anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa, memiliki anggota keluarga yang pernah dipenjara, tinggal dengan orang tua tunggal, mengalami kekerasan teman sebaya, mengalami kekerasan dalam komunitas atau kekerasan kolektif.

2.1.3 Dampak Pengalaman Buruk Masa Kecil

a. Perilaku Beresiko terkait dengan Gaya Hidup

Felitti et al., (1998) menjelaskan dampak bagi seseorang yang mengalami pengalaman buruk masa dapat mengembangkan perilaku beresiko seperti merokok, menyalahgunakan alkohol dan obat-obatan terlarang, bunuh diri serta melakukan hubungan seksual beresiko yang mengarahkan pada resiko tinggi tertular penyakit seksual. Hal ini dilakukan sebagai mekanisme *coping*

untuk menghadapi berbagai kekerasan ataupun disfungsi keluarga yang dialaminya.

b. Berbagai Penyakit yang Beresiko Terhadap Kematian

Felitti et al.(1998) menjelaskan bahwa dari berbagai perilaku beresiko seperti merokok, penyalahgunaan obat-obatan ataupun perilaku seksual beresiko merupakan bentuk mekanisme *coping* terhadap tekanan yang ada. Hal tersebut kemudian berdampak pada sejumlah penyakit yang mengarahkan pada kematian seperti jantung, kanker, stroke, bronkhitis, diabetes, hepatitis serta penyakit seksual menular.

c. Mengembangkan permasalahan perilaku *conduct* dan perilaku antisosial.

Menurut Mash & Wolfe (2010), bahwa perilaku *conduct* atau perilaku antisosial adalah tindakan atau sikap yang bertentangan dengan norma keluarga, sosial, dan hak pribadi orang lain. Davis & Beech (2012) menyatakan bahwa dampak pengalaman buruk masa kecil seperti kekerasan yang dialami pada masa kecil menyebabkan seseorang mengeluarkan gejala perilaku sebagai reaksi negatif ke lingkungan. Adapun gejala perilaku yang muncul menurut Mash & Wolf, (2010) meliputi perilaku berbohong, berlaku curang untuk mendapatkan barang atau sesuatu yang diinginkan, mencuri, melarikan diri dari rumah, atau melakukan kerusakan, menyerang secara fisik ke orang lain, merusak rumah/ gedung/ mobil orang lain dan lain-lain Menurut American Psychiatric Associatio (dalam Rogers 2008). bahwa dari beberapa gejala perilaku yang muncul tersebut, kebohongan merupakan diagnostik utama yang muncul pada permasalahan perilaku tersebut. Kebohongan dalam hal ini dilakukan untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada.

d. Perilaku kriminal

Reavis et al. (2013) menjelaskan melakukan penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil dengan membandingkannya antara masyarakat umum dan narapidana. Narapidana seringkali mengalami atau menjadi saksi berbagai pengalaman negatif seperti mendapatkan kekerasan, mengalami kematian anggota keluarga, perpisahan atau penelantaran orang tua, atau orang tua yang terlibat penyalahgunaan obat-obatan terlarang (Courtney &

Maschi, 2013 Haugebrook, Zgoba, Maschi, Morgen, & Brown, 2010; Maschi et al., 2011, dalam Levenson, Willis & Prescott, 2014). Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa kelompok yang pernah mengalami pengalaman buruk masa kecil beresiko empat kali lipat melakukan tindak kriminal dibanding kelompok yang tidak memiliki pengalaman tersebut. Hal ini karena dibandingkan masyarakat umum, narapidana mengaku seringkali menyaksikan atau mendapatkan pengalaman buruk masa kecil berupa kekerasan (Levenson, Willis & Prescott, 2014). Jika dikaitkan dengan penjelasan Mash & Wolf (2010) bahwa dengan berbagai pengalaman buruk masa kecil yang didapatkan seseorang yang mengalami pengalaman buruk masa kecil beresiko untuk permasalahan *externalizing* seperti resiko berbohong, mencuri, dan melanggar aturan, melakukan kerusakan atau menyerang secara fisik orang lain dimana hal ini berdampak pada resiko seseorang terlibat kasus kriminal akan semakin tinggi.

e. Mengembangkan Somatisasi

Stuart & Noyes (dalam Morgan & Sweet, 2009), menemukan bahwa pengalaman buruk masa kecil berkontribusi untuk mengembangkan somatisasi. Paparan trauma seperti kekerasan fisik dan seksual merupakan penyebab seseorang untuk berespon terhadap stres secara somatisasi. Menurut Kring et al. (2013) dalam mengevaluasi gejala somatisasi, *clinician* harus menyadari potensi untuk *factitious disorder* dan *maligering*. *Factitious disorder* dan *maligering* merupakan kondisi dimana seseorang secara sengaja berpura-pura memiliki penyakit dengan cara sengaja menciptakan, berpura-pura atau melebih-lebihkan gejala untuk menghindari suatu tanggung jawab seperti menghindari bekerja dan mendapatkan asuransi. Pada *factitious disorder* tujuan hal ini adalah untuk memerankan peran sakit di mana pada *maligering* untuk mendapatkan keuntungan eksternal.

f. Mengembangkan Perilaku Abnormal Terkait dengan Kesehatan (*Abnormal Illness Behavior*)

Pilowsky (dalam Kar & Kumar, 2015) menyatakan bahwa Perilaku Abnormal Terkait dengan Kesehatan yaitu ketidaktepatan atau respon maladaptif dalam mengalami atau mengevaluasi kondisi kesehatan seseorang

misalnya mencari dokter ahli atau pengobatan lainnya. Perilaku Abnormal Terkait dengan Kesehatan dapat berkembang sejak kecil dimana pengalaman buruk masa kecil berupa kekerasan fisik atau seksual memiliki dampak signifikan pada kehidupan individu yang dimanifestasikan dalam Perilaku Abnormal Terkait dengan Kesehatan, misalnya dengan memerankan “peran sakit” untuk mendapatkan kasih sayang (Sirri, Fava & Sonino, dalam Kar & Kumar, 2015).

Berbagai dampak dari pengalaman buruk masa kecil seseorang yang dapat berdampak pada seseorang antara lain dengan mengeluarkan gejala perilaku ke luar sebagai reaksi negatif ke lingkungan antara lain perilaku beresiko terkait dengan gaya hidup, meningkatkan resiko berbagai penyakit yang mengarahkan pada kematian, mengembangkan perilaku *conduct* antisosial, meningkatkan resiko terlibat perilaku kriminal atau di sisi lain berdampak dengan menginternalisasikan gejala perilaku ke dalam diri seperti mengembangkan perilaku abnormal terkait dengan kesehatan (*abnormal illness behavior*).

2.2 *Malingering*

2.2.1 Definisi *Malingering*

Menurut Smith dan Burger (1997), *malingering* dapat didefinisikan sebagai kondisi ketika seseorang menampilkan bahwa dirinya menderita suatu gangguan psikologis atau fisik tertentu baik secara sengaja menciptakan gejala yang tidak ada atau dengan melebih-lebihkan gejala yang ada untuk bertujuan mendapatkan keuntungan sekunder. Terdapat lima kondisi berbeda untuk mendeteksi *malingering* yakni gangguan afektif (AF), gangguan psikosis (P), intelegensi rendah (LI), gangguan amnesia (AM), gangguan neurologis (N). (Smith & Burger, 1997).

Definisi yang dikemukakan dari Smith dan Burger (1997) serupa dengan definisi *malingering* yang dikemukakan oleh American Psychiatric Association (APA). Menurut APA (2013), *malingering* dapat didefinisikan sebagai kondisi dimana seseorang secara sengaja menciptakan gejala palsu atau melebih-lebihkan suatu gejala fisik atau psikologis dengan tujuan mendapatkan keuntungan

eksternal seperti menghindari kewajiban militer, menghindari untuk bekerja, mendapatkan kompensasi keuangan, serta menghindari tuntutan kriminalitas atau mendapatkan obat-obatan.

Meskipun sebenarnya dari kedua definisi *malingering* tersebut tidak jauh berbeda, namun pada penelitian ini peneliti memilih untuk menggunakan definisi asli milik Smith dan Burger (1997) dimana *malingering* merupakan kondisi ketika seseorang menampilkan bahwa diri mereka menderita suatu gangguan psikologis atau fisik tertentu baik secara sengaja menciptakan gejala yang tidak ada atau dengan melebih-lebihkan gejala yang ada untuk bertujuan mendapatkan keuntungan sekunder. Hal ini karena Smith & Burger (1997) secara spesifik menyampaikan lima kondisi untuk mendeteksi *malingering* yaitu gangguan afektif (AF), gangguan psikosis (P), intelegensi rendah (LI), gangguan amnesia (AM), gangguan neurologis (N).

2.2.2 Kondisi *Malingering*

Smith & Burger (1997) secara spesifik menjelaskan bahwa terdapat lima kondisi untuk mendeteksi *malingering*, yang berdasarkan literatur sebelumnya menunjukkan bahwa pada kondisi tersebut beresiko bagi seseorang untuk berpura-pura sakit atau melebih-lebihkan gejala. Lima kondisi tersebut antara lain adalah gangguan afektif (AF), gangguan psikosis (P), intelegensi rendah (LI), amnesia (AM), gangguan neurologis (N). Berikut penjelasan dari Smith (dalam Widows et al., 2007),:

a. Gangguan Afektif (Af)

Skala gangguan afektif menjelaskan sejauh mana seseorang mengabsahkan gejala depresi atau kecemasan yang bersifat tidak konsisten dan samar, tidak umum terjadi pada seseorang dengan gejala depresi atau kecemasan pada umumnya. Gejala ini sangat jarang pada seseorang yang memiliki gejala gangguan afektif yang khas. Sebagai contoh pada orang dengan gejala gangguan afektif ketika mengalami depresi akan mengalami kesulitan dan melakukan aktivitas sehari-hari misalnya terganggu pada saat tidur. Akan tetapi, pada seseorang yang melakukan *malingering* berdasarkan alat ukur ini akan mengabsahkan item-item sebaliknya misalnya memberikan persetujuan

pada item “Saat depresi (ditandai dengan perasaan sedih dan putus asa) menjadi terlalu parah, saya pergi ke luar untuk berjalan- jalan atau melakukan olahraga untuk menurunkan tekanan tersebut, “Suasana hati saya lebih buruk pada malam hari”, “Ketika merasa sedih, saya dapat kembali bersemangat dengan melakukan hobi, minat atau berkumpul dengan teman-teman saya”

b. Gangguan Psikotik (P)

Kondisi gangguan psikotik menjelaskan sejauh mana seorang partisipan mengabsahkan gejala psikotik yang tidak biasa muncul, bersifat tidak logis, dan samar pada pasien psikiatrik/ psikolog klinis yang sebenarnya. Beberapa contoh item tersebut antara lain “Saya percaya bahwa nomor telepon seseorang tidak begitu saja diberikan, melainkan itu merupakan cara Tuhan untuk menentukan keselamatan seseorang”, “Saya percaya bahwa jika Anda berpikir sangat keras, Anda sebenarnya dapat melihat apa yang ada di dalam pikiran orang lain”, “Bunga - bunga memiliki kekuatan magis, seperti dapat berbicara pada manusia”,” Dalam penglihatan saya, saya sering melihat bagian tubuh yang berlumuran darah”.

c. Intelegensi Rendah (LI)

Skala Intelegensi yang rendah menjelaskan sejauh mana seseorang yang memiliki kemampuan membaca dan menulis namun mengabsahkan ketidakmampuan fungsi kognitif atau intelegensi rendah dengan mengisi jawaban yang salah (tidak sesuai) pada item yang sangat mudah. Beberapa contoh item tersebut antara lain pada item “Jika anda memiliki Rp 15.000,00 dan saya mengambil Rp 5.000,00, maka anda tinggal memiliki Rp 7.500,00”, “Terdapat enam hari dalam satu minggu”, dan pada item *unfavorable* misalnya “Emas dan perak serupa karena keduanya logam” Pintu dan pagar serupa karena keduanya dapat dibuka”. Jika dilihat dari item tersebut merupakan item yang sangat mudah dan mustahil tidak dapat dijawab pada seseorang yang memiliki kemampuan fungsi kognitif baik.

d. Amnesia (Am)

Skala gangguan amnesia menjelaskan sejauh mana seseorang mengabsahkan gejala gangguan pada ingatan yang tidak konsisten berbeda jika dilihat pada pasien yang mengalami disfungsi pada otak atau kecelekaan yang sebenarnya. Beberapa contoh item tersebut antara lain “Lebih dari tiga kali sehari saya menemukan diri saya bangun untuk mengambil sesuatu, hanya saja lupa apa yang diambil”, “Pada saat saya tidak mampu mengingat nama atau wajah keluarga/ kerabat dekat seakan-akan mereka tampak seperti orang yang betul-betul asing” “Ketika saya menyetir, saya terkadang lupa bagaimana jalan pulang ke rumah”, dan contoh item *unfavorable*” Saya dapat mengingat apa yang saya lakukan satu jam lalu.

e. Gangguan Fungsi Neurologis (N)

Skala gangguan fungsi neurologis menjelaskan mengenai gejala-gejala yang terjadi pada seseorang yang mengalami gangguan pada syaraf misalnya riwayat luka atau cidera pada otak dan kepala. Hanya saja gejala yang ditampilkan di alat ukur ini merupakan gejala yang samar, tidak khas bagi penderita gangguan neurologis yang sebenarnya. Beberapa contoh item tersebut antara lain “Walaupun saya dapat menggerakkan anggota tubuh tanpa kesulitan, saya merasakan mati rasa pada beberapa bagian anggota tubuh saya”, “Berjalan merupakan hal yang sulit karena saya memiliki masalah keseimbangan.”, “Kadang saya merasa kehilangan semua perasaan di tangan saya sehingga seperti menggunakan sarung tangan”

2.2.3 Epidemiologi *Malingering*

Prevalensi *malingering* bervariasi antara lain, sebanyak 1 persen prevalensi *malingering* muncul pada pasien kesehatan jiwa dalam praktik klinis, 5 persen pada militer. Pada konteks legal, selama proses wawancara pada tersangka kriminal perkiraan *malingering* lebih tinggi sebesar 10-20 persen. Sekitar 50 persen anak-anak yang menampilkan permasalahan perilaku *conduct* memiliki isu serius mengenai kebohongan dimana sangat terkait dengan isu *malingering*. *Malingering* memiliki prevalensi yang tinggi di konteks militer dan

penjara, dimana pada masyarakat barat terjadi pada laki-laki usia dewasa awal hingga dewasa menengah (Sadock & Sadock, 2008).

Menurut Scott (2012), pada konteks medikolegal selama proses peradilan pelaku kriminal melakukan kriminal melakukan *malingering* dengan tujuan antara lain: (1) Agar berhasil menampilkan ketidakmampuan untuk menghadapi persidangan di pengadilan. (2) Agar dapat didakwa tidak bersalah dengan alasan memiliki gangguan jiwa. Adapun estimasi *malingering* ketika menghadapi persidangan bervariasi sekitar Pada American Academy of Psychiatry and the Law Annual Meeting (dalam Scott, 2012) mengindikasikan bahwa lebih dari 18 persen pasien yang mengatakan tidak mampu untuk menghadapi persidangan melakukan *malingering* pada gejala psikiatrik mereka tampilkan.

Di sisi lain, prevalensi *malingering* juga meningkat secara dramatis pada sampel narapidana, di mana keuntungan eksternal muncul dalam bentuk berbeda misalnya untuk mendapatkan pelayanan keamanan di penjara. Norris & May (dalam Scott, 2012) menemukan bahwa 45 hingga 56 persen narapidana meminta layanan psikologis ketika melakukan *malingering*. Persentase *malingering* yang dilakukan oleh narapidana sebanyak 20 persen dengan motivasi yaitu agar dapat dipindahkan ke penjara metropolitan. Adapun motivasi lain untuk *malingering* pada narapidana adalah untuk mendapatkan pengobatan yang diinginkan atau dipindahkan ke lingkungan yang lebih diinginkan atau diharapkan (Scott, 2012).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat diketahui bahwa prevalensi munculnya *malingering* tentu sangat beragam sesuai dengan konteksnya. Pada praktik klinis *malingering* dapat muncul sebesar 5-10 persen. Pada konteks legal *malingering* dapat terjadi selama proses persidangan dan selama proses menjalani hukuman di penjara. Pada proses sebesar 18 *malingering* dapat terjadi persidangan. Pada proses menjalani hukuman di penjara, pada narapidana hal ini dapat muncul sekitar 45-56 persen.

2.2.4 Penyebab atau Alasan Seseorang Melakukan *Malingering*

Rogers, Swell, Goldstein (dalam Wrightsman & Fulero, 2005) membedakan di antara tiga tipe malingering berdasarkan alasan melakukan *malingering*:

a. *Pathogenic model*

Seseorang yang melakukan *malingering* karena memiliki atau dilatarbelakangi oleh suatu patologi. Menurut Kar dan Kumar (2015), menyebutkan bahwa *malingering* termasuk dalam *abnormal illness behavior*, yaitu ketidaktepatan seseorang dalam mempresepsikan, mengalami, dan berespon mengenai kesehatan diri sendiri. Contoh *abnormal illness behavior*, yang serupa dengan *malingering* misalnya *factitious disorder* dan *somatization disorder*.

b. *Criminological model*

Seseorang dengan motivasi kriminal atau antisosial (melanggar aturan dan hukum) dapat berpura-pura memiliki gangguan jiwa atau fisik tertentu untuk misalnya menghindari pertanggungjawaban hukum atau menghindari hukuman di penjara.

c. *Adaptational model*

Seseorang yang berusaha melakukan *malingering* untuk menghindari keadaan mengancam dan sifatnya situasional.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat diketahui bahwa terdapat tiga penyebab seseorang melakukan *malingering* antara lain karena pertama seseorang memiliki suatu patologi tertentu, kedua karena seseorang terlibat dalam perilaku antisosial atau menentang aturan, ketiga karena seseorang melakukan *malingering* hanya pada keadaan mengancam dan sifatnya situasional.

2.2.5 Dampak *Malingering*

Berikut merupakan dampak yang ditimbulkan ketika seseorang berhasil melakukan *malingering*.

a. Menghindari layanan militer atau tugas khusus berbahaya

Seseorang dapat melakukan *malingering* dengan berpura-pura sakit untuk menghindari wajib militer ke dalam angkatan bersenjata dan wajib

militer, mereka mungkin berpura-pura sakit untuk melarikan diri dari tugas terutama berat atau berbahaya (Sadock & Sadock, 2008).

b. Mendapatkan kompensasi finansial

Seseorang dapat melakukan *malingering* untuk mencari keuntungan finansial dalam bentuk asuransi disabilitas, atau kompensasi lainnya yang sebenarnya tidak patut untuk didapatkan (Sadock & Sadock, 2008). Pada seseorang yang berhasil melakukan *malingering* terdapat keuntungan yang didapatkan misalnya mendapatkan uang atas asuransi premium atas klaim yang diajukan (Bordini et al., 2002, dalam Conroy & Kwartner, 2006).

c. Menghindari tanggung jawab pidana, persidangan, dan hukuman

Dalam konteks persidangan keuntungan yang didapatkan yaitu pelaku kriminal antara lain dapat menghindari pertanggungjawaban kriminal (*criminal competence and responsibility*), dapat menghindari mengikuti jalannya persidangan (*competency to stand trial*), mengajukan pembelaan tidak bersalah karena alasan menderita gangguan jiwa (*pleading not guilty by reason of insanity*), (Iverson, Franzen & Hammond, dalam Wrightsman & Furero, 2005; Kramer, Bernstein, Phares, 2014). Hal ini semata-mata dilakukan dengan tujuan untuk menghindari hukuman penjara sebaliknya mendapatkan keringanan hukuman atau pun mendapatkan penanganan (Jelicic, Hessels & Merckelbach, 2006; Halligan, Bass & Oakley, 2003 Ainsworth, 2000).

d. Mendapatkan fasilitas di penjara atau dipindahkan dari penjara ke Rumah Sakit

Seorang narapidana dapat melakukan *malingering* agar dapat dipindahkan ke rumah sakit sehingga berharap dapat menghindari dari penjara atau setidaknya mendapatkan waktu istirahat atau dengan mendapatkan layanan psikologis lainnya (Sadock & Sadock, 2008). Kemudian ketika di penjara narapidana juga dapat melakukan *malingering* agar bertujuan mendapatkan keamanan, mendapatkan layanan psikologis, dapat dipindahkan ke penjara metropolitan, dan motivasi lain untuk mendapatkan pengobatan yang diinginkan atau dipindahkan ke lingkungan yang lebih diinginkan atau diharapkan (Scott, 2012).

e. Mendapatkan obat-obatan

Seseorang dapat berpura-pura sakit dengan tujuan mendapatkan pengobatan atau layanan istimewa tertentu, pada konteks penjara dapat juga untuk mendapatkan pelayanan atau kepentingan pribadi lainnya.

f. Menghindari pekerjaan, tanggung jawab sosial dan konsekuensi sosial

Seseorang dapat melakukan *malingering* dengan berpura-pura sakit untuk dapat melarikan diri dari keadaan atau kondisi sosial untuk menghindari konsekuensi sosial (Sadock & Sadock, 2008).

Berdasarkan penjelasan berbagai dampak seseorang dalam melakukan *malingering* antara lain dapat menghindari layanan militer atau tugas khusus berbahaya, mendapatkan kompensasi finansial, menghindari tanggung jawab pidana, persidangan, dan hukuman, mendapatkan fasilitas di penjara atau dipindahkan dari penjara ke rumah sakit, seta mendapatkan obat-obatan, seta menghindari pekerjaan, tanggung jawab sosial dan konsekuensi sosial.

2.2.6 Pengukuran *Malingering*

Terdapat dua desain penelitian yang umumnya dilakukan untuk meneliti *malingering*, yakni *known group studies* dan *simulation studies*. Menurut Impelen et al., (2014) pada *known group studies* penelitian digunakan dengan menggunakan kriteria eksternal untuk membedakan antara seseorang yang jujur dan yang berpura-pura. Penelitian ini dilakukan pada sampel memiliki resiko untuk melakukan *malingering*, seperti seseorang yang terlibat kasus kriminal atau narapidana. Keunggulan dari penelitian *known group studies* adalah karena partisipan penelitian dalam penelitian ini merupakan seseorang yang memiliki resiko melakukan *malingering* di populasi yang beresiko melakukan *malingering* sehingga dapat mengetahui secara jelas kecenderungan *malingering* pada populasi tersebut.

Di sisi lain terdapat desain penelitian *simulation studies* Penelitian tersebut pada umumnya dilakukan untuk melihat pengaruh suatu *coaching* terhadap kemunculan *malingering* dengan partisipan merupakan mahasiswa atau masyarakat umum. Desain ini merupakan desain penelitian yang paling umum

digunakan untuk meneliti *malingering*. Partisipan umumnya dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok pertama diminta untuk berpura-pura memiliki suatu psikopatologi dan pada kelompok kontrol diminta untuk berespon secara jujur. Pada kelompok yang diminta berpura-pura memiliki suatu psikopatologi akan diberikan suatu kasus yang menggambarkan suatu motif yang jelas dan kuat untuk ber (misalnya-pura tersebut (misalnya untuk menghindari suatu hukuman penjara). Akan tetapi, karena dilakukan pada sampel masyarakat umum, salah satu kritik pada penelitian simulasi atau adalah penelitian tersebut rendah akan validitas eksternal karena penelitian tersebut bukan dilakukan pada sampel memiliki tingkat resiko melakukan *malingering* sehingga sulit untuk digeneralisasikan pada populasi sebenarnya. Kemudian peneliti menilai bahwa pada *simulation studies* terdapat kelompok yang akan diberikan *coaching* untuk melakukan *malingering* tentunya hal ini beresiko secara etis pada partisipan tersebut yang dikhawatirkan mempelajari kemampuan untuk melakukan *malingering* dan dipraktekkan pada sehari-hari (Impelen, 2014).

Kemudian terdapat beberapa alat ukur yang digunakan untuk mendeteksi *malingering*. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) merupakan alat ukur yang dikembangkan oleh Hathaway and McKinley (1943). Menurut Smith & Burger (1997), pada skala F alat ukur MMPI dapat digunakan untuk mendeteksi *malingering*, dimana terdiri dari gejala yang atipikal terjadi pada *malingering*. Akan tetapi, diperlukan *cut off* yang lebih sensitif untuk mempertimbangkan skor *malingering* dan kelompok yang memang memiliki gangguan sebenarnya. Kesulitan lain untuk menggunakan F scale ini adalah karena item-itemnya tidak sensitif pada sejumlah tipe *malingering* tertentu misalnya permasalahan ingatan. Kemudian menurut Conroy & Kwartner (2006), setelah MMPI, terdapat MMPI 2 yang merupakan pengembangan alat ukur MMPI oleh Butcher et al.,(1989). Pada MMPI-2 untuk melihat kecenderungan untuk *malingering* dilihat pada skala F (F, Fb, Fp). Profesional yang telah terlatih sangat dibutuhkan baik dalam mengadministrasikan dan juga untuk menginterpretasikan alat ukur ini.

Alat ukur berikutnya adalah *Personality Assessment Inventory* yang dikembangkan oleh Morey tahun 1991 (dalam Conroy & Kwartner, 2006). PAI

digunakan pada konteks klinis dan forensik. Pada alat ukur ini digunakan *The Negative Impression Scale* (NIM) yang digunakan untuk mengidentifikasi kemungkinan *malingering* atau melebih-lebihkan gejala psikopatologi dengan mengabsahkan item yang dianggap jarang dan terkait dengan kesan *unfavorable*. Alat ukur berikutnya *The Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) merupakan pengembangan alat ukur milik Rogers, Bagby, & Dickens pada tahun 1992. (dalam Conroy & Kwartner, 2006). Pada alat ukur ini sebanyak 172 item yang diciptkan untuk mengukur seseorang yang berpura-pura memiliki gangguan jiwa. Seperti pada alat ukur sebelumnya diperlakukan tenaga terlatih SIRS

Selanjutnya Smith dan Burger (1997) mengembangkan alat ukur *Structured Inventory of Malingering Symptomatology* yang bertujuan untuk melakukan deteksi pada lima kondisi berbeda yang beresiko bagi seseorang untuk berpura-pura memiliki suatu penyakit tertentu yakni gangguan afektif (AF), gangguan psikosis (P), intelegensi rendah (LI), amnesia (AM), gangguan neurologis (N). Berdasarkan review meta analisis yang dilakukan oleh Impelen (2014) alat ukur SIMS menunjukkan bahwa alat ukur ini memiliki akurasi dan kekuatan dalam memprediksi populasi yang beragam (pasien umum, pelaku kriminal, orang dewasa yang tidak memiliki gangguan klinis, narapidana, dan pada setting eksperimental) berdasarkan dari 31 penelitian, 61 subsampel dan 4009 protocol SIM. Impelen et al., (2014) menyimpulkan bahwa SIMS (1) pada *setting* eksperimental (*simulation studies*) mampu membedakan dengan baik partisipan yang yang diberikan instruksi untuk berpura-pura memiliki gangguan jiwa dengan partisipan yang diminta untuk jujur (2) pada *known group studies*, skor yang lebih tinggi dapat membedakan kecenderungan seseorang untuk melakukan *malingering* dan yang tidak pada populasi yang memiliki resiko *malingering* (seperti narapidana terlibat suatu kasus kriminal). Berdasarkan pada alat ukur yang telah dijelaskan sebelumnya peneliti memilih untuk menggunakan alat ukur *SIMS* karena berdasarkan pembahasan sebelumnya bahwa alat ukur ini memiliki kemampuan yang baik dalam mendeteksi potensi *malingering* khususnya pada konteks forensik, selain itu alat ukur ini memiliki jumlah *item* yang tidak terlalu banyak yaitu 75 dibanding alat ukur lainnya yang mencapai

ratusan item, serta alat ukur ini mudah diadministrasikan dan tidak perlu membutuhkan pelatihan atau keterampilan khusus.

Berbagai penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat dua desain penelitian dalam mengukur *malingering*, yaitu berdasarkan *known group studies* dan *simulation studies*. Pada *known group studies*, dilakukan pada seseorang yang memiliki resiko melakukan *malingering* di populasi yang beresiko melakukan *malingering* sehingga dapat mengetahui secara jelas kecenderungan *malingering* pada populasi tersebut. Di sisi lain pada desain penelitian *simulation studies* dilakukan dengan melihat pengaruh suatu *coaching* terhadap kemunculan *malingering* partisipan merupakan mahasiswa atau masyarakat umum. Akan tetapi, desain ini tidak dapat digeneralisasikan pada konteks sebenarnya. Kemudian terdapat alat ukur yang diciptakan untuk mendeteksi. Alat ukur tersebut terdapat alat ukur yang terus dikembangkan mulai dari MMPI 1, MMPI 2, PAI, SIRS dan SIMS. Pada alat ukur MMPI 1, MMPI 2, PAI, SIRS dibutuhkan tenaga profesional dalam mengadministrasikannya dan itemnya cenderung banyak dan pada SIMS dapat diadministarkan oleh orang biasa selain tenaga profesional dan juga memiliki item yang cenderung sedikit sehingga waktu pengerjaan tidak terlalu lama.

2.2.7 Perbedaan *malingering* dengan Beberapa Gangguan yang Serupa

American Psychiatric Association (2013) menyebutkan beberapa gangguan yang serupa dengan *malingering*, antara lain *factitious disorder*, *conversion disorder*. *Malingering* dan *factitious disorder* serupa, yaitu keduanya memiliki niat secara sengaja untuk menciptakan atau melebihkan gejala, namun keduanya berbeda dari motivasi dihasilkannya. Pada *malingering* yaitu untuk mendapatkan keuntungan eksternal dan pada *factitious disorder* motivasinya untuk mendapatkan memerankan peran sakit (*sick role*). *Malingering* juga berbeda dari *conversion disorder* dan *somatic symptom-related mental disorders*, dimana pada *malingering* memiliki niat dan sengaja diciptakan agar mendapatkan keuntungan eksternal yang jelas dan pada *conversion disorder* dan *somatic symptom-related mental disorders* umumnya tidak berniat atau secara sengaja dalam menampilkan gejala.

Berdasarkan penjelasan di atas diketahui bahwa terdapat beberapa gangguan psikopatologi yang serupa dengan *malingering* lain *factitious disorder* dan *conversion disorder*. Meskipun berbeda terdapat kemungkinan pada seseorang dengan *factitious disorder* atau *conversion disorder* melakukan *malingering*. Dengan demikian, untuk mengetahui seseorang melakukan *malingering* dapat ditekankan pada adanya kesengajaan diikuti dengan adanya keuntungan eksternal dalam menampilkan gejala penyakit.

2.3 Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan

2.3.1 Definisi Warga Binaan

Menurut UU Pemasyarakatan No. 12 tahun 1995 Warga Binaan Pemasyarakatan adalah Narapidana, Anak Didik Pemasyarakatan, dan Klien Pemasyarakatan.

2.3.2 Warga Binaan Dewasa

Menurut UU No. 12 tahun 1995, warga Binaan Dewasa dalam hal ini adalah Warga Binaan Pemasyarakatan seseorang yang dipidana berdasarkan putusan pengadilan yang telah memperoleh kekuatan hukum tetap berusia diatas 18 tahun. Pembagian dewasa dalam hal ini dibagi dua yakni dewasa awal dan dewasa madya. Menurut Papalia (2012) rentang usia pada seseorang dalam tahap dewasa awal adalah berkisar dari 18 tahun hingga 40 tahun sedangkan rentang usia dalam tahap dewasa madya berkisar dari 41 tahun hingga 65 tahun

2.3.3 Hak-hak Warga Binaan

Menurut UU No. 12 tahun 1995 terdapat sejumlah hak-hak yang dimiliki oleh warga binaan antara lain (1) melakukan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaannya; (2) mendapat perawatan, baik perawatan rohani maupun jasmani; (3) mendapatkan pendidikan dan pengajaran; (4) mendapatkan pelayanan kesehatan dan makanan yang layak; (5) menyampaikan keluhan; (6) mendapatkan bahan bacaan dan mengikuti siaran media massa lainnya yang tidak dilarang; (7) mendapatkan upah atau premi atas pekerjaan yang dilakukan; (8) menerima kunjungan keluarga, penasihat hukum, atau orang tertentu lainnya; (9) mendapatkan pengurangan masa pidana (remisi); (10) mendapatkan kesempatan berasimilasi termasuk cuti mengunjungi keluarga; (11) mendapatkan pembebasan

bersyarat;(12) mendapatkan cuti menjelang bebas; dan (13) mendapatkan hak-hak lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2.4 Dinamika Hubungan Pengalaman Buruk Masa Kecil dan *Malingering*

Geraerts, Jelicic, & Merckelbach (2006) yang menjelaskan bahwa kelompok yang pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil (baik yang masih mengingat maupun yang telah pulih dari ingatan tersebut) memiliki kecenderungan untuk melakukan *malingering* dengan melebih-lebihkan gejala yang dimiliki dibandingkan kelompok yang tidak pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil. Dalam hal ini terdapat resiko bagi korban kekerasan seksual untuk melakukan *malingering* dengan berpura-pura menciptakan gejala tertentu atau juga melebih-lebihkan gejala tertentu terkait dengan kekerasan seksual. Alasan hal ini dilakukan untuk mendapatkan kompensasi finansial atau motif internal seperti keinginan untuk memerankan peran sakit atau *sick role*. Adapun hubungan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* adalah sebagai berikut.

Seseorang yang mengalami pengalaman buruk masa kecil beresiko untuk mengembangkan dua mekanisme perilaku yaitu dengan berespon secara abnormal ke dalam diri terhadap keadaan yang menekan maupun mengeksternalisasikan (mengeluarkan) gejala perilaku sebagai reaksi negatif terhadap lingkungan. Penjelasan pertama yakni seseorang yang mengalami pengalaman buruk masa kecil beresiko untuk mengembangkan respon abnormal ke dalam diri terhadap keadaan yang menekan (*abnormal illness behavior*). *Abnormal illness behavior* sebagai reaksi pada situasi menekan dapat ditampilkan mulai dari secara tidak sadar melebih-lebihkan gejala penyakit, berespon secara *stres* terhadap suatu penyakit, sengaja berpura-pura atau melebih-lebihkan penyakit untuk memerankan “peran sakit”, hingga yang paling esktrim secara sadar memanipulasi gejala penyakit untuk mendapatkan keuntungan (*malingering*) baik untuk mendapatkan perhatian atau keuntungan lainnya.

Kemudian seseorang yang mengalami pengalaman buruk masih kecil beresiko mengeksternalisasikan (mengeluarkan) gejala perilaku sebagai reaksi negatif terhadap lingkungan, dalam bentuk perilaku *conduct* atau antisosial

Perilaku *conduct* memiliki isu serius mengenai kebohongan yang sangat terkait dengan isu *malingering*. Adapun gejala perilaku yang dikeluarkan meliputi perilaku berbohong, berlaku curang untuk mendapatkan barang atau sesuatu yang diinginkan, mencuri, melarikan diri dari rumah, atau melakukan kerusakan, dan lain-lain (Mash & Wolf, 2010). Dari beberapa gejala perilaku yang muncul tersebut, kebohongan merupakan diagnostik utama yang muncul pada permasalahan perilaku tersebut. Kebohongan inilah yang kemudian merupakan konsep utama dan khas pada *malingering*, yaitu terkait dengan melebih-lebihkan atau menciptakan sesuatu gejala yang tidak ada untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada.

Pada penelitian ini, dinamika hubungan lebih ditekankan pada penjelasan *criminological model* karena konteks *malingering* yang dibahas lebih kepada *setting* forensik yaitu pada narapidana. Dengan demikian, berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa seseorang terbiasa mengalami pengalaman buruk masa kecil beresiko untuk mengembangkan perilaku *conduct* dengan mengeluarkan gejala perilaku sebagai reaksi negatif ke lingkungan yang antara lain berbohong sebagai diagnostik utama. Kebohongan inilah yang kemudian merupakan konsep utama dan khas pada *malingering*, yaitu terkait dengan melebih-lebihkan atau menciptakan sesuatu gejala yang tidak ada untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai metode yang digunakan dalam penelitian ini, yang terdiri dari permasalahan penelitian, hipotesis penelitian, pengukuran variabel penelitian, tipe dan desain penelitian, partisipan penelitian, instrumen penelitian, prosedur persiapan dan pelaksanaan penelitian, serta prosedur analisis data penelitian.

3.2 Permasalahan Penelitian

3.2.1 Permasalahan Konseptual

1. Bagaimana gambaran pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong?
2. Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong?

3.2.2 Permasalahan Operasional

1. Bagaimana gambaran skor total *Adverse Childhood Experience International Questionnaire* (ACE-IQ) dan skor total *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong?
2. Apakah terdapat hubungan yang signifikan antara skor total *Adverse Childhood Experience International Questionnaire* (ACE-IQ) dan skor total *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong?

3.3 Hipotesis Penelitian

3.3.1 Hipotesis Null (Ho):

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada warga binaan lembaga pemasyarakatan usia dewasa.

3.2.2 Hipotesis Alternatif (Ha):

Terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada warga binaan lembaga pemasyarakatan usia dewasa.

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Pertama: Pengalaman buruk masa kecil

a. Definisi Konseptual

Felliti et al. (1998) melakukan penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil (*Adverse Childhood Experience*). Namun demikian, Felliti et al (1998) tidak mendefinisikan secara spesifik apa itu pengalaman buruk masa kecil. Pada penelitian ini dua komponen pengalaman buruk masa kecil yang diukur yaitu kekerasan yang pernah dialami (psikologis, fisik, seksual) maupun riwayat disfungsi keluarga (tinggal dengan orang tua dengan penyalahgunaan obat-obatan, tinggal dengan anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa, menjadi saksi mata atas anggota yang diperlakukan kasar, serta tinggal dengan anggota keluarga yang terlibat perilaku kriminal). World Health Organization (2011) kemudian mengembangkan penelitian Felliti et al.(1998) dengan menambahkan enam jenis pengalaman buruk masa kecil antara lain pengabaian emosional, pengabaian fisik, tinggal dengan orang tua tunggal, mengalami kekerasan teman sebaya, mengalami kekerasan dalam komunitas dan mengalami kekerasan kolektif. Menurut WHO (2011), pengalaman buruk masa kecil adalah beberapa kejadian paling intensif dan sering terjadi sebagai sumber stres yang dialami oleh seseorang pada 18 tahun awal kehidupannya.

b. Definisi Operasional

Pada penelitian ini, operasionalisasi dari pengalaman buruk masa kecil adalah skor total dari alat ukur *Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ)* yang dibuat oleh *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2011. Alat ukur ini merupakan pengembangan alat ukur yang sebelumnya telah diciptakan oleh *Felliti et al. (1998)*.

3.4.2 Variabel Kedua: *Malingering*

a. Definisi Konseptual

Definisi konseptual dari *malingering* adalah kondisi ketika seseorang menampilkan bahwa dirinya menderita suatu gangguan psikologis atau fisik tertentu baik secara sengaja menciptakan gejala yang tidak ada atau dengan melebih-lebihkan gejala yang ada untuk bertujuan mendapatkan keuntungan eksternal. Terdapat lima kondisi yang beresiko memunculkan *malingering* yakni gangguan afektif (AF), gangguan psikosis (P), intelegensi rendah (LI), gangguan amnesia (AM), serta gangguan neurologis (N) (*Smith & Burger, 1997*).

b. Definisi Operasional

Pada penelitian ini operasionalisasi dari *malingering* adalah skor total dan skor per faktor dari kuesioner *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS)* yang itemnya diciptakan oleh *Smith dan Burger (1992)*. Skor total pada alat ukur ini adalah 75.

3.5 Tipe Penelitian

Menurut *Gravetter dan Forzano (2012)*, berdasarkan strategi penelitian, penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental dengan jenis penelitian korelasional. Penelitian ini termasuk dalam penelitian non eksperimen karena tidak terdapat manipulasi pada variabel pengalaman buruk masa kecil maupun pada variabel *malingering*. Kemudian, berdasarkan jenisnya, penelitian ini termasuk pada penelitian korelasional karena penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel pengalaman buruk masa kecil dan variabel *malingering*.

tetapi tidak berusaha untuk menjelaskan sebab akibat dari hubungan kedua variabel tersebut. Pada penelitian ini, data dilihat dengan mengkorelasikan skor pengalaman buruk masa kecil dan *malingering* pada masing-masing individu pada kelompok partisipan.

3.6 Partisipan Penelitian

3.5.1 Karakteristik dan Jumlah Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini adalah warga binaan pria dengan rentang usia 20 hingga 50 tahun. Penelitian ini melibatkan 100 warga binaan di Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) Salemba, Cipinang, dan Cibinong. Pemilihan tiga lokasi Lapas tersebut didasari atas penentuan yang telah ditetapkan dari pimpinan payung penelitian psikologi forensik. Partisipan yang mengikuti penelitian ini merupakan partisipan yang berada dalam kondisi sehat jasmani dan tidak memiliki riwayat gangguan jiwa. Berdasarkan tingkat pendidikan, partisipan minimal berlatar belakang SMP untuk meminimalisir ketidakpahaman dalam mengisi kuesioner dalam penelitian ini. Partisipan dalam hal ini merupakan warga binaan yang telah dijatuhi vonis hukuman, namun untuk jenis kasus dan lama hukumannya tidak ditentukan secara spesifik. Jenis kasus pada penelitian ini dapat bervariasi mulai dari narkoba, penipuan, pencurian, pelecehan, pemerkosaan, penganiayaan, pembunuhan, perdagangan orang (*human trafficking*).

3.5.2 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

Berdasarkan Graveter dan Forzano (2012) teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *non probability sampling* artinya tidak setiap sampel yang merupakan warga binaan dalam keseluruhan populasi memiliki kesempatan yang sama dapat mengikuti penelitian ini. Hal ini karena tidak memungkinkan untuk mengikutsertakan kesempatan seluruh warga binaan untuk berpartisipasi dalam penelitian karena sangat banyaknya jumlah lapas yang ada di wilayah JABODETABEK atau pun jumlah warga binaan dalam satu lapas itu sendiri. Kemudian berdasarkan metodenya, penelitian ini menggunakan *accidental sampling*, yaitu pemilihan partisipan dengan memilih individu yang mudah untuk didapatkan. Pemilihan partisipan dilakukan oleh petugas lapas (*tamping*) dengan

memilih partisipan yang merupakan warga binaan yang tidak sedang menjalani tugas dan paling mudah untuk diakses agar dapat mengikuti penelitian ini.

3.7 Instrumen Penelitian

3.6.1 Alat Ukur Pengalaman Buruk Masa Kecil

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur pengalaman buruk masa kecil adalah *Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ)* milik WHO (2011). Alat ukur ACE-IQ ini merupakan pengembangan alat ukur sebelumnya milik Felitti et al (1998). Pada alat ukur ini terdapat sejumlah pertanyaan yang menanyakan pengalaman buruk masa kecil yang sering dialami dialami pada 18 pertama kehidupan seseorang. Adapun bentuk pengalaman buruk masa kecil meliputi kekerasan fisik, kekerasan emosional, kekerasan seksual, kekerasan yang terjadi dalam keluarga, tinggal dengan anggota keluarga yang terlibat penyalahgunaan obat-obatan atau alkohol, tinggal dengan anggota keluarga memiliki gangguan jiwa, tinggal dengan anggota keluarga yang pernah terlibat dalam perilaku kriminal, tinggal dengan satu atau dua orang tua, perpisahan atau perceraian orang tua, pengabaian emosional, pengabaian fisik, *bullying*, kekerasan Komunitas, serta Paparan Terhadap Kekerasan Kelompok.

Pada alat ukur ACE-IQ, partisipan diminta untuk mengisi frekuensi dari pengalaman buruk tersebut yang pernah dialaminya mulai dari “tidak pernah”, “sekali”, “beberapa kali” dan “seringkali”. Skoring dari alat ukur ini dilakukan dengan memberikan skor 1 hanya pada jawaban frekuensi yang sama dengan pertanyaan yang diberikan pada kuesioner tersebut. Misalnya *apakah orang tua, pengasuh atau anggota keluarga lainnya seringkali memukul, menampar, menendang, meninju anda?* artinya skor 1 diberikan jika partisipan menjawab “seringkali”, dan 0 ketika menjawab selain dari “tidak pernah”, “sekali”, “beberapa kali”. Teknik skoring pada alat ukur ini dilakukan dengan menjumlahkan skor dari seluruh pernyataan yang ada, dengan skor maksimum 13 mengindikasikan skor pengalaman buruk masa kecil masing-masing individu.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas ACE-IQ yang telah dilakukan oleh Kazeem (2015) menunjukkan koefisien *alpha* sebesar 0,81. Kaplan dan Sacuzzo (2005) alat tes dikatakan baik digunakan untuk penelitian apabila memiliki koefisien

sebesar 0,7-0,8. Dengan demikian alat ukur ACE-IQ dapat dikatakan reliabel dan dapat digunakan untuk penelitian

Tabel 3.1

Item pada alatukur ACE-IQ

Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil	Jumlah item	Contoh item
Kekerasan Emosional	2	Apakah orang tua, pengasuh, atau anggota keluarga lainnya sering kali berteriak, menyumpah, menyakiti, atau menghina Anda?
Kekerasan Fisik	2	Apakah orang tua, pengasuh, atau anggota keluarga lainnya sering kali memukul, menampar, menendang, meninju, atau memukul Anda?
Kekerasan Seksual	5	Apakah seseorang pernah meminta Anda melakukan hubungan seksual melalui mulut, alat kelamin atau dubur meskipun Anda tidak menginginkannya?
Pengabaian emosional	2	Apakah orang tua/pengasuh Anda mengerti jarang atau tidak pernah masalah dan kekhawatiran Anda?
Pengabaian fisik	3	Seberapa sering orangtua /pengasuh Anda sering kali tidak memberikan makanan yang cukup bahkan ketika mereka dapat memberikannya dengan mudah?
Riwayat orang tua/ anggota keluarga diperlakukan kasar	3	Apakah Anda sering tau beberapa kali melihat atau mendengar orangtua atau anggota keluarga Anda?

Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil		Jumlah item	Contoh item
Memiliki Anggota keluarga yang memiliki masalah dalam kesehatan jiwa (depresi, mencoba bunuh diri)	Anggota	1	Apakah Anda hidup dengan anggota keluarga yang memiliki depresi, gangguan jiwa atau pernah mencoba bunuh diri?
Memiliki Anggota keluarga yang pernah dipenjara	Anggota	1	Apakah Anda memiliki anggota keluarga yang pernah di penjara karena melanggar hukum?
Tinggal dengan orang tua tunggal (meninggal atau berpisah)	Orang tua	2	Apakah orangtua Anda berpisah atau bercerai?
Kerasan teman sebaya	Teman sebaya	2	Seberapa sering Anda dibully?
Kekerasan Komunitas	Komunitas	3	Apakah Anda pernah melihat atau mendengar seseorang dihajar secara langsung?
Kekerasan kolektif (masal)	Kolektif	4	Apakah Anda pernah dihajar oleh tentara, polisi, kelompok bersenjata atau geng?

3.6.2 Alat ukur *Malingering*

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur *malingering* adalah *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS) yang itemnya dikembangkan Smith & Burger (1997). Setiap pernyataan yang ada pada SIMS tersebut berisikan gejala psikologis atau fisik yang bersifat samar, tidak jelas dan sebenarnya tidak muncul pada seseorang yang mengalami gangguan atau penyakit sebenarnya. SIMS terdiri dari 75 pernyataan yang terbagi atas 5 skala yaitu skala gangguan afektif (AF), skala psikosis (P), skala intelegensi yang

rendah (LI), skala amnesia (AM), serta skala gangguan neurologis (N). Setiap faktor pada alat ukur SIMS terdiri dari 15 pernyataan skala “setuju” dan “tidak setuju” pada setiap item yang ada. Setiap jawaban yang sesuai dengan kunci jawaban di *SIMS scoring sheet* akan diberikan skor 1 dan 0 pada jawaban yang tidak sesuai dengan *SIMS scoring sheet*. Teknik skoring pada alat ukur ini dilakukan dengan menjumlahkan skor dari seluruh pernyataan yang ada, dengan skor maksimum 75. *Cut off* dari alat ukur ini adalah 16 mengindikasikan kecenderungan seseorang untuk melakukan *malingering*. Namun demikian, *cut off* ini tidak digunakan karena berdasarkan acuan partisipan di luar negeri (Amerika) yang belum tentu sesuai dengan acuan partisipan di Indonesia. Sebaliknya *cut off* yang digunakan pada penelitian ini adalah nilai median seluruh partisipan, yaitu 21. Hal ini karena dengan menggunakan skor median dari keseluruhan partisipan ini diharapkan mampu menggambarkan standar untuk membedakan partisipan dengan kecenderungan *malingering* dan yang tidak memiliki kecenderungan *malingering*.

Berdasarkan hasil uji coba reliabilitas oleh Vitacco et al (Impelen et al., 2014) pada *setting* forensik menunjukkan bahwa koefisien *alpha* alat ukur SIMS sebesar ,96 Menurut Kaplan dan Sacuzzo (2005), alat ukur yang memiliki reliabilitas yang dikatakan baik memiliki koefisien alpha berkisar 0,7- 0,8 Dengan demikian, alat ukur ini memiliki reliabilitas yang sangat baik dan dapat digunakan pada penelitian ini.

Tabel 3.2

Item pada skala SIMS

Skala	Jumlah item	Contoh item
Gangguan Neurologis	15	Saya merasakan nyeri dalam tubuh saya seperti ada serangga yang berjalan dalam tubuh saya.
Gangguan Psikosis	15	Bunga - bunga memiliki kekuatan magis, seperti dapat berbicara pada manusia.
Gangguan afektif	15	Ketika depresi (ditandai dengan perasaan sedih dan putus asa) menjadi terlalu parah, saya pergi ke luar untuk berjalan- jalan atau melakukan olahraga untuk menurunkan tekanan tersebut.
Intelegensi Rendah	15	Terdapat enam hari dalam satu minggu.
Gangguan amnesia	15	Lebih dari tiga kali sehari saya menemukan diri saya bangun untuk mengambil sesuatu, hanya saja lupa apa yang diambil

3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1 Tahap Persiapan Penelitian

a. Adaptasi Alat Ukur

Alat ukur *Structured Inventory of Malingering Symptomatology* (SIMS) dan *Adverse Childhood Experience International Questionnaire* (ACE-IQ) masing-masing belum pernah dipergunakan di Indonesia, sehingga peneliti perlu melakukan adaptasi ke dalam bahasa Indonesia. Setelah melakukan adaptasi ke dalam bahasa indonesia, peneliti meminta bantuan oleh teman peneliti yang memiliki kemampuan bahasa inggris sangat baik (pernah tinggal di luar negeri) untuk mengecek kembali hasil yang telah

diterjemahkan tersebut. Peneliti kemudian merevisi beberapa kalimat berdasarkan masukan dari teman peneliti tersebut. Kemudian pada tanggal 23 Februari 2016 peneliti meminta pembimbing sebagai ahli dalam psikologi klinis dan forensik untuk mengecek kembali alat ukur SIMS dan ACE-IQ yang telah diterjemahkan oleh peneliti. Berdasarkan hal ini peneliti melakukan revisi I mengenai makna kata, efektivitas kata, penyesuaian konteks dalam budaya Indonesia hingga diharapkan lebih dapat dipahami oleh partisipan.

Selanjutnya berdasarkan alat ukur yang telah direvisi tersebut peneliti meminta bantuan oleh teman peneliti yang memiliki kemampuan bahasa Inggris sangat baik lainnya untuk menerjemahkan kembali alat ukur yang telah berada bahasa Indonesia ke dalam bahasa Inggris atau dikenal dengan prosedur *back translation*. Hal ini dilakukan untuk mengecek kembali sejauh mana perbedaan suatu kalimat dalam bahasa Inggris dari alat ukur sebelumnya dengan alat ukur yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Hasil dari *back translation* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan dari alat ukur semula dengan alat ukur yang telah diterjemahkan.

b. Panel Group Discussion dengan Expert Judgement

Pada tanggal 28 Maret 2016 dilakukan *panel group discussion* atau *expert judgement* dengan 4 orang ahli yang berpengalaman di bidang psikologi klinis dan psikologi forensik. *Expert judgement* memberikan *feedback* mengenai ketepatan dan kesesuaian makna pada setiap butir item yang ada dalam alat ukur. Peneliti kemudian melakukan revisi ke II berdasarkan *feedback* yang diberikan oleh para ahli tersebut.

c. Melakukan perizinan

Pada awal bulan Maret 2016 - Minggu kedua April peneliti mengurus perizinan ke 3 Lapas. Prosedur perizinan untuk melakukan penelitian ditujukan kepada kepada Dirjen Perasyarakatan (Dirjenpas) atau Kantor Wilayah (Kanwil) terlebih dulu. Kemudian surat perizinan dari Dirjenpas atau Kanwil diberikan kepada masing-masing lapas yaitu Lapas Salemba, Lapas

Cipinang dan Lapas Cibinong. Setelah memberikan surat izin ke masing-masing lapas juga harus meminta izin kembali kepada pembina lapas untuk menyesuaikan jadwal kegiatan warga binaan sehari-harinya mengingat jadwal kegiatan di lapas yang sangat padat.

d. Melakukan Uji Keterbacaan dan Uji Coba Alat Ukur

Pada tanggal 14 April 2016 peneliti melakukan uji keterbacaan sekaligus uji coba alat ukur pada 20 orang warga binaan (narapidana) laki-laki dengan jenis tindak kriminalitas beragam. Padatnya jadwal kegiatan dan akses untuk mengambil data yang terbatas menjadikan peneliti melakukan kedua prosedur ini dijadikan dalam satu hari. Peneliti sempat berencana untuk melakukan uji keterbacaan terlebih dulu kepada masyarakat biasa, namun tidak dilakukan karena salah satu alat ukur pada penelitian ini yaitu SIMS memang lebih ditujukan pada populasi yang beresiko melakukan *malingering* dan sangat sesuai untuk digunakan dalam *setting* forensik misalnya untuk narapidana. Dengan demikian, uji keterbacaan dan uji coba alat ukur digunakan langsung pada narapidana.

Sebelum proses pengerjaan, peneliti membacakan setiap petunjuk pengerjaan sehingga mendapatkan satu pemahaman antara peneliti dan partisipan. Pada saat mengerjakan, peneliti meminta partisipan untuk membaca kembali petunjuk pengerjaan dan setiap kalimat yang ada pada kuesioner. Partisipan juga diminta pula untuk menandai setiap kalimat pada item yang dianggap tidak dipahami. Sebagian besar partisipan memahami kalimat yang ada pada kuesioner. Beberapa partisipan juga menyampaikan masukan terhadap kalimat yang dianggap kurang dipahami atau tidak sesuai dengan konteks di lembaga pemasyarakatan. Peneliti kemudian mencatat semua masukan yang diberikan oleh partisipan untuk dipertimbangkan dalam merevisi alat ukur.

Kemudian berdasarkan hasil uji coba yang dilakukan pada 20 orang partisipan, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas pada kedua alat ukur ACE-IQ dan SIMS. Menurut Kaplan dan Sacuzzo, (2005) nilai koefisien reliabilitas suatu alat ukur dapat diterima berkisar 0,7 - 0,8. Pada

alat ukur ACE- IQ, nilai koefisien *alpha* sebesar 0,864 sehingga alat ukur ini memiliki reliabilitas yang baik. Kemudian untuk uji validitas, menurut Aiken & Groth-Marnat (2006), validitas yang baik memiliki nilai $r_{it} \geq 0,2$. Pada alat ukur ini dari 31 item, terdapat 6 item yang memiliki nilai $r_{it} \leq 0,2$ sebanyak yaitu nomor 3,7,10,21,25,31. Namun demikian, peneliti memutuskan untuk mempertahankan item-item tersebut dengan alasan bahwa mungkin terjadi eror pada saat melakukan penelitian seperti jumlah sampel pada saat uji coba alat ukur yang kurang dari 30 orang karena terbatasnya akses dan waktu pada saat melakukan uji coba alat ukur.

Kemudian pada alat ukur SIMS, hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai koefisien *alpha* sebesar ,801 sehingga berdasarkan acuan dari Kaplan dan Sacuzzo (2005), menunjukkan alat ukur SIMS memiliki reliabilitas yang baik. Kemudian, peneliti melakukan uji validitas terhadap SIMS. Menurut Aiken & Groth-Marnat (2006), validitas yang baik memiliki nilai $r_{it} \geq 0,2$. Akan tetapi, berdasarkan hasil uji coba validitas, peneliti menemukan 30 item yang $r_{it} \leq 0,2$ yakni pada item nomor (3, 4, 6,7,8,11,12, 14, 19, 22, 23, 25, 27, 30, 35, 38, 40, 41, 43, 44, 47, 54, 55, 57, 58, 60, 63,68,69,72,75). Berdasarkan hasil uji keterbacaan ini untuk item-item yang memiliki $r_{it} \leq 0,2$ peneliti dan pembimbing memutuskan untuk mempertahankannya karena pertimbangan analisis kualitatif (makna item yang dianggap sudah jelas) dan analisis kuantitatif (nilai POE yang tidak tinggi), serta pertimbangan eror yang mungkin terjadi pada saat melakukan uji coba data misalnya terdapat beberapa partisipan yang dibawah atau sama dengan lulusan SD, jumlah partisipan yang hanya 20, ketidakpahaman bunyi item misalnya kata depresi. Sehingga pada saat penelitian peneliti melakukan revisi pada item-item misalnya menambahkan keterangan makna kata depresi, melakukan kontrol terhadap latar belakang pendidikan partisipan yakni telah lulus SMP dan bagi partisipan yang rentan (memiliki gangguan pada saat melihat atau dianggap kesulitan mengisi kuesioner) akan didampingi selama proses pengerjaan kuesioner.

3.7.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 26, dan 29 April dan 3 Mei 2016 di Lapas Salemba, Lapas Cibinong dan Lapas Cipinang. Pengambilan data dilakukan kepada 100 warga binaan pria di 3 Lembaga Pemasyarakatan tersebut. Pemilihan tiga lokasi Lapas tersebut didasari atas penentuan yang telah ditetapkan oleh pemimpin payung penelitian psikologi forensik. Pada saat melakukan penelitian, peneliti membuka dengan memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian. Peneliti juga menekankan bahwa data yang diberikan pada penelitian ini akan dirahasiakan dan akan digunakan untuk kepentingan akademik saja. Hal ini dilakukan untuk menghindari partisipan yang khawatir bahwa penelitian ini akan berpengaruh pada sistem hukum yang dijalaninya sehingga akhirnya menampilkan respon yang tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Peneliti kemudian melanjutkan dengan menjelaskan instruksi pengerjaan dari kuesioner pada penelitian ini. Peneliti juga menghimbau agar partisipan juga membaca kembali setiap intruksi maupun kalimat secara seksama. Peneliti memperbolehkan partisipan untuk segera bertanya jika menemukan kalimat yang tidak dimengerti. Kemudian, peneliti juga mendampingi partisipan yang beresiko (misalnya mengalami keterbatasan dalam melihat), akhirnya peneliti membantu membacakan setiap item yang ada pada kuesioner tersebut. Setelah selesai mengisi kuesioner pertama yaitu SIMS partisipan diberikan waktu sejenak untuk beristirahat dan dilanjutkan kembali untuk mengisi kuesioner kedua.

3.8 Tahap Pengolahan data

Dalam melakukan pengolahan dan analisis data yang telah terkumpul, peneliti melakukan tahap awal dari proses pengolahan data adalah *scoring*. *Scoring* dilakukan mengikuti petunjuk *scoring* berdasarkan bagian masing-masing kuesioner. Setelah melakukan *scoring*, peneliti memasukkan data hasil *scoring* ke SPSS (*Statistical Package for Social Science*) untuk dianalisis. Beberapa teknik yang digunakan untuk menganalisis data adalah :

a. Statistik deskriptif

Perhitungan statistik deskriptif dilakukan untuk mengetahui gambaran umum partisipan melalui data demografis dengan menghitung nilai rata-rata, frekuensi dan persentase.

b. *Pearson product moment*

Peneliti juga menggunakan teknik statistik korelasi untuk melihat adanya hubungan antara dua variabel, dalam penelitian ini adalah korelasi antara skor total kecenderungan *malingering* dengan skor total pengalaman buruk masa kecil



BAB 4

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini, dibahas mengenai gambaran jalannya penelitian, hasil penelitian, serta interpretasi dari data statistik yang diperoleh.

4.1 Gambaran Jalannya Penelitian

Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 26, dan 29 April dan 3 Mei 2016 kepada sebanyak 30 warga binaan di Lapas Salemba, 30 orang warga binaan di Lapas Cibinong dan, dan 40 orang warga binaan di Lapas Cipinang. Pemilihan tiga lokasi Lapas tersebut didasari atas penentuan yang telah ditetapkan oleh pembimbing di payung penelitian psikologi forensik. Dari keseluruhan data dari 100 orang partisipan, terdapat 14 orang partisipan yang datanya tidak dapat dipakai sehingga total keseluruhan partisipan pada penelitian ini adalah 86 partisipan. Peneliti melakukan hal ini karena dari 14 orang tersebut berlatar pendidikan dibawah lulusan SMP, sehingga untuk menghindari eror misalnya ketidakpahaman dalam mengisi kuesioner yang akan mempengaruhi hasil penelitian maka peneliti membuang data tersebut. Kemudian dari partisipan sendiri yang merupakan warga binaan, peneliti tidak melakukan kontrol jenis kriminalitas dan lamanya hukuman dari partisipan. Berikut merupakan gambaran umum partisipan dalam penelitian ini .

4.1.1 Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Aspek Demografis

Tabel 4.1 Gambaran Aspek Demografis Partisipan

Aspek Demografis	N	%
Usia		
Dewasa Awal (19-40)	70	81,39
Dewasa Madya (41-65)	16	18,61
Total	86	100
Tingkat Pendidikan		
SMP	16	18,60
SMA/SMK	59	68,60
D3	2	2,32
S1	9	10,47
Total	86	100

Aspek Demografis	N	%
Status Pernikahan		
Lajang	37	43,02
Menikah	37	43,02
Hidup dengan pasangan tanpa menikah	4	4,65
Bercerai/ berpisah	6	6,97
Duda/ Pisah mati	2	2,32
Total	86	86

Berdasarkan tabel 4.1 merupakan gambaran umum partisipan berdasarkan usia, tingkat pendidikan, dan status pernikahan. Berdasarkan usia partisipan dalam penelitian ini bervariasi mulai dari 19 hingga 50 tahun. Berdasarkan usia partisipan dalam penelitian ini paling banyak berada pada tahap dewasa awal yaitu sebanyak 70 orang (81,39%). Selanjutnya berdasarkan tingkat pendidikan, partisipan paling banyak memiliki latar belakang pendidikan SMA atau SMK yaitu sebanyak 59 orang (68,60%). Kemudian berdasarkan status pernikahan, sebagian besar partisipan berstatus menikah sebanyak 37 orang (43,02%) dan sebagian besar lainnya berstatus lajang (43,02%).

4.1.2 Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Kasus Kriminalitas

Tabel 4.2 Gambaran Kasus Kriminalitas Warga Binaan

Jenis Kasus	N	%
Narkoba	40	46,5%
Penggelapan dan Penipuan	19	22,09%
Pencurian dan Penadahan	11	12,8%
Pemeriksaan	5	5,81%
Pelecehan	3	3,48%
Penganiayaan	2	2,32%
Human Trafficking	2	2,32%
Judi	1	1,16%
Penculikan	1	1,16%
Pembunuhan (Kejahatan terhadap Nyawa)	1	1,16%
Lain-lain	1	1,16%
Total	86	100

Berdasarkan gambaran kasus kriminalitas yang dilakukan oleh partisipan dapat dilihat bahwa kasus narkoba merupakan kasus yang paling banyak terjadi

pada partisipan yaitu sebanyak 40 orang (46,5%), dilanjutkan oleh kasus penggelapan dan penipuan sebanyak 19 orang (22,09%), diikuti oleh kasus pencurian dan penadahan sebanyak 11 orang (12,8%).

4.1.3 Gambaran Umum Partisipan Berdasarkan Lama Hukuman

Tabel 4.3 Gambaran Umum Lama Hukuman Warga Binaan

Lama Hukuman	N	%
1 bulan - 2 tahun	22	25,6
2 tahun - 5 tahun	28	32,55
5-10 tahun	27	31,39
>10 tahun	5	5,81
Lain-lain (tidak menyertakan lama hukuman)	4	4,65
Total	86	100

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui lama hukuman yang didapatkan oleh partisipan. Jika dilihat persentasi lama hukuman tidak jauh berbeda pada partisipan dengan lama hukuman selama 2 tahun hingga 5 tahun (32, 55%) dan lama hukuman 5-10 tahun (31,39 %).

4.2 Gambaran Umum Variabel Penelitian

4.2.1 Gambaran Umum Pengalaman Buruk Masa Kecil

Tabel 4.4 Gambaran Umum Pengalaman Buruk Masa Kecil

Total Skor Pengalaman Buruk Masa Kecil	N	Persentase (%)
1	19	22,1
2	13	15,1
3	20	23,3
4	13	15,1
5	9	10,5
6	4	4,7
7	7	8,1
9	1	1,2

Berdasarkan hasil pada tabel 4.4 merupakan gambaran persebaran jumlah pengalaman buruk yang dialami oleh partisipan. Hasil tersebut menjelaskan bahwa skor pengalaman buruk masa kecil partisipan bervariasi mulai dari 1 hingga 9 dari total skor 13. Skor tertinggi yang dimiliki partisipan adalah 9, hal ini berarti

terdapat partisipan dengan skor tertinggi mengalami 9 jenis pengalaman buruk masa kecil. Kemudian skor terendah pada penelitian ini yaitu 1, artinya partisipan dengan skor terendah mengalami 1 jenis pengalaman buruk masa kecil. Kemudian jika dilihat persebaran datanya, partisipan paling banyak mengalami 3 jenis pengalaman buruk masa kecil.

4.2.2 Gambaran Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil Berdasarkan Jenis Kekerasan dan Disfungsi Keluarga

Tabel 4.5 Gambaran Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil Berdasarkan Pembagian Kekerasan atau Disfungsi Keluarga yang Dialami

Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil	N	%
Kekerasan		
Kekerasan kolektif (masal)	54	62,8
Pengabaian emosional	53	61,6
Pengabaian fisik	33	38,3
Kekerasan seksual	23	26,7
Kekerasan komunitas	22	25,5
Kekerasan emosional	7	8,13
Bullying	6	6,7
Kekerasan fisik	4	4,65
Disfungsi Keluarga		
Tinggal dengan orang tua tunggal (berpisah/ bercerai, meninggal dunia)	50	58,1
Orangtua/ anggota keluarga diperlakukan kasar	15	17,44
Memiliki anggota keluarga bermasalah dengan alkohol/ obat-obatan	9	10,5
Memiliki anggota keluarga pernah dipenjara	8	9,3
Memiliki anggota keluarga depresi, gangguan jiwa, percobaan bunuh diri	0	0

Berdasarkan tabel diatas merupakan gambaran jenis pengalaman yang dibagi berdasarkan pembagian Felitti et al., (1998) yang membagi pengalaman buruk masa kecil menjadi dua kategori yaitu kekerasan yang dialami dan disfungsi keluarga. Jika dilihat di tabel, berdasarkan kolom kekerasan yang dialami pengalaman buruk paling banyak terjadi oleh partisipan adalah kekerasan kolektif (62,8%), diikuti oleh pengabaian emosional (61,6%), pengabaian fisik (36,3%), kekerasan seksual (26,7%), dan mengalami kekerasan di komunitas (25,5%). Pada kolom kekerasan, kekerasan fisik merupakan kejadian yang paling sedikit dialami oleh partisipan sekitar (4,65%).

Kemudian berdasarkan kolom disfungsi keluarga dapat dilihat bahwa tinggal dengan orang tua tunggal (berpisah/ bercerai, meninggal dunia) yang paling banyak terjadi oleh partisipan (58,1%.) dan orangtua/ anggota keluarga diperlakukan kasar (17,44%. Pada kolom disfungsi keluarga, dari keseluruhan partisipan tidak terdapat partisipan yang memiliki anggota keluarga depresi / memiliki gangguan jiwa atau pernah melakukan percobaan bunuh diri.

4.2.3 Gambaran Kecenderungan *Malingering*

4.2.3.1 Gambaran Umum Kecenderungan *Malingering*

Berdasarkan Gambaran Umum Kecenderungan *Malingering* diketahui bahwa nilai median kecenderungan *malingering* dari 86 partisipan adalah 21. Berdasarkan median inilah peneliti kemudian membagi dua kelompok, yaitu kelompok *malingering*, atau memiliki skor di bawah nilai median yaitu ≤ 21 atau disebut non malingering dan skor malingering, yaitu memiliki skor di atas nilai median yaitu ≥ 21 .

Tabel 4.6 Persebaran Kecenderungan *Malingering*

Kelompok skor	Rentang skor	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Non Malingering	≤ 21	43	50
Malingering	≥ 21	43	50
Total			100

Berdasarkan tabel 4.6 merupakan gambaran kecenderungan *malingering* , yang dibagi atas kelompok non malingering dan kelompok malingering. Berdasarkan dua kategori tersebut dapat dilihat bahwa sebanyak 43 orang (50%) partisipan memiliki kecenderungan untuk melakukan *malingering* yang rendah dan sebanyak 43 orang (50%) partisipan memiliki kecenderungan tinggi untuk melakukan *malingering*.

4.2.3.2 Gambaran Jenis Kecenderungan *Malingering*

Tabel 4.7 Gambaran Rata –rata Jenis Kecenderungan *Malingering*

Jenis Kecenderungan <i>Malingering</i>	M
Gangguan Afektif (Af)	6,08
Psikotik (P)	4,09
Gangguan Fungsi Neurologis (N)	3,79
Intelegensi Rendah (Li)	3,41
Amnesia (Am)	2,42

Berdasarkan tabel 4.7 merupakan gambaran rata-rata jenis kecenderungan *malingering*. Terdapat 5 skala jenis kecenderungan *malingering* yaitu N Scale, Af Scale, P Scale, Li Scale, dan Am Scale. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa jenis *malingering* yang paling banyak ditampilkan pada partisipan adalah *malingering* pada skala afektif (M=6,08), yaitu kecenderungan *malingering* yang dilakukan partisipan berkaitan dalam permasalahan gangguan afektif seperti gejala depresi yang tidak umum terjadi pada seseorang yang benar-benar mengalami depresi. Kemudian diikuti oleh *malingering* pada skala gangguan psikosis (M=4,09), yaitu kecenderungan *malingering* berkaitan dalam permasalahan gangguan psikotik misalnya mengalami gejala halusinasi atau ilusi yang tidak umum terjadi pada seseorang yang benar-benar mengalami gangguan psikosis. lalu diikuti oleh *malingering* gangguan fungsi neurologis (M=3,79), *malingering* dalam intelegensi rendah (M=3,41), serta yang paling sedikit ditampilkan partisipan adalah *malingering* dalam amnesia (M=2,42).

4.3 Hasil Analisis Utama

4.3.1 Analisis Hubungan Kecenderungan *Malingering* dengan Pengalaman Buruk Masa Kecil

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai hasil perhitungan korelasi antara variabel pengalaman buruk masa kecil dengan *malingering*. Perhitungan korelasi yang digunakan adalah *pearson correlation*. Hasil perhitungan antara kedua variabel tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 4.8 Hubungan Pengalaman Buruk Masa Kecil dan Pengalaman Buruk Masa Kecil

Variabel	Korelasi
Pengalaman Buruk Masa Kecil	0,286**
Kecenderungan <i>Malingering</i>	

**Korelasi signifikan pada level 0,01 level (2-tailed)

Jika dilihat dari tabel di atas, maka dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dengan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong ($r=0,008=86$, $p<0,05$). Nilai r sebesar 0,008 merupakan nilai yang signifikan pada $\alpha=0,05$. Oleh karena itu, hipotesis nul ditolak dan hipotesis alternatif diterima, yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong.

4.3.2 Analisis Hubungan antara Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil dengan Kecenderungan *Malingering*

Berdasarkan pada tabel 4.8 dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dengan Kecenderungan *Malingering*. Peneliti kemudian melakukan korelasi pada jenis pengalaman buruk masa kecil dengan kecenderungan *malingering* untuk mengetahui jenis pengalaman buruk masa kecil yang paling berkorelasi dengan Kecenderungan *Malingering*.

Tabel 4.9 Hubungan Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil dengan Kecenderungan *Malingering*

Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil	Korelasi
Kekerasan kolektif (masal)	,442**
Pengabaian emosional	- ,080
Tinggal dengan orang tua tunggal (bercerai atau meninggal dunia)	,216**

Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil	Korelasi
Pengabaian fisik	,023
Kekerasan seksual	,220**
Kekerasan komunitas	,260**
Orangtua/ anggota keluarga diperlakukan kasar	,086
Memiliki anggota keluarga bermasalah dengan alkohol/ obat- obatan	,111
Memiliki anggota keluarga pernah dipenjara/bermasalah dg hukum	,015
Kekerasan emosional	-,051
Bullying	,027
Kekerasan fisik	-,102
Memiliki anggota keluarga depresi, gangguan jiwa, percobaan bunuh diri	-

**Korelasi signifikan pada level 0,01 level (2-tailed)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa terdapat 4 jenis pengalaman buruk yang memiliki hubungan signifikan dengan kecenderungan *malingering*, yaitu kekerasan kolektif atau masal (,442); tinggal dengan orang tua tunggal (bercerai atau meninggal dunia) (,216); kekerasan seksual (,220) dan kekerasan komunitas (,260). Hal ini berarti terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil berupa kekerasan kolektif atau masal, tinggal dengan orang tua tunggal (bercerai atau meninggal dunia), kekerasan seksual, kekerasan komunitas terhadap kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lapas Salemba, Cipinang, dan Cibinong.

BAB 5

KESIMPULAN, DISKUSI DAN SARAN

Pada bab ini berisi kesimpulan hasil penelitian yang telah dilakukan. Selain itu peneliti juga akan membahas mengenai diskusi hasil penelitian dan saran, baik secara metodologis maupun praktis untuk penelitian selanjutnya.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa :

- a. Berkaitan dengan pengalaman buruk masa kecil, diketahui bahwa jumlah pengalaman masa kecil partisipan bervariasi mulai dari 1 hingga 9 jenis pengalaman dari keseluruhan 13 jenis pengalaman buruk. Terdapat partisipan yang mengalami jumlah pengalaman buruk terbanyak yakni 9 jenis pengalaman buruk dan juga terdapat partisipan yang mengalami pengalaman buruk masa kecil paling sedikit yaitu 1 jenis pengalaman buruk. Berdasarkan dari keseluruhan partisipan (N=86), partisipan pada umumnya mengalami 3 jenis pengalaman buruk masa kecil. Kemudian, berkaitan dengan *malingering*, dari nilai median dari keseluruhan partisipan, menunjukkan sebagian besar partisipan memiliki kecenderungan *malingering* tinggi dan sebagian besar partisipan lainnya memiliki kecenderungan *malingering* yang rendah. Jenis *malingering* yang paling banyak dilakukan oleh partisipan adalah *malingering* dalam jenis gangguan afektif.
- b. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong.

Setelah dilakukan analisis tambahan dengan mengkorelasikan jenis pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering*, diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan pada empat jenis pengalaman buruk masa kecil yaitu kekerasan kolektif atau masal, riwayat orang tua yang bercerai atau meninggal dunia, kekerasan seksual, dan kekerasan komunitas dengan kecenderungan *malingering* pada partisipan.

5.2 Diskusi

Pada diskusi ini akan dibahas mengenai gambaran umum dari pengalaman buruk pengalaman buruk masa kecil, gambaran umum *malingering*, analisis hasil utama, dan analisis hasil tambahan.

Berdasarkan hasil umum penelitian mengenai pengalaman buruk masa kecil, diketahui bahwa jumlah pengalaman masa kecil partisipan bervariasi mulai dari 1 hingga 9 jenis pengalaman dari keseluruhan 13 jenis pengalaman buruk. Terdapat partisipan yang mengalami jumlah pengalaman buruk terbanyak yakni 9 jenis pengalaman buruk dan juga terdapat partisipan yang mengalami pengalaman buruk masa kecil paling sedikit yaitu 1 jenis pengalaman buruk. Berdasarkan dari keseluruhan partisipan (N=86), partisipan pada umumnya mengalami 3 jenis pengalaman buruk masa kecil. Kemudian jika dilihat per kategorinya, terdapat lima jenis pengalaman buruk yang paling banyak dialami oleh partisipan antara lain sebanyak 54 orang (62,8%) mengalami kekerasan kelompok, sebanyak 53 orang (61,6%) mengalami pengabaian emosional, sebanyak 50 orang (58,1%) mengalami perceraian orang tua atau orang tua yang telah meninggal, (38,3%). Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Reavis et al. (2013) yang menemukan bahwa narapidana seringkali mengalami atau menjadi saksi berbagai pengalaman negatif seperti mendapatkan kekerasan, mengalami kematian atau perpisahan orang tua, atau penelantaran orang tua (Courtney & Maschi, 2013 Haugebrook, Zgoba, Maschi, Morgen, & Brown, 2010; Maschi et al., 2011, dalam Levenson, Willis & Prescott, 2014).

Namun demikian, jika dikaitkan berdasarkan tindakan kriminal yang paling banyak terjadi adalah kasus narkoba, sebaliknya untuk kasus yang kekerasan (pemeriksaan, pelecehan, penganiayaan, *human trafficking*) tidak lebih dari 5%. Hal ini menunjukkan bahwa dengan jenis pengalaman buruk masa kecil paling banyak dialami tersebut, belum tentu diikuti oleh tindakan kriminalitas yang serupa dengan pengalaman buruk yang diterimanya sewaktu kecil. Misalnya pada penelitian ini, mayoritas partisipan mengalami kekerasan kelompok sewaktu kecil namun tidak lantas diikuti oleh permasalahan yang berkaitan dengan kekerasan kelompok juga ketika masa dewasa. Pada penelitian ini, jenis kasus kriminalitas terbanyak yang dilakukan oleh partisipan adalah kasus narkoba. Hal

ini menunjukkan bahwa terdapat faktor lain yang mungkin dapat menyebabkan kasus yang terbanyak adalah kasus narkoba selain pengalaman buruk masa kecil, antara lain mekanisme untuk penyelesaian masalah yang dialami salah satunya dengan penyalahgunaan narkoba atau bagi pengedar adanya tuntutan ekonomi yang memaksa hingga terlibat dalam jual beli narkoba

Berdasarkan hasil umum penelitian mengenai *malingering*, diketahui bahwa sebagian besar partisipan menunjukkan kecenderungan *malingering* yang tinggi. Hasil ini sedikit lebih tinggi dari yang dikemukakan oleh Norris & May (dalam Scott, 2012) yang menemukan bahwa prevalensi narapidana melakukan kecenderungan *malingering* berkisar antara 45% hingga 56%. Berdasarkan hasil tersebut meskipun diketahui bahwa kecenderungan *malingering* pada partisipan cukup tinggi. Kemudian jika dikaitkan dengan kasus kriminal yang paling banyak terjadi yaitu narkoba dan kaitannya dengan *malingering*, hal ini dapat dijelaskan oleh penelitian dari narapidana yang terlibat kasus penyalahgunaan obat-obatan terlarang dengan karakteristik khas berbohong dan manipulatif juga berpotensi melakukan *malingering* dengan berpura-pura sakit atau mengunjungi dokter untuk mendapatkan obat-obatan (Keane, 2006; <http://www.csun.edu/>, 2016). Namun demikian, peneliti menilai bahwa jika penelitian ini diikuti dengan wawancara mendalam kepada partisipan maka akan diketahui lebih jelas motivasi atau keuntungan yang diharapkan untuk melakukan *malingering*.

Kemudian, berdasarkan berdasarkan jenisnya, diketahui bahwa rata-rata jenis kecenderungan *malingering* yang dilakukan partisipan yaitu *malingering* dalam gangguan afektif ($M=6,08$). Beberapa pertimbangan yang menjelaskan mengenai hal tersebut bahwa berdasarkan dari beberapa partisipan yang mengeluhkan kepada peneliti bahwa kehidupan di Lapas memang tidak menyenangkan, misalnya harus hidup jauh dari keluarga, tidak mendapatkan kebutuhan yang layak (makanan atau tidur yang tidak layak), rutinitas yang cenderung statis dan membuat jenuh sehingga hal ini mengarahkan pada stres yang dialami pada partisipan. Peneliti berasumsi hal inilah yang membuat skor *malingering* dalam gangguan afektif paling tinggi. Hal ini juga sejalan dengan yang dikemukakan oleh Otto dan Dweyer (dalam Geraerts, Jellicic, &

Merckelbach, 2006) bahwa terdapat juga resiko bagi seseorang yang memiliki gejala stres dalam melebih-lebihkan resikonya sehingga ketika diukur potensi *malingering*nya juga akan tinggi.

Berdasarkan hasil analisis utama dari penelitian ini diketahui bahwa hipotesis penelitian dapat diterima, yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada Warga Binaan Dewasa di Lembaga Pemasyarakatan Salemba, Cipinang dan Cibinong. Berkaitan dengan penelitian acuan yang langsung menghubungkan antara pengalaman buruk masa kecil belum ada secara spesifik penelitian yang membahas hal ini. Namun demikian, penelitian yang dilakukan oleh Geraerts, Jelicic, & Merckelbach (2006) yakni terdapat hubungan yang signifikan antara kekerasan seksual (sebagai salah satu jenis pengalaman buruk masa kecil) dengan *malingering* dengan melebih-lebihkan gejala yang dimiliki dibandingkan kelompok yang tidak pernah mengalami kekerasan seksual masa kecil. Menurut penelitian tersebut dalam hal ini terdapat resiko bagi korban kekerasan seksual untuk melakukan *malingering* dengan berpura-pura menciptakan gejala tertentu atau juga melebih-lebihkan gejala tertentu terkait dengan kekerasan seksual. Adapun alasan tersebut yakni karena adanya motif eksternal seperti kompensasi finansial atau motif internal seperti keinginan untuk memerankan peran sakit atau *sick role*. Sejalan dengan penjelasan di atas, Meyer dan Deitsch (dalam Peace, Porter, Cook & 2010) menjelaskan bahwa *malingering* berhubungan dengan pengalaman traumatis, salah satunya pengalaman kekerasan di masa kecil. Pada umumnya pengalaman traumatis seseorang dapat dipalsukan dan terkadang sulit dibedakan dari keluhan yang sebenarnya (Calhoun et al; Porter et al. 2007, dalam Peace, Porter & Cook, 2010). Hal ini karena terdapat potensi untuk mendapatkan keuntungan eksternal ataupun keuntungan psikologis dari pelaporan pengalaman traumatis yang dilakukan seseorang, sehingga keluhan tersebut perlu dievaluasi secara hati-hati (Yuille et al, dalam Peace & Masliuk, 2011).

Hubungan antara pengalaman buruk masa kecil dan *malingering* dengan mengaitkan jenis tindakan kriminal paling banyak terjadi pada partisipan antara lain narkoba, penggelapan atau penipuan, dan pencurian dapat dijelaskan dengan dinamika sebagai berikut. Menurut Sadock dan Sadock (2008), *malingering*

sangat erat kaitannya dengan perilaku *conduct* atau antisosial. Menurut Haugard (2008), terdapat faktor resiko seseorang berpotensi mengembangkan permasalahan perilaku *conduct* (perilaku antisosial) dan perilaku kriminal di kemudian hari, yaitu pengalaman buruk masa kecil seperti kekerasan atau pengabaian yang dilakukan orang tua, riwayat orang tua dengan penyalahgunaan obat-obatan, tinggal dengan orang tua tunggal. Hal ini sejalan dengan pernyataan Leventhal & Brooks-Gunn (dalam Mash & Wolf, 2010), pengalaman buruk masa kecil yang terjadi seperti kejadian negatif di keluarga maupun di lingkungan merupakan faktor yang membentuk permasalahan perilaku antisosial maupun kriminal pada diri seseorang. dampak pengalaman buruk masa kecil seperti kekerasan yang dialami pada masa kecil menyebabkan seseorang mengeluarkan (mengekskternalisasikan) gejala perilaku sebagai reaksi negatif ke lingkungan (Davis & Beech, 2012). Adapun gejala perilaku yang dikeluarkan meliputi perilaku berbohong, perilaku curang untuk mendapatkan barang atau sesuatu yang diinginkan, mencuri, dan lain-lain (Mash & Wolf, 2010). Dari beberapa gejala perilaku yang muncul tersebut, kebohongan merupakan diagnostik utama yang muncul pada permasalahan perilaku tersebut. Kebohongan inilah yang kemudian merupakan konsep utama dan khas pada *malingering*, yaitu terkait dengan melebih-lebihkan atau menciptakan sesuatu gejala yang tidak ada untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada. (Trimble, 2004; American Psychiatric Association, dalam Rogers 2008; Frick, et al., dalam Roger, 2008, Sadock & Sadock, 2008).

Dengan demikian, berdasarkan penjelasan di atas terdapat kemungkinan bahwa tindakan kriminal berupa penipuan, penggelapan, pencurian, yang salah satunya disebabkan oleh pengalaman buruk masa kecil hingga seseorang terbiasa untuk mengembangkan gejala perilaku berbohong atau berlaku curang untuk menghindari peraturan atau untuk mendapatkan sesuatu. Kebiasaan berbohong inilah yang juga kemudian berdampak pada potensi pada kecenderungan *malingering* partisipan.

Berikutnya, pada hasil analisis utama diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan

malingering. Pada penelitian ini terdapat 13 jenis pengalaman buruk masa kecil yang dijelaskan oleh WHO (2011). Peneliti kemudian mengkorelasikan antara 13 jenis pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* untuk mengetahui melihat jenis pengalaman buruk masa kecil yang paling berhubungan dengan *malingering*. Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan pada empat jenis pengalaman buruk masa kecil yaitu kekerasan kolektif atau masal, kekerasan komunitas, tinggal dengan orang tua tunggal (orang tua yang bercerai atau meninggal dunia) dan kekerasan seksual, serta yang berhubungan secara signifikan dengan kecenderungan *malingering* pada partisipan. Pada jenis pengalaman buruk berupa kekerasan kolektif dan kekerasan komunitas kaitanya dengan *malingering*, hal ini seperti yang telah sebelumnya dibahas bahwa seseorang yang seringkali mengalami atau menjadi saksi dari pengalaman buruk masa kecil berupa kekerasan dan tinggal dengan orang tua tunggal (orang tua yang meninggal atau orang tua yang mengalami bercerai atau berpisah) akan berpotensi untuk mengembangkan perilaku *conduct* (sikap atau perilaku menentang aturan) sebagai reaksi negatif terhadap lingkungan. Sadock dan Sadock (2008) menyatakan sekitar 50% anak-anak dan remaja yang menampilkan perilaku *conduct* atau antisosial cenderung memiliki isu serius mengenai kebohongan yang sangat terkait dengan isu *malingering*. Kebohongan dilakukan untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada. (Trimble, 2004; American Psychiatric Association, dalam Rogers 2008; Frick, et al., dalam Roger, 2008, Sadock & Sadock, 2008). Dengan kata lain, seseorang yang terbiasa mengalami pengalaman buruk masa kecil berupa kekerasan dapat mengembangkan reaksi negatif terhadap lingkungan misalnya berbohong atau menipu untuk mendapatkan barang, menghindari kewajiban atau menentang aturan yang ada. Dimana gejala perilaku yang muncul sangat erat berhubungan dengan potensi *malingering*.

Berkaitan dengan hubungan antara pengalaman buruk seksual dan kecenderungan *malingering* sebelumnya telah dijelaskan oleh penelitian dari Jelacic, & Merckelbach (2006) yakni terdapat hubungan yang signifikan antara kekerasan seksual dengan *malingering* dengan lebih-lebihkan gejala yang dimiliki dibandingkan kelompok yang tidak pernah mengalami kekerasan seksual

masa kecil. Menurut penelitian tersebut dalam hal ini terdapat resiko bagi korban kekerasan seksual untuk melakukan *malingering* dengan berpura-pura menciptakan gejala tertentu atau juga melebih-lebihkan gejala tertentu terkait dengan kekerasan seksual. Adapun alasan tersebut yakni karena adanya motif eksternal seperti kompensasi finansial atau motif internal seperti keinginan untuk memerankan peran sakit atau *sick role*. Selain itu Kar & Kumar (2015) menjelaskan bahwa pengalaman buruk berupa kekerasan seksual berdampak pada *abnormal illness behavior* yaitu ketidaktepatan dalam berespon mengenai kondisi diri sendiri. Dampak yang ditimbulkan dari hal tersebut antara lain berespon secara secara somatisasi tentang kejadian yang terjadi di lingkungan (Stuart & Noyes, dalam Morgan & Sweet, 2009). *Abnormal illness behavior* pun juga dapat dimanefastasikan dalam bentuk secara tidak disadari untuk melebih-lebihkan gejala yang dimiliki hingga secara sengaja untuk melebih-lebihkan gejala perilaku yang ada untuk mendapatkan internal (mendapatkan perhatian) hingga mendapatkan keuntungan eksternal (*malingering*) (Kar & Kumar (2015). Hal ini dilakukan sebagai bentuk mekanisme pertahanan yang dilakukan seseorang pada situasi yang menekan. Kemudian ketika telah mengadopsi *abnormal illness behavior*, maka seseorang dapat melakukan *malingering* dengan secara sadar dapat memanipulasi tampilan gejala yang dialami hingga kemudian dengan berusaha untuk mendapatkan perhatian atau keuntungan lainnya (Kar & Kumar, 2015)

Berdasarkan diskusi di atas, peneliti menemukan beberapa keterbatasan dalam penelitian ini. Pertama dalam pengambilan data pengalaman buruk masa kecil dan *malingering*, peneliti menilai bahwa informasi yang didapatkan tidak mendalam. Misalnya pada pengambilan data pengalaman buruk masa kecil data yang dapat diketahui hanyalah jumlah dan jenis pengalaman buruk masa kecil. Hal ini tentu akan berbeda jika dilakukan wawancara untuk mengetahui secara detail bentuk pengalaman buruk masa kecil yang tentunya menjadi pengalaman traumatis bagi setiap individu yang mengalaminya. Kedua dari hasil skor *malingering* mayoritas partisipan yang tinggi, peneliti menilai bahwa alat ukur ini perlu diujicobakan kembali kepada sampel yang lebih banyak. Mengingat bahwa terdapat cukup banyak item yang tidak valid pada alat ukur ini sehingga perlu

memastikan kembali pemahaman individu mengenai item-item pada alat ukur ini yang dikhawatirkan mempengaruhi skor *malingering* partisipan. Kemudian berkaitan dengan *malingering*, pengambilan data dilakukan secara *self report* yang tentunya dapat memunculkan bias subjektif pada individu. Hal ini akan lebih objektif ketika terdapat penilaian lain yang lebih objektif dari psikolog atau psikiater mengenai kondisi *malingering* partisipan. Terakhir, penelitian ini memiliki keterbatasan dalam partisipan penelitian, yaitu hanya pada narapidana. Hal ini tentu akan berbeda pada sampel lainnya yang juga memiliki potensi melakukan *malingering* lainnya, misalnya pada pelaku kriminal yang masih menunggu proses hukum dimana selama menunggu ketetapan hukum potensi untuk melakukan *malingering* sangat jelas dilakukan. Atau misalnya pada partisipan yang telah lama mengidap suatu gangguan fisik atau psikologis, namun belum diketahui penyebabnya.

5.2 Saran

5.2.1 Saran Metodologis

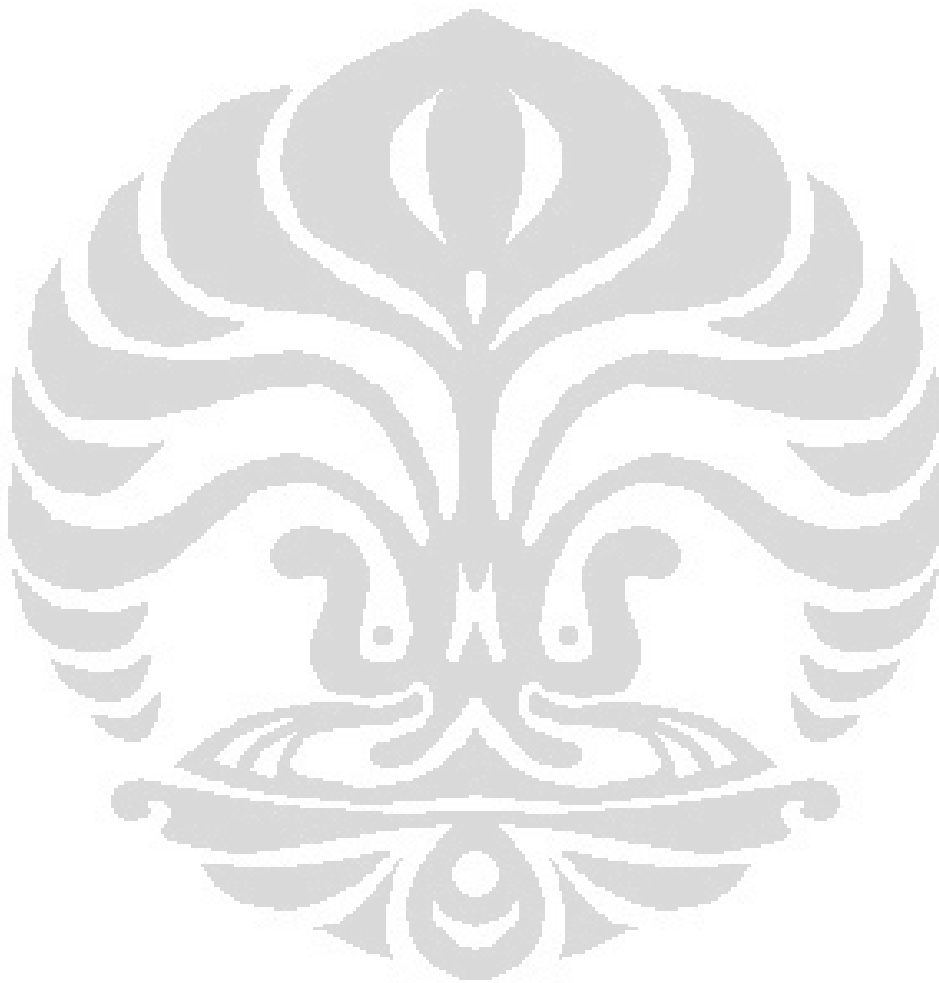
- a. Pada penelitian berikutnya, peneliti menyarankan agar pengambilan data dilengkapi dengan wawancara untuk mengetahui gambaran lebih mendetil mengenai pengalaman buruk masa kecil dan kecenderungan *malingering* pada partisipan. Berdasarkan pengalaman buruk masa kecil, wawancara perlu dilakukan untuk mengetahui misalnya pelaku yang menyebabkan pengalaman buruk masa kecil, dampak langsung yang didapatkan dari pengalaman buruk masa kecil, serta bagaimana cara *coping* yang dilakukan dalam menghadapinya. Hal ini bertujuan untuk melihat pengaruh pengalaman buruk yang dialami dengan kondisi partisipan saat ini. Berdasarkan kecenderungan *malingering*, perlu ditekankan bahwa alat ukur SIMS merupakan salah satu alat untuk mendeteksi *malingering*. Dengan demikian, wawancara diperlukan untuk mengetahui keluhan atau kondisi fisik atau psikologis yang sehari-hari partisipan. Kemudian, wawancara juga diperlukan untuk membandingkan antara kondisi yang

dialami (terdapat gejala psikologis atau fisik yang mencurigakan), potensi keuntungan eksternal yang dilakukan dalam melakukan *malingering*.

- b. Kemudian pada alat ukur SIMS, meskipun pada penelitian ini terdapat berapa item telah mengalami revisi dan penyesuaian, peneliti menyarankan untuk mengujicobakan kembali alat ukur SIMS pada sampel yang lebih banyak hal ini perlu dilakukan untuk mengetahui lebih lanjut apakah alat ukur SIMS telah sesuai dengan konteks di Indonesia juga mengingat bahwa masih terdapat item-item pada alat ukur ini yang belum valid.
- c. Pada penelitian berikutnya, untuk meningkatkan objektivitas dan akurasi penilaian terhadap kecenderungan *malingering* dibutuhkan penilaian dari psikolog dan psikiater yang tentunya memiliki kemampuan dalam mendignosa keadaan jiwa seseorang.
- d. Pada penelitian berikutnya peneliti menyarankan agar sampel yang dipilih dapat lebih disesuaikan. Berkaitan dengan *malingering*, pada konteks forensik penelitian ini dapat dilakukan pada partisipan dengan jenis kekerasan kriminalitas yang lebih spesifik (misalnya kasus kekerasan saja) sehingga dapat menjadi suatu upaya prediktif dalam mengetahui kemungkinan terulang kembali kekerasan yang dialami dengan tindakan kriminal yang dilakukan. Kemudian pada konteks klinis, penelitian selanjutnya juga dapat dilakukan pada partisipan yang juga memiliki resiko untuk melakukan maligering misalnya pasien yang mengalami PTSD, pasien rumah sakit yang mengalami penyakit namun tidak diketahui secara pasti penyebab sakit tersebut. Berkaitan dengan pengalaman buruk masa kecil, penelitian juga dapat dilakukan dengan membandingkan antara narapidana dengan masyarakat umum untuk mengetahui perbedaan signifikan antara keduanya.

5.2.2 Saran Praktis

Berdasarkan hasil penelitian dapat menjadi acuan bagi psikolog forensik atau psikolog klinis untuk dapat menerapkan teknik untuk mendeteksi *malingering* pada kelompok yang beresiko untuk melakukan *malingering* dengan mempertimbangkan riwayat pengalaman buruk masa kecil yang pernah dialami.



DAFTAR PUSTAKA

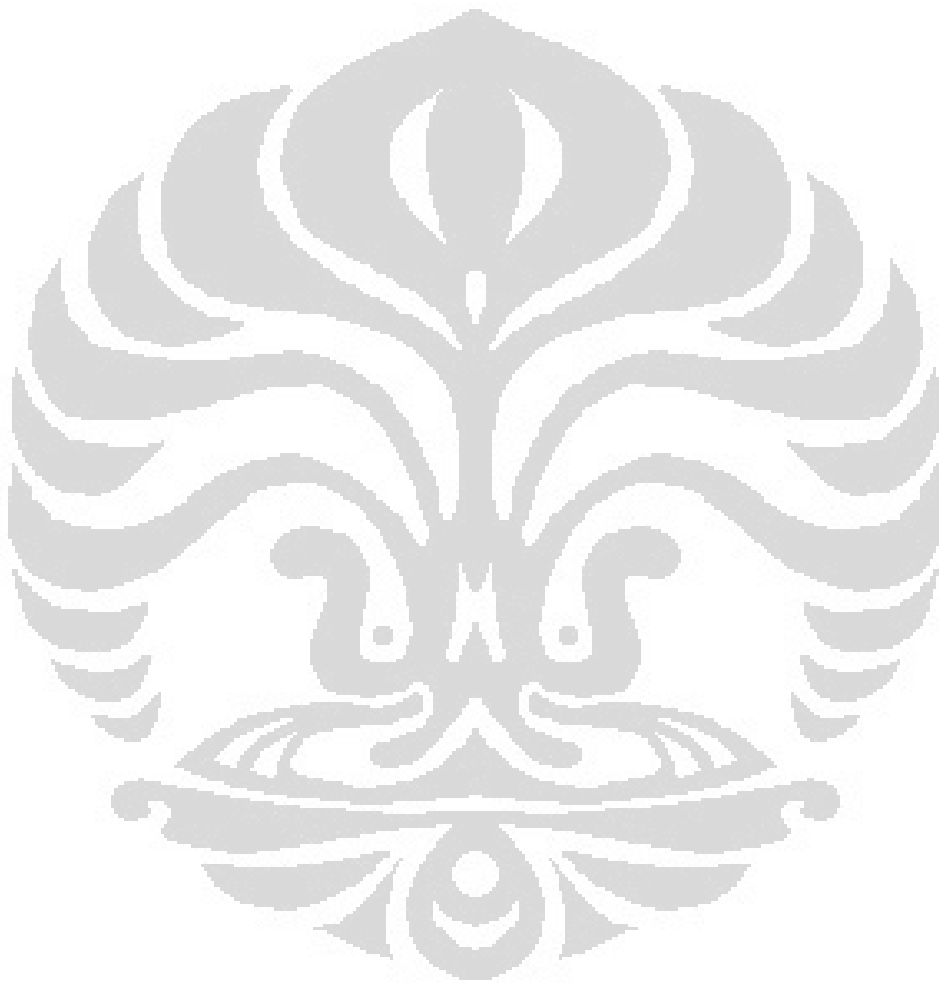
- Aiken, L R., Groth-Marnat, Garry. (2006). *Psychology Testing*. (12thed).
- Ainsworth, P.B. (2000). *Psychology and Crime: Myth and reality* (1st ed). Harlow: Pearson Education Limited.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed.). United States of America : American Psychiatric Publishing.
- Baglivio, M.T., Wolff, K.T., Piquero, A.R., Epps, N. (2015). The relationship between adverse childhood experiences (ACE) and juvenile offending trajectories in a juvenile offender sample. *Journal of Criminal Justice* 43 (2015) 229–241
- Christianson, S.E. (2007). *Offenders' memories of violent crimes*. The Atrium, Southeern Gate, Chichester, West Sussex :John wiley & Sons Ltd.
- Conroy, M.A., & Kwartner, P. P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*.
- California State University, Northridge (CSN). (2016). Substance Abuse and Dependence chapter 9.
- Davis, G., & Beech, A. (2012). *Forensic psychology crime justice intervention* (2th ed). United Kingdom : British Psychological Society and John Wiley & Sons Ltd
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., .. Marcks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experience study. *American Journal of Preventive Medicine*.
- Geraerts, Elke., Jelacic, Marko., & Merckelbach, Harald. (2006). Merckelbach Symptom Overreporting and Recovered Memories of Childhood Sexual Abuse. *Journal Law Hum Behav*.30:621–630
- Gravetter, F.J., Forzano, L.A.B. (2012). *Research methodology for the Behavioral Science* (4th ed). Wadsworth :Cengage Learning

- Hales. R.E., Yudofsky, S.C., Gabbard, G.O.(2008). *Forensic Psychology* (5th ed).Arlington: American Publishing , Inc.
- Halligan, P. W., Bass, C., Oakley, D.A. (2003). *Malingering and illness deception*. New York : Oxford University Press.
- Haugaard, J.J. (2008). *Child psychopathology*. New York:Mc Graw Hill International Ed.
- Impelen, V.A., Merckelbach, H., Jelicic, M., Merten, T. (2014). The structured inventory of malingered symptomatology (SIMS): A systematic review and meta-analysis. *Meta-Analysis, The clinical neuropsychologist*, DOI: 10.1080/13854046.2014.984763
- Jelicic, M., Hessels, A., & Merckelbach,H. (2006). Detection of feigned psychosis with structured inventory of malingered symptomatology (SIMS): A study of coached and uncoached simulator. *Journal of Psychopathology Assesment*, Vol. 28, No 1, Maret 2006.
- Kaplan, R.M., ,& Saccuzzo, D.P. (2005). *Psychological Testing*.
- Kar, Kumar., & Kumar, Rajesh. (2015). Evolving Concept Of Abnormal Illness Behavior & Clinical Implications ASEAN.*Journal of Psychiatry*, Vol. 16 (2), July - December 2015: XX-XX ita Kumar Kar.
- Kring, A.M., Johnson, S.J., Davison.G. J., Neale,J.M. (2013). *Abnormal Psychology* (12thed.). Singapore : John Wiley & Sons
- Kazeem, O.T. (2015). A Validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*. Vol.5.
- Kramer, G.P., Bernstein, D.A., Phares,Vicky. (2014). *Introduction to clinical psychology*.
- Levenson, J.S., Willis, G.M., & Prescott, D.S. (2014). adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: Implications for trauma-informed care. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment*: 28 May 2014 1 –20
- Mash, E.J., & Wolfe, D.A. (2010). *Abnormal child psychology* (4th ed). Canada: Cengage Learning
- Morgan,J.E.,& Sweet, J. (2009). *Neuropsychology of Malingering Book*. Great Britain: Psychology Press

- Peace, K.A., & Masliuk, K.A (2011). Do Motivations for Malingering Matter? Symptoms of Malingered PTSD as a Function of Motivation and Trauma Type. *Journal Psychol. Inj. and Law*
- Peace, K.A., & Porter, Stephen., Cook, & B.L. (2010). Investigating Differences in Truthful and Fabricated Symptoms of Traumatic Stress over Time. *Journal Psychol. Inj. and Law* (2010) 3:118–129 DOI 10.1007/s12207-010-9078-8
- Smith, G.P. & Burger, G.K. (1997). Detection of Malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) . *Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 25, No. 2, 1997
- Reavis, J.A., Looman, J., Franco, K.A., Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: How long must we live before we possess our own lives?. *The Permanente Journal Spring*, Vol. 17 No. 2
- Republika.co.id. (2013). Sakit Jadi Alasan Populer Napi Keluar Penjara. Retrieved from <http://www.republika.co.id/berita/nasional/hukum/13/05/13/mmqmj4-sakit-jadi-alasan-populer-napi-keluar-penjara>.
- Rogers, Richard. (2008). *Clinical assessment of malingering and deception*. 3rd ed. New York : The Guilford Press
- Rosenfeld, B & Penrod, S.D. (2011). *Research Methods in Forensic Psychology*. New Jersey: Wiley & Sons, Inc.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Levin, Ze'ev (2007). *Kaplan and Sadock's Study Guide and Self-examination Review in Psychiatry* (2th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins a Wolters Kluwer Business.
- Scott, Charles. L. (2012). *Forensic Psychiatry: Clinics review article, psychiatric clinics of north America*.
- Sinaga, B. (2012) . *Kitab saku KUHP (Kitab undang-undang hukum pidana) dan KUHP (Kitab undang-undang hukum acara pidana)* (1st ed). Depok : Marsindo Publishing.
- Trimble, Michael. (2004). *Somatoform disorders: A Medicolegal guide*. Cambridge : Cambridge University Press

Wrightsman. L.S & Fulero, S.L. (2005). *Forensic Psychology* (2th ed). Belmont : Thomson Wadworth.

World Health Organization. (2011). Violence and Injury Prevention : Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en





LAMPIRAN

LAMPIRAN A HASIL UJI COBA ALAT UKUR

A.1.2 Reliabilitas Pengalaman Buruk Masa Kecil

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,864	31

A.1.2 Validitas Pengalaman Buruk Masa Kecil

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	12,30	34,011	,172	,867
p2	11,95	34,261	,157	,866
p3	12,15	37,082	-,333	,881
p4	12,65	34,134	,417	,861
p5	11,85	34,450	,160	,865
f1	12,50	31,526	,777	,851
f2	12,70	35,274	,000	,865
f3	12,45	31,524	,712	,851
f4	12,50	33,421	,355	,861
f5	12,00	35,158	-,019	,871
f6	12,45	31,103	,802	,849
f7	12,55	34,155	,230	,864
f8	12,50	31,737	,728	,852
a1	12,45	31,839	,646	,853
a2	12,35	34,450	,102	,868
a3	12,45	31,839	,646	,853
a4	12,55	32,787	,561	,857
a5	12,50	31,316	,825	,849
a6	12,40	32,463	,483	,858
a7	12,45	32,892	,429	,859
a8	12,45	34,787	,055	,869
v1	12,10	32,305	,475	,858
v2	12,10	32,305	,475	,858
v3	12,05	31,734	,599	,854
v4	11,70	35,274	,000	,865
v5	12,25	31,039	,699	,851
v6	11,90	33,147	,414	,860
v7	12,40	32,674	,443	,859
v8	12,35	32,239	,503	,857
v9	11,95	33,208	,365	,861
v10	12,05	34,576	,080	,869

--	--	--	--	--

A.1.3 Reliabilitas Kecenderungan Malinger

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,801	75

A.1.3 Validitas Kecenderungan Malinger

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1	24,95	62,471	,535	,790
item2	24,50	63,526	,568	,791
item3	24,80	65,958	,091	,802
item4	24,90	63,042	,453	,792
item5	24,65	64,976	,235	,798
item6	25,00	67,684	-,118	,807
item7	24,90	67,989	-,151	,808
item8	25,35	66,976	,000	,801
item9	25,10	65,253	,213	,798
item10	24,95	63,208	,440	,792
item11	25,30	65,695	,340	,798
item12	25,25	67,145	-,052	,803
item13	25,20	63,116	,640	,790
item14	25,15	66,450	,053	,802
item15	24,90	61,674	,629	,787
item16	24,55	64,050	,420	,794
item17	24,95	63,208	,440	,792
item18	25,30	66,011	,252	,799
item19	24,45	66,366	,103	,800
item20	25,25	65,145	,350	,796
item21	25,15	66,766	,006	,803
item22	25,00	66,000	,093	,801
item23	25,00	67,158	-,052	,805
item24	25,00	68,211	-,182	,808
item25	24,80	66,800	-,010	,804
item26	25,10	64,200	,362	,795

item27	25,00	67,368	-,079	,806
item28	25,25	64,092	,566	,793
item29	25,20	64,695	,364	,795
item30	24,75	67,882	-,140	,808
item31	25,00	63,474	,418	,793
item32	24,65	64,766	,263	,797
item33	24,85	63,818	,353	,795
item34	24,65	63,503	,434	,793
item35	25,25	64,829	,414	,795
item36	24,85	63,818	,353	,795
item37	25,10	65,147	,228	,798
item38	25,10	66,621	,022	,803
item39	24,90	63,358	,413	,793
item40	25,30	66,958	-,009	,802
item41	25,25	65,355	,307	,797
item42	25,20	65,537	,220	,798
item43	24,80	67,116	-,048	,805
item44	25,25	66,618	,052	,801
item45	24,90	64,411	,281	,797
item46	25,25	67,987	-,218	,805
item47	25,15	66,029	,117	,800
item48	25,00	64,842	,240	,798
item49	25,05	65,208	,204	,799
item50	25,05	63,734	,402	,794
item51	24,95	62,050	,590	,788
item52	24,75	63,461	,407	,793
item53	25,00	66,526	,026	,803
item54	25,00	67,053	-,039	,805
item55	25,25	67,039	-,031	,803
item56	25,20	67,116	-,046	,803
item57	25,00	64,632	,268	,797
item58	25,00	69,684	-,361	,813
item59	25,00	64,632	,268	,797
item60	24,85	64,555	,262	,797
item61	25,30	66,537	,107	,800
item62	25,15	63,397	,522	,792
item63	25,20	66,695	,025	,802
item64	24,65	62,345	,594	,789
item65	24,95	63,313	,426	,793
item66	24,95	63,524	,399	,793
item67	25,30	68,011	-,294	,805

item68	24,80	66,274	,053	,803
item69	25,30	66,958	-,009	,802
item70	24,70	64,011	,348	,795
item71	24,90	64,200	,308	,796
item72	25,35	66,976	,000	,801
item73	25,20	67,221	-,063	,804
item74	24,90	62,937	,467	,791
item75	25,05	67,945	-,153	,807

LAMPIRAN B (Hasil Penelitian)

B. 1 Gambaran Umum Variabel Penelitian

B.1.1 Gambaran umum pengalaman buruk masa kecil

Statistics

ACE

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		3,30
Median		3,00
Minimum		1
Maximum		9

ACE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	19	22,1	22,1	22,1
2	13	15,1	15,1	37,2
3	20	23,3	23,3	60,5
4	13	15,1	15,1	75,6
Valid 5	9	10,5	10,5	86,0
6	4	4,7	4,7	90,7
7	7	8,1	8,1	98,8
9	1	1,2	1,2	100,0
Total	86	100,0	100,0	

B.1.2 Gambaran umum malingering

Statistics

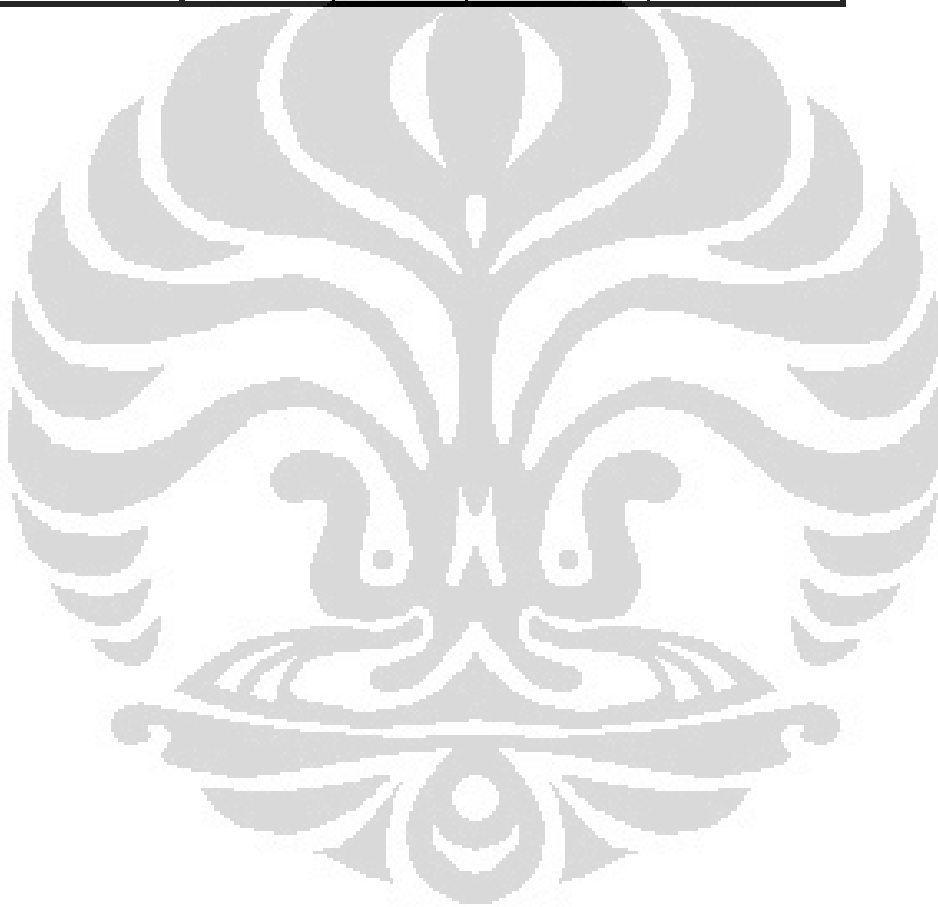
Statistics

SIMS

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		19,79
Median		20,50
Minimum		4
Maximum		38

SIMS				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	1	1,2	1,2	1,2
6	1	1,2	1,2	2,3
7	1	1,2	1,2	3,5
8	3	3,5	3,5	7,0
9	2	2,3	2,3	9,3
10	1	1,2	1,2	10,5
11	2	2,3	2,3	12,8
12	2	2,3	2,3	15,1
13	3	3,5	3,5	18,6
14	6	7,0	7,0	25,6
Valid 15	7	8,1	8,1	33,7
16	3	3,5	3,5	37,2
17	2	2,3	2,3	39,5
18	2	2,3	2,3	41,9
19	3	3,5	3,5	45,3
20	4	4,7	4,7	50,0
21	5	5,8	5,8	55,8
22	2	2,3	2,3	58,1
23	11	12,8	12,8	70,9
24	4	4,7	4,7	75,6
25	2	2,3	2,3	77,9

26	5	5,8	5,8	83,7
27	3	3,5	3,5	87,2
28	2	2,3	2,3	89,5
29	1	1,2	1,2	90,7
30	4	4,7	4,7	95,3
32	1	1,2	1,2	96,5
33	1	1,2	1,2	97,7
37	1	1,2	1,2	98,8
38	1	1,2	1,2	100,0
Total	86	100,0	100,0	



B.2 Hasil Utama Penelitian

B.2.1 Hubungan Pengalaman Buruk Masa Kecil dan Kecenderungan Malinger

Correlations

		ACE	SIMS
ACE	Pearson Correlation	1	,286**
	Sig. (2-tailed)		,008
	N	86	86
SIMS	Pearson Correlation	,286**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
	N	86	86

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

B.3 Hasil Analisis Tambahan Hubungan antara Jenis Pengalaman Buruk Masa Kecil dan Kecenderungan Malinger

B.3.1 Pengabaian Emosi dan Kecenderungan Malinger

Correlations

		Malinger	PengabaianEmo
Malinger	Pearson Correlation	1	-,080
	Sig. (2-tailed)		,464
	N	86	86
PengabaianEmo	Pearson Correlation	-,080	1
	Sig. (2-tailed)	,464	
	N	86	86

B.3.2 Pengabaian Fisik dan Kecenderungan Malinger

Correlations		Malinger	PengabaianFisik
Malinger	Pearson Correlation	1	,023
	Sig. (2-tailed)		,833
	N	86	86
PengabaianFisik	Pearson Correlation	,023	1
	Sig. (2-tailed)	,833	
	N	86	86

B.3.3 Anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan jiwa depresi, pernah mencoba bunuh diri) dan Kecenderungan Malinger

Correlations		Malinger	AngkeluargaMasalahKesehatanJiwa
Malinger	Pearson Correlation	1	. ^a
	Sig. (2-tailed)		.
	N	86	86
AngkeluargaMasalahKesehatanJiwa	Pearson Correlation	. ^a	. ^a
	Sig. (2-tailed)	.	.
	N	86	86

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

B.3.4 Anggota keluarga yang bermasalah dengan alkohol atau obat-obatan dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	AngKeluargaMasalahdgAlkoholObatobatan
Malingering	Pearson Correlation	1	,111
	Sig. (2-tailed)		,308
	N	86	86
AngKeluargaMasalahdgAlkoholObatobatan	Pearson Correlation	,111	1
	Sig. (2-tailed)	,308	
	N	86	86

B.3.5 Anggota keluarga yang bermasalah dengan hukum (pernah dipenjara) dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	AngKeluargaMasalahdgHukum
Malingering	Pearson Correlation	1	,015
	Sig. (2-tailed)		,891
	N	86	86
AngKeluargaMasalahdgHukum	Pearson Correlation	,015	1
	Sig. (2-tailed)	,891	
	N	86	86

B.3.6 Tinggal dengan Orang Tua Tunggal dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	OrtuBerpisahatauMeni nggaldunia
Malingering	Pearson Correlation	1	,216*
	Sig. (2-tailed)		,046
	N	86	86
OrtuBerpisahatauMeninggal dunia	Pearson Correlation	,216*	1
	Sig. (2-tailed)	,046	
	N	86	86

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

B.3.7 Anggota keluarga yang diperlakukan kasar dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	AngKeluarga diperlakukan Kasar
Malingering	Pearson Correlation	1	,086
	Sig. (2-tailed)		,429
	N	86	86
AngKeluangadiperlakukanKa sar	Pearson Correlation	,086	1
	Sig. (2-tailed)	,429	
	N	86	86

B.3.8 Kekerasan Emosional dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	KekerasanEm osional
Malingering	Pearson Correlation	1	-,051
	Sig. (2-tailed)		,642
	N	86	86
KekerasanEmosional	Pearson Correlation	-,051	1
	Sig. (2-tailed)	,642	
	N	86	86

B.3.9 Kekerasan Fisik yang dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	KekerasanFisik
Malingering	Pearson Correlation	1	-,102
	Sig. (2-tailed)		,351
	N	86	86
KekerasanFisik	Pearson Correlation	-,102	1
	Sig. (2-tailed)	,351	
	N	86	86

B.3.10 Kekerasan Seksual dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	KekerasanSeksual
Malingering	Pearson Correlation	1	,220*
	Sig. (2-tailed)		,042
	N	86	86
KekerasanSeksual	Pearson Correlation	,220*	1
	Sig. (2-tailed)	,042	
	N	86	86

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

B.3.11 Bullying dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	Bullying
Malingering	Pearson Correlation	1	,027
	Sig. (2-tailed)		,804
	N	86	86
Bullying	Pearson Correlation	,027	1
	Sig. (2-tailed)	,804	
	N	86	86

B.3.12 Kekerasan Komunitas dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	KekerasanKom unitas
Malingering	Pearson Correlation	1	,260 [*]
	Sig. (2-tailed)		,016
	N	86	86
KekerasanKomunitas	Pearson Correlation	,260 [*]	1
	Sig. (2-tailed)	,016	
	N	86	86

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

B.3.13 Kekerasan Kelompok atau Masal dan Kecenderungan Malingering

Correlations

		Malingering	KekerasanKelo mpokatauMasal
Malingering	Pearson Correlation	1	,442 ^{**}
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	86	86
KekerasanKelompokatauMa sal	Pearson Correlation	,442 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	86	86

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).