



FKUI

T

W79

P895

2005

UNIVERSITAS INDONESIA

**KARAKTERISTIK DAN DAMPAK  
PERKOSAAN PADA ANAK PEREMPUAN**

TESIS

Oleh

Titis Prawitasari

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN ANAK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA  
2005

Penelitian ini dilakukan di Departemen Ilmu Kesehatan Anak  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia  
sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Dokter Spesialis Anak

Isi dan hasil penelitian ini merupakan hak milik  
Departemen Ilmu Kesehatan Anak  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Jakarta, Januari 2005

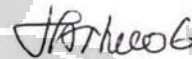
Disetujui oleh

PEMBIMBING

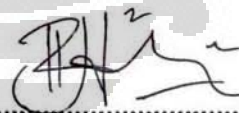
NAMA

TANDA TANGAN

1. Dr. Hartono Gunardi, Sp.A



2. Rosdiana S. Tarigan, MPsi, MHPEd



3. Prof. Dr. H. Bambang Madiyono, SpA(K), SpJP



## KATA PENGANTAR

---

Puji syukur kepada Tuhan YME karena berkat rahmat dan karuniaNya saya dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan pendidikan sebagai peserta Program Dokter Spesialis Anak dengan tujuan untuk memberi pengalaman dan wawasan kepada peserta program studi tentang lingkup penelitian kedokteran.

Pada kesempatan ini saya ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih saya kepada Dr. Hartono Gunardi, SpA dan Rosdiana S. Tarigan, MPsi, MHPEd selaku pembimbing materi yang dengan penuh perhatian dan sabar senantiasa membimbing dan membantu saya sejak awal penyusunan proposal, pelaksanaan penelitian, hingga penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga saya tujukan kepada Prof. Dr. H. Bambang Madiyono, SpA(K), SpJP selaku pembimbing metodologi. Saran dan petunjuk beliau yang membangun senantiasa mendorong dan membantu saya untuk dapat menyelesaikan tesis ini.

Kepada dewan penguji tesis Dr. S. Harry Purwanto, SpA(K) dan Dr. Indra Soegiarno, SpA dengan rasa hormat saya ucapkan banyak terima kasih karena telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, kritik dan saran serta masukan yang sangat bermanfaat untuk menyempurnakan penulisan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih saya sampaikan kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia serta kepada Prof. Dr. Asril Aminullah, SpA(K) selaku Kepala Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM terdahulu dan Dr. Arwin AP Akib, SpA(K) selaku Kepala Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM saat ini, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menjadi peserta pendidikan dokter spesialis dan menyelesaikan pendidikan di Departemen I Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM.

Terima kasih juga saya sampaikan kepada Dr. Mardjanis Said, SpA(K) sebagai Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Anak terdahulu dan Dr. Abdul Latief, SpA(K) sebagai Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Anak saat ini beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menjalani pendidikan serta memberikan kemudahan untuk melaksanakan pembuatan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Dr. Sudiyanto, SpA(K), Dr. Soedjatmiko, SpA(K), MSi dan Dr. Rini Sekartini, SpA selaku staf pengajar di Divisi Tumbuh Kembang Pediatri Sosial atas perhatian dan bimbingannya selama ini.

Kepada Dr. Budi Sampurno, SH, SpF, Kepala Pusat Krisis Terpadu RS Cipto Mangunkusumo, terima kasih atas bantuan dan kemudahan yang diberikan kepada saya demi terlaksananya penelitian ini. Rekan-rekan psikolog, perawat, pekerja sosial dan tenaga non medis lainnya serta pasien-pasien di Pusat Krisis Terpadu RSCM, terima kasih atas bantuan dan kerja samanya selama penyusunan tesis ini.

Rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada seluruh staf pengajar Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan membagi pengalaman selama saya mengikuti pendidikan ini. Bimbingan dan tempaan mereka menjadi bekal hidup saya dalam mengabdikan ilmu saya dikemudian hari.

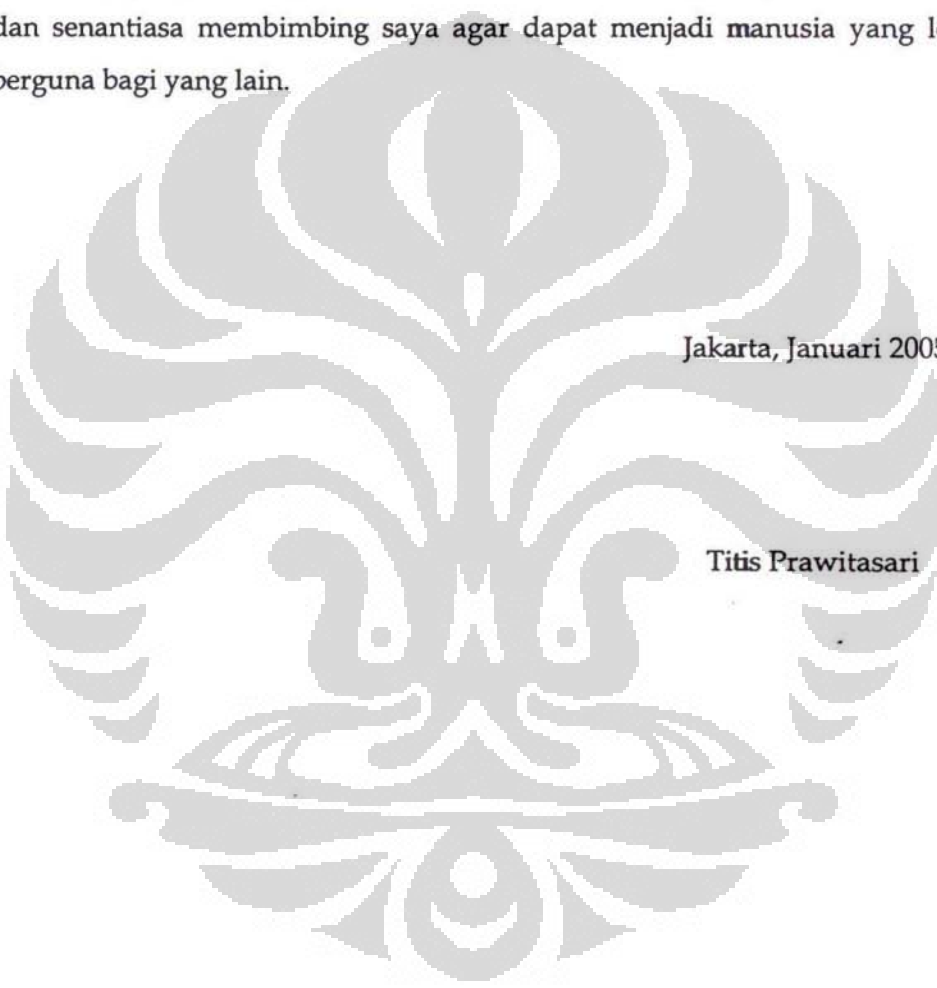
Kepada rekan-rekan sejawat serta 11 sahabatku dalam suka dan duka sejak pertama kali saya berada di Departemen Ilmu Kesehatan anak ini, terima kasih atas semua perhatian, semangat dan dukungan selama ini. Semoga semua itu tidak akan berhenti hanya sampai di sini.

Ucapan terima kasih yang tidak terhingga dan rasa sayang saya haturkan kepada kedua orangtua saya yang telah yang telah membesarkan, mendidik dan membimbing saya dengan penuh cinta kasih, kesabaran dan pengorbanan. Doa dan dorongan mereka merupakan kunci keberhasilan



yang membawa saya hingga seperti sekarang ini. Kepada adikku tercinta, terima kasih atas segala pengertian, semangat dan dukungannya selama ini.

Akhirnya dengan rendah hati saya mengharapkan kritik dan saran atas kekurangan dan ketidaksempurnaan penelitian ini. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan menjadi pemicu bagi rekan-rekan lainnya untuk lebih dalam meneliti topik-topik seperti ini. Kiranya Allah yang Maha Pengasih dan Penyayang melimpahkan rahmat dan karuniaNya kepada kita semua dan senantiasa membimbing saya agar dapat menjadi manusia yang lebih berguna bagi yang lain.



Jakarta, Januari 2005

Titis Prawitasari

## DAFTAR ISI

---

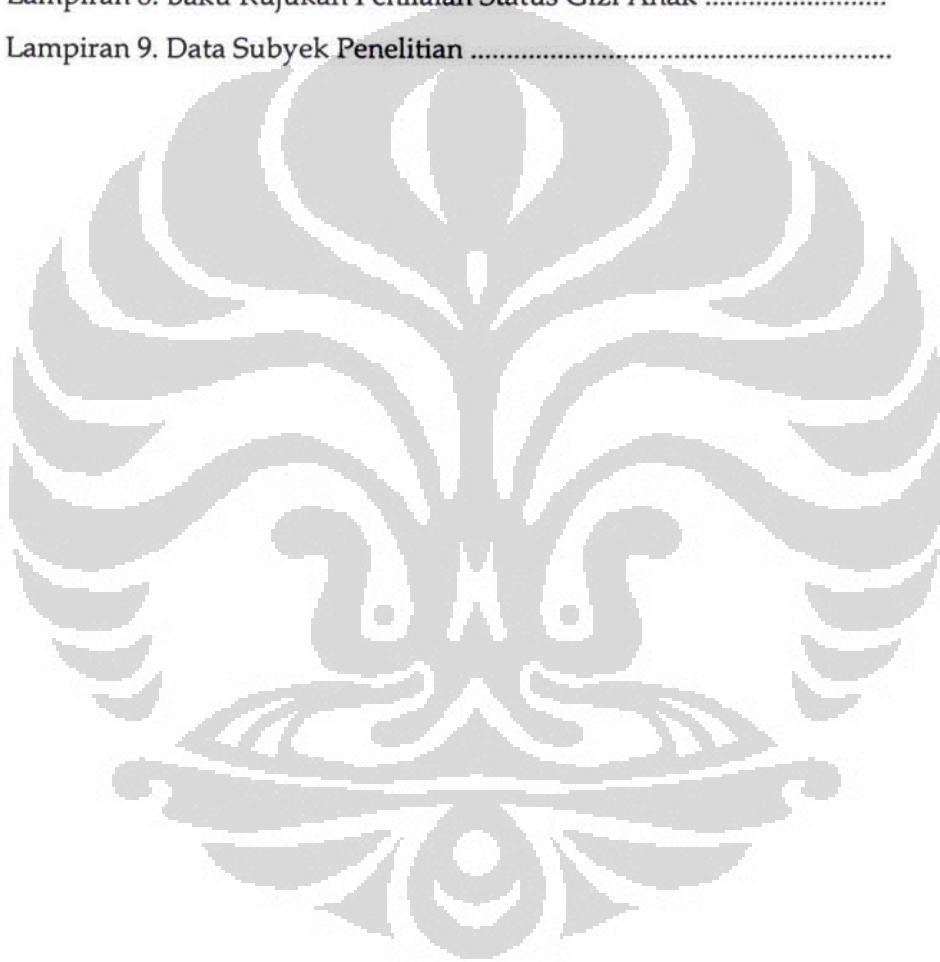
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	2
1.3. Tujuan Penelitian .....	3
1.4. Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Definisi .....	5
2.2. Epidemiologi .....	5
2.3. Faktor Risiko .....	6
2.4. Pendekatan Diagnosis.....	7
2.4.1. Anamnesis .....	8
2.4.2. Pemeriksaan Fisis .....	8
2.4.3. Laboratorium .....	9
2.4.4. Diagnosis .....	10
2.4.5. Diagnosis Banding .....	10
2.4.6. Tata Laksana .....	10

2.5. Dampak Perkosaan pada Anak .....	11
2.6. Alat Ukur .....	13
2.6.1. Child Behaviour Checklist (CBCL) .....	14
2.6.2. Drawing-A-Person (DAP) .....	16
2.6.3. House-Tree-Person (HTP) .....	16
2.6.4. Raven's Progressive Matrices (RPM) .....	17
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>19</b>
<b>BAB IV. METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1. Desain penelitian .....	21
4.2. Tempat dan waktu penelitian .....	21
4.3. Populasi penelitian .....	21
4.4. Besar Sampel .....	21
4.5. Alur penelitian .....	22
4.6. Cara Kerja .....	23
4.7. Variabel Penelitian .....	23
4.8. Batasan Operasional .....	24
4.9. Pengolahan Data .....	31
<b>BAB V. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>32</b>
<b>BAB VI. PEMBAHASAN</b>	
6.1. Keterbatasan Penelitian .....	48
6.2. Karakteristik Subyek .....	49
6.3. Karakteristik Keluarga .....	49
6.4. Karakteristik Pelaku .....	50
6.5. Karakteristik Peristiwa Perkosaan .....	51
6.6. Hasil Pemeriksaan Fisis dan Status Gizi .....	55

6.7. Hasil Pemeriksaan Psikologis .....	57
6.7.1. Hasil Penilaian dengan Menggunakan CBCL .....	57
6.7.2. Hasil Penilaian dengan Menggunakan DAP .....	58
6.7.2.1. Subyek dengan Riwayat Perkosaan $\leq$ 3 bulan .....	58
6.7.2.2. Subyek dengan Riwayat Perkosaan $>$ 3 bulan .....	59
6.7.3. Hasil Penilaian dengan Menggunakan HTP .....	61
6.7.3.1. Subyek dengan Riwayat Perkosaan $\leq$ 3 bulan .....	61
6.7.3.2. Subyek dengan Riwayat Perkosaan $>$ 3 bulan .....	62
6.7.4. Hasil Penilaian Alur Pikir dengan Menggunakan RPM .....	63
6.7.5. Interpretasi Psikologis terhadap 9 Kasus.....	64
 <b>BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1. Kesimpulan .....	79
7.2. Saran .....	80
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>82</b>
 <b>LAMPIRAN</b>	
Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian .....	86
Lampiran 2. Formulir Persetujuan .....	88
Lampiran 3. Kuesioner .....	89
Lampiran 4. <i>Ethical Clearance</i> .....	92
Lampiran 5. <i>Profile Problem Scale</i> CBCL .....	93
Lampiran 6. <i>Raven's Progressive Matrices</i> (RPM).....	94
Lampiran 7. Kasus 1 .....	95
Kasus 2 .....	96



Kasus 3 .....	97
Kasus 4 .....	98
Kasus 5 .....	99
Kasus 6 .....	100
Kasus 7 .....	101
Kasus 8 .....	102
Kasus 9 .....	103
Lampiran 8. Buku Rujukan Penilaian Status Gizi Anak .....	104
Lampiran 9. Data Subyek Penelitian .....	106



## DAFTAR TABEL

---

	Halaman
Tabel 5.1. Sebaran karakteristik subyek .....	33
Tabel 5.2. Sebaran karakteristik keluarga korban .....	34
Tabel 5.3. Sebaran karakteristik pelaku perkosaan .....	36
Tabel 5.4. Sebaran karakteristik kejadian perkosaan .....	37
Tabel 5.5. Sebaran hasil pemeriksaan fisis korban perkosaan .....	38
Tabel 5.6. Sebaran hasil pemeriksaan fisis genitalia korban saat kejadian perkosaan .....	38
Tabel 5.7. Sebaran status gizi korban perkosaan .....	39
Tabel 5.8. Sebaran gangguan perilaku berdasarkan CBCL .....	42
Tabel 5.9. Hasil tes DAP .....	43
Tabel 5.10. Hasil tes HTP .....	45
Tabel 5.11. Penilaian alur pikir nonverbal dengan menggunakan RPM .....	47
Tabel 6.1 Sebaran gangguan selera makan dan status gizi .....	56

## DAFTAR GAMBAR

---

	Halaman
Gambar 2.1. Contoh matriks pada <i>Standard Progressive Matrices</i> .....	18
Gambar 5.1. Proporsi gangguan menarik diri berdasarkan CBCL....	40
Gambar 5.2. Proporsi keluhan somatik berdasarkan CBCL.....	40
Gambar 5.3. Proporsi kecemasan/depresi berdasarkan CBCL.....	40
Gambar 5.4. Proporsi masalah sosial berdasarkan CBCL .....	40
Gambar 5.5. Proporsi masalah pikiran berdasarkan CBCL.....	41
Gambar 5.6. Proporsi masalah perhatian berdasarkan CBCL.....	41
Gambar 5.7. Proporsi tingkah laku delikuen berdasarkan CBCL.....	41
Gambar 5.8. Proporsi tingkah laku agresif berdasarkan CBCL.....	41
Gambar 6.1. Sebaran waktu peristiwa perkosaan menurut kelompok usia .....	52



## DAFTAR SINGKATAN

---

APM	: <i>Advanced Progressive Matrices</i>
BSID	: <i>Bayley Scale of Infant Development</i>
CBCL	: <i>Child Behavior Checklist</i>
CPM	: <i>Coloured Progressive Matrices</i>
DAP	: <i>Draw-A-Person</i>
DDST	: <i>Denver Developmental Screening Test</i>
FKUI	: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTP	: <i>House-Tree-Person</i>
IKA	: Ilmu Kesehatan Anak
K-ABC	: <i>Kaufman Assessment Battery for Children</i>
KDRT	: Kekerasan dalam rumah tangga
NAPZA	: Narkotika, Zat Psikotropika dan Alkohol
PKT	: Pusat Krisis Terpadu
PPDS	: Program Pendidikan Dokter Spesialis
RPM	: <i>Raven's Progressive Matrices</i>
RSCM	: Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo
SCAN	: <i>Suspected Child Abuse and Neglect</i>
SD	: Standar Deviasi
SpA(K)	: Spesialis Anak Konsultan
SPM	: <i>Standard Progressive Matrices</i>
TAT	: <i>The Thematic Apperception Test</i>
VABS	: <i>Vineland Adaptive Behaviors Scale</i>
YKAI	: Yayasan Kesejahteraan Anak Indonesia



# BAB I.

## PENDAHULUAN

---

### 1.1. LATAR BELAKANG

Perlakuan salah pertama kali dilaporkan pada tahun 1860 oleh Ambroise Tardieu, seorang ahli patologi dan kedokteran forensik.<sup>1,2</sup> Kemudian pada tahun 1946, John Caffey menemukan bahwa pada anak dengan hematom subdural kronik sering ditemukan pula fraktur multipel dengan stadium penyembuhan yang bervariasi yang dicurigai sebagai akibat perlakuan salah oleh orang tuanya.<sup>2-4</sup> Tetapi baru pada tahun 1962 masyarakat lebih menaruh perhatian terhadap masalah perlakuan salah terhadap anak, setelah Henry Kempe menulis mengenai *battered child syndrome* dalam *Journal of The American Medical Association*.<sup>2-4</sup>

*National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, U.S Department of Health and Human Service* pada tahun 2002 melaporkan terdapat 896.000 anak (sekitar 12,3 per 1000 populasi anak) di Amerika Serikat yang menjadi korban perlakuan salah atau penelantaran.<sup>5</sup> Anak perempuan tiga kali lebih banyak menjadi korban perlakuan salah seksual dibanding anak laki-laki,<sup>6,7</sup> sementara anak laki-laki lebih banyak mengalami perlakuan salah fisis dan emosional.<sup>3</sup> Data yang lengkap mengenai hal yang sama di Indonesia belum ada, tetapi berdasarkan catatan dari Yayasan Kesejahteraan Anak Indonesia (YKAI) terdapat peningkatan kasus dari 172 kasus pada tahun 1994 menjadi 476 kasus pada tahun 1996.<sup>8</sup> Menurut catatan Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (PKT-RSCM) sejak bulan Juni 2000 hingga Desember 2003 terdapat 431 anak perempuan mengalami perkosaan, 418 anak perempuan dan anak laki-laki yang mengalami pencabulan, serta 30 anak mengalami penganiayaan serta 3 anak mengalami penelantaran.

Data yang ada di PKT-RSCM tersebut memperlihatkan fenomena gunung es, karena sebenarnya masih banyak korban perlakuan salah ini tidak

tercatat dan dilaporkan. Hal ini terjadi karena manifestasi klinis perlakuan salah seksual ini sering menyerupai penyakit lain dan sangat bervariasi. Setelah kita mengetahui demikian banyak anak yang menjadi korban perlakuan salah maka harus dipikirkan pula penanganan yang komprehensif terhadap korban. Perkosaan dan perlakuan salah seksual lainnya sering membawa dampak yang dapat langsung dirasakan oleh korban maupun nantinya setelah dewasa.<sup>9,10</sup> Kelainan pada daerah genital, adanya bukti penyakit menular seksual, dan terjadinya kehamilan adalah dampak fisis yang langsung dirasakan oleh korban. Perubahan emosi dan tingkah laku yang dirasakan adalah rasa rendah diri, depresi, gangguan cemas, ketidakberdayaan dan putus asa serta gangguan perilaku dan masalah di sekolah.<sup>9,11,12</sup> Dampak jangka panjang yang terjadi dapat berupa depresi yang berkepanjangan, rendah diri, sukar membina hubungan, *eating disorders*, terjerumus dalam penyalahgunaan NAPZA, menyakiti diri sendiri, ide bunuh diri serta terlibat dalam kriminalitas dan prostitusi.<sup>9-11</sup>

Penanganan korban perlakuan salah seksual khususnya perkosaan pada anak tidak dapat ditangani tanpa peran keluarga.<sup>11,12</sup> Penelitian menyatakan keluarga yang harmonis dapat memberi pengaruh yang baik terhadap depresi, rasa percaya diri serta tingkah laku korban.<sup>9</sup> Berbagai data menyatakan bahwa pelaku perlakuan salah seksual terbanyak justru dari kalangan dekat korban.<sup>6,9,13</sup> Semakin dekat korban dan pelaku semakin berat dampak yang ada.<sup>12</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk melihat karakteristik perkosaan pada anak perempuan dan menilai dampaknya terhadap keadaan fisis dan psikologisnya.

## 1.2. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan beberapa masalah, antara lain:

1. Bagaimana karakteristik anak perempuan yang mengalami perkosaan kurang dari 1 tahun yang lalu?



2. Bagaimana karakteristik keluarga korban perkosaan pada anak perempuan?
3. Bagaimana karakteristik pelaku perkosaan pada anak perempuan?
4. Bagaimana karakteristik peristiwa perkosaan pada anak perempuan?
5. Bagaimana dampak fisis, psikologis serta emosi dan tingkah laku pada anak perempuan yang mengalami perkosaan?

### **1.3. TUJUAN PENELITIAN**

#### **1.3.1. Tujuan umum**

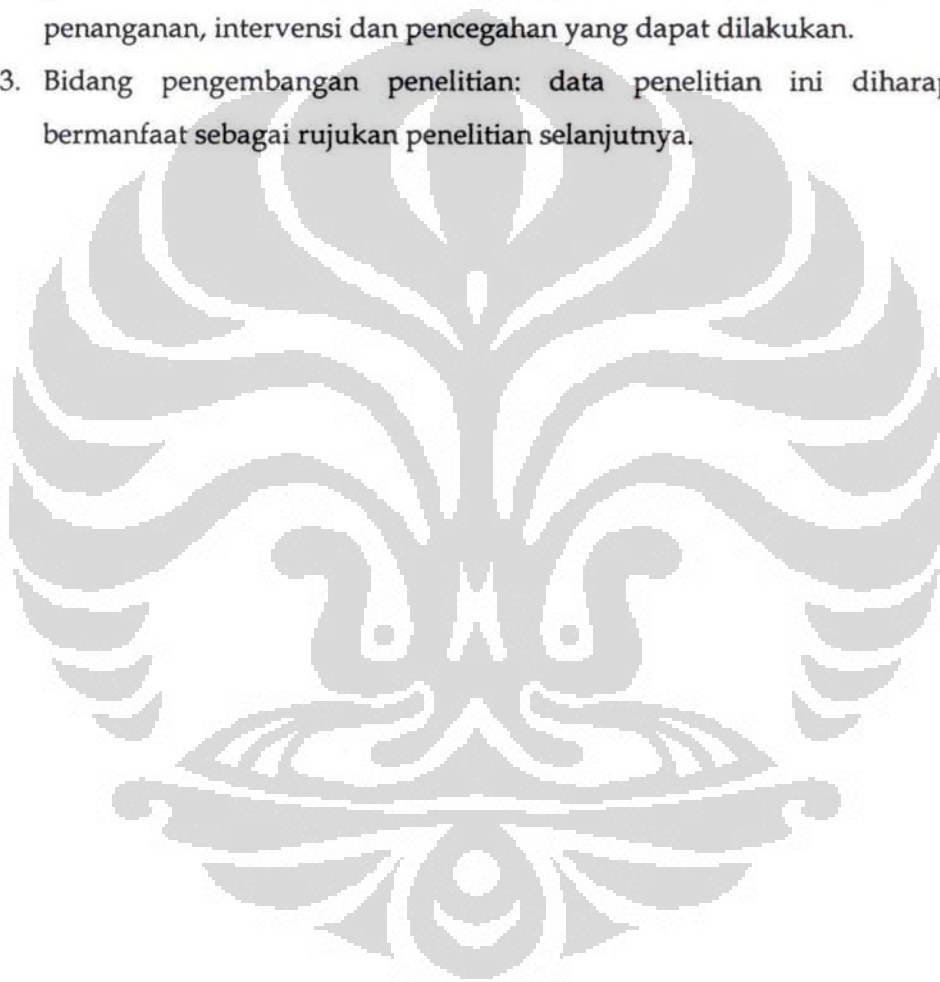
Mengetahui karakteristik perkosaan pada anak perempuan serta dampaknya, sehingga dapat diupayakan penanganan yang lebih komprehensif.

#### **1.3.2. Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi karakteristik anak perempuan yang mengalami perkosaan menurut umur dan tingkat pendidikannya.
2. Mengidentifikasi karakteristik keluarga korban perkosaan menurut umur orangtua, pendidikan orangtua, penghasilan keluarga, status pengasuhan anak serta riwayat kekerasan dalam rumah tangga dan penggunaan NAPZA.
3. Mengidentifikasi karakteristik pelaku menurut umur, pendidikan dan pekerjaan serta hubungannya dengan korban dan riwayat penggunaan NAPZA.
4. Mengidentifikasi karakteristik peristiwa perkosaan menurut waktu dan tempat perkosaan, frekuensi dan jumlah pelaku serta jarak waktu pelaporan tindakan perkosaan.
5. Mengidentifikasi kelainan fisis dan genitalia yang terdapat pada anak perempuan yang mengalami perkosaan saat terjadinya perkosaan.
6. Mengidentifikasi kemampuan alur pikir anak perempuan yang mengalami perkosaan.
7. Mengidentifikasi dampak perkosaan terhadap konsep diri, emosi dan perilaku serta interaksi anak dengan keluarga/lingkungannya pada anak perempuan yang mengalami perkosaan.

#### **1.4. MANFAAT PENELITIAN**

1. Bidang akademik: Penelitian bermanfaat sebagai sumbangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang Tumbuh Kembang-Pediatri Sosial dalam hal dampak perkosaan pada kehidupan anak perempuan.
2. Bidang pengabdian masyarakat: memberikan gambaran dampak perkosaan terhadap anak perempuan sehingga memudahkan penanganan, intervensi dan pencegahan yang dapat dilakukan.
3. Bidang pengembangan penelitian: data penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai rujukan penelitian selanjutnya.





## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

---

#### 2.1. DEFINISI

Seorang anak dikatakan mengalami perlakuan salah seksual apabila anak terlibat dalam aktivitas seksual dan anak tersebut tidak memahami/tidak bersedia melakukannya serta melanggar hukum dan norma-norma di masyarakat.<sup>2,7,14,15</sup> Bentuk perlakuan salah seksual dapat berupa kontak orogenital, genital, maupun anal; atau perilaku ekshibisionisme, voyeurisme; atau penggunaan anak dalam pembuatan film porno/bentuk pornografi lainnya.<sup>5,14</sup> Sesuai dengan ketentuan Konvensi Hak Anak, yang disebut sebagai seorang anak adalah seseorang baik laki-laki maupun perempuan yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun.<sup>3,8</sup>

Dikenal berbagai terminologi yang sering digunakan dan termasuk perlakuan salah seksual, yaitu:<sup>6</sup>

1. *Sexual Assault* (kekerasan seksual), merupakan terminologi yang komprehensif untuk berbagai tipe kekerasan atau aktivitas seksual yang tidak semestinya.
2. *Molestation* (pencabulan), apabila terjadi aktivitas seksual noncoital, misalnya berupa peraba pada payudara, alat genital dan kontak orogenital.
3. *Rape* (perkosaan), suatu *forced sexual intercourse* (persetubuhan paksa) yang melibatkan penetrasi anal, vaginal atau oral. Termasuk pula apabila terjadi penetrasi dengan bantuan benda asing.

#### 2.2. EPIDEMIOLOGI

Data yang diperoleh dari *National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, U.S Department of Health and Human Service* pada tahun 2002 di Amerika Serikat terdapat 20% kasus perlakuan salah fisik, 10% kasus perlakuan salah seksual, 7% kasus perlakuan salah emosional dan 60% kasus



penelantaran anak.<sup>5</sup> Anak perempuan tiga kali lebih banyak menjadi korban perlakuan salah seksual dibanding anak laki-laki,<sup>6,7</sup> sementara anak laki-laki lebih banyak mengalami perlakuan salah fisis dan emosional.<sup>3</sup> Tidak ada perbedaan ras dalam hal ini.<sup>3,4</sup> Tiap tahunnya terdapat 3,5 per 1000 populasi anak usia 12-15 tahun yang menjadi korban kekerasan seksual (*Sexual Assault*), sedangkan pada anak usia 16-19 tahun angka ini meningkat menjadi 4,0 per 1000 populasi.<sup>6</sup> Anak-anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosio-ekonomi rendah, mempunyai saudara banyak (*extended family*) serta diasuh oleh orangtua tunggal mempunyai angka kejadian penelantaran dan atau perlakuan salah yang lebih tinggi daripada anak dari keluarga yang utuh dengan tingkat sosio-ekonomi yang baik serta berasal dari keluarga inti (*nucler family*).<sup>7,10</sup> Selain dihubungkan dengan keadaan sosio-ekonomi, perlakuan salah dan penelantaran pada anak juga ternyata berkaitan dengan orangtua yang mengalami kecanduan alkohol.<sup>3,4,6,16</sup>

Orangtua lebih banyak menjadi pelaku perlakuan salah (77%), selebihnya orang-orang terdekat dan pengasuh anak.<sup>3,4,8</sup> Usia rata-rata pelaku berkisar antara 20-40 tahun.<sup>3,4,16</sup>

### 2.3. FAKTOR RISIKO

Terdapat beberapa faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya perlakuan salah dan penelantaran anak ini. Faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi faktor yang berkaitan dengan anak, orangtua, keluarga serta komunitas di mana anak itu berada:<sup>8,17</sup>

- Faktor risiko yang berkaitan dengan anak itu sendiri
  - prematuritas
  - *unwanted child*
  - kecacatan
- Faktor risiko yang berkaitan dengan orangtua
  - perkawinan usia muda
  - kehamilan / anak yang tidak diinginkan
  - orangtua tunggal

- riwayat mengalami perlakuan salah pada masa kecil
- riwayat pemakaian zat/obat terlarang
- riwayat depresi/problem psikiatri
- Faktor risiko yang berasal dari keluarga
  - kemiskinan
  - *family size*
  - adanya kekerasan dalam rumah tangga
- Faktor risiko yang berasal dari komunitas sosial
  - tingkat pengangguran yang tinggi
  - tingkat kejahatan yang tinggi
  - keterbatasan sarana sosial/kesehatan
  - norma/adat mengenai pola asuh
  - pengaruh pergeseran budaya
  - pengaruh media massa

Keempat hal tersebut dapat terjadi bersama-sama dan akan semakin memperberat dan mempersulit situasi yang ada.

#### 2.4. PENDEKATAN DIAGNOSIS

Pada prinsipnya pendekatan diagnosis seorang anak yang menjadi korban perkosaan sesuai dengan pendekatan yang dilakukan apabila seorang anak mengalami perlakuan salah lainnya.

Manifestasi klinis anak yang mengalami perlakuan salah seksual dan perkosaan sangat bervariasi, dapat berupa gangguan tidur, sakit perut, enuresis, enkopresis hingga perdarahan rektal dan genital serta adanya gejala penyakit menular seksual.<sup>7,15</sup> Sangat jarang anak datang dan mengaku telah mengalami perlakuan salah seksual, seringkali diperlukan pendekatan khusus dalam menggali kronologis cerita anak serta pemeriksaan fisis yang cermat untuk menemukan manifestasi klinis dari perlakuan salah seksual ini.



#### 2.4.1. Anamnesis

Sangat sulit untuk menggali cerita dari anak yang mengalami perlakuan salah, walaupun terkadang anak dengan sendirinya bercerita kepada orang tua atau dokter pemeriksanya tentang apa yang telah terjadi padanya dan siapa yang melakukannya.<sup>9</sup> Dalam usaha menggali cerita, dapat digunakan alat bantu seperti ilustrasi gambar, boneka maupun alat bantu lainnya.<sup>15</sup> Pertanyaan yang digunakan sebaiknya merupakan pertanyaan terbuka<sup>5,7</sup> serta tidak menampakkan rasa ketidakpercayaan atau keterkejutan.<sup>14</sup> Senantiasa menampilkan pendekatan 'tell me more' dan 'and then what happened'. Rekam medis, foto serta alat audiovisual dapat digunakan untuk merekam pertanyaan dan respon jawaban dari korban.<sup>5,7</sup> Adanya perubahan tingkah laku mungkin akan memperlihatkan hal-hal yang berkaitan dengan perlakuan salah seksual, walaupun tidak didapatkan adanya anamnesis ke arah perlakuan salah seksual.<sup>15</sup> Orangtua dapat saja tidak menerima kenyataan bahwa anaknya telah mengalami perlakuan salah seksual. Mereka biasanya akan menolak untuk dilakukan penyelidikan lebih lanjut.

#### 2.4.2. Pemeriksaan Fisis

Pemeriksaan fisis dilakukan secara hati-hati dan seksama dengan memperhatikan kondisi emosional anak. Sebaiknya anak dijelaskan mengenai pemeriksaan apa saja yang akan dilakukan. Alangkah bijaksana apabila terdapat pendamping (*chaperone*) yang hadir untuk menemaninya saat dilakukan pemeriksaan.<sup>15</sup>

Apabila kejadian perlakuan salah seksual ini baru saja terjadi (<72jam) maka pemeriksaan fisis harus segera dilakukan termasuk pengambilan sampel untuk bukti forensik, seperti cairan semen dan darah.<sup>5,7</sup> Apabila diperlukan alat bantu pemeriksaan dapat digunakan untuk melihat lebih jelas kelainan di daerah alat kelamin dan rektum.<sup>7,14</sup> Tanda adanya trauma sebaiknya didokumentasikan lewat gambar atau foto.<sup>7,15</sup> Perhatian khusus diberikan pada daerah yang mungkin terlibat dalam aktivitas seksual, seperti mulut, payudara, alat kelamin, perineum, bokong, dan anus.<sup>5,14</sup> Semua



kelainan harus dilaporkan. Pada anak perempuan pemeriksaan alat kelamin meliputi inspeksi pada daerah medial paha, labium mayor dan minor, klitoris, uretra, periuretra, keadaan dan lebarnya selaput dara (*hymen*), fosa navikularis dan forniks posterior. Pada pemeriksaan alat kelamin anak laki-laki perlu dicari adanya memar, parut, bekas gigitan dan duh tubuh (*discharge*) pada kedua paha, penis dan skrotum.<sup>5,14</sup> Beberapa penemuan pada pemeriksaan fisis yang sangat dicurigai adanya perkosaan yaitu: (1) laserasi, robekan atau parut pada selaput dara (2) hilangnya separuh atau lebih jaringan selaput dara (3) luka parut pada fosa navikularis (4) luka atau parut pada forniks posterior (5) laserasi pada anus.<sup>14,15</sup>

Pemeriksa harus memperhatikan tingkah laku anak sewaktu pemeriksaan fisis ini dilakukan, karena kadang-kadang anak dengan sendirinya memberikan keterangan tambahan yang mungkin mendukung kecurigaan ke arah perlakuan salah. Perhatian khusus juga diberikan pada kesesuaian tumbuh kembang fisik dengan perkembangan seksual anak.<sup>14</sup>

#### 2.4.3. Laboratorium

Pengambilan sampel forensik harus dilakukan dalam waktu kurang dari 72 jam setelah kejadian.<sup>5-7</sup> Christian, dkk menyatakan bahwa pada korban yang masih prapubertas pemeriksaan sebaiknya dilakukan dalam waktu kurang dari 24 jam setelah kejadian.<sup>18</sup> Sampel forensik yang diperiksa meliputi serpihan kulit, rambut, semen, sperma dan darah. Adanya informasi penggunaan kondom atau cairan lubrikasi serta apakah korban telah makan, mandi/membersihkan diri, berkemih maupun defekasi setelah kejadian, akan menjadi data tambahan yang sangat berguna bagi bukti forensik.<sup>15</sup>

Keputusan untuk melakukan pengambilan kultur dan pemeriksaan darah serologis terhadap penyakit menular seksual tergantung pada kemungkinan telah terjadinya penetrasi, gejala yang ada, angka kejadian penyakit menular seksual setempat dan faktor risiko anak serta pelaku.<sup>5,14</sup>

#### **2.4.4. Diagnosis**

Diagnosis seringkali telah dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis terhadap korban.<sup>15</sup> Kadangkala tidak terdapat penemuan fisis pada anak yang mengalami perlakuan salah seksual, walaupun pelakunya telah mengaku adanya penetrasi terhadap alat kelamin korban (karena banyak jenis perlakuan salah seksual tidak memberikan bukti fisik dan penyembuhan terjadi dengan cepat).<sup>19,20</sup>

Hasil positif adanya semen, sperma, atau fosfatase asam, kultur gonorea positif, serologis positif untuk HIV dan sifilis membuat diagnosis perlakuan salah seksual dapat ditegakkan. Tentunya setelah kemungkinan adanya sifilis dan gonorea kongenital serta HIV karena transfusi maupun transmisi vertikal disingkirkan.<sup>5,14</sup>

#### **2.4.5. Diagnosis Banding**

Kecelakaan yang mengakibatkan trauma genitalia dan perlakuan salah fisis sering menjadi diagnosis banding perlakuan salah seksual.<sup>15</sup> Diperlukan anamnesis yang teliti dan pendekatan multidisiplin agar dapat membedakan trauma alat kelamin atau perlakuan salah fisis dengan perlakuan salah seksual.<sup>5,7</sup> Adanya masalah kekerasan dalam rumah tangga penggunaan obat/zat terlarang dalam keluarga serta perlakuan salah fisis dan emosional yang terjadi di lingkungan anak harus menjadi perhatian terhadap kemungkinan terjadinya perlakuan salah seksual.<sup>8,15,17</sup>

#### **2.4.6. Tata Laksana**

Semua anak yang mengalami perlakuan salah seksual harus dievaluasi dengan seksama untuk melihat jenis tata laksana yang dapat diberikan serta kesiapan orang tua dalam mendukung program ini. Penentuan jenis tata laksana dilakukan berdasarkan jenis penganiayaan, usia anak, serta jangka waktu kejadian. Prognosis lebih buruk pada korban yang mempunyai hubungan dekat dengan pelaku, terjadi untuk jangka waktu yang lama dan telah terjadi penetrasi.<sup>15</sup>



- Medis

Terapi antibiotik profilaksis terhadap penyakit menular seksual pada anak yang mengalami perlakuan salah masih kontroversial.<sup>5,7</sup> Terapi spesifik diberikan apabila pada pemeriksaan laboratorium darah menunjukkan hasil yang positif.<sup>7,14</sup> Pada remaja dapat diberikan tablet profilaksis kehamilan, setelah adanya *informed consent* dan hasil tes kehamilan melalui urin negatif.<sup>6,7</sup>

- Psikososial

Anak yang mengalami perlakuan salah seksual mempunyai risiko lebih besar untuk mengalami depresi, gangguan cemas, gangguan pasca trauma, dan gangguan tingkah laku.<sup>6,7,14</sup> Oleh karena itu diperlukan penanganan yang menyeluruh baik terhadap korban maupun keluarganya. Hal ini akan menjadi lebih sulit apabila pelaku adalah orang tua kandung maupun tiri/angkat dari korban.<sup>7</sup> Dokter sebagai penyedia pelayanan tingkat awal dapat melakukan rujukan ke lembaga perlindungan anak yang mempunyai fasilitas sosiopsikologis yang berguna bagi keduanya.<sup>7,15</sup> Apabila diperlukan dapat juga diminta pengasuhan anak sementara hingga keadaan lebih baik.<sup>15</sup>

Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Jakarta mempunyai unit khusus yaitu Pusat Krisis Terpadu (PKT) untuk menangani kasus perlakuan salah dan penelantaran anak. PKT ini didukung oleh *SCAN team (Team for Suspected Child Abuse and Neglect)* yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, dokter spesialis anak, dokter spesialis kandungan, psikiater, spesialis bedah, spesialis kedokteran forensik, psikolog serta lembaga swadaya masyarakat.<sup>8</sup> Setelah kasus dicatat dan dievaluasi oleh tim SCAN, dilakukan pembicaraan kasus multidisiplin untuk memutuskan langkah lebih lanjut (tentang pengobatan/psikoterapi, dan pengasuhan anak selanjutnya serta penanganan keluarga). Kemudian dilakukan pelaporan ke lembaga perlindungan anak, dinas sosial dan polisi.<sup>5,8,17</sup>

## 2.5. DAMPAK PERKOSAAN PADA ANAK

Perlakuan salah seksual pada anak sering memberikan dampak pada kehidupannya sesudah ia dewasa. Penelitian yang dilakukan Mullen, dkk

mendapatkan bahwa pada perempuan dewasa dengan riwayat perlakuan salah seksual pada masa kanak-kanak mempunyai kesulitan dalam menjalin hubungan, sulit membangun kepercayaan, lebih banyak mengalami masalah seksual dan berada pada status ekonomi yang lebih rendah. Hal ini menjadi lebih nyata pada mereka yang mengalami perlakuan salah dengan penetrasi/perkosaan (rasio *odd* antara 4,31-5,25).<sup>10</sup>

Gangguan stres pasca trauma (*Post trauma stress disorder*) terjadi pada 80% korban perkosaan.<sup>6</sup> Gangguan stres pasca trauma ini biasanya mulai terjadi dalam waktu 3 bulan pertama setelah kejadian, walaupun kadang-kadang dapat saja tidak terjadi berbulan-bulan atau tahunan setelah itu. Pada gangguan pasca trauma terjadi perubahan kadar zat-zat kimiawi tertentu yang berpengaruh terhadap emosi, perilaku dan daya ingat. Perubahan metabolisme dan aliran darah di otak juga terjadi pada gangguan pasca trauma.<sup>21</sup> Seringkali terjadi Sindrom trauma perkosaan (*Rape trauma syndrome*) pada korban perkosaan. Sindrom itu terdiri dari:<sup>6,8</sup>

1. Fase awal, yang dapat terjadi sampai beberapa minggu setelah kejadian. Korban mengalami perasaan cemas, takut, tidak percaya, emosi yang labil serta perasaan bersalah.
2. Fase reorganisasi, yang berlangsung berbulan-bulan hingga tahunan setelah peristiwa. Terjadi pengontrolan rasa marah dan takut dengan represi dan rasionalisasi (proses adaptasi dan integrasi) serta penyembuhan.

Reaksi seorang anak yang mengalami gangguan pasca trauma berbeda-beda tergantung usia:<sup>21</sup>

1. Anak berusia < 5 tahun, reaksi yang khas adalah gejala cemas perpisahan terutama terhadap orangtua dan adanya perilaku regresi misalnya mengompol atau menghisap jari.
2. Anak yang berusia 6-11 tahun memperlihatkan reaksi menarik diri, perilaku mengacau/mengganggu dan kesulitan untuk berkonsentrasi. Ketakutan yang tak beralasan, mimpi buruk, gangguan tidur, tidak mau sekolah, sering berkelahi/marah merupakan gejala yang biasa dijumpai



pada anak dengan gangguan pasca trauma pada usia ini. Seringkali juga dikeluhkan adanya somatik berupa sakit perut atau organ lainnya tanpa ada bukti medis. Depresi, cemas, dan emosi yang tumpul merupakan gejala yang cukup sering dijumpai.

3. Remaja berusia 12-17 tahun memberikan reaksi yang sama dengan orang dewasa seperti tidak mau mengingat hal yang berkaitan dengan kejadian, *flashback*, mimpi buruk, depresi, penyalahgunaan NAPZA dan perilaku antisosial. Perilaku menarik diri, tidak mau sekolah, nilai-nilai akademik yang menurun, gangguan tidur serta ide bunuh diri juga sering terjadi.

Beberapa penelitian juga mendapatkan hal yang sama, Goodman menyatakan pada penelitian yang dilakukan Perry pada tahun 2001 terdapat 61% anak memperlihatkan gejala kecemasan, 41% mengalami depresi, 31% mengalami regresi dan 36% mengalami gangguan perilaku seksual. Goodman juga mengutip penelitian yang dilakukan Van der Kolk, yang mendapatkan sebanyak 50% anak yang mengalami perlakuan salah mengalami masalah di sekolahnya, 30% mengalami keterlambatan dalam berbahasa dan 22% anak mengalami kesulitan belajar.<sup>22</sup> Peristiwa perkosaan juga membuat anak kehilangan kepercayaan diri, sulit membina hubungan, apatis, cenderung menutup diri, menyendiri, dan merasa tak berguna. Sebaliknya anak dapat memperlihatkan sikap agresif, impulsif dan antisosial.<sup>22</sup> Risiko terjadinya penyalahgunaan alkohol dan zat terlarang, tindakan kriminal serta kejadian bunuh diri meningkat pada anak dengan riwayat perlakuan salah seksual dan perkosaan.<sup>9-11,13</sup>

## 2.6. ALAT UKUR

Penanganan anak yang mengalami perlakuan salah apalagi suatu perkosaan sebaiknya memenuhi aspek intelegensi/status perkembangan anak, konsep diri, emosi dan perilaku serta interaksi anak dengan keluarga/lingkungannya. Hal ini didapat melalui penilaian/wawancara langsung terhadap anak, penilaian melalui *projective techniques*, uji kemampuan kognitif, laporan dari orangtua, skala penilaian tentang



hubungan antar anggota keluarga serta pemeriksaan fisis.<sup>23</sup> Berbagai alat ukur yang biasa digunakan yang biasa digunakan dalam hal ini adalah *Bayley Scale of Infant Development (BSID)*, *Wechsler Series of Intelligence Test for Children* atau *Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)* untuk menilai perkembangan/intelegensi; *Denver Developmental Screening Test (DDST)* atau *Vineland Adaptive Behaviours Scale (VABS)* untuk menilai kemampuan adaptasi; *Child Behavior Checklist (CBCL)* untuk menilai emosi dan perilaku anak berdasarkan laporan orangtua/guru.<sup>23</sup> *Projective Techniques* masih sering digunakan, walaupun mempunyai validitas dan reliabilitas yang rendah. Hal ini disebabkan karena *Projective Techniques* dapat menjadi sarana "ice breaker" dalam berinteraksi dengan anak.<sup>23,24</sup> *Draw-A-Person Test (DAP)*, *House-Tree-Person Test (HTP)* serta *The Thematic Apperception Test (TAT)* merupakan beberapa tes yang termasuk dalam kategori *Projective Techniques*.<sup>23</sup>

#### 2.6.1. *Child Behavior Checklist*

Alat ukur ini dibuat oleh Thomas M Achenbach untuk menilai gangguan perilaku pada anak usia 4-18 tahun.<sup>25</sup> Kuestioner CBCL ini dapat diisi oleh orangtua atau wali (orang yang paling mengerti tentang anak tersebut, dapat pengasuh atau orangtua pengganti) yang didampingi oleh pemeriksa. Kuestioner ini terdiri dari 120 *item* yang berhubungan dengan gangguan emosi dan perilaku. *Item* tersebut berupa pertanyaan yang harus dijawab oleh responden lalu dinilai jawaban tersebut dengan menggunakan skor. Terdapat 3 rentang skor mulai dari 0 untuk menyatakan tidak tepat, 1 apabila kadang-kadang tepat dan 2 bila sering kali tepat atau tepat sekali. Terdapat 113 pertanyaan pada kuestioner, nomor 56 terdiri atas 56a-h sehingga total *item* berjumlah 120. Tetapi *item* 2 (alergi) dan 4 (asma) tidak ikut dinilai karena tidak menggambarkan gangguan emosi dan perilaku, sehingga sesungguhnya *item* yang dinilai adalah 118 *item*. Setelah mengisi skor pada kuestioner CBCL, lalu skor tersebut dipindahkan pada format khusus yang disebut *Profile problem Scale* sesuai dengan jenis kelamin subyek (dapat dilihat pada lampiran 5).<sup>25</sup>

Dalam format tersebut terdapat 9 ranah gangguan emosi dan perilaku yang dinilai, yaitu:<sup>25,26</sup>

1. Menarik diri (*Withdrawn*)
2. Keluhan somatik (*Somatic complaints*)
3. Ansietas/depresi (*Anxious/Depressed*)
4. Masalah sosial (*Social Problem*)
5. Masalah pikiran (*Thought Problem*)
6. Masalah pemusatan perhatian (*Attention problem*)
7. Tingkah laku delikuen (*Deliquent behavior*)
8. Tingkah laku agresif (*Anggressive behavior*)
9. Masalah seksual (*Sex problem*), khusus bagi anak usia 4-11 tahun

Hasil penjumlahan skor kemudian diplot pada nilai yang sesuai sehingga dapat ditentukan persentil dan skor *t* dari masing-masing ranah gangguan emosi dan perilaku. Titik potong dari gangguan emosi dan perilaku pada penelitian ini adalah skor *t* > 70. Apabila jumlah skor tiap ranah tersebut melebihi skor *t* 70 maka digolongkan sebagai gangguan emosi dan perilaku.<sup>25</sup>

Alat ukur ini telah diteliti validitas dan reliabilitasnya pada berbagai penelitian epidemiologi, diagnostik, etiologi, perlakuan salah seksual, berbagai kondisi medis, aplikasi forensik dan perbandingan lintas budaya.<sup>25,26</sup> Kuestioner CBCL telah diterjemahkan ke dalam 33 bahasa di dunia dan telah dilakukan standarisasi.<sup>25</sup> Terjemahan ke dalam bahasa Indonesia telah dilakukan oleh Fakultas Psikologi Universitas Padjajaran Bandung dan Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan Waringah dan Kumara di Yogyakarta pada tahun 1997 terhadap 99 subyek anak usia 4-6 tahun dengan hasil baik.<sup>27</sup> Standarisasi norma CBCL telah dilakukan oleh Waringah terhadap 533 subyek di 4 Kabupaten di Yogyakarta.<sup>28</sup> Penelitian berskala luas oleh Wibawa dan Jatnika pada tahun 1998 telah mencoba menggunakan CBCL ini pada 832 subyek untuk menilai gangguan emosi dan perilaku pada anak sekolah dasar di Bandung.<sup>29</sup>



### 2.6.2. Draw-A-Person Test

Menggambar orang (*Draw-A-Person/DAP*) merupakan suatu bentuk *projective techniques* yang dapat digunakan untuk menggali perasaan dan bentuk kepribadian seorang anak. Gambar yang dihasilkan dapat berupa simboi dari perasaan, perilaku dan reaksi terhadap peristiwa dalam hidupnya yang tak terungkap dalam kata-kata. Gaya (*style*) gambar, bentuk gambar serta isi gambar memberikan informasi tentang konflik yang terjadi dan juga dapat memperlihatkan kekuatan dan kelemahan dalam diri seseorang.<sup>24</sup>

Tes ini sangat mudah dilakukan terhadap anak. Anak hanya diperintahkan menggambar satu orang pada sehelai kertas. Tugas ini biasanya dapat diselesaikan dalam waktu 5-10 menit. Interpretasi tes DAP sering berdasarkan atas asumsi kesamaan antara simbol-simbol yang terdapat dalam gambar dengan simbol-simbol yang "masuk akal", misalnya garis tipis atau putus-putus menggambarkan keraguan dan kurangnya percaya diri atau gambar yang asimetris merefleksikan adanya ketidakseimbangan konsep diri tetapi dapat pula menandakan adanya rasa tidak aman.<sup>24</sup> Kekurangan dari tes ini adalah reliabilitas dan validitasnya yang rendah.<sup>23,24</sup>

### 2.6.3. House-Tree-Person Test

JN Buck pada tahun 1948 membuat suatu tes berupa *House-Tree-Person (HTP) Test* yang didesain untuk mengetahui proses adaptasi/penyesuaian kepribadian (*personality adjustment*).<sup>24</sup> Pada tes ini anak diinstruksikan untuk menggambar rumah, pohon dan orang pada 3 helai kertas yang berbeda. Rumah digambar pada sehelai kertas dengan posisi horizontal, pohon dan orang pada 2 helai kertas lainnya dengan posisi vertikal. Terdapat variasi lain yang sering dikerjakan yaitu dengan menggambar rumah, pohon dan orang dalam sehelai kertas dengan posisi horizontal.<sup>24</sup>

Interpretasi tes ini dapat dilakukan secara terpisah maupun sebagai satu kesatuan. Secara umum tes ini dapat merefleksikan perasaan dan tingkah laku orang serta interaksinya dalam kehidupannya. Tes ini

menginformasikan tentang harga diri, rasa aman dan percaya diri, hubungan personal, keterbukaan, stabilitas dan identifikasi gender. Beberapa orang meyakini bahwa gambar rumah merupakan refleksi hubungannya dengan ibu, pohon merefleksikan figur ayah sedangkan gambar orang merefleksikan perasaannya terhadap diri sendiri.<sup>24</sup>

Hasil tes HTP yang normal apabila seorang anak menggambar tiap elemennya dengan ukuran yang proposional dan seimbang. Tidak adanya penilaian yang obyektif merupakan kelemahan dari tes ini.<sup>24,30</sup> Hasil tes HTP merupakan suatu interpretasi kualitatif yang global, hasil olahan dari jawaban pertanyaan yang diajukan pada anak terhadap apa yang telah digambarkan.<sup>24</sup>

Seringkali juga digunakan interpretasi berdasarkan adanya kesamaan antara tanda yang ada pada gambar dengan kebiasaan umum yang masuk akal, contoh: gambar yang kecil dan kerdil mungkin menggambarkan ego yang kerdil, sedangkan gambaran tangan dengan kuku yang bercakar menggambarkan agresivitas.<sup>24,30</sup>

Keunggulan tes ini adalah kemampuannya untuk memperlihatkan ekspresi anak tanpa disibukkan dengan instruksi-instruksi yang biasa diberikan pada tes psikologi lainnya. Tes ini memberikan hasil yang baik pada anak-anak yang sukar mengekspresikan dirinya secara verbal. Banyak ahli juga menggunakan teknik ini sebagai bagian dari terapinya untuk mengetahui dinamika kepribadian seorang anak dan kemampuannya berhubungan dengan lingkungannya.<sup>24</sup>

#### **2.6.4. Raven's Progressive Matrices**

Tes ini diperkenalkan pertama kali pada tahun 1938, merupakan tes kemampuan alur pikir nonverbal berdasarkan gambar. Tes ini mengukur kemampuan melihat persamaan dan perbedaan, melihat suatu analogi serta menilai persepsi ruang. Peserta tes akan dihadapkan pada matriks gambar yang harus disusun atau dilengkapi. Tes ini hanya memakan waktu 15-30 menit. (Gambar 1).<sup>31</sup>

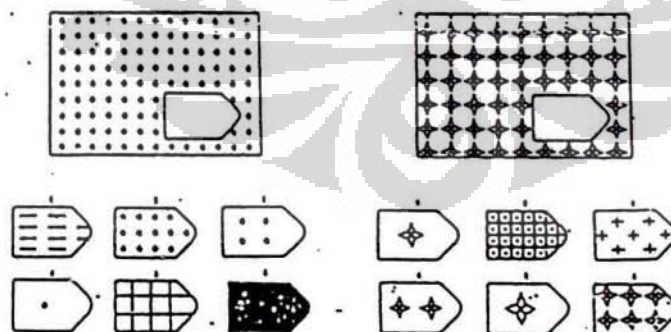


*Raven's Progressive Matrices* (RPM) ini terdiri dari 3 bentuk yaitu *Coloured Progressive Matrices* (CPM), *Standard Progressive Matrices* (SPM) dan *Advanced Progressive Matrices* (APM). CPM terdiri dari 36 item, diperuntukkan bagi anak usia 5-11 tahun, SPM yang terdiri dari 60 item dapat dipergunakan untuk anak usia 6-17 tahun walaupun dapat pula digunakan untuk orang dewasa, sedangkan APM digunakan untuk remaja dan dewasa terutama yang mempunyai kemampuan di atas rata-rata.<sup>31</sup>

Penilaian dilakukan setelah nilai yang didapat diplotkan pada norma yang ada. Validitas tes ini jika dibandingkan dengan tes intelegensi lainnya berkisar 0,5-0,8. Tetapi jika dibandingkan dengan tes kemampuan (*achievements test*) berkisar 0,3-0,6. Reliabilitas tes ini cukup dapat diandalkan yaitu 0,71-0,90.<sup>31</sup>

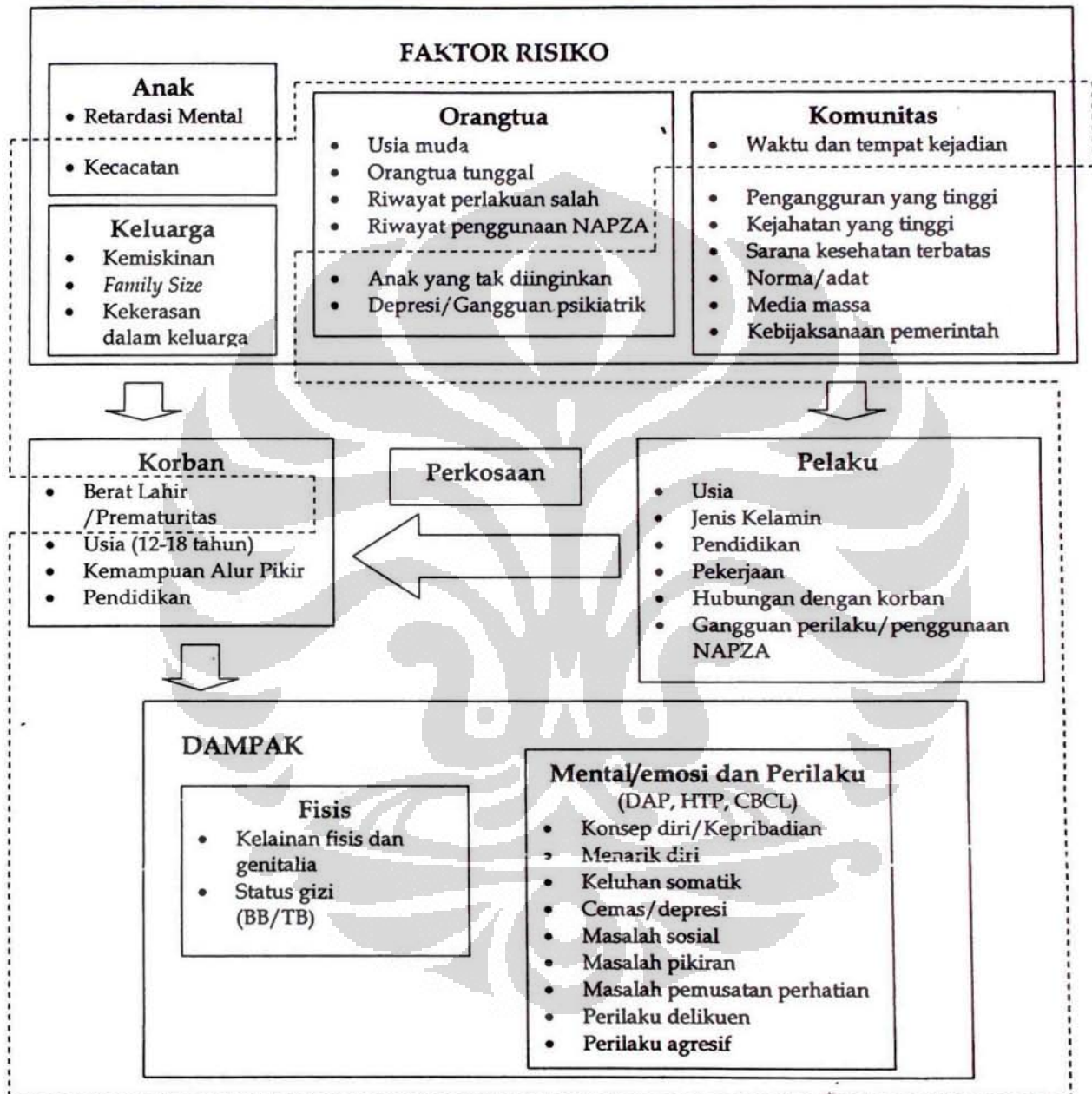
Keunggulan RPM adalah mudah dikerjakan dan dapat dilakukan dalam waktu yang singkat. Tes ini dapat digunakan sebagai uji tapis bagi anak dan dewasa yang mengalami gangguan pendengaran, bahasa maupun ketidakmampuan fisik lainnya. Tetapi tes ini tidak dapat digunakan untuk menggantikan *Stanford-Binet* dan skala *Wechsler* sebagai alat ukur intelegensi karena hanya mengukur alur pikir berdasarkan gambar saja.<sup>31</sup>

Gambar 2.1. Contoh matriks pada *Standard Progressive Matrices*<sup>31</sup>





### BAB III KERANGKA KONSEP



Keterangan:  Variabel-variabel yang diteliti  
 Ruang lingkup penelitian

Penelitian ini mencoba mengidentifikasi berbagai faktor risiko terjadinya perkosaan pada anak perempuan. Faktor usia, pendidikan dan adanya kecacatan pada subyek akan diidentifikasi. Pada penelitian ini memang tidak mencoba mengidentifikasi adanya retardasi mental, tetapi hanya mengidentifikasi kemampuan alur pikir yang menggambarkan potensi yang dimiliki oleh subyek. Faktor usia orangtua, status pengasuhan, besarnya keluarga, tingkat sosioekonomi keluarga (kemiskinan) serta riwayat perlakuan salah, kekerasan dalam rumah tangga dan penggunaan NAPZA juga akan diidentifikasi. Selain itu pula faktor waktu dan tempat kejadian perkosaan serta karakteristik pelaku juga akan diidentifikasi.

Perkosaan seringkali memberikan dampak secara fisis, emosi serta perilaku. Hal ini pulalah yang ingin dinilai dengan berbagai alat ukur yang ada, antara lain dengan *Draw-A-Person* (DAP), *House-Tree-Person* (HTP) dan *Child Behavior Checklist* (CBCL). Penilaian dampak fisis terutama dilihat dari kelainan pada pemeriksaan fisis dan genitalia subyek pada saat kejadian serta perubahan yang mungkin terjadi selanjutnya.

Bagan yang dibatasi garis putus-putus adalah ruang lingkup penelitian. Faktor-faktor lain yang berada di luar bagan tersebut tidak diteliti karena keterbatasan tenaga, waktu dan dana yang ada.

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

---

#### 4.1. DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain deskriptif potong lintang terhadap anak perempuan yang mengalami perkosaan.

#### 4.2. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (PKT RSCM) Jakarta selama 3 bulan yaitu bulan Agustus - Oktober 2004.

#### 4.3. POPULASI PENELITIAN

Populasi terjangkau adalah semua korban perkosaan pada anak perempuan yang datang ke PKT RSCM selama kurun waktu 1 Januari 2004 sampai dengan 30 September 2004.

**Kriteria inklusi:**

1. Anak perempuan berusia 12-18 tahun yang mengalami perkosaan dan ditangani oleh PKT- RSCM Jakarta.
2. Bertempat tinggal di Jakarta, Bogor, Tangerang atau Bekasi.
3. Bersedia mengikuti penelitian.

**Kriteria eksklusi:** data rekam medis tak lengkap.

#### 4.4. BESAR SAMPEL

Berdasarkan rumus sampel tunggal untuk estimasi proporsi suatu populasi dengan menggunakan ketepatan absolut:

$$n = \frac{(z_{\alpha})^2 \times P \times Q}{d^2}$$

keterangan :

P = proporsi anak yang mengalami dampak perilaku setelah peristiwa perkosaan (menurut kepustakaan berkisar 22-80%; sehingga proporsi yang digunakan pada penelitian ini yaitu  $P=0,50$ )<sup>6,22</sup>

$\alpha$  = tingkat kemaknaan = 0,05  $z_{\alpha} = 1.960$

d = tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki yaitu 10%

Q = 1-P

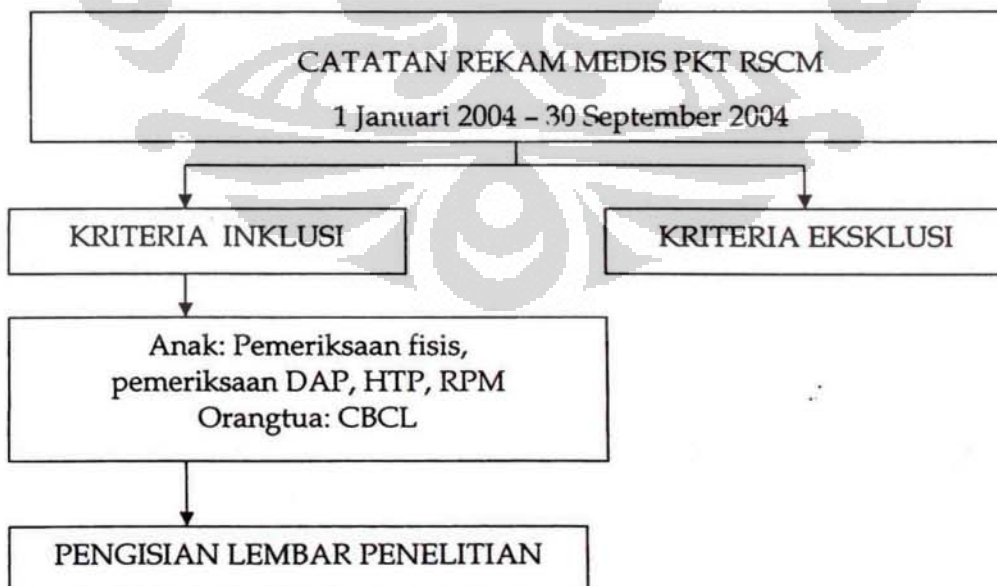
Maka diperoleh jumlah sampel sebesar :

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,50 \times 0,50}{0,1^2}$$

$$n = 97$$

Dengan demikian besar sampel yang dibutuhkan untuk penelitian ini adalah 97. Pengambilan sampel dilakukan secara *consecutive sampling*, yakni dengan memasukkan setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian sampai jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi, dalam kurun waktu tertentu.

#### 4.5. ALUR PENELITIAN





#### **4.6. CARA KERJA**

- a. Menyusun formulir induk berdasarkan variabel penelitian untuk mencatat data yang akan ditelusuri. Formulir isian sekaligus mencakup daftar kode data, untuk pengolahan data secara komputer.
- b. Mencari rekam medis pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi.
- c. Melakukan pelabelan terhadap data rekam medis yang memenuhi kriteria sehingga kerahasiaan identitas pasien tetap terjaga.
- d. Melakukan pemeriksaan fisis terhadap anak, menentukan status gizi dan melakukan tes DAP, HTP dan RPM serta pengisian formulir CBCL oleh orangtua.
- e. Mengisi formulir isian berdasarkan rekam medis dan hasil pemeriksaan fisis, status gizi dan DAP, HTP, RPM pada anak dan hasil CBCL oleh orangtua.
- f. Memasukkan data formulir isian menjadi data komputer menggunakan program SPSS serta mengolahnya.
- g. Menyusun tabel rekaan.
- h. Mengolah data berdasarkan tabel rekaan.
- i. Melakukan analisa data.
- j. Menulis laporan penelitian.

#### **4.7. VARIABEL PENELITIAN**

Variabel penelitian ini adalah usia anak, orangtua dan pelaku, pendidikan anak, orangtua dan pelaku, penghasilan keluarga, status pengasuhan anak, serta riwayat kekerasan dalam rumah tangga dan penggunaan NAPZA serta pekerjaan pelaku juga riwayat penggunaan NAPZA. Termasuk pula dalam variabel yang diteliti adalah waktu, lokasi, frekuensi dan jumlah pelaku perkosaan serta jarak waktu pelaporan tindakan perkosaan, kelainan fisis dan genitalia pada saat terjadinya perkosaan, kemampuan alur pikir dan dampak perkosaan terhadap konsep diri, emosi dan perilaku serta interaksi anak

dengan keluarga/lingkungannya pada anak perempuan yang mengalami perkosaan.

#### 4.8. BATASAN OPERASIONAL

**Perkosaan** adalah suatu *forced sexual intercourse* (persetubuhan paksa) yang melibatkan penetrasi anal, vaginal atau oral. Termasuk pula apabila terjadi penetrasi dengan bantuan benda asing.

**Usia anak:** dinyatakan dalam tahun, terhitung ulang tahun terakhir. Apabila jumlah kelebihan bulan < 6 bulan maka dibulatkan ke bawah, tetapi bila kelebihan bulannya > 6 bulan dilakukan pembulatan ke atas.

**Usia Orangtua,** dinyatakan dalam tahun (pembulatan idem dengan di atas), terbagi atas 5 golongan:

- ◆ 20-29 tahun
- ◆ 30-39 tahun
- ◆ 40-49 tahun
- ◆ 50-59 tahun
- ◆ 60-69 tahun

**Tingkat pendidikan anak** dinilai berdasarkan tingkat pendidikan terakhir dan ijazah yang dimiliki, yaitu:

- ◆ Sekolah lanjutan Tingkat Atas (SLTA) atau sederajat
- ◆ Sekolah lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) atau sederajat
- ◆ Sekolah dasar (SD) atau sederajat

**Tingkat pendidikan orangtua** diukur berdasarkan tingkat pendidikan terakhir dan ijazah yang dimiliki, digolongkan menjadi 3 tingkatan, yaitu:

- ◆ **Tinggi:** apabila telah menamatkan pendidikan hingga akademi/D-3, perguruan tinggi/sekolah tinggi atau minimal telah 3 tahun mengenyam perguruan tinggi dan yang sederajat.
- ◆ **Menengah:** apabila mengenyam pendidikan sekolah menengah atas atau sederajat.
- ◆ **Rendah:** apabila mengenyam pendidikan sekolah menengah pertama atau lebih rendah.

Penggolongan **tingkat penghasilan keluarga** diukur berdasarkan hasil survei Biro Pusat Statistik, Jakarta pada tahun 2002 yang menyatakan:<sup>32</sup>

- ◆ berada di atas garis kemiskinan apabila berpenghasilan  $>$  Rp 130.499,00/kapita/bulan.
- ◆ berada di bawah garis kemiskinan apabila berpenghasilan  $\leq$  Rp 130.499,00/kapita/bulan.

Status pengasuhan dinyatakan dalam 4 golongan:

- ◆ **Orangtua kandung:** apabila diasuh dan tinggal bersama kedua orangtua kandungnya.
- ◆ **Orangtua tunggal:** apabila diasuh dan tinggal bersama hanya dengan salah satu dari kedua orangtua kandungnya.
- ◆ **Orangtua tiri:** apabila diasuh dan tinggal bersama salah satu orangtua kandungnya dengan ayah atau ibu tirinya.
- ◆ **Orangtua pengganti:** apabila tidak diasuh oleh salah satu atau kedua orangtuanya, termasuk pengasuhan oleh nenek, kakek, paman, bibi, kakak, kakak ipar atau yayasan/panti asuhan.

**Besarnya keluarga** dinyatakan berdasarkan jumlah anggota keluarga, dikelompokkan antara jumlah anak  $\leq 4$  anak dan jumlah anak  $> 4$ . Berdasarkan Siefer dkk, apabila jumlah anak dalam keluarga  $> 4$  merupakan risiko tinggi timbulnya gangguan emosi dan perilaku pada seorang anak.<sup>33</sup>



**Hubungan korban dan pelaku** yaitu hubungan kedekatan anak perempuan yang menjadi korban perkosaan dengan pelakunya:

- ◆ **Orangtua:** merupakan ayah kandung.
- ◆ **Orangtua pengganti/pengasuh:** termasuk ayah tiri/wali dari korban, yaitu paman, kakak/kakak ipar (apabila ia mengasuh korban), pembantu.
- ◆ **Saudara:** saudara laki-laki kandung maupun tiri, paman, saudara ipar (yang tidak bertugas mengasuh korban).
- ◆ **Pacar:** apabila merupakan teman dekat atau teman kencan.
- ◆ **Teman:** merupakan teman sekolah atau teman bermain.
- ◆ **Tetangga:** apabila tinggal di sekitar rumah korban.
- ◆ **Kenalan:** apabila korban belum lama berkenalan.
- ◆ **Orang tak dikenal:** apabila korban tak mengenalnya.

#### Status gizi

Antropometri gizi dihitung melalui perbandingan berat badan terhadap tinggi badan sesuai baku rujukan status gizi anak yang diterbitkan oleh WHO pada tahun 2000, yaitu:<sup>34,35</sup>

- ◆ **Gizi lebih** apabila  $>+2$  simpang baku (SD).
- ◆ **Gizi baik** apabila berada di antara  $-2$  SD dan  $+2$  SD.
- ◆ **Gizi kurang** apabila  $< -2$  SD tetapi  $> -3$  SD.
- ◆ **Gizi buruk** apabila  $< -3$ SD.

#### *Child Behavior Checklist (CBCL)*

- ◆ Terdiri dari 120 pertanyaan yang diisi oleh orangtua/wali atau didampingi pemeriksa.
- ◆ Terdapat 3 rentang skor mulai dari 0 untuk menyatakan tidak tepat, 1 apabila kadang-kadang tepat dan 2 bila sering kali tepat atau tepat sekali.
- ◆ Hasil penjumlahan skor kemudian diplot pada nilai yang sesuai sehingga dapat ditentukan persentil dan skor t dari masing-masing ranah gangguan



emosi dan perilaku. Titik potong dari gangguan emosi dan perilaku pada penelitian ini adalah skor  $t > 70$ . Apabila jumlah skor tiap ranah tersebut melebihi skor  $t > 70$  maka digolongkan sebagai gangguan emosi dan perilaku. Pertanyaan nomor 2 (alergi) dan nomor 4 (asma) tidak ikut dinilai karena tidak menggambarkan gangguan emosi dan perilaku.<sup>25</sup>

*Draw-A-Person (DAP) Test*

Pada tes ini diinstruksikan untuk menggambar orang. Penilaian gambar dilakukan berdasarkan indikasi-indikasi yang biasa terjadi, yaitu:<sup>30,37</sup>

**Kesan Umum**

- Gambar orang yang lebih tua, sesuai dengan usia atau yang lebih muda
- Gambar aktif atau pasif
- Gambar yang sederhana
- Gambar orang secara lengkap atau tidak lengkap
- Gambar orang dengan wajah sedih atau gembira
- Gambar orang dengan jenis kelamin laki-laki atau perempuan

**Lokasi Gambar**

GAMBAR	INDIKASI
Di bagian atas kertas	- Kurang kuat pegangan kurang mantap - Kemauan cukup tinggi, antusias
Di tengah kertas	- Adaptasi cukup baik - <i>Insecure</i> dan <i>rigid</i> - Berusaha kontrol dengan cermat
Di bagian bawah kertas	- Perasaan tidak pasti, <i>insecure</i> - Depresif, mudah menyerah - Membutuhkan keseimbangan

**Ukuran Gambar**

<b>GAMBAR</b>	<b>INDIKASI</b>
Gambar kecil	- Perasaan tak pasti, tertekan dalam berhubungan dengan lingkungan - Regresi, kurang mampu, inferior
Gambar sangat besar	- Fantasi dari self esteem, ciri-ciri <i>manic</i> , agresif, tendensi ekspansif
Gambar besar, jelek dan kosong	- <i>Mental deficiency</i>
Gambar tak lengkap	- Depresif - Tertekan secara neurotik

**Kualitas Gambar**

<b>GAMBAR</b>	<b>INDIKASI</b>
Garis tebal	- Penuntut, menguasai - Dorongan bermusuhan yang diperlihatkan - <i>Anxiety</i> (kecemasan)
Garis tipis	- Terdapat hambatan dalam berhubungan dengan lingkungan
Garis kabur	- Cemas, ragu-ragu/takut, <i>insecure</i>
Garis dengan tekanan berubah-ubah	- Tak stabil, impulsif, mudah frustrasi
Garis tipis, patah dan tidak tetap	- Ketakutan, tidak aman, tidak pasti
Garis seperti gergaji	- Kecemasan, kontrol motorik rendah, kurang seimbangan
Garis dengan koordinasi jelek	- Ketegangan, kecemasan

**House-Tree-Person (HTP) Test**

Pada tes ini anak diinstruksikan untuk menggambar rumah, pohon dan orang pada sehelai kertas. Interpretasi yang dihasilkan pada tes ini merupakan hasil yang kualitatif, dan merupakan olahan dari jawaban pertanyaan yang diajukan pada anak terhadap apa yang telah digambarkan.<sup>24</sup>

Di bawah ini terdapat beberapa interpretasi terhadap gambar-gambar pada HTP.<sup>3</sup>

GAMBAR	INDIKASI
Proporsi (baik, sedang, buruk)	- Emosi, intelektual, penyesuaian diri
Posisi (baik, sedang, buruk)	- Penyesuaian diri
Komposisi (baik, sedang, buruk)	- Intelektual - Kemampuan perencanaan
Rumah	
GAMBAR	INDIKASI
Kecil	- Fungsi ibu sebagai pelindung dianggap kurang
Besar	- Ibu dapat berperan dengan baik sebagai pelindung
Bagus	- Peran ibu baik - Persepsi anak terhadap ibu positif
Tertutup	- Kurang adanya penerimaan dari ibu
Berpagar tertutup	- Adanya disiplin yang ketat sehingga kurang bebas melakukan sesuatu

**Pohon**

<b>GAMBAR</b>	<b>INDIKASI</b>
Besar dan dominan	- Ayah menunjukkan sikap otoritas, galak, kurang memberi kesempatan
Kecil dan kering	- Ayah mengalami hambatan dalam menjalankan perannya
Pohon perdu/penghias	- Fungsi ayah sangat lemah - Ayah tidak punya otoritas
Jamak	- Fungsi ayah kabur, tidak berharga, tidak dipercaya
<b>Orang</b>	
<b>GAMBAR</b>	<b>INDIKASI</b>
Kecil	- Dirinya kurang berperan dalam keluarga - Merasa kurang dipercaya, kurang dihargai
Besar menguasai	- Menilai diri lebih di lingkungan keluarga, sikap ingin diperhatikan, ingin berkuasa - Tidak suka diperintah, kompensasi rasa tak mampu
Jamak	- Fungsi diri kabur - Tidak berharga, tidak dipercaya
Melihat ke arah lain	- Mempunyai perhatian yang lebih besar pada keadaan di luar keluarga
Tindakan yang tak berhubungan dengan keluarga	- Tekanan yang besar pada keadaan di luar keluarga



GAMBAR	INDIKASI
Tindakan yang berhubungan dengan keluarga	- Adanya kesatuan, perhatian dan memelihara keluarga
Mendekati rumah/pohon	- Adanya kebutuhan akan perhatian, kesatuan, kasih sayang
Menjauhi rumah/pohon	- Adanya keinginan untuk menjauhi hal-hal yang berhubungan dengan keluarga
Pemandangan, HTP kecil	- Kurang realistis, suka berkhayal
Bagian atas saja yang nampak	- Menilai diri lebih tinggi dari orang lain

#### *Raven's Progressive Matrices*

Tes ini mengukur kemampuan melihat persamaan dan perbedaan, melihat suatu analogi serta menilai persepsi ruang. Bentuk yang akan digunakan adalah *Standard Progressive Matrices (SPM)* yang terdiri dari 60 item, dapat digunakan untuk anak usia 6-17 tahun. Penilaian dilakukan setelah nilai yang didapat diplotkan pada norma.<sup>31</sup>

- ♦ Penilaian DAP, HTP dan RPM dilakukan oleh tim dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

#### 4.9. PENGOLAHAN DATA

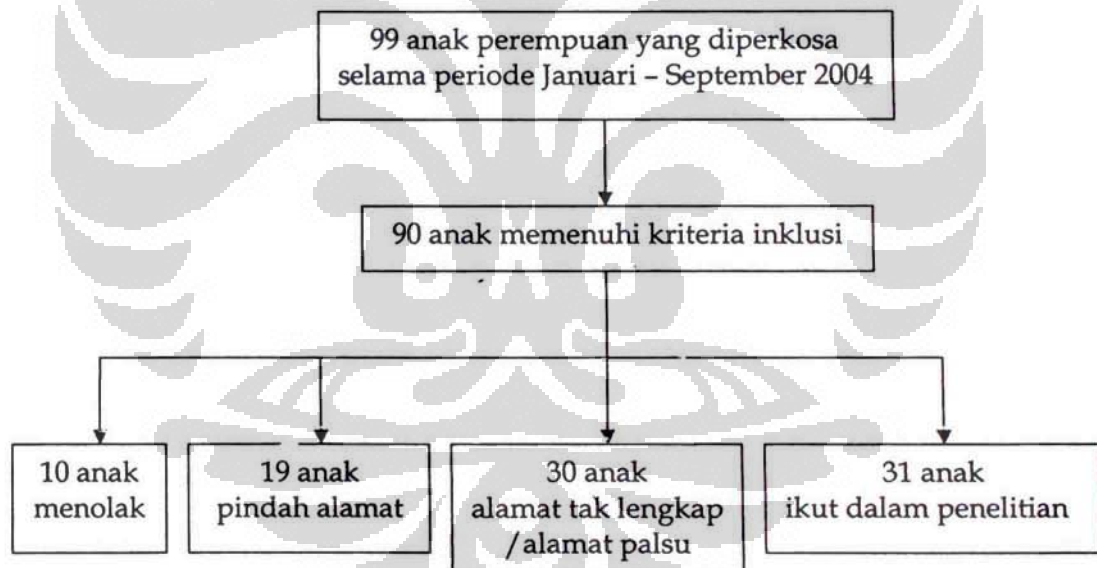
Dilakukan penyuntingan terhadap data kasar hasil penelitian, kemudian pemberian tanda (*coding*) terhadap semua variabel lalu dimasukkan ke dalam komputer sebagai data *entry*. Data dianalisis menggunakan SPSS 12.0 for Windows.



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Selama kurun waktu penelitian terdapat 99 anak perempuan yang mengalami perkosaan tetapi hanya 90 anak memenuhi kriteria inklusi yaitu anak perempuan berusia 12-18 tahun, bertempat tinggal di Jakarta, Bogor, Tangerang atau Bekasi dan bersedia mengikuti penelitian. Sepuluh anak menolak untuk ikut penelitian, 19 anak telah pindah alamat, sedangkan 30 anak tidak dapat dihubungi karena alamat kurang lengkap/alamat palsu sehingga hanya 31 anak yang dapat ikut serta dalam penelitian ini.



#### 5.1. Karakteristik Subyek

Pada Tabel 5.1 terlihat bahwa usia rerata seluruh subyek penelitian adalah 15,3 tahun (SD=1,8) dengan sebaran usia antara 12 sampai dengan 18 tahun. Terdapat 13 anak (41,9%) berpendidikan setingkat SLTP sedangkan 8 anak (25,8%) setingkat SLTA dan 10 lainnya (32,3%) setingkat SD. Secara fisik, tidak ada subyek yang menderita cacat.

Tabel 5.1. Sebaran karakteristik subyek

Karakteristik	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
<b>Usia Anak (tahun)</b>		
12	1	3,2
13	5	16,1
14	5	16,1
15	6	19,4
16	5	16,1
17	4	12,9
18	5	16,1
<b>Pendidikan Anak</b>		
SD atau sederajat	10	32,3
SLTP atau sederajat	13	41,9
SLTA atau sederajat	8	25,8

## 5.2. Karakteristik Keluarga

Berdasarkan tabel 5.2, terdapat 30 ibu (96,8%) berusia di atas 30 tahun, dengan usia termuda 29 tahun dan tertua 60 tahun (rerata usia 38,9 tahun, SD=7,6). Usia ayah 100% berusia di atas 30 tahun dengan sebaran usia antara 33-60 tahun, rerata usia 44,2 tahun, SD=7,3.

Kebanyakan ayah dan ibu subyek berpendidikan rendah (19 vs 25), hanya ada 1 subyek yang mempunyai orangtua yang berpendidikan tinggi. Lebih dari separuhnya (58,1%) termasuk dalam kategori keluarga yang berada di bawah garis kemiskinan. Dua puluh satu subyek (67,7%) berada dalam pengasuhan orangtua kandung dan 14 keluarga (45,2%) mempunyai lebih dari 4 anak dalam rumah.

Terdapat 6 keluarga (19,4%) yang mempunyai riwayat kekerasan dalam rumah tangga dan 4 orangtua (ayah) subyek (12,9%) yang mempunyai kebiasaan mengkonsumsi alkohol.



Tabel 5.2. Karakteristik keluarga korban

Karakteristik	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
<b>Usia Ibu (tahun)</b>		
20 - 29	1	3,2
30 - 39	17	54,8
40 - 49	10	32,3
50 - 59	2	6,5
60 - 69	1	3,2
<b>Pendidikan Ibu</b>		
Rendah	25	80,6
Menengah	5	16,1
Tinggi	1	3,2
<b>Usia Ayah (tahun)</b>		
30 - 39	8	25,8
40 - 49	13	42,0
50 - 59	9	29,0
60 - 69	1	3,2
<b>Pendidikan Ayah</b>		
Rendah	19	61,3
Menengah	11	35,5
Tinggi	1	3,2
<b>Penghasilan Keluarga</b>		
Di bawah garis kemiskinan	18	58,1
Di atas garis kemiskinan	13	41,9
<b>Status Pengasuhan</b>		
Orangtua kandung	21	67,7
Orangtua tunggal	3	9,7
Orangtua tiri	2	6,5
Orangtua pengganti	5	16,1
<b>Besarnya keluarga</b>		
> 4 anak	14	45,2
≤ 4 anak	17	54,8

Tabel 5.2. Karakteristik keluarga korban

Karakteristik	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
<b>Riwayat KDRT</b>		
Ada	6	19,4
Tidak	25	80,6
<b>Riwayat penggunaan NAPZA</b>		
Ada	4	12,9
Tidak	27	87,1

### 5.3. Karakteristik Pelaku

Usia pelaku terbanyak berkisar antara 20-24 tahun dengan rerata berusia 28,8 tahun (SD=11,8). Usia termuda berusia 18 tahun dan tertua berusia 51 tahun (tabel 5.3).

Pelaku yang berpendidikan rendah lebih banyak dibanding yang berpendidikan menengah dan tinggi (23 vs 14). Tujuh belas orang pelaku (45,9%) mempunyai pekerjaan, sedang sisanya masih berstatus pelajar/mahasiswa atau pengangguran.

Kebanyakan pelaku merupakan orang yang dikenal oleh subyek (33 dari 37 orang) dan hanya 4 diantaranya (10,8%) yang masih mempunyai hubungan kekerabatan dengan korban. Pada penelitian ini tidak ada pelaku yang merupakan orangtua pengganti maupun pengasuh subyek. Riwayat penggunaan NAPZA terdapat pada 20 orang pelaku (54,0%).

### 5.4. Karakteristik Kejadian Perkosaan

Berdasarkan tabel 5.4 dapat dilihat waktu kejadian tersering yaitu pada jam 06.00-12.00 dan 18.01-24.00 masing-masing 10 (32,3%) dan 11 (35,5%) kejadian. Sebelas peristiwa perkosaan (35,5%) terjadi di rumah pelaku, 7 peristiwa (22,5%) terjadi di rumah korban sedangkan sisanya di rumah orang lain (9,7%) atau tempat lainnya (32,3%).

Tabel 5.3. Sebaran karakteristik pelaku perkosaan

Karakteristik	Jumlah (n = 37)	Persentase (%)
<b>Usia (tahun)</b>		
15-19	8	24,3
20-24	10	27,0
25-29	8	21,6
30-34	-	-
35-39	2	5,4
40-44	4	10,8
45-49	1	2,7
50-54	4	10,8
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	23	62,2
Menengah	13	35,1
Tinggi	1	2,7
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	13	35,1
Bekerja	17	45,9
Pelajar/mahasiswa	7	19,0
<b>Hubungan dengan Korban</b>		
Ayah kandung	2	5,4
Saudara	2	5,4
Pacar	5	13,5
Teman	13	35,1
Tetangga	6	16,2
Kenalan	6	16,2
Orang tak dikenal	3	8,1
<b>Riwayat Penggunaan NAPZA</b>		
Ada	20	54,0
Tidak	17	46,0



Sebanyak 26 peristiwa (83,9%) dilakukan hanya oleh seorang pelaku, sedangkan 5 peristiwa lainnya (16,1%) dilakukan oleh lebih dari 1 orang. Sepuluh subyek (32,3%) yang mengalami perkosaan lebih dari satu kali dan hanya 6 orang (19,4%) yang melapor dalam waktu kurang dari 24 jam (tabel 5.4).

**Tabel 5.4. Sebaran karakteristik kejadian perkosaan**

Karakteristik	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
<b>Waktu Kejadian</b>		
06.00 - 12.00	10	32,3
12.01 - 18.00	6	19,4
18.01 - 24.00	11	35,5
00.01 - 05.59	4	12,8
<b>Tempat Kejadian</b>		
Rumah pelaku	11	35,5
Rumah korban	7	22,5
Rumah orang lain	3	9,7
Lain-lain (lapangan, kebun, taman)	10	32,3
<b>Riwayat penggunaan NAPZA/hipnotis</b>		
Ya	14	45,2
Tidak	17	54,8
<b>Jumlah Pelaku</b>		
>1 orang	5	16,1
1 orang	26	83,9
<b>Frekuensi Perkosaan</b>		
>1 kali	10	32,3
1 kali	21	67,7
<b>Jarak waktu pelaporan</b>		
<24 jam	6	19,4
24-72 jam	4	12,8
>72 jam	21	67,7

**5.5. Hasil pemeriksaan fisis dan status gizi**

Tabel 5.5 dan 5.6 memperlihatkan hasil pemeriksaan fisis dan pemeriksaan genitalia berdasarkan visum yang ada. Pada tabel 5 terlihat hanya 8 anak (25,8%) yang mengalami kelainan berupa memar, hematom atau luka lecet pada tubuhnya, seluruhnya (100%) tidak tampak lagi pada waktu pemeriksaan ulang.

**Tabel 5.5. Sebaran hasil pemeriksaan fisis korban perkosaan**

Pemeriksaan fisis	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
Ada kelainan*	8	25,8
Tak ada kelainan	23	74,2
Jumlah	31	100

\* memar, hematom, luka lecet

Tabel 6 menunjukkan berbagai kelainan yang ditemukan pada pemeriksaan fisis genitalia seperti yang tertera pada visum. Dua puluh satu anak (67,7%) mengalami robekan pada selaput dara, 2 anak (6,5%) mengalami luka lecet pada labia minora, 4 orang luka lecet pada forniks posterior, 4 anak mengalami memar, hematom serta luka lecet pada daerah genital/perianal. Terdapat 10 anak (32,3%) dengan selaput dara yang utuh.

**Tabel 5.6. Sebaran hasil pemeriksaan fisis genitalia korban saat kejadian perkosaan**

Pemeriksaan fisis genitalia*	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
Robekan selaput dara	21	67,7
Luka lecet pada labia minora	2	6,5
Luka lecet pada forniks posterior	4	12,9
Memar, hematom, luka lecet pada genital/perianal	4	12,9
Selaput dara utuh	10	32,3

\*manifestasi klinis dapat lebih dari satu

Status gizi pada subyek hanya dapat dinilai pada saat dilakukannya penelitian ini, mengingat data antropometris sebelumnya tidak tercantum

pada rekam medis yang ada. Berdasarkan berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB) terdapat 20 anak (64,5%) berada dalam kategori gizi cukup, 11 anak (35,5%) gizi kurang dan tidak ada yang mengalami gizi kurang maupun lebih (tabel 7). Selain itu pula semua subyek telah mencapai pubertas, minimal pada Tanner *stage* III.

Tabel 5.7. Sebaran status gizi korban perkosaan

Status Gizi*	Jumlah (n = 31)	Persentase (%)
Gizi kurang	11	35,5
Gizi cukup	20	64,5
Jumlah	31	100

\*berdasarkan BB/TB

### 5.6. Hasil pemeriksaan psikologis

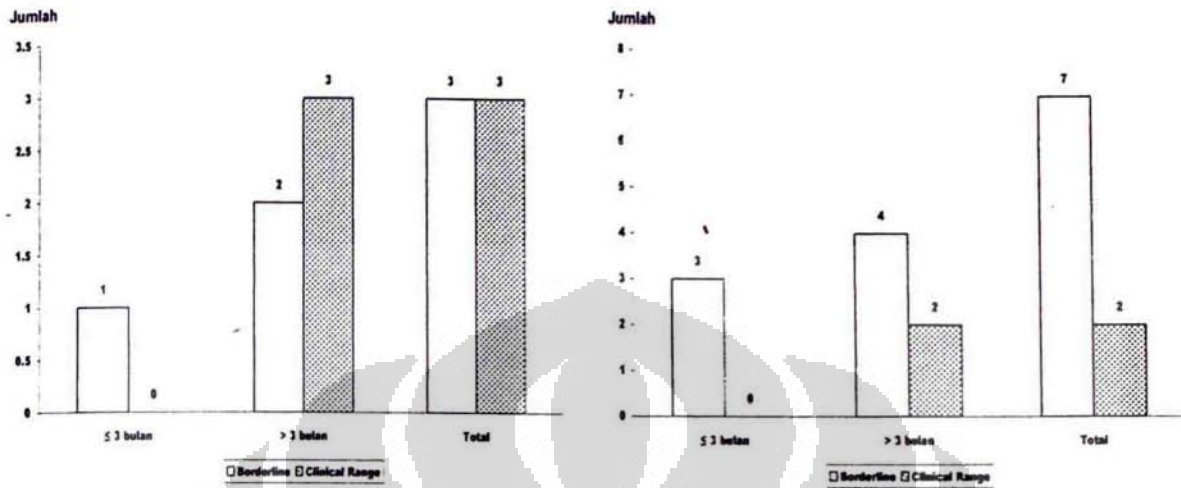
Terdapat 4 pemeriksaan psikologis yang dilakukan, yaitu CBCL yang diisi oleh orangtua, DAP, HTP serta RPM yang dikerjakan oleh anak. Pada penelitian ini terdapat 7 subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq$  3 bulan dan 24 lainnya dengan riwayat perkosaan  $>$  3 bulan yang lalu. Pengelompokan ini selanjutnya digunakan pada perhitungan terhadap hasil DAP dan HTP.

#### 5.6.1. Hasil penilaian gangguan emosi dan perilaku menggunakan CBCL

Berdasarkan penilaian CBCL, terlihat gangguan kecemasan/depresi merupakan masalah yang sering ditemui pada subyek, baik pada *borderline range* maupun *clinical range* (gambar 5.3). Disusul dengan masalah pemusatan perhatian dan masalah pikiran (gambar 5.5 dan 5.6).

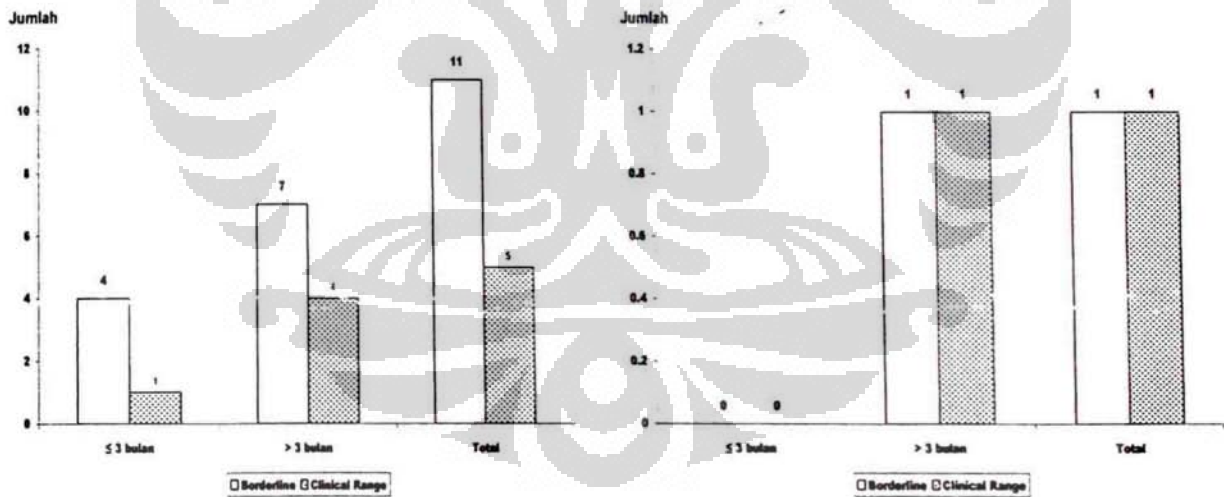
Pada gambar 5.1 hingga 5.8 juga dapat dilihat bahwa subyek yang mengalami perkosaan  $>$  3 bulan lebih banyak yang mengalami gangguan perilaku dibandingkan dengan subyek yang mengalami perkosaan  $\leq$  3 bulan yang lalu. Hal yang sama terjadi jika dilakukan pengelompokan gangguan menurut *internalizing* dan *externalizing* (tabel 5.8), terdapat 10 subyek (32,3%) yang mengalami keduanya dan terdapat 7 subyek (22,6%) yang tidak mengalami masalah perilaku menurut CBCL.





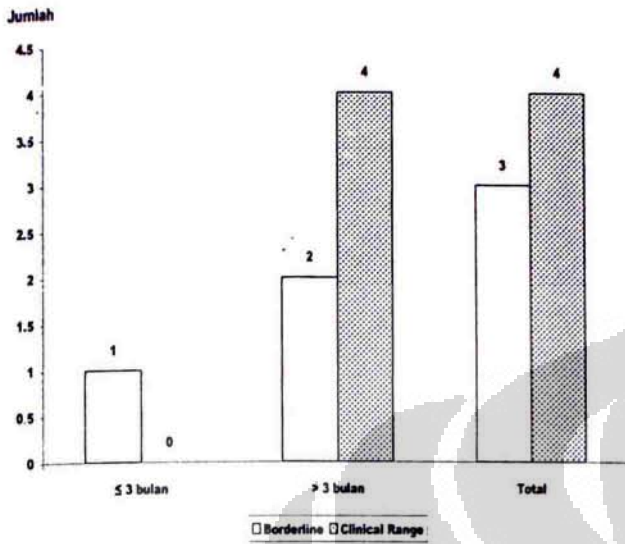
Gambar 5.1. Proporsi subyek yang mengalami gangguan menarik diri berdasarkan CBCL

Gambar 5.2. Proporsi subyek yang mengalami keluhan somatik berdasarkan CBCL

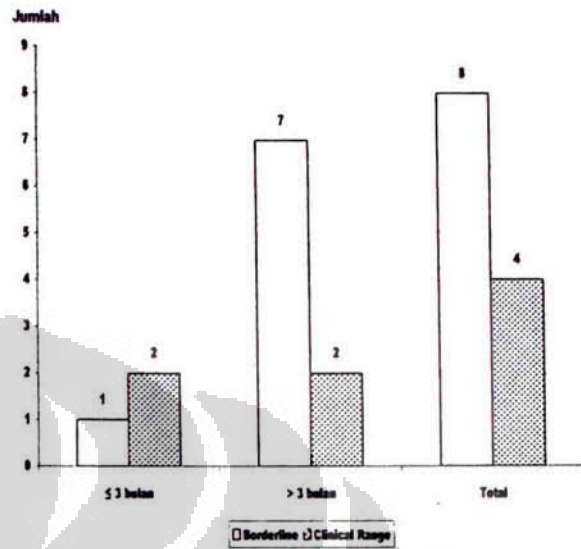


Gambar 5.3. Proporsi subyek yang mengalami kecemasan/ depresi berdasarkan CBCL

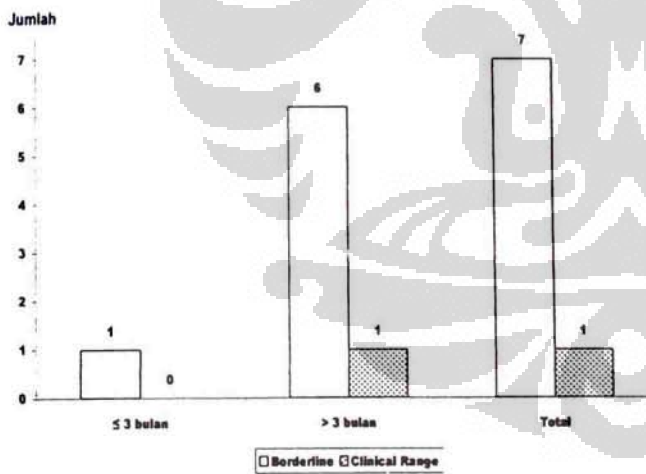
Gambar 5.4. Proporsi subyek yang mengalami masalah sosial berdasarkan CBCL



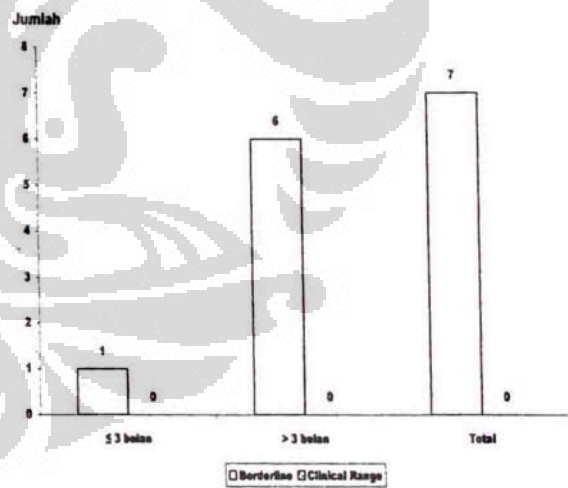
Gambar 5.5. Proporsi subyek yang mengalami masalah pikiran berdasarkan CBCL



Gambar 5.6. Proporsi subyek yang mengalami masalah perhatian berdasarkan CBCL



Gambar 5.7. Proporsi subyek yang mengalami gangguan tingkah laku delikuen berdasarkan CBCL



Gambar 5.8. Proporsi subyek yang mengalami gangguan tingkah laku agresif berdasarkan CBCL

Tabel 5.8. Sebaran gangguan perilaku berdasarkan CBCL

Gangguan perilaku	Lama Kejadian				Total	
	≤ 3 bulan		> 3 bulan		n = 31	%
	n = 7	%	n = 24	%		
<i>Internalizing*</i>						
<i>Borderline</i>	0	0	3	9,7	3	9,7
<i>Clinical range</i>	5	16,1	14	45,2	19	61,3
<i>Externalizing#</i>						
<i>Borderline</i>	1	3,2	1	3,2	2	6,5
<i>Clinical range</i>	2	6,5	13	41,9	15	48,4
<i>Internalizing &amp; Externalizing</i>						
<i>Clinical range</i>	2	6,5	8	25,8	10	32,3
Tak ada gangguan	3	9,7	4	12,9	7	22,6

\* *internalizing* terdiri dari dari menarik diri, keluhan somatik dan kecemasan/depresi

#*externalizing* terdiri dari tingkah laku delikuen dan agresif

### 5.6.2. Hasil penilaian menggunakan DAP

Pada tabel 5.9 dapat dilihat bahwa berdasarkan kesan umum, terdapat 18 subyek menggambar sesuai dengan usianya dan 11 anak menggambar orang yang lebih muda, 4 di antaranya digambar oleh subyek yang mengalami perkosaan ≤ 3 bulan. Proporsi yang cukup besar pada kedua kelompok (85,7 % vs 79,2%) menggambar orang yang sedang gembira (tersenyum). Semua subyek dengan riwayat perkosaan ≤ 3 bulan menggambar orang sesuai dengan jenis kelaminnya, sedangkan 25% dari subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan yang lalu memberi gambaran orang yang berlawanan dengan jenis kelaminnya.

Empat dari 7 subyek (57,1%) yang mengalami perkosaan ≤ 3 bulan menggambar di tengah-tengah kertas, sedangkan proporsi pada subyek yang mengalami perkosaan > 3 bulan yang lalu mencapai 70,8%. Sekitar 29,0% subyek menggambar di bagian atas kertas dan hanya 1 subyek yang menggambar di bagian bawah kertas.



Tabel 5.9. Hasil tes DAP

Gambar	Lama Kejadian			
	≤ 3 bulan		> 3 bulan	
	n = 7	%	n = 24	%
<b>Kesan Umum</b>				
Gambar lebih tua	0	0	2	8,3
Gambar sesuai umur	3	42,8	15	62,5
Gambar lebih muda	4	57,1	7	29,2
Gambar aktif	3	42,8	0	0
Gambar pasif	1	14,3	2	8,3
Gambar sederhana	5	71,4	13	54,2
Gambar sedih	0	0	1	4,2
Gambar gembira	6	85,7	19	79,2
Gambar laki-laki	0	0	6	25,0
Gambar perempuan	7	100	18	75,0
<b>Lokasi Kertas</b>				
Di bagian atas	2	28,6	7	29,2
Di tengah	4	57,1	17	70,8
Di bagian bawah	1	14,3	0	0
<b>Ukuran</b>				
Kecil	3	42,8	6	25
Sangat besar	3	42,8	5	20,8
Sedang	1	14,3	13	54,2
Tak lengkap	1	14,3	13	54,2
<b>Kualitas gambar</b>				
Garis tebal	4	57,1	7	29,2
Garis tipis	0	0	5	20,8
Garis yang tebal, kotor dengan <i>shading</i>	4	57,1	19	79,2
Banyak hapusan	0	0	1	4,2

\*dapat lebih dari satu

Berdasarkan ukurannya, 85,6% subyek yang mengalami perkosaan ≤ 3 bulan mempunyai gambar yang lebih kecil atau lebih besar, sedangkan pada subyek yang mengalami perkosaan > 3 bulan hanya sebesar 45,8%. Sebanyak 54,2% subyek yang mengalami perkosaan > 3 bulan memberi gambaran orang yang tidak lengkap.

Apabila dilihat berdasarkan kualitas gambarnya, lebih dari separuh subyek yang mengalami perkosaan  $\leq 3$  bulan (57,1%) menggambar dengan garis yang tebal atau garis yang tebal dan kotor serta diberi *shading*. Proporsi yang lebih banyak (79,2%) terdapat pada subyek yang mengalami perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu. Sebanyak 5 subyek dengan riwayat perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu menggambar dengan garis yang tipis.

### 5.6.3. Hasil penilaian menggunakan HTP

Tabel 5.10 memperlihatkan 85,7% dari subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan menggambar dengan proporsi yang buruk, sedangkan hanya 58,3% dari subyek dengan riwayat perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu menggambar dengan proporsi yang buruk. Terdapat proporsi yang hampir sama pada masing-masing kelompok (42,8% vs 54,2%) yang menggambar dengan posisi yang buruk, sedangkan komposisi gambar yang buruk lebih banyak didapatkan pada kelompok subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan (71,4% vs 58,3%). Gambar rumah dan pohon merupakan gambar yang paling banyak dapat diselesaikan dengan baik oleh subyek.

Jika ditinjau secara rinci berdasarkan gambar rumah pada tes HTP, terdapat 16 rumah yang digambarkan dengan ukuran besar 13 di antaranya digambar oleh subyek dengan riwayat perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu. Sebanyak 28% dari subyek yang mengalami perkosaan  $\leq 3$  bulan dan 29,2% dari subyek dengan riwayat perkosaan  $> 3$  bulan yang menggambar rumah dalam ukuran kecil, tetapi 100% subyek menggambar rumah yang tertutup. Terdapat 8,3% dari subyek dengan riwayat perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu menggambar pagar tertutup dalam gambarnya.

Pohon yang besar dan dominan lebih banyak digambarkan pada kelompok subyek dengan riwayat perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu. Demikian pula pada gambaran pohon yang kecil dan kering serta gambaran lebih dari 1 pohon.



Tabel 5.10. Hasil tes HTP

Gambar	Lama Kejadian			
	≤ 3 bulan		> 3 bulan	
	n = 7	%	n = 24	%
<b>Proporsi</b>				
Baik	0	0	0	0
Sedang	1	14,3	10	41,7
Buruk	6	85,7	14	58,3
<b>Posisi</b>				
Baik	0	0	4	16,7
Sedang	4	57,1	7	29,2
Buruk	3	42,8	13	54,2
<b>Komposisi</b>				
Baik	0	0	1	4,2
Sedang	2	28,6	9	37,5
Buruk	5	71,4	14	58,3
<b>Penyelesaian gambar</b>				
Rumah	6	85,7	24	100
Pohon	6	85,7	24	100
Orang	5	71,4	17	70,8
<b>Rumah</b>				
Kecil	2	28,6	7	29,2
Besar	3	42,8	13	54,2
Bagus	1	14,3	3	12,5
Tertutup	7	100	24	100
Berpagar tertutup	0	0	2	8,3
Jalan	3	42,8	9	37,5
<b>Pohon</b>				
Besar dan dominan	1	14,3	13	54,2
Kecil dan kering	0	0	4	16,7
Pohon perdu/penghias	1	14,3	0	0
Jamak	1	14,3	4	16,7



Tabel 5.10. Hasil tes HTP

Gambar	Lama Kejadian			
	≤ 3 bulan		> 3 bulan	
	n = 7	%	n = 24	%
<b>Orang</b>				
Kecil	2	28,6	7	29,2
Besar menguasai	3	42,8	6	25
Jamak	1	14,3	0	0
Melihat ke arah lain	2	28,6	11	45,8
Tindakan yang tak berhubungan dengan keluarga	1	14,3	1	14,3
Tindakan yang berhubungan dengan keluarga	1	14,3	1	14,3
Mendekati rumah/pohon	4	57,1	8	33,3
Menjauhi rumah/pohon	3	42,8	12	50,0
Pemandangan, HTP kecil	0	0	1	14,3
Bagian atas & bawah nampak	4	57,1	14	58,3
Awan/burung	0	0	3	12,5

\*dapat lebih dari satu

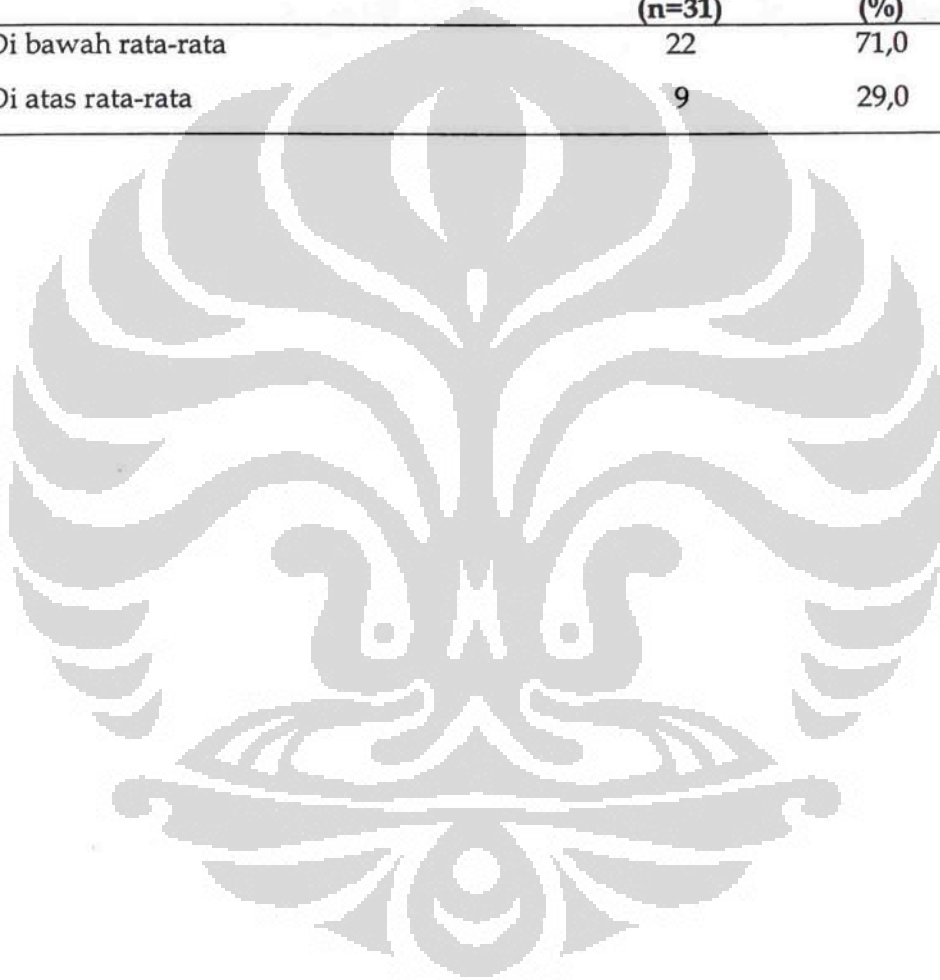
Orang dalam ukuran sangat besar atau kecil digambar oleh 71,4% dari subyek dengan riwayat perkosaan ≤ 3 bulan dan 54,2% dari subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan yang lalu. Sebanyak 57,1% dari subyek yang mengalami perkosaan ≤ 3 bulan menggambar orang yang mendekati rumah/pohon, sebaliknya 50% dari subyek yang mengalami perkosaan > 3 bulan yang lalu menggambar orang yang menjauhi rumah/pohon. Dua dari 7 (28,6%) subyek yang mengalami perkosaan ≤ 3 bulan yang lalu dan 45,8% dari subyek mengalami perkosaan > 3 bulan yang lalu menggambar orang yang memandang ke arah lain.

**5.6.4. Hasil penilaian alur pikir nonverbal dengan menggunakan RPM**

Pada tabel 5.11 dapat dilihat hasil penilaian alur pikir nonverbal berdasarkan RPM. Terdapat 9 anak (29%) yang mendapat nilai di atas rata-rata, sedangkan 22 lainnya berada dalam kisaran di bawah rata-rata.

**Tabel 5.11. Penilaian alur pikir nonverbal dengan menggunakan RPM**

Norma	Jumlah (n=31)	Persentase (%)
Di bawah rata-rata	22	71,0
Di atas rata-rata	9	29,0



## BAB VI

### PEMBAHASAN

---

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif potong lintang untuk mengetahui karakteristik perkosaan pada anak perempuan dan dampak psikologis yang dialaminya. Subyek penelitian merupakan anak perempuan yang tercatat sebagai korban perkosaan di PKT-RSCM dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan subyek penelitian dilakukan pada bulan Agustus - Oktober 2004.

#### 6.1. Keterbatasan Penelitian

Jumlah subyek pada penelitian ini tidak dapat mencapai jumlah yang direncanakan. Hal ini disebabkan karena jumlah anak perempuan yang mengalami perkosaan di PKT-RSCM selama kurun waktu penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian hanya sebanyak 90 penderita. Tetapi dari jumlah tersebut, hanya 31 anak yang dapat ikut serta dalam penelitian karena 10 anak menolak, 19 anak telah pindah alamat, sedangkan 30 anak tidak dapat dihubungi karena alamat kurang lengkap/alamat palsu.

Kesulitan untuk membuat subyek datang dan melakukan pemeriksaan psikologis di rumah sakit membuat pemeriksaan psikologis pada sebagian besar subyek (67,7%) dilakukan dengan cara *home visite*. Idealnya pemeriksaan psikologis dilakukan pada situasi dan kondisi yang sama sehingga gangguan dari faktor lingkungan dapat diminimalkan.

Keterbatasan tenaga, waktu dan dana menyebabkan berbagai kelainan yang ada tidak langsung dieksplorasi lebih lanjut oleh peneliti, tetapi subyek dirujuk ke tempat sesuai dengan kelainan yang ada untuk penanganan lebih lanjut. Berdasarkan segala keterbatasan yang ada maka penelitian ini merupakan suatu penelitian pendahuluan.



## 6.2. Karakteristik Subyek

Terdapat 31 anak yang ikut serta dalam penelitian ini, semuanya berusia 12 hingga 18 tahun dengan rerata 15,3 tahun ( $SD=1,8$ ). Apabila diperhatikan lebih lanjut masing-masing tersebar hampir merata pada usia 13 sampai 18 tahun, kecuali hanya terdapat 1 orang anak yang berusia 12 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Snyder terhadap data *National Incident-Based Reporting System* (NIBRS) di Amerika Serikat yang menyatakan bahwa peristiwa perkosaan banyak terjadi pada kelompok usia 12-17 tahun, disusul dengan kelompok usia 18-24 tahun.<sup>37</sup> Jones, dkk pada penelitiannya mendapatkan sekitar 43% dari populasi yang mengalami kekerasan seksual merupakan remaja berusia 13-17 tahun.<sup>38</sup>

Sebanyak 10 anak (32,3%) telah mengenyam pendidikan SD, 21 anak lainnya (67,7%) pada tingkat lanjutan pertama dan atas. Sesungguhnya dari 10 anak ini, hanya 1 orang saja yang saat ini masih bersekolah di SD, 9 anak lainnya hanya mampu hingga SD saja (putus sekolah). Dua dari sembilan anak yang hanya sempat mengenyam sekolah dasar dan tidak mampu melanjutkan sekolahnya karena tidak dapat mengikuti pelajaran.

## 6.3. Karakteristik Keluarga

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat, usia ayah dan ibu hampir semuanya di atas 30 tahun, hanya 1 orang ibu (3,2%) yang berusia 29 tahun. Hal ini sangat mungkin terjadi jika dihubungkan dengan usia reproduksi ibu dan usia subyek yang berkisar antara 12-18 tahun. Sebagian besar anak mempunyai orangtua yang berpendidikan rendah (ibu 80,6%, ayah 61,3%), hanya 1 anak yang mempunyai ayah dan ibu yang berpendidikan tinggi.

Kemiskinan seringkali merupakan faktor risiko terjadinya tindakan perlakuan salah terhadap anak. Anak-anak yang berasal dari keluarga dengan sosio-ekonomi rendah lebih banyak yang mengalami perlakuan salah.<sup>7,10</sup> Berbeda dengan hasil pada penelitian ini yang mendapatkan jumlah yang hampir sama (18 vs 13) antara keluarga yang berada di bawah garis

kemiskinan dan berada di atas garis kemiskinan (tabel 5.2), hal ini terjadi karena perbedaan indikator kemiskinan yang digunakan.

Pada penelitian ini, kebanyakan subyek tinggal bersama kedua orangtua kandungnya (67,7%) dan hanya 3 anak (9,7%) yang berada di bawah pengasuhan orangtua tunggal. Penelitian ini juga hanya mendapatkan 14 keluarga (45,2%) yang mempunyai anak > 4 orang, karena seringkali sebagian anak dari keluarga subyek tinggal bersama kakek/neneknya di kampung halamannya. Kepustakaan menyatakan bahwa anak yang diasuh oleh orangtua tunggal dan mempunyai jumlah anggota keluarga yang banyak meningkatkan risiko terjadinya perlakuan salah.<sup>7,10</sup> Selain itu pula pengaruh budaya Indonesia yang masih sangat menghormati lembaga perkawinan dan peranan keluarga di luar keluarga inti cukup mempengaruhi hasil ini, tetapi tampaknya perlu penelitian lebih lanjut mengenai hal ini.

Adanya masalah kekerasan dalam rumah tangga, penggunaan obat/zat terlarang dalam keluarga serta perlakuan salah fisis dan emosional yang terjadi di sekitar lingkungan anak harus menjadi perhatian terhadap kemungkinan terjadinya perlakuan salah seksual.<sup>8,15,17</sup> Terdapat 6 keluarga (19,4%) yang mempunyai riwayat KDRT dan 4 keluarga (12,9%) yang ayahnya mengkonsumsi NAPZA, termasuk didalamnya 2 anak yang pelaku perkosaannya merupakan ayah kandungnya sendiri. Data mengenai adanya riwayat perlakuan salah sebelumnya pada orangtua sulit untuk didapat, karena umumnya mereka tidak mau memberitahu hal yang sebenarnya.

#### 6.4. Karakteristik Pelaku

Pelaku perkosaan pada anak perempuan umumnya adalah laki-laki, seperti pada penelitian ini 100% orang pelaku merupakan laki-laki dengan kisaran usia 18-51 tahun dengan usia terbanyak pada kelompok usia 20-24 tahun. Penelitian yang dilakukan Snyder juga menyatakan usia pelaku kebanyakan berada antara 18-34 tahun<sup>37</sup>, sementara usia pelaku tindakan perlakuan salah dan penelantaran pada umumnya terbanyak pada umur 20-40 tahun.<sup>34,16</sup>



Kebanyakan pelaku berpendidikan rendah (62,2%) dan sepertiganya (35,1%) merupakan pengangguran. Kepustakaan menyebutkan bahwa risiko menjadi semakin besar dengan meningkatnya jumlah pengangguran.<sup>8,17</sup> Hingga saat ini penulis belum mendapatkan kepustakaan yang secara langsung menyatakan hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian perkosaan.

Pada penelitian ini didapatkan hampir seluruhnya (89,1%) dilakukan oleh pelaku yang sudah dikenal oleh korban. Empat orang (10,8%) diantaranya masih memiliki kekerabatan (ayah kandung, paman dan kakak ipar) dan hanya tiga pelaku (8,1%) yang merupakan orang yang tak dikenal. Hal yang sama juga didapatkan oleh Snyder<sup>37</sup>, Jones, dkk<sup>38</sup> dan Peipert, dkk<sup>39</sup> yang menyatakan bahwa perkosaan terhadap remaja kebanyakan dilakukan oleh keluarga/kerabat atau kenalan dan hanya sedikit yang dilakukan oleh orang tak dikenal. Snyder mendapatkan angka sekitar 66% dilakukan oleh kenalan dan 24% dilakukan oleh keluarga/kerabat.<sup>37</sup> Peipert, dkk<sup>39</sup> mendapatkan kisaran angka 67-75% dilakukan oleh kerabat atau kenalan, sedangkan Jones, dkk<sup>38</sup> mendapatkan angka 84% dilakukan oleh kerabat atau kenalan. Proporsi pelaku perkosaan yang dilakukan oleh orang tak dikenal lebih sering terjadi pada orang dewasa.<sup>37,38</sup>

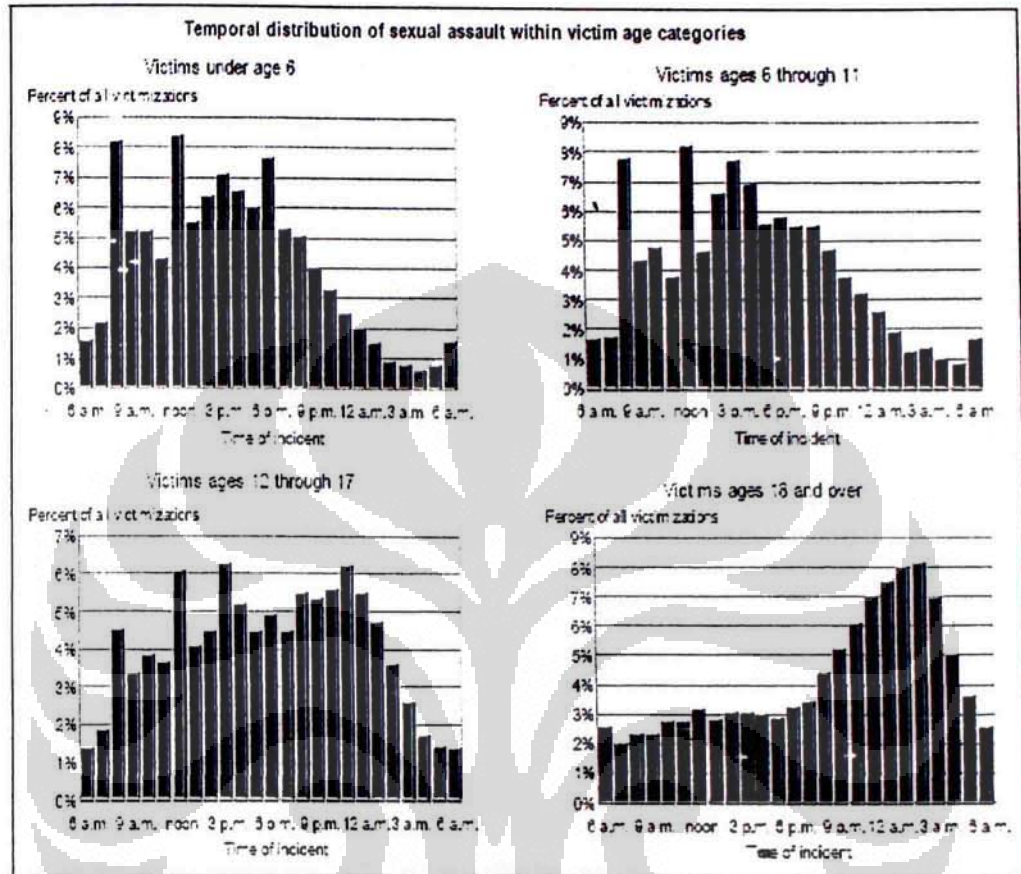
Peristiwa perkosaan pada anak remaja sering didahului oleh penyalahgunaan NAPZA.<sup>6</sup> Demikian pula pada penelitian ini terdapat 20 peristiwa perkosaan (54,0%) dengan riwayat penggunaan NAPZA sebelumnya oleh pelaku.

#### 6.5. Karakteristik Peristiwa Perkosaan

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat bahwa 16 kejadian (61,7%) terjadi sebelum malam tiba (06.00-18.00) dan 10 dari 16 (62,5%) kejadian tersebut terjadi pada pagi hari. Hasil yang agak berbeda didapatkan oleh Snyder seperti terlihat pada gambar 6.1 di bawah ini:



Gambar 6.1. Sebaran waktu peristiwa perkosaan menurut kelompok umur



Dikutip dari Snyder<sup>37</sup>

Pada anak yang berusia <6 tahun dan anak usia 6-11 tahun, kejadian cenderung mencapai puncak pada pukul 15.00 dan biasa terjadi pada saat pulang sekolah atau saat makan siang. Hal yang berbeda terjadi pada peristiwa perkosaan pada orang dewasa yang mulai memuncak pada pukul 20.00 dan mencapai titik tertinggi pada pukul 02.00. Pada anak remaja terlihat dua puncak yaitu antara pukul 12.00-15.00 dan 21.00-24.00 yang merupakan kombinasi dari pola yang terjadi pada anak-anak dan dewasa.<sup>37</sup>

Perbedaan pola waktu kejadian perkosaan pada anak remaja pada penelitian ini dengan yang ditemukan oleh Snyder dapat disebabkan karena perkosaan pada anak remaja di Indonesia justru terjadi pada saat anggota keluarga lain tidak berada di rumah karena kesibukannya bekerja/sekolah, yaitu pada saat pagi hingga siang dan sore hari.

Delapan belas dari 31 peristiwa perkosaan (58,1%) terjadi di rumah pelaku atau korban (11 *vs* 7). Hal ini dapat terjadi mengingat 93,5% pelaku merupakan orang yang dikenal oleh korban. Jones, dkk mendapatkan hal yang sama bahwa kekerasan seksual yang dialami oleh remaja lebih banyak terjadi di rumah pelaku,<sup>38</sup> sedangkan Snyder mendapatkan sebanyak 68,5% perkosaan pada anak usia 12-17 tahun dilakukan di rumah pelaku, rumah korban atau rumah orang lain.<sup>37</sup> Berdasarkan jumlah pelaku, kebanyakan dilakukan sendiri (83,9%) dan dilakukan hanya 1 kali saja (67,7%). Jones, dkk menyatakan bahwa hanya 7% pelakunya lebih dari satu orang.<sup>37</sup> Hal yang berbeda terjadi bila korban merupakan anak laki-laki atau orang dewasa, biasanya pelakunya lebih dari satu orang, serta seringkali menggunakan senjata.<sup>6,37</sup> Pada penelitian ini terdapat empat belas anak (45,2%) mengaku dipaksa mengkonsumsi NAPZA atau seperti dihipnotis sebelum diperkosa.

Berdasarkan frekuensi perkosaan (tabel 5.4) terdapat 10 subyek yang mengalami perkosaan lebih dari 1 kali. Subyek yang diperkosa oleh ayah kandungnya sendiri semuanya mengalami peristiwa perkosaan lebih dari 1 kali, sedangkan yang lain pelakunya merupakan teman (1 subyek), kenalan dan pacar (masing-masing 3 subyek) dan 1 subyek oleh tetangganya. Umur korban beragam, terdapat 3 subyek berusia 12-15 tahun dan 7 subyek berusia 16-18 tahun, dengan usia tersering pada usia 16 tahun dan dilakukan oleh kenalan atau pacarnya. Pola yang terjadi biasanya adalah korban diajak pergi bersama pelaku untuk jalan-jalan atau nonton konser musik dan dalam perjalanan pulang diajak ke rumah pelaku atau rumah teman pelaku. Kejadian yang pertama kali biasanya dapat hanya berupa pencabulan (meraba-raba tubuh korban) atau juga terdapat usaha penetrasi (biasanya dengan jari terlebih dahulu dan tetap dengan pakaian lengkap) kemudian pada usaha yang berikutnya pelaku sudah lebih berani dan melakukan penetrasi. Semua usaha ini lebih sering terjadi dengan bantuan NAPZA.

Pola lainnya yang dapat terjadi adalah adanya rasa suka sama suka sehingga dilakukan lebih dari satu kali, tetapi akhirnya menjadi delik aduan apabila terdapat orangtua korban mencurigai telah terjadi perkosaan atau



karena terjadi perubahan pada diri korban, atau juga karena pelaku yang mulanya mau bertanggung jawab akhirnya ingkar janji.

Pada penelitian ini tidak didapatkan subyek yang mengalami kehamilan akibat peristiwa perkosaan yang dialaminya, tetapi terdapat seorang subyek yang hingga saat ini masih dalam perawatan seorang psikiater dan mengkonsumsi obat penenang karena perkosaan. Peristiwa perkosaan tersebut pelakunya merupakan pacar subyek, dilakukan > 1 kali serta dicurigai adanya unsur suka sama suka pada awalnya tetapi kemudian terjadi pemaksaan dan melibatkan NAPZA.

Anak perempuan korban perkosaan memang seringkali tidak segera mencari pertolongan/melaporkan peristiwa ini,<sup>6</sup> padahal pengambilan sampel forensik harus dilakukan dalam waktu kurang dari 72 jam setelah kejadian.<sup>5-7</sup> Christian, dkk bahkan menyatakan bahwa pada korban prapubertas pemeriksaan sebaiknya dilakukan dalam waktu kurang dari 24 jam setelah kejadian.<sup>18</sup> Jones, dkk menyatakan bahwa korban perkosaan yang berusia lebih dari 17 tahun lebih cepat mencari pertolongan dibandingkan remaja usia 13-17 tahun (12 jam vs 17 jam).<sup>37</sup>

Pada penelitian ini didapatkan 21 dari seluruh subyek (67,7%) baru melaporkan peristiwa perkosaan yang menimpanya setelah 72 jam, hanya 6 (19,4%) diantaranya yang melaporkan kasusnya dalam 24 jam pertama. Penyebab terjadinya keterlambatan pelaporan peristiwa perkosaan seringkali karena korban dan keluarganya malu terhadap kejadian tersebut. Selain itu adanya perasaan takut untuk berurusan dengan polisi. Seringkali pula korban yang melapor dalam waktu 24 jam setelah kejadian, datang dengan keadaan yang telah "bersih" dari barang bukti (korban biasanya telah berganti pakaian, mandi dan pakaian yang menjadi barang bukti tidak dibawa). Hal-hal tersebut terjadi karena ketidaktahuan korban dan keluarganya serta dapat dimengerti karena umumnya tingkat pendidikan orangtua korban yang rendah (tabel 5.2).

Penentuan jenis tata laksana dilakukan berdasarkan jenis penganiayaan, usia anak serta jangka waktu kejadian. Prognosis lebih buruk



pada korban yang mempunyai hubungan dekat dengan pelaku, terjadi untuk jangka waktu yang lama dan telah terjadi penetrasi.<sup>15</sup>

#### 6.6. Hasil Pemeriksaan Fisis dan Status Gizi

Pada pemeriksaan fisis terutama yang dilihat adalah pemeriksaan luar. Adanya memar, hematoma dan luka menandakan kemungkinan adanya usaha perlawanan. Terdapat 8 subyek (25,8%) yang mengalami memar, hematoma atau luka pada penampakan luar. Kemungkinan tidak banyak yang mengalami luka ini karena 29 korban (93,5%) mengenali pelaku atau takut pada pelakunya serta seringkali korban berada dalam keadaan tidak sadar karena pengaruh NAPZA (45,2%). Penelitian Jones, dkk juga mendapatkan bahwa remaja korban kekerasan seksual lebih sedikit yang mengalami kelainan non-genital dibandingkan dengan korban dewasa.<sup>37</sup>

Pemeriksaan genitalia pada saat kejadian berdasarkan visum yang ada, terdapat 21 subyek (67,7%) mengalami robekan pada selaput dara, 2 anak (6,5%) menderita luka lecet pada labia minora, 4 (12,9%) luka lecet pada forniks posterior dan 4 (12,9%) luka pada genital/perianal dan tidak terdapat penetrasi oral maupun anal. Kelainan yang ada sesuai dengan *guideline* yang diberikan oleh AAP bahwa sangat besar kemungkinan telah terjadi perkosaan bila ditemui: (1) laserasi, robekan atau parut pada selaput dara (2) hilangnya separuh atau lebih jaringan selaput dara (3) luka parut pada fosa navikularis (4) luka atau parut pada forniks posterior (5) laserasi pada anus.<sup>5,14</sup> Hasil pada penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Jones, dkk yang menyatakan bahwa daerah labia minora, forniks, selaput dara merupakan daerah yang sering mengalami kerusakan, sedangkan pada orang dewasa kerusakan lebih sering pada daerah anogenital.<sup>37</sup>

Kadangkala tidak terdapat penemuan fisis pada anak yang mengalami perlakuan salah seksual, walaupun pelakunya telah mengaku adanya penetrasi terhadap alat kelamin korban. Seringkali perlakuan salah seksual tidak memberikan bukti fisik dan penyembuhan terjadi dengan cepat.<sup>19,20</sup> Seperti pada penelitian ini terdapat 10 subyek (32,3%) yang mempunyai

selaput dara yang utuh, walaupun dari anamnesis dan pengakuan pelaku telah terjadi percobaan perkosaan. Hal lain yang dapat menjadi alasan tidak terjadinya robekan pada selaput dara adalah penetrasi dilakukan dengan jari atau dilakukan sebagai usaha untuk mencoba/mendapatkan pengalaman baru, karena lebih dari separuh pelakunya merupakan teman, pacar atau tetangganya, berusia kebanyakan antara 20-24 tahun.

Penilaian status gizi dilakukan berdasarkan berat badan terhadap tinggi badan. Sayangnya sekali data antropometris yang lengkap tidak tercatat lengkap dalam rekam medis sehingga tidak dapat dibandingkan keadaan saat ini dan terdahulu. Terdapat 11 subyek (35,5%) yang berstatus gizi kurang dan tidak ada yang berstatus gizi buruk maupun gizi lebih (tabel 5.7).

Tabel 6.1. Sebaran gangguan selera makan dan status gizi

Frekuensi gangguan selera makan	Status gizi								Total	
	Kurang				Cukup					
	≤ 3 bulan		> 3 bulan		≤ 3 bulan		> 3 bulan		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sering	0	0	1	3,2	3	9,7	2	6,5	6	19,4
Kadang-kadang	2	6,5	2	6,5	1	3,2	2	6,5	7	22,6
Jumlah	2	6,5	3	9,7	4	12,9	4	13,0	13	42,0

Tabel 6.1 di atas mencoba untuk memberi gambaran hubungan antara jawaban salah satu pertanyaan dalam kuesioner CBCL mengenai gangguan selera makan dengan status gizi subyek. Terlihat hanya 19,4% subyek yang sering memperlihatkan gangguan selera makan dan hanya 1 subyek (3,2%) yang sering mengalami gangguan selera makan mempunyai status gizi kurang. Hasil ini kurang dapat memperlihatkan kecenderungan adanya pengaruh perkosaan terhadap selera makan atau status gizi. Selain itu korban perkosaan seringkali dihubungkan dengan adanya kebiasaan anoreksia nervosa dan bulimia yang kebetulan pada penelitian ini tidak secara spesifik untuk mencari hal tersebut.



## 6.7. Hasil Pemeriksaan Psikologis

### 6.7.1. Hasil Penilaian dengan Menggunakan CBCL

Berdasarkan gambar 5.1 hingga gambar 5.8 dapat dilihat bahwa subyek yang berada dalam *borderline range* lebih banyak dibandingkan subyek yang telah berada dalam *clinical range*. Hal ini dapat terjadi karena semua subyek merupakan korban perkosaan antara 1-9' bulan yang lalu, sehingga kemungkinan besar saat penelitian ini dilakukan gejala gangguan perilaku baru mulai muncul. Pada gambar tersebut juga terlihat bahwa pada subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan lebih banyak menunjukkan gangguan perilaku.

Bila dihitung berdasarkan pengelompokan *internalizing* dan *externalizing* maka subyek lebih banyak berada dalam kategori *clinical range* dibanding *borderline* (19 vs 3; 15 vs 2). Subyek yang baru saja mengalami perkosaan ( $\leq 3$  bulan) lebih banyak memperlihatkan gangguan *internalizing* dibandingkan dengan *externalizing* (tabel 5.8), hal ini sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan bahwa anak perempuan cenderung mengalami internalisasi daripada eksternalisasi yang lebih banyak terjadi pada anak laki-laki.<sup>23</sup>

Hal yang berbeda terjadi pada subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan, pada mereka kedua gangguan ini terjadi dalam jumlah yang hampir sama. Gangguan *internalizing* dan *externalizing* dapat terjadi sebagai reaksi korban perkosaan baik pada fase awal dan fase reorganisasi maupun fase diantaranya, yang terjadi dalam waktu beberapa minggu, bulan hingga tahunan.<sup>6,8</sup> Remaja yang menjadi korban perkosaan akan memberikan reaksi yang sama dengan orang dewasa seperti mimpi buruk, depresi, perilaku menarik diri, bersikap agresif, impulsif.<sup>21,22</sup>

Pada tabel 5.8 terlihat 10 subyek (32,3%) yang mengalami gangguan *internalizing* dan *externalizing* sekaligus, pada mereka ini nilai pada ranah-  
ranah yang termasuk *internalizing* maupun *externalizing*, minimal sedikit di bawah ambang *borderline range* atau berada pada *borderline range* sedikitnya pada 1 ranah sehingga apabila dilakukan penjumlahan maka termasuk dalam



*clinical range internalizing dan externalizing*. Tetapi hal yang mendasari terdapatnya kedua gangguan ini secara bersamaan memerlukan penelitian lebih lanjut.

Tabel 5.8 juga memperlihatkan sebanyak 7 subyek (22,6%) yang tidak mengalami masalah perilaku, 3 subyek merupakan korban perkosaan  $\leq 3$  bulan yang lalu sedangkan 4 lainnya merupakan korban perkosaan  $> 3$  bulan yang lalu. Enam dari 7 subyek yang tidak mengalami gangguan perilaku berdasarkan CBCL ini mengalami perkosaan hanya 1 kali, oleh teman atau tetangganya. Satu orang subyek merupakan korban perkosaan oleh ayah kandungnya sendiri dan mengalami perkosaan  $> 1$  kali sejak setahun yang lalu. Saat ini subyek tersebut berusia 15 tahun, diasuh oleh orangtua pengganti (orangtua angkat) dan bersekolah di SLTP. Tidak adanya gangguan perilaku menurut CBCL pada anak ini dapat terjadi karena subyek sejak 3 bulan yang lalu diasuh oleh orangtua pengganti yang mungkin tidak begitu memperhatikan dan tidak mengetahui perubahan perilaku subyek.

Pada penelitian ini gangguan kecemasan/depresi merupakan masalah yang terbanyak diderita oleh subyek, menyusul masalah pemusatan perhatian, keluhan somatik dan tingkah laku delikuen. Hasil ini didapatkan berdasarkan jawaban orangtua atas CBCL, sehingga masalah tersebut merupakan yang terlihat sehari-hari pada subyek. Hal yang hampir sama didapatkan pada Perry, seperti yang dikutip oleh Goodman, bahwa pada penelitiannya terdapat 61% anak memperlihatkan gejala kecemasan, 41% mengalami depresi setelah mengalami perlakuan salah seksual, <sup>22</sup> sedangkan Oates, dkk mendapatkan bahwa gangguan perilaku yang terjadi pada korban perkosaan cenderung menetap.<sup>40</sup>

## 6.7.2. Hasil Penilaian dengan Menggunakan DAP

### 6.7.2.1. Subyek dengan Riwayat Perkosaan $\leq 3$ bulan

Pada 7 subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan, berdasarkan kesan umum gambar DAP lebih banyak yang menggambar orang yang usianya lebih muda (57,1%) menandakan adanya regresi pada anak tersebut. <sup>24,30,38</sup>

Sebanyak 85,7% dari subyek menggambar orang dalam keadaan tersenyum yang berarti adanya keinginan untuk tetap berinteraksi dan keinginan kuat untuk mampu beradaptasi dan semuanya menggambar sesuai dengan jenis kelaminnya (tabel 5.9).<sup>36</sup>

Berdasarkan lokasi, lebih dari separuh subyek menggambar di tengah kertas, menandakan adanya usaha adaptasi yang cukup baik, bersifat egosentris dan adanya perasaan tidak aman (*insecure*).<sup>24,30,36</sup> Tetapi terdapat 28,6% yang menggambar di bagian atas kertas menandakan adanya ketidakmantapan tetapi di sisi lain adanya kemauan yang tinggi.<sup>24,36</sup>

Berdasarkan ukuran gambar, subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan lebih banyak yang menggambar dengan ukuran kecil (42,8%) menandakan adanya rasa tertekan, rendah diri, kurang semangat dan adanya regresi. Sebanyak 42,8% subyek menggambar dalam ukuran sangat besar menandakan adanya bertendensi untuk ekspansif dan agresif.<sup>24,30,36</sup>

Berdasarkan kualitas, sebanyak 57,1% subyek menggambar dengan garis tebal yang berarti berkeinginan untuk menguasai, tetapi juga menandakan adanya kecemasan. Sebanyak 57,1% subyek pula menggambar dengan garis yang tebal, kotor dengan *shading*, hal ini mengindikasikan adanya kecemasan neurotik (*anxietyneurotics*) pada subyek tersebut.

Berdasarkan hasil tersebut di atas, sekitar separuh subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan yang lalu cenderung merasa tidak aman (*insecure*), cemas, depresif. Selain itu terdapat pula tendensi untuk menjadi regresi dan agresif. Mereka tampak bermasalah dalam berinteraksi tetapi kebanyakan subyek (85,7%) masih mempunyai keinginan kuat untuk beradaptasi dengan lingkungan karena masih menganggap lingkungan sebagai hal yang positif.

#### 6.7.2.2. Subyek dengan Riwayat Perkosaan > 3 bulan

Pada 24 subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan yang lalu, terdapat lebih banyak subyek yang menggambar sesuai dengan usianya (62,5%), hanya



29,2% yang menggambar orang yang lebih muda dari usianya tanda adanya regresi (tabel 5.9).<sup>24,30,38</sup>

Sebanyak 79,2% dari subyek menggambar orang dalam keadaan tersenyum menandakan adanya keinginan untuk tetap berinteraksi dan keinginan kuat untuk mampu beradaptasi.<sup>36</sup> Tetapi terdapat 25% dari subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan yang lalu menggambar orang dengan jenis kelamin yang berbeda dengan dirinya (laki-laki), menandakan adanya masalah terhadap figur laki-laki yang disebabkan karena rasa ketidaksukaan, kemarahan akibat kejadian perkosaan itu atau keinginan untuk menjadi "kuat" seperti figur laki-laki.<sup>30,36</sup>

Lebih banyak subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan yang menggambar orang tepat di tengah-tengah kertas (70,8%) menandakan adanya usaha adaptasi yang cukup baik, bersifat egosentris dan adanya perasaan tidak aman (*insecure*).<sup>24,30,36</sup> Tetapi terdapat 29,2% lainnya menggambar orang di bagian atas kertas mengindikasikan adanya ketidakmantapan tetapi terdapat kemauan yang tinggi.<sup>24,36</sup>

Berdasarkan ukuran gambar, hanya 25% subyek yang menggambar dengan ukuran yang kecil yang mengindikasikan adanya rasa tertekan, rendah diri serta regresi, sedangkan 20,8% lainnya menggambar dengan ukuran sangat besar yang berarti cenderung untuk ekspansif dan agresif.<sup>24,30,36</sup> Sebanyak 54,2% subyek menggambar orang secara tidak lengkap menandakan adanya perasaan depresif dan juga tertekan.<sup>24,30,36</sup>

Terdapat 79,2% subyek menggambar dengan garis yang tebal, kotor dan terdapat *shading* yang mengindikasikan adanya kecemasan neurotik (*anxietyneurotics*) pada subyek tersebut, sedangkan 20,8% lainnya menggambar dengan garis tipis menandakan adanya masalah dengan interaksi sosial.<sup>24,30,36</sup>

Berdasarkan rincian hasil di atas terlihat bahwa perasaan tidak aman (*insecure*), cemas, depresif semakin nyata pada subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan. Tetapi tendensi untuk menjadi regresi dan agresif lebih sedikit dibanding pada subyek dengan riwayat perkosaan ≤ 3 bulan. Mereka



tampak masih mempunyai masalah dalam berinteraksi tetapi keinginan kuat untuk beradaptasi dengan lingkungan ditunjukkan pada hampir 80% subyek.

Perbedaan antara 2 kelompok ini dapat terjadi karena jumlah sampel yang kurang banyak dan tidak sama pada masing-masing kelompok atau memang setelah 3 bulan perasaan tidak aman, cemas dan depresi menjadi semakin nyata karena subyek tidak ditangani secara menyeluruh dan berkesinambungan.

### 6.7.3. Hasil Penilaian dengan Menggunakan HTP

#### 6.7.3.1. Subyek dengan Riwayat Perkosaan $\leq 3$ Bulan

Pada subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan terdapat 85,7% subyek dengan proporsi yang buruk, 42,8% subyek menggambar dengan posisi yang buruk dan 71,4% subyek menggambar dengan komposisi yang buruk. Hal ini mengindikasikan adanya kemampuan penyesuaian diri yang buruk serta ketidakmampuan untuk merencanakan sesuatu, juga dihubungkan dengan keadaan emosi subyek dan kemampuan intelektualnya.<sup>24,36</sup> Sebanyak 85,7% subyek dapat menyelesaikan gambar rumah dan pohon dengan baik, menandakan bahwa subyek masih sangat memandangi orang tua sebagai sosok yang penting karena rumah adalah penggambaran sosok ibu dan pohon adalah penggambaran sosok seorang ayah.<sup>24,36</sup>

Sekitar separuh dari subyek menggambar rumah dalam ukuran besar, menandakan peran ibu sebagai pelindung dapat berfungsi dengan baik.<sup>36</sup> Sebaliknya 28,6% subyek menggambar rumah dalam ukuran yang kecil, menandakan fungsi ibu sebagai sebagai tempat berlindung tidak berjalan dengan semestinya. Semua subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan (100%) menggambarkan rumah dalam keadaan tertutup yang mengindikasikan sifat protektif ibu terhadap anaknya.<sup>24,36</sup> Sikap ibu yang demikian merupakan reaksi yang umum terjadi pada seorang ibu yang mengalami kejadian traumatis pada anaknya.<sup>23</sup>

Sebanyak 14,3% dari subyek menggambar pohon yang besar dan dominan menunjukkan sikap ayah yang otoriter dan menguasai serta dalam

jumlah yang sama terdapat subyek yang menggambar pohon perdu/penghias yang menandakan lemahnya fungsi ayah.<sup>24,36</sup>

Sebanyak 42,8% subyek menggambar orang dengan ukuran yang besar menandakan keinginan untuk berkuasa dan ingin diperhatikan serta merasa dirinya lebih dalam keluarga.<sup>24,30,36</sup> Lebih dari separuh subyek menggambar orang yang mendekati rumah/pohon, menandakan kebutuhan akan perhatian dan kasih sayang.<sup>24,36</sup>

Pada hasil gambaran HTP ini tampak bahwa subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan yang lalu, mengalami gangguan dalam menyesuaikan diri dan merencanakan sesuatu. Tetapi mereka masih menganggap keluarga sebagai tempat perlindungan dengan sekitar separuh subyek mempunyai ibu yang mampu berperan dengan baik tetapi semua subyek menganggap ibunya protektif dan tertutup. Kurang dari seperlima subyek dengan riwayat perkosaan  $\leq 3$  bulan (14,3%) ini mempunyai ayah yang cukup dominan, dalam jumlah yang sama subyek menganggap fungsi ayah sangat kabur. Tampaknya pada masa  $\leq 3$  bulan ini subyek masih berorientasi pada keluarga dan sangat membutuhkan kasih sayang dari mereka.

#### 6.7.3.2. Subyek dengan Riwayat Perkosaan > 3 Bulan

Lebih dari separuh subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan menggambar dengan proporsi, posisi dan komposisi yang buruk menandakan kemampuan penyesuaian diri dan kemampuan perencanaan yang buruk. Semua subyek (100%) dapat menyelesaikan gambar rumah dan pohon dengan baik, berarti bahwa subyek masih menganggap orangtua sebagai sosok yang penting.

Terdapat 54,2% subyek menggambar rumah dengan ukuran yang besar menandakan peran ibu sebagai pelindung dapat berfungsi dengan baik.<sup>36</sup> Sebanyak 29,2% subyek menggambar rumah dalam ukuran yang kecil, menandakan fungsi ibu tidak berjalan dengan semestinya. Lebih dari separuh subyek (54,2%) menggambarkan sosok ayah yang dominan, sedangkan 16,7% subyek menggambarkan sosok ayah yang mengalami hambatan dalam



menjalankan perannya, sedangkan 16,7% lainnya menganggap kaburnya fungsi ayah.<sup>24,36</sup>

Sebanyak 29,2% subyek menggambar orang dalam ukuran kecil, tanda kurang dihargai dan kurang berperan dalam keluarga, sebaliknya 25% subyek ingin diperhatikan dan memandang dirinya lebih dalam keluarga. Sebanyak 44,8% subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan ini menggambar orang yang melihat ke arah lain dan 50% gambar terlihat menjauhi rumah atau pohon. Kedua hal tersebut mengindikasikan adanya keinginan untuk meninggalkan kegiatan yang berkenaan dengan keluarga dan menandakan keinginan yang lebih kuat pada keadaan di luar keluarga.<sup>24,36</sup>

Pada rincian hasil HTP di atas, tampaknya lebih dari separuh subyek dengan riwayat perkosaan > 3 bulan masih mempunyai masalah pada kemampuan penyesuaian diri dan perencanaan serta masih menganggap keluarga sebagai tempat perlindungan. Sama halnya seperti pada kelompok subyek  $\leq 3$  bulan, separuh subyek merasa ibunya dapat menjalankan perannya dengan baik dan 100% subyek juga menganggap ibunya protektif dan tertutup. Separuh subyek juga merasa mempunyai ayah yang cukup dominan. Tampaknya setelah masa 3 bulan, anak perempuan korban perkosaan sudah mulai berorientasi pada hal-hal lain di luar keluarganya.

#### 6.7.4. Hasil Penilaian Alur Pikir dengan Menggunakan RPM

Pada tabel 5.11 terlihat hanya 9 dari 31 anak yang mempunyai kemampuan alur pikir yang berada diatas rata-rata. Hal ini tidak dapat dijadikan patokan sebagai kemampuan intelegensia seorang anak,<sup>31</sup> mengingat hanya kemampuan nonverbal saja yang dinilai. Pada seseorang yang mengalami perkosaan sering terjadi gangguan pasca trauma yang akan mempengaruhi terjadinya perubahan kadar zat-zat kimiawi tertentu yang berakibat terhadap emosi, perilaku dan daya ingat.<sup>21</sup>

Adanya kemampuan alur pikir yang di bawah rata-rata atau peristiwa perkosaan itu sendiri yang berpengaruh terhadap kemampuan alur pikir seorang anak sepertinya masih perlu dibuktikan dengan studi lain dengan



metode yang lebih baik dengan jumlah sampel yang lebih banyak serta menggunakan kontrol.

### 6.7.5. Interpretasi Psikologis terhadap 9 Kasus

Interpretasi psikologis yang lebih mendalam terhadap hasil DAP dan HTP hanya dapat dilakukan terhadap 9 subyek yang mempunyai kemampuan alur pikir berdasarkan RPM di atas rata-rata (lihat lampiran 7). Berikut ini akan dilakukan uraian 9 kasus tersebut.

#### KASUS 1

H, 18 tahun mengaku diperkosa oleh kenalannya (25 tahun), > 1 kali, seperti dihipnotis, peristiwa perkosaan > 3 bulan yang lalu. Pada visum dikatakan terdapat robekan lama sampai dasar pada selaput dara akibat kekerasan tumpul. H merupakan anak bungsu dari 7 bersaudara, tinggal bersama orangtua dan seorang kakaknya. Ayah tidak lagi bekerja, hanya mengandalkan tunjangan pensiun dan penghasilan kakak H. Saat ini H baru saja menyelesaikan sekolahnya (SLTA) dan sedang berusaha mencari pekerjaan.

#### Hasil CBCL

*Borderline* pada tingkah laku delikuen dan *clinical range* pada *externalizing*.

#### Hasil DAP (lihat halaman 95)

- Gambar perempuan, sesuai usia, letak di tengah, ukuran kecil, menggambarkan orang yang gembira, garis tebal dengan *shading*.
- Gambaran khas lainnya:  
 Penekanan pada rambut menandakan akan kebutuhan seksualitas, mata membelalak menandakan gairah seksual, tak ada telinga berarti penolakan terhadap pembicaraan, tangan dilipat ke belakang adanya kontrol terhadap impuls, kaki besar menandakan adanya keinginan rasa aman, gambar kancing tanda ketidakmatangan.

**Hasil HTP (lihat halaman 95)**

- Proporsi buruk, posisi dan komposisi sedang, penyelesaian utuh
- Gambar rumah besar, tertutup
- Gambar pohon besar
- Gambar orang kecil, anak laki-laki, yang mendekati rumah

**Interpretasi DAP dan HTP**

H masih memandang diri dan lingkungannya secara positif. Walaupun tampak kurang matang, ia sudah dapat menempatkan diri sesuai dengan usianya. H terlihat mempunyai dorongan seksual yang cukup tinggi, yang sering ditekannya, sistem pertahanan diri yang dimilikinya adalah menghindari dari konflik. Penyesuaian diri H dalam keluarga cukup baik. Ia ingin menunjukkan bahwa ia bisa lebih mandiri dan sesuai dengan harapan orangtua.

**ANALISIS KASUS 1**

H, dipandang oleh orangtua lebih banyak mempunyai perilaku *externalizing*, depresi pada H tampaknya tak terlihat oleh orangtuanya karena perilaku delikuen, agresif lebih terlihat dan dikeluhkan oleh orangtua dibanding rasa cemas atau depresi yang mungkin baru terlihat oleh orangtua apabila gejala telah lanjut.

**KASUS 2**

AL, 18 tahun, mengaku diperkosa oleh kenalannya (50 tahun) yang berprofesi sebagai dukun patah tulang sewaktu AL berobat padanya, dilakukan >1 kali, dengan dalih demi kesembuhan penyakitnya. Peristiwa perkosaan > 3 bulan yang lalu. AL merupakan anak pertama dari 4 saudara; tinggal bersama orangtua dan ketiga adiknya, saat ini AL telah menyelesaikan pendidikan SLTA dan berniat untuk melanjutkan ke perguruan tinggi nantinya. Ayah bekerja sebagai pegawai swasta, ibu AL merupakan ibu rumah tangga. Pada visum dikatakan terdapat luka lecet pada fornix posterior dan robekan lama

sampai dasar pada selaput dara akibat kekerasan tumpul, terdapat luka lecet pada payudara dan memar pada paha kiri.

#### Hasil CBCL

*Borderline* pada depresi/kecemasan, masalah pikiran dan *internalizing*.

#### Hasil DAP (lihat halaman 96)

- Gambar orang yang sederhana, lebih muda dari usianya, perempuan, menggambarkan orang yang gembira, lokasi di tengah, berukuran sedang, menggambar dengan garis yang tipis.
- Gambaran khas lainnya:  
Rambut tanpa tekanan tanda kurang pasti, mata tak melihat menandakan *emotional immaturity* sedangkan tak ada telinga menandakan penolakan terhadap pembicaraan.

#### Hasil HTP (lihat halaman 96)

- Proporsi dan posisi sedang, komposisi baik, penyelesaian rumah/pohon
- Gambar rumah tertutup dengan pagar yang tertutup
- Gambar pohon jamak
- Gambar orang ukuran sedang, melakukan kegiatan yang berhubungan dengan keluarga

#### Interpretasi DAP dan HTP

Pada diri AL tampak adanya regresi yang cukup nyata. Ia mempersepsikan diri sebagai seorang yang lebih muda dari usianya. Keadaan emosinya juga tampak belum berkembang dengan baik, tak sesuai dengan usianya. Ia sering merasa tak pasti dalam menghadapi segala sesuatu dan cenderung bersikap menghindar bila menghadapi konflik. Penyesuaian diri AL dalam keluarga cukup baik. Hubungan AL dengan ibu tampak cukup baik walaupun AL memandang ibunya cenderung bersikap tertutup sedangkan peran ayah tampak kurang nyata dalam kehidupan AL. Ia tampak membuat pagar yang cukup kuat antara ia dan ibu, ayah dan lingkungan sekitarnya.



## ANALISIS KASUS 2

AL memperlihatkan regresi yang cukup nyata baik pada persepsi diri dan emosi yang tak sesuai dengan usianya. Ia tampak tertutup terhadap keluarga dan lingkungannya, walaupun sebenarnya ia membutuhkan pegangan dalam menghadapi masalah sehingga AL selalu memilih untuk menghindar dalam menghadapi konflik.

## KASUS 3

DY, 14 tahun, anak ke 4 dari 6 bersaudara, mengaku diperkosa oleh pamannya (50 tahun), > 3 bulan yang lalu, 1 kali. Sewaktu kejadian DY sering tinggal bersama pelaku, saat ini DY tinggal bersama ibu dan 2 orang adiknya sedangkan ayah tinggal terpisah karena tuntutan pekerjaan dan hanya pulang 1 kali dalam seminggu. Saat ini DY tidak sekolah lagi karena malu dan tidak mempunyai biaya lagi. Selain ayahnya, kakak laki-laki (satu-satunya) merupakan figur yang ditakutinya. Pada visum didapatkan selaput dara yang utuh.

### Hasil CBCL

*Borderline* pada keluhan somatik, depresi/kecemasan, masalah pikiran dan *externalizing* dan *clinical range* pada *internalizing*.

### Hasil DAP (lihat halaman 97)

- Gambar sederhana, perempuan, dengan usia lebih muda, sedang melakukan pekerjaan (aktif), gembira, letak di tengah, berukuran besar, tetapi tak lengkap.
- Gambaran khas lainnya  
Mata tak melihat menandakan *emotional immaturity*, mulut terbuka dan lengan pendek menandakan sifat ketergantungan, telinga besar berarti peka terhadap kritik, leher kurus menandakan kurang mampu menahan dorongan.

### Hasil HTP (lihat halaman 97)

- Proporsi, posisi, komposisi buruk, penyelesaian rumah

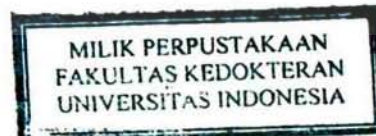
- Gambar rumah besar dan tertutup
- Gambar pohon kecil
- Gambar orang besar, melakukan aktivitas tak berhubungan dengan keluarga, tampak meninggalkan rumah/pohon

#### **Interpretasi DAP dan HTP**

DY tampak mengalami regresi. Ia memandang dirinya lebih muda dari usianya dan secara emosional tidak matang. Ia mempunyai kecenderungan ekspansif yang wajar bagi anak usia 2 tahun, namun tak wajar bagi remaja seusianya. Ia amat peka terhadap kritikan dan tak mampu menahan dorongan dari dalam dirinya. Ia juga masih merasa amat tergantung pada orang lain. Penyesuaian diri DY dalam keluarga tidak baik. Ia merasa jauh dari ibu dan ayahnya. DY merasa ibu amat tertutup padanya. Ia juga merasa tak dapat menjadi dirinya seutuhnya di rumah, oleh karenanya ia mencoba untuk tidak terlalu bergantung pada keluarganya.

#### **ANALISIS KASUS 3**

Pada kasus ini yang menonjol adalah walaupun tidak terdapat robekan pada selaput dara, peristiwa perkosaan itu sendiri serta pelaku perkosaan yang merupakan paman sendiri telah membawa dampak yang luar biasa terhadap DY. Dikatakan bahwa semakin dekat hubungan korban dan pelaku semakin berat dampak yang ada, demikian pula dengan kekerapan perkosaan.<sup>12</sup> Hal lain yang membuat keadaan semakin buruk adalah DY saat ini tidak bersekolah lagi sehingga kemungkinan untuk bersosialisasi di luar lingkungan rumah menjadi berkurang dan dapat membawa dampak terhadap beratnya gangguan.



#### **KASUS 4**

AZ, 12 tahun, diperkosa oleh kenalan ibunya (40 tahun), > 1 kali, > 3 bulan yang lalu. AZ merupakan anak bungsu dari 3 bersaudara yang semuanya perempuan, saat ini tinggal bersama orangtuanya dan kedua kakaknya. Ibu menjadi tulang punggung keluarga karena ayah tidak bekerja. AZ masih



bersekolah di sekolah dasar dan dapat mengikuti pelajaran dengan baik walaupun setelah peristiwa perkosaan ini nilai-nilai pelajaran di sekolahnya menurun. AZ sering terlihat termenung, bingung dan sering merasa takut sehingga sampai sekarang pun AZ selalu didampingi oleh keluarganya bila bepergian. Pada visum didapatkan robekan lama pada selaput dara akibat kekerasan tumpul.

#### Hasil CBCL

*Borderline* pada keluhan somatik dan tingkah laku agresif. *Clinical range* pada menarik diri, depresi/kecemasan, masalah pikiran, masalah perhatian serta *internalizing* dan *externalizing*.

#### Hasil DAP (lihat halaman 98)

- Gambar seorang laki-laki yang lebih muda dari usianya, pasif, tetapi terlihat gembira, lokasi di tengah, berukuran sedang, digambar dengan garis tebal, gambar tak lengkap.
- Gambaran khas lainnya  
Mata tak melihat menandakan *emotional immaturity*, tak ada telinga berarti menghindari pembicaraan, leher kecil tanda tak dapat menahan *impuls*, gigi terlihat berarti *oral aggressive*, lengan kecil dan tipis menandakan ketidakmampuan untuk mencapai hasil.

#### Hasil HTP (lihat halaman 98)

- Proporsi, komposisi buruk, posisi baik, penyelesaian rumah, pohon
- Gambar rumah besar dan tertutup
- Gambar pohon kecil
- Gambar orang kecil, mendekati rumah/pohon

#### Interpretasi DAP dan HTP

AZ tampak mengalami regresi. Ia memandang dirinya sebagai anak laki-laki yang masih kecil. Hal ini dapat disebabkan karena adanya keinginan untuk menjadi sosok yang berbeda dari dirinya sekarang. Ia tampak mengalami kemunduran dalam kematangan emosi dan merasa dirinya tak berdaya namun di sisi lain ia sulit menahan dorongan yang ada dalam dirinya. Bila



dorongan ini muncul ia menjadi *oral aggressive* atau menghindar dari hal-hal yang tidak ingin didengarnya. AZ merasa amat tergantung dan tidak berdaya di rumah. Hal ini disebabkan walaupun dipandang bersikap tertutup, peran ibu amat dominan pada dirinya. Demikian pula dengan ayahnya, sehingga ia menjadi amat tergantung pada keduanya.

#### ANALISIS KASUS 4

Ketergantungan dan ketidakberdayaan merupakan masalah yang terjadi pada kasus ini. Peran orangtua yang amat dominan sebagai reaksi terhadap peristiwa perkosaan, membuat AZ ingin menjadi sosok yang lebih berdaya lagi sehingga tidak tergantung pada keluarganya. Hasil CBCL yang memperlihatkan gangguan pada hampir semua ranah dapat saja terjadi karena keluarga terlalu memperhatikan segala sesuatu perilaku subyek dan menganggapnya sebagai suatu perubahan perilaku yang cukup bermakna.

#### KASUS 5

S, 17 tahun, diperkosa oleh kenalannya (23 tahun), 1 kali, > 3 bulan yang lalu saat diajak jalan-jalan dengan temannya kemudian berkenalan dengan pelaku. Diduga terdapat penyalahgunaan NAPZA oleh pelaku. S merupakan anak ke 5 dari 7 bersaudara, tinggal bersama orangtuanya dan masih bersekolah di SLTA. Pada visum di dapatkan robekan baru pada selaput dara.

#### Hasil CBCL

*Borderline* pada depresi/kecemasan dan *clinical range* pada *internalizing*.

#### Hasil DAP (lihat halaman 99)

- Gambar yang sederhana, perempuan yang lebih muda dari usia, terlihat gembira, terletak di bagian atas kertas, berukuran kecil, menggunakan *shading* pada gambarnya.

- Gambar yang khas:

Penekanan pada rambut menandakan dorongan seksual, tak ada telinga berarti tak mau mendengar pembicaraan, bahu sempit menandakan inferioritas.

**Hasil HTP (lihat halaman 99)**

- Proporsi dan komposisi sedang, posisi baik, penyelesaian rumah, pohon, orang
- Gambar rumah besar dan tertutup
- Gambar pohon besar
- Gambar orang besar, melihat ke arah lain dan terlihat meninggalkan rumah/pohon

**Interpretasi DAP dan HTP**

S tampak mengalami regresi. Ia memandangi dirinya lebih muda dari usianya yang sebenarnya. Ia mempunyai perasaan rendah diri dan mengalami kecemasan. Namun di sisi lain ia juga mempunyai dorongan seksual yang cukup tinggi. Ia cenderung menghindari dalam mengatasi konflik dengan cara tak mau mendengarkan hal-hal yang tak mengenakkannya. Penyesuaian diri S dalam keluarga cukup baik, walaupun cenderung ingin menguasai keluarganya. S merasa ibu dan ayahnya tak dekat dengannya. Ibu cenderung bersikap tertutup, oleh karena itu S berusaha untuk tidak terlalu bergantung pada orangtuanya.

#### **ANALISIS KASUS 5**

Pada kasus ini baik pada CBCL maupun interpretasi hasil DAP dan HTP memperlihatkan masalah kecemasan. S juga mempunyai kecenderungan untuk menguasai keluarga walaupun sesungguhnya S mempunyai perasaan rendah diri bila berhadapan dengan lingkungan. S cenderung untuk menyelesaikan masalahnya sendiri dan tidak bergantung pada orangtuanya, oleh karena itu perilaku menghindar merupakan cara yang dipilih S dalam menghadapi konflik.

**KASUS 6**

AI, 15 tahun, diperkosa oleh temannya (18 tahun), 1 kali, oleh > 1 pelaku, ≤ 3 bulan yang lalu. Ketika sedang bermain, AI diberi minum oleh pelaku. Setelah minum, AI merasa pusing dan tidak sadar. Semula ibu tidak percaya dengan pengaduan dari AI, tetapi setelah memeriksakan diri di PKT dengan hasil terdapat robekan baru pada selaput dara akibat kekerasan tumpul serta luka pada forniks posterior barulah orangtua mempercayainya. AI merupakan anak tunggal, tinggal bersama kedua orangtuanya. Saat ini AI masih bersekolah, walaupun lebih banyak tinggal di rumah dan bermain dengan anak yang lebih muda dari usianya.

**Hasil CBCL**

Tak ada gangguan perilaku.

**Hasil DAP (lihat halaman 100)**

- Gambar sederhana, perempuan, lebih muda dari usianya, tampak gembira, lokasi di bagian atas kertas, ukuran kecil, gambar tak lengkap dan terdapat *shading*.
- Gambar lain yang khas:  
 Penekanan pada rambut menandakan dorongan seksual, mata kecil: tanda sikap acuh tak acuh, bahu sempit terdapat rasa inferior (rendah diri), lengan seperti sayap menandakan adanya hambatan sosial, jari terakhir menandakan kesulitan dalam kontak sosial, kaki berjingkat berarti mencari pegangan.

**Hasil HTP (lihat halaman 100)**

- Proporsi, posisi, komposisi buruk, penyelesaian rumah, pohon
- Gambar rumah tertutup
- Gambar pohon jamak, kecil
- Gambar orang sedang, tak berhubungan dengan keluarga, melihat ke arah lain, meninggalkan rumah/pohon



### Interpretasi DAP dan HTP

Pada diri AI tampak adanya kecenderungan regresi. Kelihatannya ia mencoba menghindari penyelesaian masalah yang ada sekarang dengan memposisikan diri sebagai anak kecil yang ceria dan acuh tak acuh. Tetapi sebenarnya AI merasa rendah diri, cemas dan selalu mencari pegangan. AI terlihat mengalami hambatan dalam kontak sosial, dalam dirinya ia juga mempunyai dorongan seksual yang cukup tinggi. Penyesuaian diri AI dalam lingkungan keluarga kurang baik. Ia tak dekat dengan ayah maupun ibunya. Ia bahkan merasa peran ayahnya kurang jelas dan kurang berarti, sementara ibu cenderung bersikap tertutup. AI kelihatan berusaha untuk tak terlalu tergantung pada keluarga.

### ANALISIS KASUS 6

Pada kasus ini, berdasarkan CBCL tidak terdapat gangguan perilaku pada subyek, tetapi dari hasil interpretasi hasil DAP dan HTP tampak adanya kecenderungan regresi, rasa rendah diri, cemas dan selalu mencari pegangan serta adanya hambatan dalam bersosialisasi pada subyek. Hal ini dapat terjadi karena pada awalnya orangtua tidak percaya terhadap apa yang menimpa anaknya dan bersikap menyangkal atau menutupi hal-hal yang terjadi pada anaknya.

### KASUS 7

HE, 14 tahun, anak perempuan satu-satunya dari 4 bersaudara, mengaku diperkosa 1 kali (?) oleh seorang temannya (19 tahun),  $\leq$  3 bulan yang lalu. Pelaku mula-mula mengajak HE jalan-jalan kemudian mengajak HE ke rumah temannya, di sini pelaku mencoba melakukan penetrasi dengan pakaian lengkap, tetapi HE melawan. Berdasarkan pengakuan HE pula kakak laki-laknya pernah melakukan hal yang hampir sama (?) sewaktu HE masih berusia 9-10 tahun. Menurut HE, selama ini ia terlalu dikekang oleh orangtuanya, terutama ayahnya sehingga HE sering sembunyi-sembunyi bermain dan jalan-jalan bersama teman-temannya. Pada visum didapatkan

adanya luka lecet pada leher kiri serta memar pada payudara kiri dan luka lecet pada bibir kemaluan serta robekan lama pada selaput dara. Adanya robekan lama sangat mungkin pernah terjadi penetrasi sebelumnya.

#### Hasil CBCL

*Borderline* pada depresi/kecemasan, masalah perhatian, masalah delikuen dan *clinical range* pada *internalizing* dan *externalizing*.

Hasil DAP (lihat halaman 101)

- Gambar sederhana, berjenis kelamin perempuan, sesuai umur, aktif, gembira, lokasi di bagian bawah, ukuran kecil, gambar tak lengkap dengan Garis tebal, *shading* serta banyak hapusan.
- Gambar lain yang khas: Kepala agak besar menandakan fantasi, tak ada mata tanda kontak sosial kurang, tak ada telinga berarti tak mau mendengar, gambar buah dada menandakan dorongan seksual.

Hasil HTP (lihat halaman 101)

- Proporsi, komposisi buruk, posisi sedang, penyelesaian rumah, pohon, orang
- Gambar rumah besar dan tertutup
- Pohon dekat dengan rumah, jauh dengan orang
- Gambar orang berukuran sedang, mendekati rumah

#### Interpretasi DAP dan HTP

HE tampak memandang diri dan lingkungannya secara positif. Ia juga berusaha untuk melakukan kontak sosial walaupun mengalami kesulitan. Ia merasa rendah diri dan mempunyai rasa cemas yang cukup kuat. HE cenderung berfantasi serta mempunyai kecenderungan seksual yang cukup kuat, masalah ini membuatnya merasa depresi. Ia cenderung mengambil sikap menghindar dalam menghadapi masalah. Penyesuaian HE terhadap keluarga cukup baik. Ia merasa dekat dengan ibu dan jauh dari ayah walaupun HE merasa ibu bersikap tertutup terhadapnya. Ia merasa ibu dan ayah amat dekat satu dengan yang lainnya. H masih mencari perlindungan keluarga untuk dirinya.



### ANALISIS KASUS 7

Pada kasus ini, hasil CBCL memperlihatkan berbagai macam gangguan perilaku baik *internalizing* maupun *externalizing*, tetapi dari hasil interpretasi hasil DAP dan HTP tampaknya gangguan *internalizing* (rendah diri, cemas dan depresi serta sulit dalam menjalin kontak sosial) lebih terlihat. Hal ini terjadi karena orangtua HE sangat mengkhawatirkan anaknya sehingga sering menganggap telah terjadi perubahan perilaku pada subyek.

### KASUS 8

F, 15 tahun, diperkosa > 1 kali oleh ayah kandungnya (45 tahun), > 3 bulan yang lalu. F merupakan satu-satunya anak perempuan dalam keluarganya, ibu F meninggal dunia 2 tahun yang lalu. Sejak saat itulah pelaku sering melakukan tindakan tak senonoh terhadap F. Saat ini F diasuh oleh orangtua pengganti dan bersekolah di SLTP. Menurut F, ia senang dengan keluarga barunya. Selain bersekolah ia juga sering membantu ibu angkatnya berjualan di kios dekat rumahnya dan mengasuh 2 adik angkatnya. Hasil visum yang ada terdapat robekan lama pada selaput dara akibat kekerasan tumpul.

#### Hasil CBCL

Tak terdapat gangguan.

#### Hasil DAP (lihat halaman 102)

- Gambar sederhana, berjenis kelamin perempuan, sesuai dengan usianya, pasif, terlihat gembira, terletak di tengah, berukuran besar dengan garis tebal, kotor dan *shading*.
- Gambar lain yang khas

Penekanan pada rambut menandakan adanya dorongan seksual, mata juling menandakan pikiran kacau, penekanan pada telinga berarti peka terhadap kritik, leher kurus berarti kurang mampu mengontrol dorongan, gambar jari dan kuku menandakan agresif secara motorik.



**Hasil HTP (lihat halaman 102)**

- Proporsi dan posisi buruk, komposisi sedang, penyelesaian rumah, pohon, orang
- Gambar rumah bagus dan tertutup
- Gambar pohon besar
- Gambar orang berukuran sedang, melihat ke arah lain, meninggalkan rumah

**Interpretasi DAP dan HTP**

F tampak sebagai seorang yang ingin menguasai lingkungannya. Walaupun kelihatannya tenang, ia sebenarnya mempunyai agresivitas yang cukup tinggi. Ia juga tampak mempunyai dorongan seksual yang cukup kuat. Pada saat ini F merasakan rasa cemas yang kuat. Hal ini dapat disebabkan karena pikirannya yang sedang kacau dan kurang mampunya F dalam mengontrol dorongan yang ada pada dirinya. Kemampuan adaptasi F dalam lingkungan keluarga baik. Ia merasa dekat dengan ayah maupun ibunya. F merasa sebenarnya ibunya dapat memainkan peranan sebagai ibu yang baik namun dirasakan tertutup terhadapnya, sedangkan ayah cenderung dominan. F agaknya berusaha untuk lebih mandiri dan tidak tergantung pada keluarganya.

**ANALISIS KASUS 8**

Kasus ini merupakan kasus perkosaan pada anak perempuan oleh ayah kandungnya sendiri yang telah berlangsung lama. Maka sangat mungkin apabila tidak terdapat gangguan perilaku pada subyek seperti yang tampak pada hasil CBCL. Tetapi dapat pula terjadi karena CBCL ini diisi oleh ibu pengganti yang belum lama mengasuhnya sehingga tidak mengetahui perubahan atau gangguan perilaku yang terjadi. Hasil interpretasi DAP dan HTP masih memperlihatkan adanya kecemasan dan potensi agresif yang cukup tinggi. Adanya perasaan dekat dengan keluarga barunya sangat membantu subyek dalam meredam gangguan lebih lanjut, karena kepustakaan menyatakan bahwa keluarga yang harmonis dapat memberi

pengaruh yang baik terhadap depresi, rasa percaya diri serta tingkah laku korban.<sup>9</sup>

### KASUS 9

SV, 13 tahun, pelakunya merupakan temannya (18 tahun), 1 kali, > 3 bulan yang lalu. Pada saat kejadian SV diajak oleh temannya untuk bermain ke rumah temannya dan baru pulang ke rumah menjelang pagi hari. Adanya riwayat penggunaan NAPZA disangkal oleh SV, adanya tindakan pemerkosaan juga disangkal oleh SV. Kurang dari 24 jam SV dibawa oleh orangtuanya ke PKT untuk dilakukan visum. Pada datang ke PKT, SV telah mandi dan berganti pakaian. Hasil visum tidak ditemukan luka maupun robekan pada selaput dara, demikian pula pada pemeriksaan fisisnya. SV merupakan anak bungsu dari 3 bersaudara yang tinggal bersama kedua orangtuanya dan 2 kakaknya. Ia bersekolah di SLTP dan cukup aktif melakukan ekstra kulikuler di sekolah, SV senang tampil menari dan menyanyi.

#### Hasil CBCL

Tak terdapat gangguan.

#### Hasil DAP (lihat halaman 103)

- Gambar seorang perempuan berukuran sedang, sesuai usia, tampak gembira, terletak di bagian atas kertas, gambar tak lengkap dengan garis tebal, kotor, *shading*.
- Gambar yang khas:  
Penekanan pada rambut menandakan kebutuhan seksual, tak ada telinga berarti menghindari pembicaraan, lengan di belakang memnandakan adanya kontrol terhadap *impuls*, kaki yang dihilangkan adanya perasaan tak mampu, pakaian terlalu lengkap adanya sifat narsistik.

#### Hasil HTP (lihat halaman 103)

- Proporsi, posisi dan komposisi buruk, penyelesaian rumah/pohon
- Gambar rumah besar, bagus dan tertutup



- Gambar pohon jamak, kecil
- Gambar orang kecil, meninggalkan rumah/pohon

#### **Interpretasi DAP dan HTP**

Secara umum S tampak masih memandang diri dan dunianya secara positif. Ia tampak mempunyai kebutuhan seksualitas yang ditekannya. Sesuai dengan usianya, SV juga tampak memperhatikan penampilan dirinya. Dalam menghadapi masalah S cenderung bersikap menghindar. Ini harus diperbaiki pada diri S karena pada dirinya tampak tanda-tanda depresi yang disebabkan adanya rasa kecemasan dan ketidakmampuan diri untuk mengatasi masalah. Penyesuaian diri S dalam keluarga tampaknya kurang baik. Ia memandang ibunya sebagai tokoh yang amat penting dan berpengaruh dalam kehidupannya, walaupun ia merasa bahwa ibunya bersikap tertutup padanya. Pada sisi lain ia merasa bahwa peran ayahnya amat kabur. S merasa kecil serta amat tergantung pada keluarga dan mempunyai keinginan untuk melepaskan diri dari keluarga.

#### **ANALISIS KASUS 9**

Pada kasus ini, nampak ibu yang menjawab CBCL mencoba menyangkal yang terjadi pada anaknya sehingga tidak terlihat gangguan perilaku pada subyek. Tetapi pada hasil interpretasi DAP dan HTP tampak SV mempunyai tanda-tanda depresi yang disebabkan adanya rasa kecemasan dan ketidakmampuan diri untuk mengatasi masalah dan ibu menjadi tokoh yang dominan terhadap subyek.

#### **RANGKUMAN**

Berdasarkan 9 kasus di atas terdapat beberapa hal yang menarik, yaitu lebih dari separuhnya mengalami regresi dan juga mempunyai dorongan seksual yang kuat, kebanyakan mempunyai perilaku menghindar dalam menyelesaikan masalah serta ingin mandiri dan tak ingin bergantung pada keluarga. Tetapi semuanya memandang keluarga sebagai tempat berlindung dan merasa bahwa ibunya bersikap tertutup padanya.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

---

#### 7.1. Kesimpulan

1. Anak perempuan yang mengalami perkosaan terbanyak berusia antara 13-18 tahun dengan tingkat pendidikan terbanyak setingkat SLTP dan tidak ada yang menderita cacat.
2. Hampir semua orangtua subyek berusia > 30 tahun, lebih dari separuhnya berpendidikan rendah dan termasuk dalam kategori keluarga yang berada di bawah garis kemiskinan, dua pertiga subyek berada dalam pengasuhan orangtua kandungnya sendiri serta lebih dari separuhnya yang tinggal bersama dengan jumlah anak  $\leq 4$  orang. Seperlima keluarga subyek mempunyai riwayat KDRT serta mempunyai ayah dengan riwayat penggunaan NAPZA.
3. Usia pelaku terbanyak berkisar antara 20-24 tahun, lebih dari separuhnya berpendidikan rendah dan sepertiganya merupakan pengangguran. Hampir semua pelaku merupakan orang yang dikenal korban, terbanyak merupakan teman atau kenalan dan separuhnya mempunyai riwayat menggunakan NAPZA.
4. Peristiwa perkosaan sering terjadi pada pukul 06.00-12.00 atau pukul 18.01-24.00 dan dilakukan di rumah pelaku atau korban. Hanya seperlimanya dilakukan oleh lebih dari 1 orang pelaku, tetapi hampir separuhnya menggunakan NAPZA/hipnotis sewaktu melakukan perkosaan. Sepertiga dari subyek mengalami perkosaan lebih dari satu kali dan dua pertiga subyek baru melaporkan peristiwa perkosaan terhadap dirinya lebih dari 72 jam setelah kejadian.
5. Sekitar 25% subyek yang mengalami memar, hematoma maupun luka-luka pada kulit saat kejadian seluruhnya tidak tampak lagi pada waktu pemeriksaan ulangan. Dua pertiga subyek mengalami robekan pada

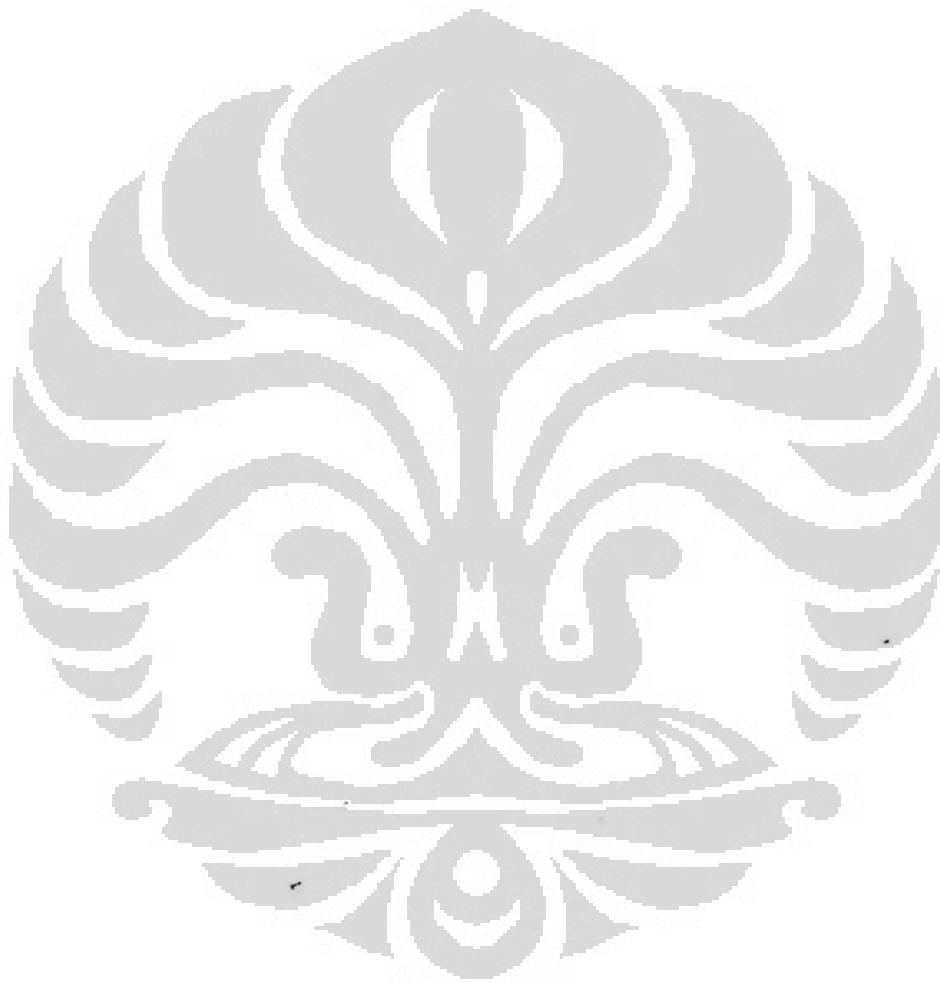
selaput dara sedang sisanya tidak mengalami kerusakan pada selaput dara.

6. Lebih dari dua pertiga anak perempuan yang mengalami perkosaan mempunyai kemampuan alur pikir nonverbal di bawah rata-rata.
7. Berdasarkan CBCL, kecemasan/depresi merupakan gangguan perilaku yang sering dialami oleh anak perempuan yang mengalami perkosaan dan lebih sering dijumpai setelah 3 bulan peristiwa perkosaan. Gangguan *internalizing*, *externalizing* atau keduanya dialami oleh 78% subyek, sisanya tak mengalami gangguan perilaku.
8. Berdasarkan pemeriksaan DAP dan HTP, kebanyakan anak perempuan yang mengalami perkosaan merasa mempunyai ibu yang protektif dan kurang dari separuhnya mempunyai ayah yang dominan serta cenderung merasa tidak aman, cemas, depresif dan mempunyai masalah dalam berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan sekitar tetapi berkeinginan kuat untuk mampu beradaptasi.

## 7.2. Saran

1. Terhadap semua korban perkosaan, terutama anak-anak, harus selalu dilakukan pemantauan medis dan psikologis secara terpadu walaupun secara kasat mata sepertinya tidak terdapat kelainan atau gangguan.
2. Korban perkosaan yang mengalami gangguan emosi dan perilaku harus dirujuk ke psikolog dan/atau psikiater untuk diagnosis dan tata laksana selanjutnya.
3. Gejala dan tanda awal terjadinya gangguan emosi dan perilaku juga harus disosialisasikan kepada orangtua korban sehingga dapat diketahui dan ditata laksana sedini mungkin.
4. Sangatlah penting untuk tidak meninggalkan anak perempuan dengan laki-laki remaja atau dewasa tanpa ada orang lain untuk mencegah peristiwa perkosaan.

5. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor risiko yang paling berperan terhadap terjadinya peristiwa perkosaan sehingga dapat dilakukan pencegahan.





## DAFTAR PUSTAKA

---

1. **Merten DF, Cooperman DR, Thompson GH.** Skeletal manifestations of child abuse. Dalam: Reece RM, penyunting. *Child abuse: medical diagnosis and management*. Baltimore: William & Wilkins, 1996. h. 23-53.
2. **Soetjiningsih.** Perlakuan salah pada anak (child abuse). Dalam: Ranuh IGNG, penyunting. *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC, 1995. h. 165-75.
3. **Jain MA.** Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:575-93.
4. **Prescott PR.** Child abuse and neglect. Dalam: Levine DL, Morriss FC, Moore GC, penyunting. Edisi ke-2. *A practical guide to pediatric intensive care*. St.Louis: Mosby, 1984. h. 454-60.
5. **National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information U.S Department of Health and Human Service.** Child maltreatment 2002: summary of key findings. Didapat dari <http://www.nccanch.acf.hhs.gov> Diakses tanggal 10 Juli 2004.
6. **American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence.** Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001;107:1477-9.
7. **Finkel MA, De Jong AR.** Medical findings in child sexual abuse. Dalam: Reece RM, penyunting. *Child abuse: medical diagnosis and management*. Baltimore: William & Wilkins, 1996. h. 185-247.
8. **Widiatmaka W, Gunardi H.** Buku panduan tatalaksana kasus penganiayaan dan penelantaran anak. Jakarta: IDI, 2000. h. 1-64.
9. **Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI, Oates RK.** Sexually abused children 5 years after presentation: a case-control study. *Pediatrics* 1997;100:600-8.

10. **Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP.** The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994;165:35-47.
11. **Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA.** A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
12. **Merry SN, Andrews LK.** Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:939-44.
13. **Soetjningsih.** Tumbuh-kembang anak. Dalam: Ranuh IGNG, penyunting. *Tumbuh kembang anak.* Jakarta: EGC, 1995. h. 1-55.
14. **Lahoti SL, McClain N, Girardet R, McNeese M, Cheung K.** Evaluating the child for sexual abuse. *Am Fam Physician* 2001;63:883-92.
15. **American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect.** Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999;103:186-91.
16. **Johnson CF.** Abuse and neglect of children. Dalam: Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, penyunting. *Nelson textbook of pediatrics.* Edisi ke-16. Philadelphia: WB Saunders, 2000. h. 110-7.
17. **Betnea L.** Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999;59:1577-80.
18. **Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M.** Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000;106:100-4.
19. **Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J.** Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94:310-7.
20. **De Jong AR, Rose M.** Legal proof of child abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics* 1991;88:506-11.



21. Posttraumatic Stress Disorder. Didapat dari Clinical Topic Tour <http://www.mdconsult.com/stat/view>. Diakses tanggal 2 Juni 2004.
22. Goodman D. Effects of abuse and neglect on development. Adoption 2001: A family for every child, May 12, 2001.
23. Urquiza JA, Winn C. Treatment for abused and neglected children: infancy to age 18. Washington: US Department of Health and Human Service, 1990. h. 1-115.
24. Marnat GG. Handbook of psychological assessment. New York: Van Nostrand Reinhold Co, 1984. h. 114-47.
25. Achenbach TM. Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991. h. 1-284.
26. Achenbach TM, Ruffle TM. The child behavior checklist and related form for assessing behavioral/emotional problems and competencies. Pediatrics in Review 2000;21:8-14.
27. Waringah S, Kumara A. Child Behavior Checklist (CBCL) sebagai alat diagnosis gangguan tingkah laku pada anak. Laporan Penelitian. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada, 1997.
28. Waringah S. Standarisasi norma Child Behavior Checklist (CBCL) sebagai alat diagnostik gangguan tingkah laku pada anak. Laporan Penelitian. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada, 1998.
29. Wibawa SM, Jatnika R. Tingkah laku bermasalah pada anak menurut persepsi orangtua. Disampaikan pada Simposium Kebudayaan Indonesia-Malaysia (SKIM) VII, Bandung, 1997.
30. Koppitz EM. Psychological evaluation of children's human figure drawing. New York: Grune & Stratton, 1968. h. 36-69.
31. Sattler JM. Assessment of children. Third edition. Philadelphia: WB Saunders, 1987. h. 294-327.



32. **Badan Pusat Statistik.** Statistik Indonesia 2002. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2003. h. 41-84.
33. **Siefer R, Sameroff, Baldwin CP, Baldwin A.** Child and family that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:893-903.
34. **Direktorat Gizi Masyarakat Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI.** Tatalaksana anak gizi buruk. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2003. h. 2.
35. **De Onis M.** Measuring nutritional status in relation to mortality. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:1271-4.
36. **Eriany P.** Manual tes grafis. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Katolik Soegijapranata, 1998.
37. **Snyder HN.** Sexual assault of young children as reported to law enforcement: victims, incident and offender characteristics. Washington DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, 2000. h. 1-14.
38. **Jones JS, Rossman L, Wynn B, Dunnuck C, Schwartz N.** Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and pattern of anogenital injury. *Acad Emerg Med* 2003;10:872-7.
39. **Peipert JF, Domagalski LR.** Epidemiology of adolescent sexual assault. *Obstet Gynecol* 1994;84:867-71.
40. **Oates KR, O'toole B, Lynch DL, Stern A, Cooney G.** Stability and change in outcome for sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:945-53.

Lampiran 1

Divisi Tumbuh Kembang Pediatri Sosial

Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM

## Penjelasan Mengenai Penelitian

### Karakteristik dan Dampak Perkosaan pada Anak Perempuan

Saat ini Divisi Tumbuh Kembang-Pediatri Sosial, Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo (FKUI/RSCM) sedang melakukan penelitian untuk mengetahui dampak yang terjadi pada anak perempuan yang mengalami peristiwa perkosaan. Data yang lengkap mengenai dampak jangka pendek maupun dampak jangka panjang perkosaan terhadap anak perempuan hingga saat ini belum ada. Hal ini terjadi karena seringkali korban perkosaan hanya datang pada saat pelaporan peristiwa perkosaan itu saja, tanpa pemantauan selanjutnya. Walaupun beberapa diantaranya juga sempat ditindaklanjuti serta tetap dipantau.

Sekitar delapan puluh dua anak perempuan yang berusia 12-18 tahun dengan riwayat perkosaan akan ikut dalam penelitian ini. Anda tercatat sebagai salah satu korban perkosaan yang pernah ditangani Pusat Krisis Terpadu RSCM, oleh karenanya diminta ikut serta dalam penelitian ini.

Bila bersedia ikut, maka terhadap anda kami akan melakukan beberapa tes psikologi, yaitu tes *Draw A Person* (DAP), *House-Tree-Person* (HTP) dan *Progressive Matrices* (PM). Pada tes DAP psikolog akan menginstruksikan untuk menggambar satu orang pada sehelai kertas, sedangkan pada HTP anda diinstruksikan untuk menggambar rumah, pohon dan orang pada sehelai kertas lainnya. Tes PM digunakan untuk mengukur kemampuan seseorang untuk melihat suatu kesamaan, perbedaan dan persepsi gambar atau ruang. Tes ini merupakan suatu tes kemampuan alur pikir melalui gambar. Selain itu dokter juga memeriksa kesehatan anda, apabila terdapat kelainan maka kami berhak mengirim anda pada ahlinya. Status gizi anda juga akan kami nilai dengan melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan.

Terhadap orangtua/wali anda kami akan menanyakan hal-hal yang dilihatnya/dirasakannya terhadap anda selama maksimal 6 bulan terakhir ini dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah ada dalam *Child Behavior Checklist* (CBCL). Sejauh ini tidak ada efek samping yang dapat terjadi apabila semua tes ini dijalankan, tetapi apabila terjadi sesuatu akibat penelitian ini maka anda akan diberi pertolongan dan dibebaskan dari biaya yang diperlukan.



Semua tes dan pemeriksaan yang dilakukan terhadap anda dilakukan secara cuma-cuma.

Anda dan orangtua/wali anda bebas menolak ikut dalam penelitian ini. Bila anda dan orangtua/wali telah memutuskan untuk ikut, anda juga bebas untuk mengundurkan diri setiap saat tanpa menyebabkan berubahnya kualitas pelayanan terhadap anda.

Semua data penelitian ini akan diperlakukan secara rahasia sehingga tidak memungkinkan orang lain menghubungkannya dengan anda.

Selama anda ikut dalam penelitian, setiap informasi baru yang dapat mempengaruhi pertimbangan anda untuk terus ikut atau berhenti dari penelitian ini akan segera disampaikan pada anda.

Bila anda tidak menaati instruksi yang diberikan oleh para peneliti, anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini.

Bila anda memutuskan untuk tidak ikut dalam penelitian ini anda akan mengikuti kebiasaan/tata laksana yang biasa anda tempuh selama ini.

Anda diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini.

Bila sewaktu-waktu terjadi efek samping atau membutuhkan penjelasan, anda dapat menghubungi Dokter Titis Prawitasari di Divisi Tumbuh Kembang-pediatri Sosial Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM, Jl. Salemba 6, Jakarta. Telp. 3910096 atau HP. 0818121066.



Lampiran 2

Divisi Tumbuh Kembang Pediatri Sosial

Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM

### Formulir Persetujuan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Orangtua/wali dari :

Alamat :

No. Telepon :

Telah mendapat penjelasan yang cukup jelas dan mengerti sepenuhnya tentang Penelitian Karakteristik dan Dampak Perkosaan pada Anak Perempuan, dan secara sukarela menyetujui saya/anak saya untuk turut serta sebagai peserta penelitian ini dengan catatan apabila suatu saat merasa dirugikan dalam benmtuk apapun berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini.

Tanda tangan pasien/subyek:

Tanggal:

(Nama Jelas: .....)

Tanda tangan saksi:

(Nama Jelas: .....)

Lampiran 3

Divisi Tumbuh Kembang Pediatri Sosial

Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM

### Kuestioner Data Umum

No responden: ..... Tanggal wawancara: ...../2004

#### Identitas Anak

Nama lengkap/inisial: .....

Tanggal lahir/umur: .....

Pendidikan terakhir: .....

Pekerjaan: .....

Alamat: .....

Status pengasuhan: .....

Jumlah saudara kandung/tiri: .....

Jumlah anak yang tinggal serumah:

	Jenis kelamin	Umur	Keterangan
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....
4.	.....	.....	.....
5.	.....	.....	.....
6.	.....	.....	.....

#### Riwayat Kelahiran

Tempat lahir/penolong kelahiran: .....

Cara lahir: ..... Masa gestasi: .....

Berat lahir: .....gram Panjang lahir: ..... cm

**Riwayat Tumbuh Kembang**

Tengkurap: ..... Duduk: .....  
Berjalan: ..... Bicara: .....  
Menulis dan membaca: .....

**Identitas Orangtua**

**Ayah**

**Ibu**

Nama lengkap: .....  
Tanggal lahir/umur: .....  
Pendidikan terakhir: .....  
Pekerjaan: .....  
Penghasilan: .....  
(Total penghasilan/kapita/hari: .....)  
Alamat: .....  
Status Perkawinan: .....  
Riwayat Kekerasan dalam keluarga : 1. Ya 2. Tidak  
Riwayat penggunaan NAPZA : 1. Ya 2. Tidak

**Identitas Pelaku**

Nama Inisial: .....  
Umur: .....  
Pendidikan: .....  
Pekerjaan: .....  
Hubungan dengan korban: .....  
Gangguan Perilaku: .....  
Penggunaan NAPZA : 1. Ya 2. Tidak

**Pemeriksaan Fisis (tanggal .....**)

Berat badan ..... kg

Tinggi badan ..... cm



Keadaan umum: .....

Tanda vital: .....

Jantung: ..... Paru .....

Perut: ..... Alat gerak: .....

**Ciri Seksual Sekunder**

Rambut aksila ..... Payudara ..... Rambut pubis .....

Tanda-tanda kehamilan sebelumnya .....

Tanda-tanda kehamilan saat ini .....

Terdapat memar/abrasi/laserasi/luka:

1. Ya 2. Tidak

(jika ya, jelaskan lokasinya, bentuknya dan perkiraan waktu terjadinya lesi)

**Genitalia Eksterna dan interna (atas indikasi)**

Vulva .....

Vagina .....

Hymen .....

Pemeriksaan Rektal (atas indikasi) .....

**Pemeriksaan Penunjang**

Laboratorium .....

Foto Rontgen .....



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Salemba Raya No. 6 Jakarta Pusat  
Pos Box 1358 Jakarta 10430

Kampus Salemba Telp. 330371, 330373, Fax : 330372, e-mail : taus-fk@makara.cso.co.id

No : 133 /PT02.FK/ETIK/2004

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK ETHICAL CLEARANCE

Panitia Tetap Penilai Etik Penelitian, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:  
*The Committee of The Medical Research Ethics of the Faculty of Medicine, University of Indonesia, with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

"DAMPAK PERKOSAAN PADA ANAK PEREMPUAN".

Nama peneliti utama : dr. TITIS PRAWITASARI  
*Name of the principal investigator*

Nama Institusi : ILMU KESEHATAN ANAK FKUI-RSCM  
*Name of institution*

dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*and approved the above mentioned proposal.*

Jakarta, 18 Oktober 2004



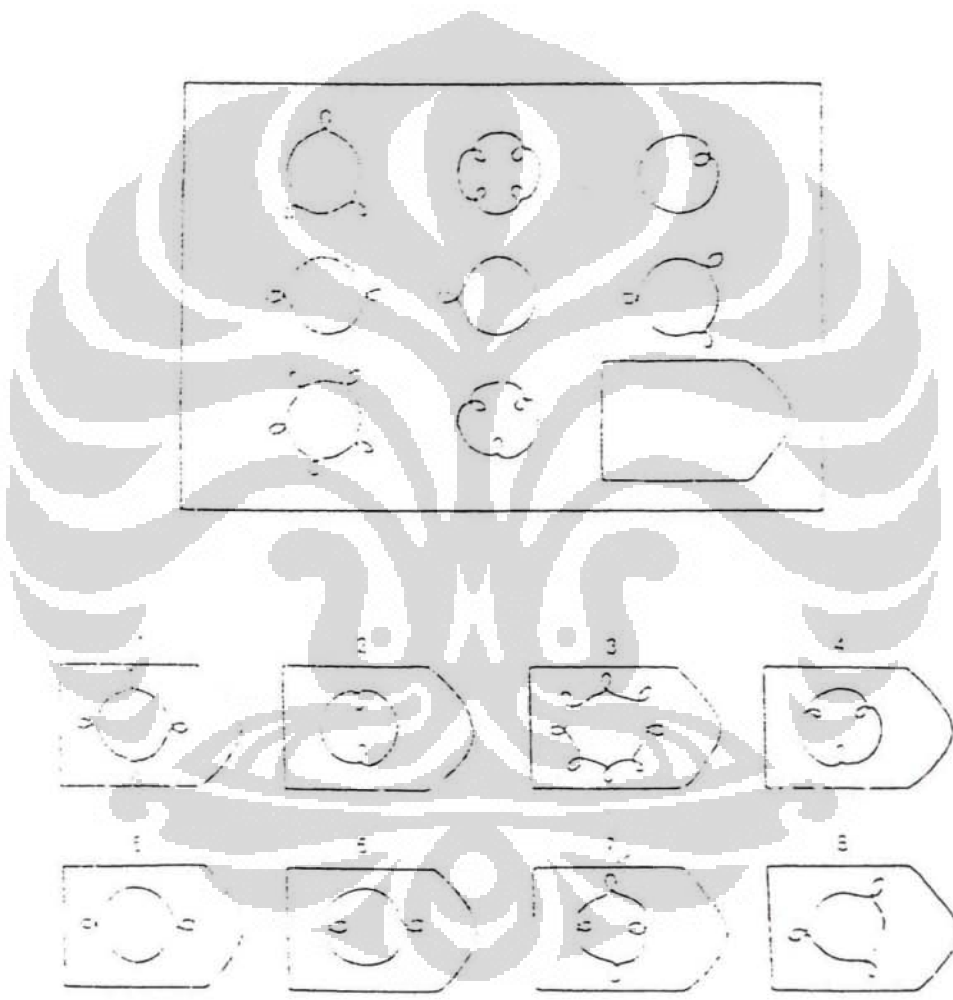
Ketua  
Chairman

Prof.dr.R.Sjamsuhidajat





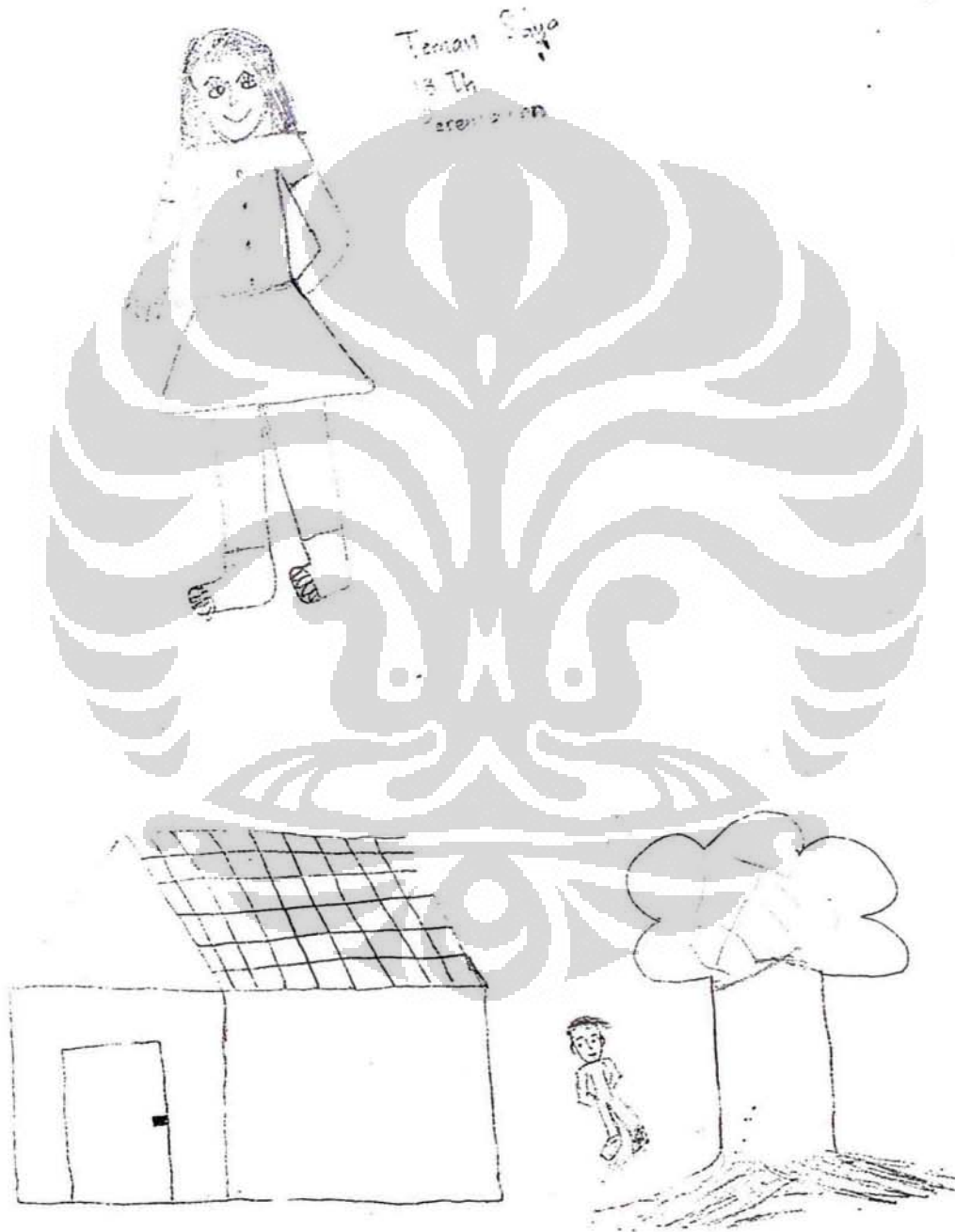
Lampiran 6  
Divisi Tumbuh Kembang Pediatri Sosial  
Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM

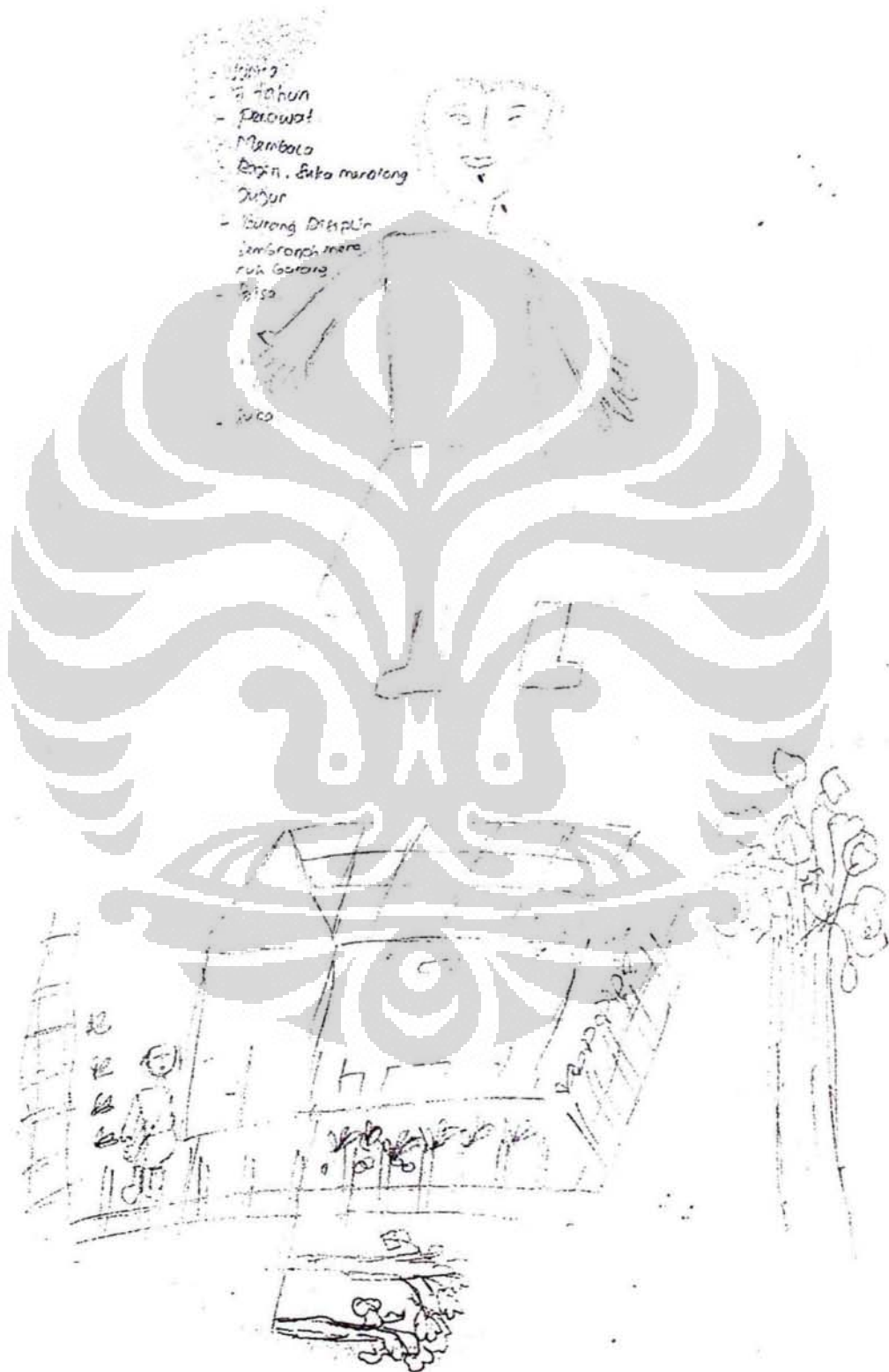


Lampiran 7

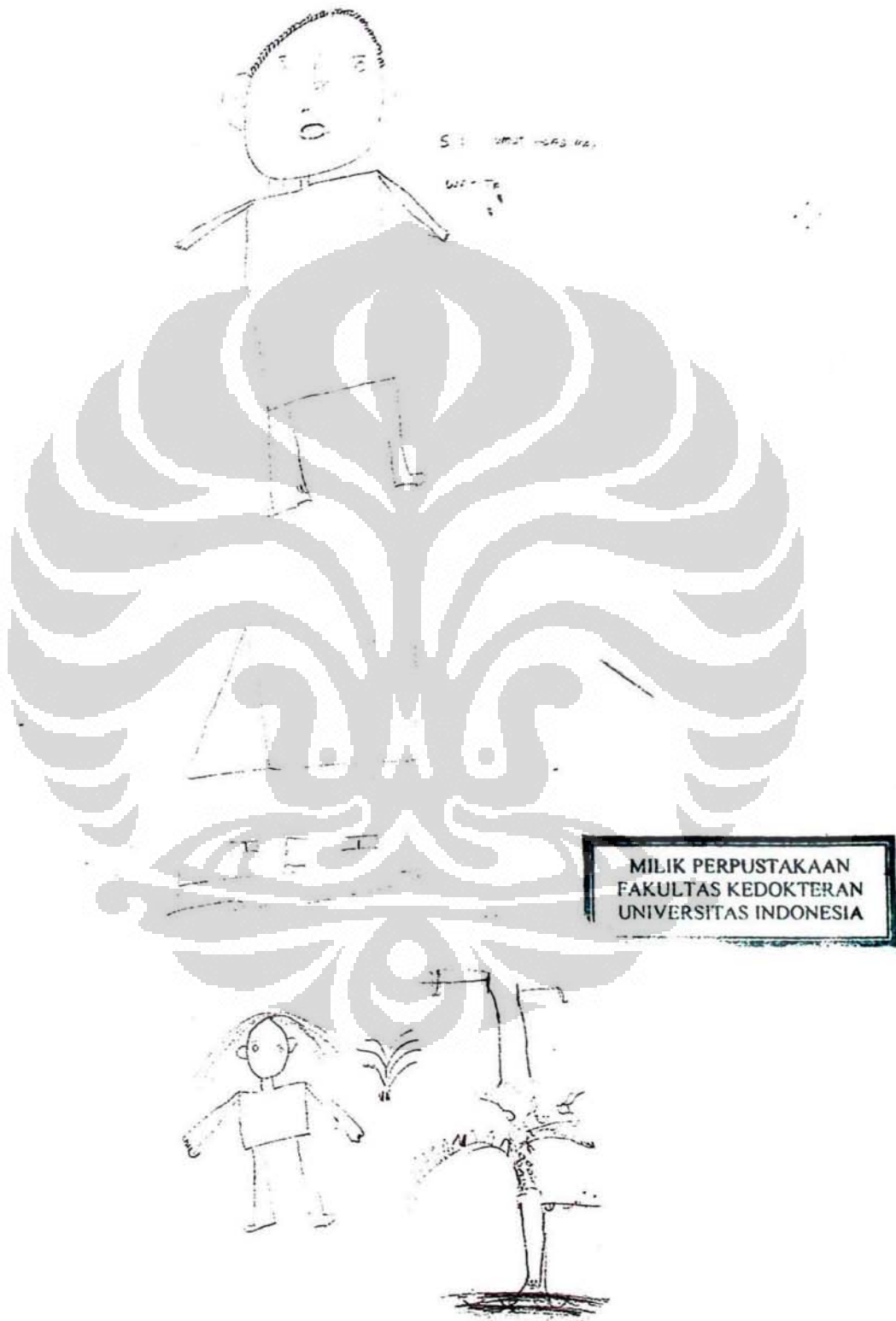
Divisi Tumbuh Kembang Pediatri Sosial

Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI/RSCM

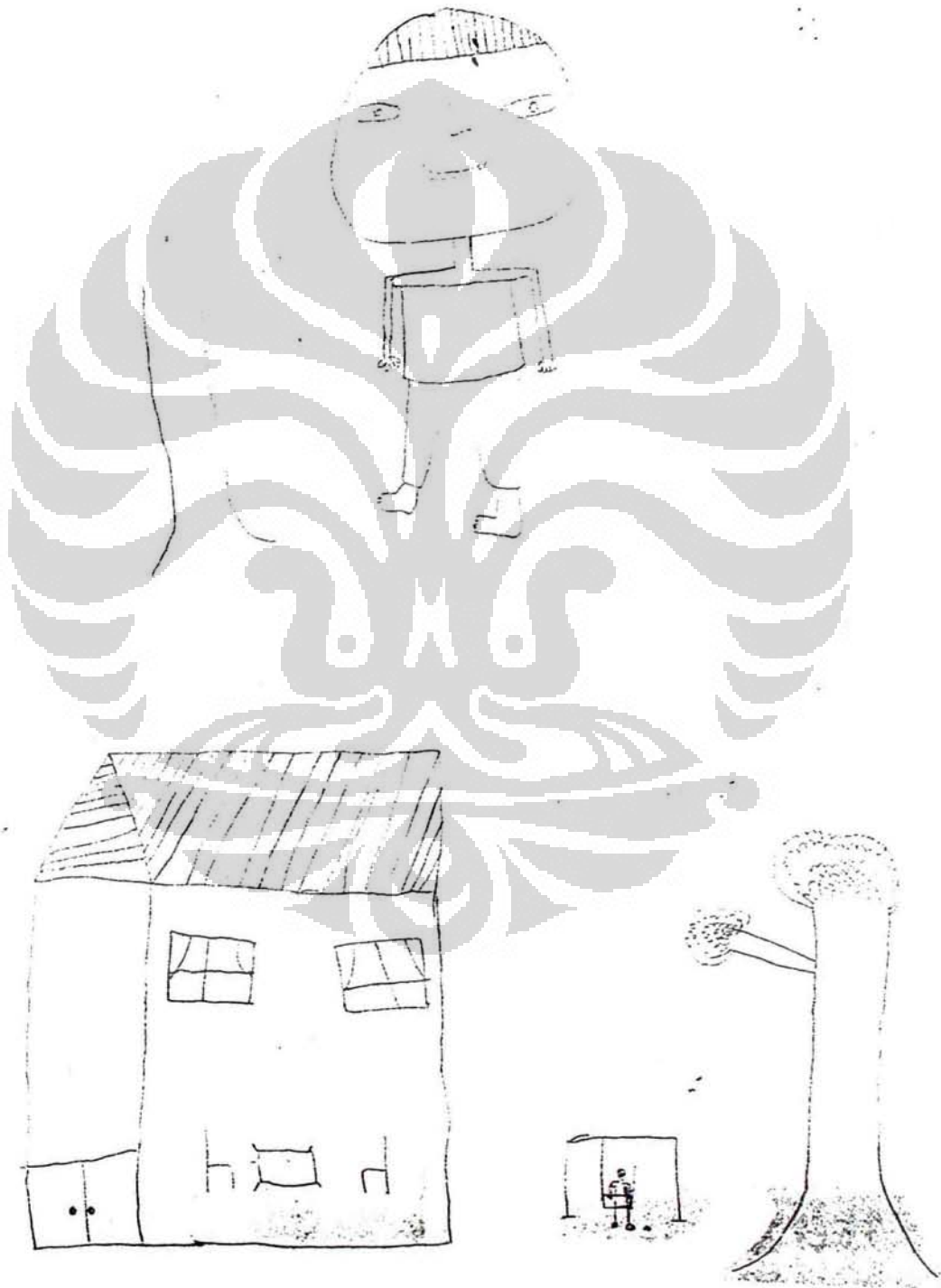






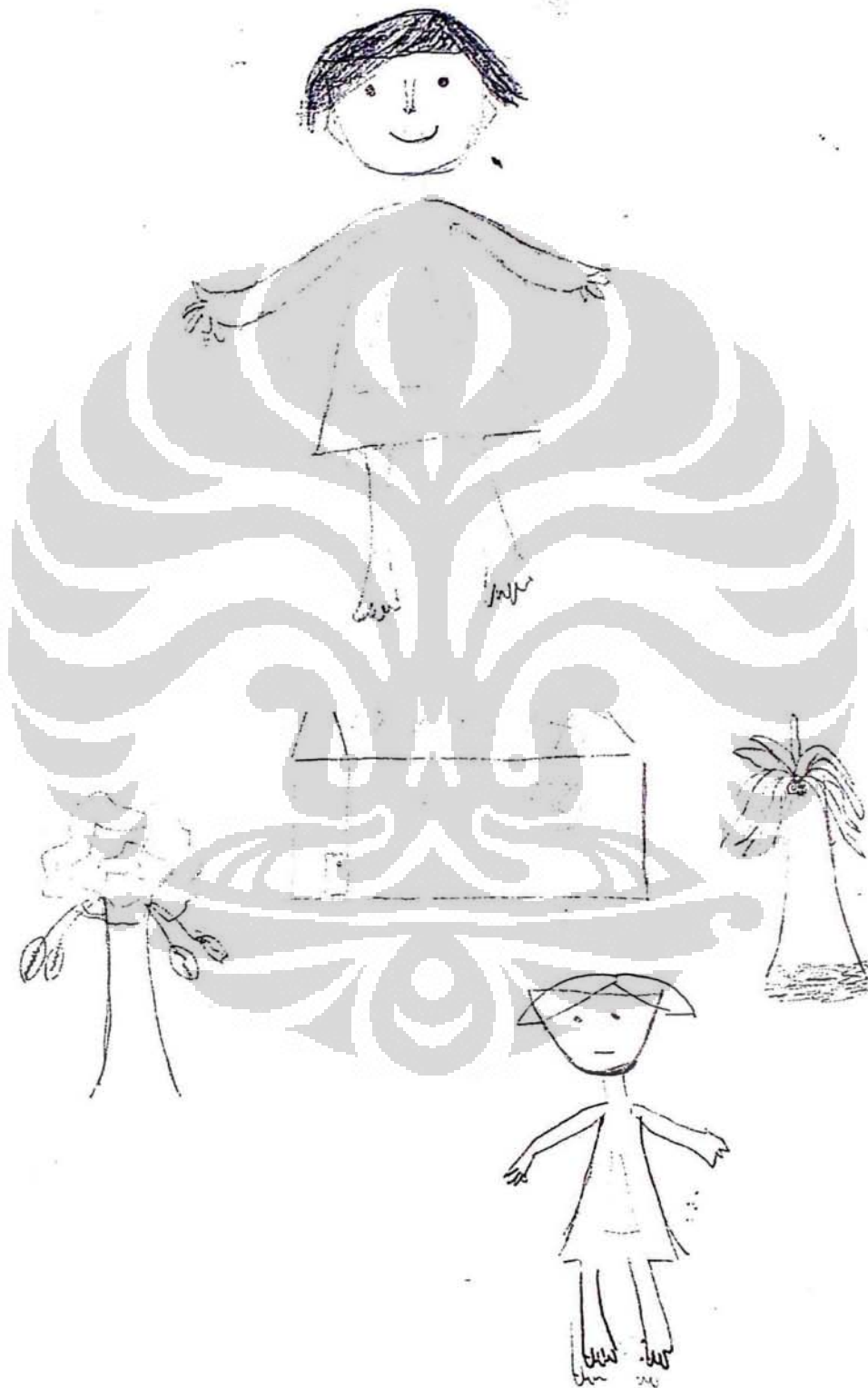


Lika - 2005  
umur 9 tahun  
60-100

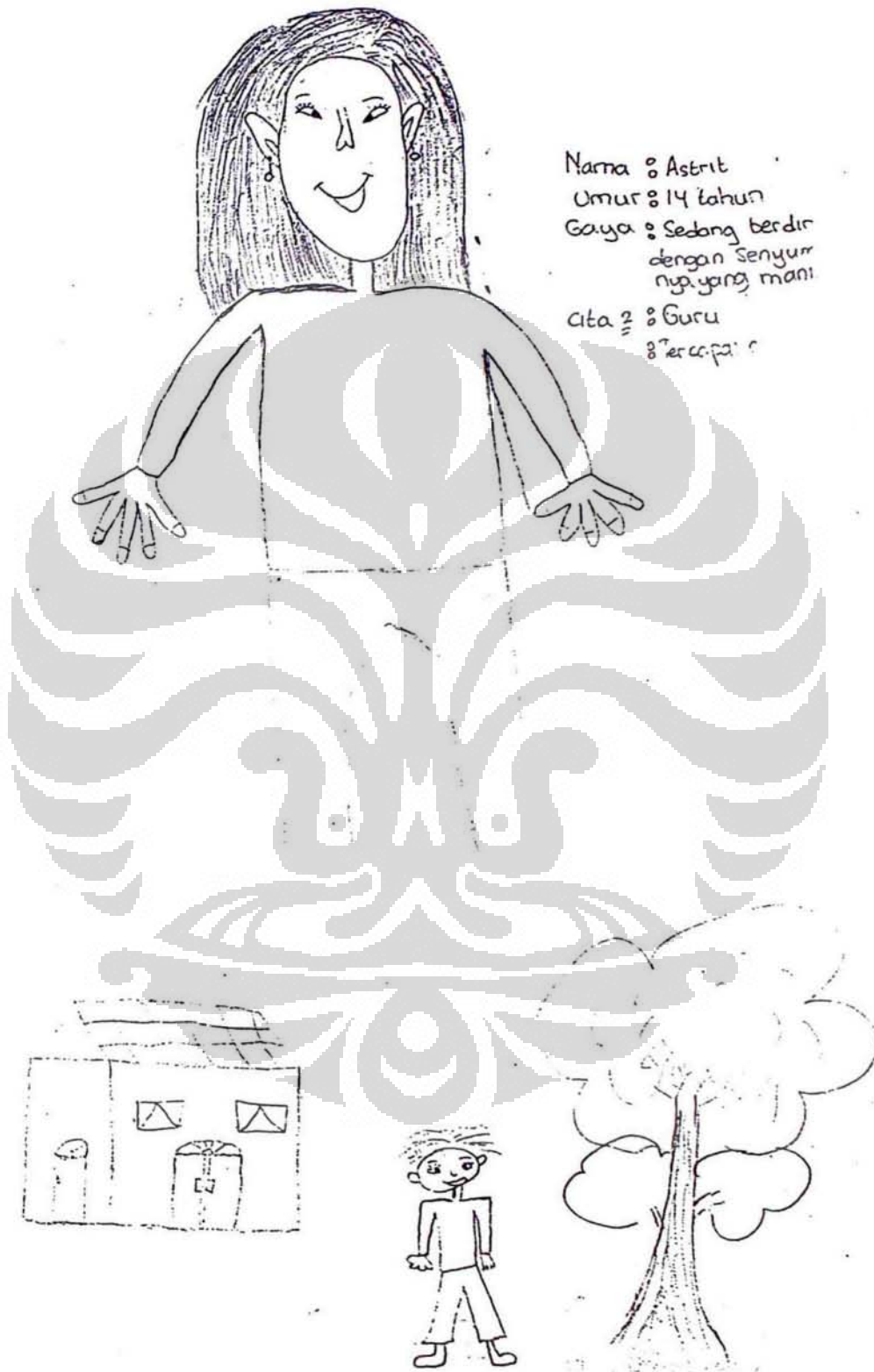




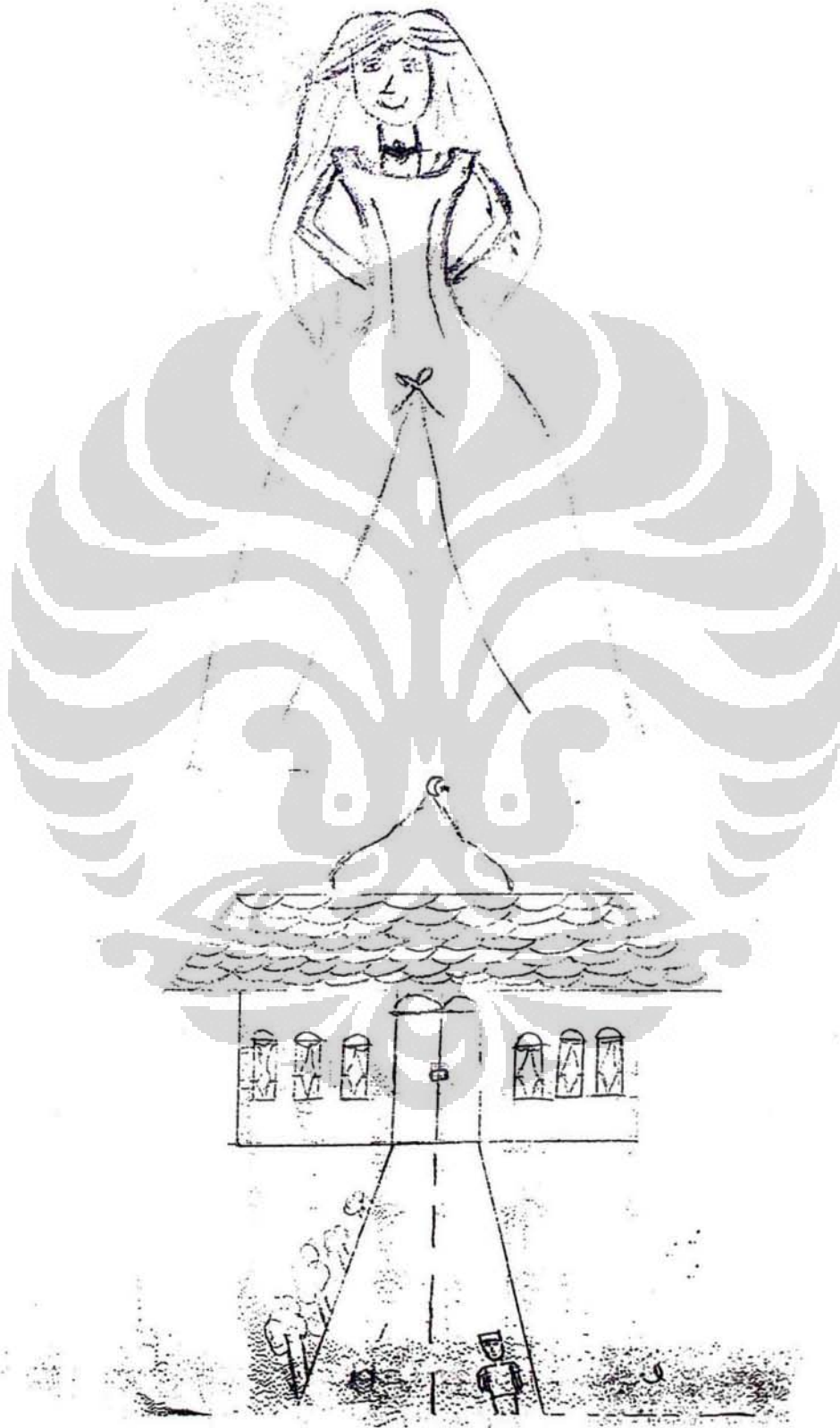












**BAKU RUJUKAN PENILAIAN STATUS GIZI ANAK LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN  
MENURUT BERAT BADAN DAN TINGGI BADAN / PANJANG BADAN (BB / TB-PB )**

Sumber : Bulletin of World Health Organization (WHO, Tahun 2000)

- 4 SD (60%)	Berat Laki-Laki (kg)				TB - PB (cm)	Median	Berat Perempuan (kg)				- 4 SD (60%)
	-3 SD (70%)	- 2 SD (80%)	- 1 SD (90%)	Median			- 1 SD (90%)	- 2 SD (80%)	-3 SD (70%)		
1.8	2.1	2.5	2.8	3.1	49	3.3	2.9	2.6	2.2	1.8	
1.8	2.2	2.5	2.9	3.3	50	3.4	3.0	2.6	2.3	1.9	
1.8	2.2	2.6	3.1	3.5	51	3.5	3.1	2.7	2.3	1.9	
1.9	2.3	2.8	3.2	3.7	52	3.7	3.3	2.8	2.4	2.0	
1.9	2.4	2.9	3.4	3.9	53	3.9	3.4	3.0	2.5	2.1	
2.0	2.6	3.1	3.6	4.1	54	4.1	3.6	3.1	2.7	2.2	
2.2	2.7	3.3	3.8	4.3	55	4.3	3.8	3.3	2.8	2.3	
2.3	2.9	3.5	4.0	4.6	56	4.5	4.0	3.5	3.0	2.4	
2.5	3.1	3.7	4.3	4.8	57	4.8	4.2	3.7	3.1	2.6	
2.7	3.3	3.9	4.5	5.1	58	5.0	4.4	3.9	3.3	2.7	
2.9	3.5	4.1	4.8	5.4	59	5.3	4.7	4.1	3.5	2.9	
3.1	3.7	4.4	5.0	5.7	60	5.5	4.9	4.3	3.7	3.1	
3.3	4.0	4.6	5.3	5.9	61	5.8	5.2	4.6	3.9	3.3	
3.5	4.2	4.9	5.6	6.2	62	6.1	5.4	4.8	4.1	3.5	
3.8	4.5	5.2	5.8	6.5	63	6.4	5.7	5.0	4.4	3.7	
4.0	4.7	5.4	6.1	6.8	64	6.7	6.0	5.3	4.6	3.9	
4.3	5.0	5.7	6.4	7.1	65	7.0	6.3	5.5	4.8	4.1	
4.5	5.3	6.0	6.7	7.4	66	7.3	6.5	5.8	5.1	4.3	
4.8	5.5	6.2	7.0	7.7	67	7.5	6.8	6.0	5.3	4.5	
5.1	5.8	6.5	7.3	8.0	68	7.8	7.1	6.3	5.5	4.8	
5.3	6.0	6.8	7.5	8.3	69	8.1	7.3	6.5	5.8	5.0	
5.5	6.3	7.0	7.8	8.5	70	8.4	7.6	6.8	6.0	5.2	
5.8	6.5	7.3	8.1	8.8	71	8.6	7.8	7.0	6.2	5.4	
6.0	6.8	7.5	8.3	9.1	72	8.9	8.1	7.2	6.4	5.6	
6.2	7.0	7.8	8.6	9.3	73	9.1	8.3	7.5	6.6	5.8	
6.4	7.2	8.0	8.8	9.6	74	9.4	8.5	7.7	6.8	6.0	
6.6	7.4	8.2	9.0	9.8	75	9.6	8.7	7.9	7.0	6.2	
6.8	7.6	8.4	9.2	10.0	76	9.8	8.9	8.1	7.2	6.4	
7.0	7.8	8.6	9.4	10.3	77	10.0	9.1	8.3	7.4	6.6	
7.1	8.0	8.8	9.7	10.5	78	10.2	9.3	8.5	7.6	6.7	
7.3	8.2	9.0	9.9	10.7	79	10.4	9.5	8.7	7.8	6.9	
7.5	8.3	9.2	10.1	10.9	80	10.6	9.7	8.8	8.0	7.1	
7.6	8.5	9.4	10.2	11.1	81	10.8	9.9	9.0	8.1	7.2	
7.8	8.7	9.6	10.4	11.3	82	11.0	10.1	9.2	8.3	7.4	
7.9	8.8	9.7	10.6	11.5	83	11.2	10.3	9.4	8.5	7.6	
8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	84	11.4	10.5	9.6	8.7	7.7	

**BAKU RUJUKAN PENILAIAN STATUS GIZI ANAK LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN  
MENURUT BERAT BADAN DAN PANJANG BADAN (BB / TB-PB)  
(LANJUTAN)**

Sumber : Bulletin of World Health Organization (WHO, Tahun 2000)

Berat Laki-Laki (kg)				TB - PB		Berat Perempuan (kg)				
- 4 SD (60%)	- 3 SD (70%)	- 2 SD (80%)	- 1 SD (90%)	Median	(cm)	Median	- 1 SD (90%)	- 2 SD (80%)	- 3 SD (70%)	- 4 SD (60%)
7.8	8.9	9.9	11.0	12.1	85	11.8	10.8	9.7	8.6	7.6
7.9	9.0	10.1	11.2	12.3	86	12.0	11.0	9.9	8.8	7.7
8.1	9.2	10.3	11.5	12.6	87	12.3	11.2	10.1	9.0	7.9
8.3	9.4	10.5	11.7	12.8	88	12.5	11.4	10.3	9.2	8.1
8.4	9.6	10.7	11.9	13.0	89	12.7	11.6	10.5	9.3	8.2
8.6	9.8	10.9	12.1	13.3	90	12.9	11.8	10.7	9.5	8.4
8.8	9.9	11.1	12.3	13.5	91	13.2	12.0	10.8	9.7	8.5
8.9	10.1	11.3	12.5	13.7	92	13.4	12.2	11.0	9.9	8.7
9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	93	13.6	12.4	11.2	10.0	8.8
9.2	10.5	11.7	13.0	14.2	94	13.9	12.6	11.4	10.2	9.0
9.4	10.7	11.9	13.2	14.5	95	14.1	12.9	11.6	10.4	9.1
9.6	10.9	12.1	13.4	14.7	96	14.3	13.1	11.8	10.6	9.3
9.7	11.0	12.4	13.7	15.0	97	14.6	13.3	12.0	10.7	9.5
9.9	11.2	12.6	13.9	15.2	98	14.9	13.5	12.2	10.9	9.6
10.1	11.4	12.8	14.1	15.5	99	15.1	13.8	12.4	11.1	9.8
10.3	11.6	13.0	14.4	15.7	100	15.4	14.0	12.7	11.3	9.9
10.4	11.8	13.2	14.6	16.0	101	15.6	14.3	12.9	11.5	10.1
10.6	12.0	13.4	14.9	16.3	102	15.9	14.5	13.1	11.7	10.3
10.8	12.2	13.7	15.1	16.6	103	16.2	14.7	13.3	11.9	10.5
11.0	12.4	13.9	15.4	16.9	104	16.5	15.0	13.5	12.1	10.6
11.2	12.7	14.2	15.6	17.1	105	16.7	15.3	13.8	12.3	10.8
11.4	12.9	14.4	15.9	17.4	106	17.0	15.5	14.0	12.5	11.0
11.6	13.1	14.7	16.2	17.7	107	17.3	15.8	14.3	12.7	11.2
11.8	13.4	14.9	16.5	18.0	108	17.6	16.1	14.5	13.0	11.4
12.0	13.6	15.2	16.8	18.3	109	17.9	16.4	14.8	13.2	11.6
12.2	13.8	15.4	17.1	18.7	110	18.2	16.6	15.0	13.4	11.9
12.5	14.1	15.7	17.4	19.0	111	18.6	16.9	15.3	13.7	12.1
12.7	14.4	16.0	17.7	19.3	112	18.9	17.2	15.6	14.0	12.3
12.9	14.6	16.3	18.0	19.6	113	19.2	17.5	15.9	14.2	12.6
13.2	14.9	16.6	18.3	20.0	114	19.5	17.9	16.2	14.5	12.8
13.5	15.2	16.9	18.6	20.3	115	19.9	18.2	16.5	14.8	13.0
13.7	15.5	17.2	18.9	20.7	116	20.3	18.5	16.8	15.0	13.3
14.0	15.8	17.5	19.3	21.1	117	20.6	18.9	17.1	15.3	13.6
14.3	16.1	17.9	19.6	21.4	118	21.0	19.2	17.4	15.6	13.8
14.6	16.4	18.2	20.0	21.8	119	21.4	19.6	17.7	15.9	14.1
14.9	16.7	18.5	20.4	22.2	120	21.8	20.0	18.1	16.2	14.3
15.2	17.0	18.9	20.7	22.6	121	22.2	20.3	18.4	16.5	14.6
15.5	17.4	19.2	21.1	23.0	122	22.7	20.7	18.8	16.8	14.9
15.8	17.7	19.6	21.5	23.4	123	23.1	21.1	19.1	17.1	15.1
16.1	18.0	20.0	21.9	23.9	124	23.6	21.6	19.5	17.4	15.4
16.4	18.4	20.4	22.3	24.3	125	24.1	22.0	19.9	17.8	15.6
16.7	18.7	20.7	22.8	24.8	126	24.6	22.4	20.2	18.1	15.9
17.0	19.1	21.1	23.2	25.2	127	25.1	22.9	20.6	18.4	16.2
17.3	19.4	21.5	23.6	25.7	128	25.7	23.3	21.0	18.7	16.4
17.6	19.8	21.9	24.1	26.2	129	26.2	23.8	21.4	19.0	16.7
17.9	20.1	22.3	24.5	26.8	130	26.8	24.3	21.8	19.4	16.9



## DATA PENELITIAN

SUBYEK						ORANGTUA			
No	Subyek	Umur	Jangka waktu	Pendidikan	Status Gizi	Umur ayah	Pendidikan ayah	Umur ibu	Pendidikan ibu
1	H	18	> 3 bulan	SLTA	gizi cukup	54	menengah	52	menengah
2	Az	18	> 3 bulan	SD	gizi kurang	40	rendah	36	rendah
3	KK	15	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	41	rendah	34	rendah
4	Am	16	> 3 bulan	SD	gizi cukup	52	rendah	47	rendah
5	SH	13	> 3 bulan	SLTP	gizi kurang	40	menengah	38	rendah
6	NR	16	> 3 bulan	SD	gizi kurang	47	rendah	40	rendah
7	FH	16	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	50	menengah	30	rendah
8	AP	14	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	37	menengah	33	rendah
9	MV	17	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	36	menengah	36	menengah
10	Nu	15	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	39	menengah	38	rendah
11	Lu	14	> 3 bulan	SD	gizi kurang	38	rendah	32	rendah
12	EK	16	> 3 bulan	SLTA	gizi kurang	41	rendah	30	rendah
13	SF	16	> 3 bulan	SLTA	gizi kurang	60	rendah	60	rendah
14	Wi	17	> 3 bulan	SD	gizi cukup	52	rendah	43	rendah
15	D	15	> 3 bulan	SD	gizi cukup	33	rendah	31	rendah
16	SV	13	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	45	tinggi	42	tinggi
17	NA	14	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	34	menengah	33	menengah
18	AL	18	> 3 bulan	SLTA	gizi kurang	42	menengah	42	menengah
19	F	15	> 3 bulan	SLTP	gizi cukup	45	rendah	32	rendah
20	ET	13	≤ 3bulan	SLTP	gizi cukup	50	rendah	30	rendah
21	AI	15	≤ 3bulan	SLTA	gizi kurang	42	menengah	39	menengah
22	WT	17	≤ 3bulan	SLTA	gizi cukup	50	rendah	46	rendah
23	DK	18	> 3 bulan	SLTA	gizi cukup	50	menengah	45	rendah
24	DD	13	≤ 3bulan	SLTP	gizi cukup	35	rendah	34	rendah
25	HE	14	≤ 3bulan	SLTP	gizi cukup	40	menengah	38	rendah
26	WD	15	≤ 3bulari	SD	gizi kurang	45	rendah	45	rendah
27	Ur.	18	≤ 3bulan	SLTP	gizi cukup	45	rendah	40	rendah
28	DY	14	> 3 bulan	SD	gizi kurang	40	rendah	35	rendah
29	S	17	> 3 bulan	SLTA	gizi cukup	55	rendah	55	rendah
30	AZ	12	> 3 bulan	SD	gizi kurang	57	rendah	42	rendah
31	BY	13	> 3 bulan	SD	gizi cukup	34	rendah	29	rendah

## DATA PENELITIAN

KELUARGA					
Penghasilan	Pengasuhan	Besar keluarga	Riwayat NAPZA	Riwayat Abuse	Riwayat KDRT
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	alkohol	tidak	ya
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	ya
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua tunggal	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua tiri	> 4 anak	alkohol	tidak	ya
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	alkohol	tidak	ya
di atas garis kemiskinan	orangtua pengganti	≤4 anak	tidak	tidak	ya
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua tunggal	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua tunggal	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua pengganti	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua pengganti	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua pengganti	≤4 anak	alkohol	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua pengganti	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua tiri	≤4 anak	tidak	tidak	ya
di atas garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	≤4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak
di bawah garis kemiskinan	orangtua kandung	> 4 anak	tidak	tidak	tidak



## DATA PENELITIAN

PELAKU					PERISTIWA				
Hubungan pelaku	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Riwayat NAPZA	Waktu Kejadian	Tempat	Jumlah Pelaku	Frekuensi	Waktu Laporan
Kenalan	25-29	Tinggi	Mahasiswa	Tidak	18.01-24.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Tetangga	25-29	Rendah	Penjual besi bekas	Tidak	12.01-18.00	Rumah Tetangga	1	1 kali	< 24 jam
Teman	20-24	Menengah	Tak bekerja	Campuran	00.01-06.00	Kebun	2	1 kali	< 24 jam
Tetangga	15-19	Rendah	Pelajar	Tidak	06.01-12.00	Rumah Korban	1	1 kali	> 72 jam
Kenalan	40-44	Rendah	Dukun	Tidak	06.01-12.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Tetangga	20-24	Menengah	Tak bekerja	Tidak	06.01-12.00	Rumah Korban	1	> 1 kali	24-72 jam
Kenalan	50-54	Menengah	Pedagang	Tidak	18.01-24.00	Rumah Pelaku	1	> 1 kali	> 72 jam
Pacar	20-24	Menengah	Pegawai	Campuran	06.01-12.00	Rumah Korban	1	> 1 kali	> 72 jam
Ayah kandung	35-39	Menengah	Tak bekerja	Alkohol	06.01-12.00	Rumah Korban	1	> 1 kali	> 72 jam
Teman	20-24	Menengah	Tak bekerja	Campuran	18.01-24.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Teman	20-24	Rendah	Tak bekerja	Tidak	18.01-24.00	Lapangan	1	1 kali	24-72 jam
Pacar	20-24	Rendah	Tukang parkir	Tidak	06.01-12.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Pacar	25-29	Rendah	Penjaga toko	Campuran	06.01-12.00	Rumah Pelaku	1	> 1 kali	24-72 jam
Pacar	20-24	Rendah	Buruh	Tidak	18.01-24.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Tetangga	20-24	Rendah	Tukang ojek	Campuran	18.01-24.00	Kuburan	1	1 kali	> 72 jam
Teman	15-19	Menengah	Pelajar	Tidak	12.01-18.00	Rumah Teman	1	1 kali	< 24 jam
Tak dikenal	40-44	Rendah	Tak bekerja	Tidak	06.01-12.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Kenalan	50-54	Rendah	Dukun	Tidak	06.01-12.00	Rumah Pelaku	1	> 1 kali	> 72 jam
Ayah kandung	45-49	Rendah	Supir	Alkohol	06.01-12.00	Rumah Pelaku	1	> 1 kali	> 72 jam
Teman	15-19	Menengah	Pelajar	Campuran	00.01-06.00	Lapangan	2	1 kali	< 24 jam
Teman	15-19	Menengah	Pelajar	Obat-obatan	12.01-18.00	Rumah Korban	2	1 kali	24-72 jam
Tetangga	35-39	Rendah	Pedagang	Campuran	18.01-24.00	Lapangan	1	1 kali	> 72 jam
Pacar	15-19	Rendah	Tak bekerja	Campuran	12.01-18.00	Kebun, bilyard	1	> 1 kali	> 72 jam
Tak dikenal	25-29	Rendah	Tak bekerja	Campuran	18.01-24.00	Lapangan	2	1 kali	> 72 jam
Teman	15-19	Menengah	Tak bekerja	Tidak	18.01-24.00	Rumah Teman	1	> 1 kali	> 72 jam
Saudara	40-44	Rendah	Tak bekerja	Tidak	00.01-06.00	Rumah Korban	1	1 kali	< 24 jam
Teman	25-29	Rendah	Buruh	Campuran	00.01-06.00	Ancol	3	1 kali	< 24 jam
Saudara	50-54	Rendah	Pedagang	Tidak	12.01-18.00	Rumah Pelaku	1	1 kali	> 72 jam
Kenalan	20-24	Rendah	Kenek	Campuran	18.01-24.00	Dekat Jalan Tol	1	1 kali	> 72 jam
Kenalan	40-44	Rendah	Tukang listrik	Tidak	12.01-18.00	Rumah Korban	1	> 1 kali	> 72 jam
Tetangga	50-54	Rendah	Tak bekerja	Tidak	18.01-24.00	Taman	1	1 kali	> 72 jam



## DATA PENELITIAN

PEMERIKSAAN FISIS DAN PSIKOLOGIS		
Kelainan non-genital pada visum	Kelainan genitalia pada visum	RPM
tak ada kelainan	robekan lama jam 3 sampai dasar	di atas rata-rata
memar di leher	selaput dara utuh	di bawah rata-rata
memar di mata, lecet di leher	memar di vagina-anus, selaput dara utuh	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama jam 3 sampai dasar	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	selaput dara utuh	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	selaput dara utuh	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama jam 2, 7-9 dan baru jam 3	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama jam 2,3, 9	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan jam 1,5, 8 dengan hematom	di bawah rata-rata
memar di payudara, punggung, pinggang kanan, kiri	robekan baru jam 1,6	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	selaput dara utuh	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	luka robek pd forniks posterior dan robekan baru jam 5, 7	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama jam 3,7, 9	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan baru jam 4, 8, 11	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	selaput dara utuh	di atas rata-rata
tak ada kelainan	robekan baru jam 5	di bawah rata-rata
luka lecet pada payudara, memar pada paha kiri	robekan lama jam 8, luka lecet pd forniks posterior	di atas rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama jam 8	di atas rata-rata
lecet pada saluran kemih	memar pada tepi selaput dara, selaput dara utuh	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	robekan baru jam 3,5 luka lecet pada forniks	di atas rata-rata
tak ada kelainan	luka robek pd forniks posterior, robekan lama	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	luka lecet pd bibir kecil, robekan lama jam 3,5,6	di bawah rata-rata
bengkak memar di kepala	lecet pd bibir kecil arah jam 7, selaput dara utuh	di bawah rata-rata
luka lecet pada leher kiri, memar payudara kiri	luka lecet bibir kecil, bag belakang, robekan lama	di atas rata-rata
tak ada kelainan	luka lecet, selaput dara utuh	di bawah rata-rata
memar pada paha	lecet&robek pd ilang bwh, robekan jam 5	di bawah rata-rata
tak ada kelainan	selaput dara utuh	di atas rata-rata
tak ada kelainan	robekan jam 1,3,5,7,11	di atas rata-rata
tak ada kelainan	robekan lama jam 7	di atas rata-rata
tak ada kelainan	robekan jam 7,9	di bawah rata-rata

## DATA PENELITIAN

Menarik diri	Keluhan somatik	Cemas/depresi	Masalah sosial	Masalah pikiran	Masalah perhatian	Delikuen	Agresivitas	Internalizing	Externalizing
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	6-7, borderline	<16, normal	<14, normal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	>7, abnormal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	9-11, borderline	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	14-17, borderline	>15, abnormal
>9,abnormal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	>4, abnormal	9-11, borderline	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	6-7, borderline	<16, normal	<14, normal	>15, abnormal
<8, normal	6-7, borderline	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	6-7, borderline	16-20, borderline	14-17, borderline	>15, abnormal
8-9, borderline	<6, normal	<12, normal	<7, normal	>4, abnormal	9-11, borderline	6-7, borderline	16-20, borderline	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	6-7, borderline	>14, abnormal	<7, normal	<3, normal	9-11, borderline	<6, normal	16-20, borderline	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	6-7, borderline	>14, abnormal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	6-7, borderline	16-20, borderline	>17, abnormal	>15, abnormal
8-9, borderline	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	9-11, borderline	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	<14, normal	<12, normal
>9,abnormal	>7, abnormal	>14, abnormal	7-8, borderline	>4, abnormal	>11, abnormal	6-7, borderline	16-20, borderline	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	3-4, borderline	<9, normal	<6, normal	<16, normal	14-17, borderline	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	<14, normal	<12, normal
8-9, borderline	6-7, borderline	>14, abnormal	<7, normal	<3, normal	>11, abnormal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	12-15, borderline
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	<14, normal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	<14, normal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	>8, abnormal	3-4, borderline	9-11, borderline	<6, normal	<16, normal	<14, normal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	3-4, borderline	>11, abnormal	<6, normal	16-20, borderline	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	9-11, borderline	6-7, borderline	<16, normal	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	6-7, borderline	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	<14, normal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	12-15, borderline
<8, normal	6-7, borderline	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
<8, normal	<6, normal	12-14, borderline	<7, normal	<3, normal	<9, normal	<6, normal	<16, normal	>17, abnormal	<12, normal
>9,abnormal	6-7, borderline	>14, abnormal	<7, normal	>4, abnormal	>11, abnormal	<6, normal	16-20, borderline	>17, abnormal	>15, abnormal
<8, normal	<6, normal	<12, normal	<7, normal	<3, normal	9-11, borderline	>7, abnormal	<16, normal	<14, normal	>15, abnormal