



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN GANGGUAN JIWA PADA ANAK DENGAN KEKERASAN
YANG BERKUNJUNG KE PUSAT KRISIS TERPADU RSUPN CIPTO
MANGUNKUSUMO**

TESIS

dr. Frilya Rachma Putri

NIM: 0706311485

**PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS
BIDANG STUDI ILMU KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA
RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO
JAKARTA
2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : dr.Frilya Rachma Putri

NPM : 0706311485

Tanda Tangan 

Tanggal : 14 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : dr.Frilya Rachma Putri
NPM : 0706311485
Program Studi : Ilmu Kedokteran Jiwa
Judul Tesis : Gambaran Gangguan Jiwa Pada Anak Dengan Kekerasan yang Berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Spesialis Kedokteran Jiwa pada Program Studi Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr.Noorhana,Sp.KJ(K) (.....)
Pembimbing : dr.Irmia Kusumadewi, Sp.KJ(K) (.....)
Penguji : Dr.dr.Tjhin Wiguna,Sp.KJ(K) (.....)
Penguji : .dr.Suryo Dharmono,Sp.KJ(K) (.....)
Penguji : dr.Gitayanti H,Sp.KJ(K) (.....)

Ditetapkan di : Jakarta

Tanggal : 14 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah saya panjatkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penelitian ini dapat saya selesaikan. Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan dokter ahli kedokteran jiwa pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dengan tujuan mendapatkan pengalaman dan wawasan tentang penelitian di bidang kedokteran jiwa.

Penelitian ini dapat diselesaikan dengan adanya dukungan dan bantuan banyak pihak. Untuk itu, saya menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dr. Heriani, SpKJ(K) selaku Ketua Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Terima kasih yang sebesar-besarnya juga saya haturkan kepada Dr.dr. R. Irawati Ismail, SpKJ(K), M.Epid selaku koordinator penelitian Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan kesempatan untuk melakukan penelitian ini.

Saya juga mengucapkan terima kasih kepada dr. A.A.A. Agung Kusumawardhani, SpKJ (K) selaku Ketua Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan dr. Tjhin Wiguna, SpKJ(K) selaku sekretaris Program Studi Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang telah memberikan banyak bimbingan, masukan, serta kritikan selama masa pendidikan saya di Departemen Psikiatri FKUI.

Kepada Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta yang telah memberikan ijin dan tempat bagi saya untuk melakukan penelitian di tempat tersebut, saya menghaturkan terima kasih. Terima kasih kepada Noorhana, SpKJ(K) yang telah bersedia menjadi pembimbing penelitian ini dan menjadi guru untuk diskusi bersama. Terima kasih untuk dr Irmia Kusumadewi, SpKJ (K) sebagai pembimbing penelitian sekaligus pembimbing akademis saya selama saya menjalani program pendidikan dokter spesialis di FKUI-RSCM. Terima kasih pula saya ucapkan kepada tiga penguji saya yaitu DR. dr Tjhin Wiguna, SpKJ (K), dr Suryo Dharmono, SpKJ (K) dan dr Gitayanti H, SpKJ (K) atas masukan berharga bagi perbaikan hasil penelitian ini.

Penghargaan dan terima kasih saya sampaikan kepada dr Fransiska Kaligis, SpKJ yang telah memperkenalkan dan mengajak saya bergabung bersama

ke PKT RSUPN Cito Mangunkusumo. Terima kasih kepada dr Mutia Prayanti SpOG atas kesempatan yang diberikan kepada saya hingga dapat beragabung di PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo. Saya begitu bersyukur dapat memenuhi janji saya untuk membuat suatu penelitian tentang Psikiatri dan PKT. Terima kasih pula kepada rekan-rekan selama saya bekerja di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo yang turut serta membantu dalam proses pengerjaan penelitian khususnya kepada Nola, Harni, Putu, Mbak Icha, Mbak Sari, Mbak Fitri, Mbak Diana, Kak Herlina. Terima kasih juga kepada dr Natalia Widiasih, SpKJ atas dukungannya terhadap proses pengerjaan penelitian ini. Terima kasih juga kepada semua guru dan teman sejawat, tenaga paramedis, tenaga non-medis, serta semua pasien di Departemen Psikiatri FKUI/RSCM yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Tak lupa saya ucapkan terima kasih untuk mbak Yuyun yang berjasa dalam pengurusan surat-surat terkait dengan penelitian ini.

Kepada suami saya tercinta, dr Yudi Siswanto dan anak saya tersayang, Gemaliel Sharmanedgar Yudi. Kehadiran kalian merupakan anugerah dan penyemangat bagi saya dalam menyelesaikan pendidikan ini.

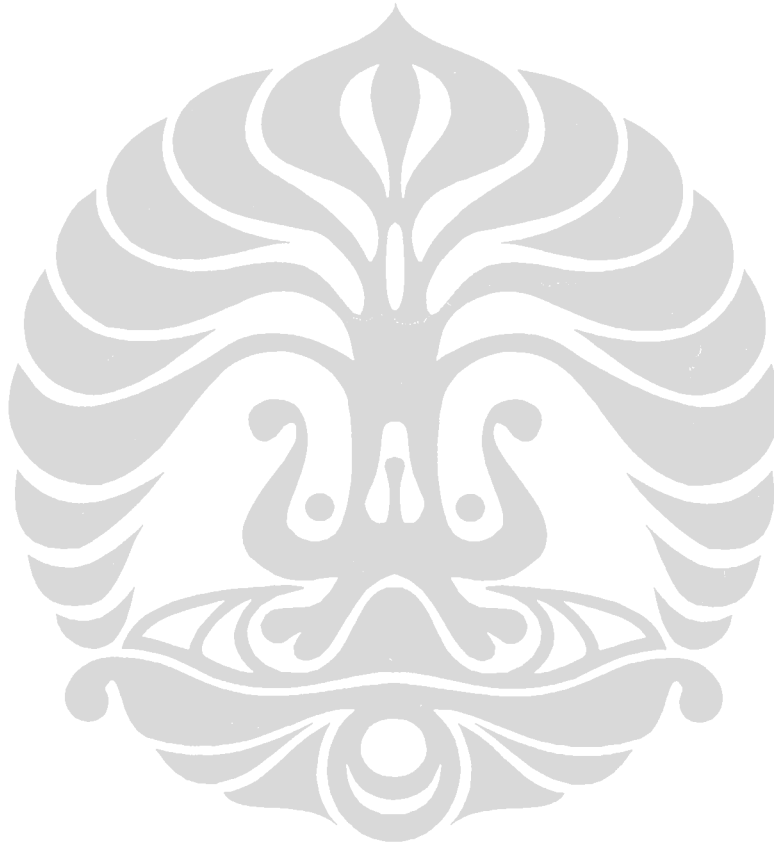
Terima kasih yang tidak terhingga dan rasa sayang saya haturkan kepada Ayahanda dr. R. April Mustika Rachmad, SpA dan Ibunda Alifah Ernawati, SH, yang telah membesarkan, mendidik, membimbing, dan selalu mendoakan saya sehingga saya didukung untuk menjalani program pendidikan dokter spesialis dan pada akhirnya dapat menyelesaikan pendidikan dan penelitian ini. Terima kasih yang tidak terhingga juga saya haturkan kepada mertua Bapak Mulyasin dan Ibu Dariyati, yang selalu membantu dan memperhatikan anak dan menantunya selama menjalani pendidikan. Terima kasih untuk adik ipar saya, Andi Dwi Prasetyo yang juga selalu membantu semua usaha saya.

Terima kasih juga untuk dr. Wisnu Wahyuni, SpKJ(K), dr. Roekani, SpKJ (K), dr Sri Fuad, SpKJ (K) dan dr Happy, SpKJ (K), yang selalu mendukung dan membimbing saya untuk menjadi psikiater. Terima kasih juga untuk teman-teman seangkatan, dr Imelda Wijaya, SpKJ, dr. Natalia Dewi, SpKJ, dr Yenny Yan Saputra, SpKJ, dr Monika Joy Reverger, dr. Fransiska Irma, dr. Rudy Wijono, dr. Dian Vietara, dr. Arma Diani, keberadaan dan semangat kebersamaan dari kalian menjadi motivasi bagi saya dalam melakukan penelitian dan menyelesaikan

Saya menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Karena itu, saya sangat menghargai setiap kritik dan saran atas penelitian ini. Akhir kata, saya berharap penelitian ini dapat bermanfaat untuk anak dengan kekerasan di Indonesia. Pada kesempatan ini pula saya mohon maaf atas segala kesalahan dan kekhilafan yang mungkin terjadi selama saya menjalani pendidikan ini. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada saya sampai saat selesainya pendidikan ini dan semoga saya dapat mengamalkan ilmu yang telah saya peroleh sebaik-baiknya.

Jakarta, Juli 2012

Frilya
Rachma Putri



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI

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

Nama : Frilya Rachma Putri

NPM : 0706311485

Program Studi : Kedokteran

Departemen : Ilmu Kedokteran Jiwa

Fakultas : Kedokteran

Jenis karya : Tesis

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

Gambaran Gangguan Jiwa Pada Anak Dengan Kekerasan yang Berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 24 Juni 2012

Yang menyatakan



(Frilya Rachma Putri)

ABSTRAK

Pendahuluan

Didapatkan peningkatan kasus kekerasan pada anak. Pemahaman tentang efek kekerasan pada perkembangan anak masih sangat terbatas. Sebagian disebabkan karena terbatasnya penelitian dalam bidang ini. Penelitian sebelumnya hanya berdasarkan pada studi-studi deskriptif yang berbasis klinis dan juga survey retrospektif dari orang dewasa yang mempunyai riwayat kekerasan ketika masa kanak. Maka penelitian pada anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo ini perlu untuk dilakukan.

Tujuan

Mengetahui gambaran dan proporsi gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.

Metode

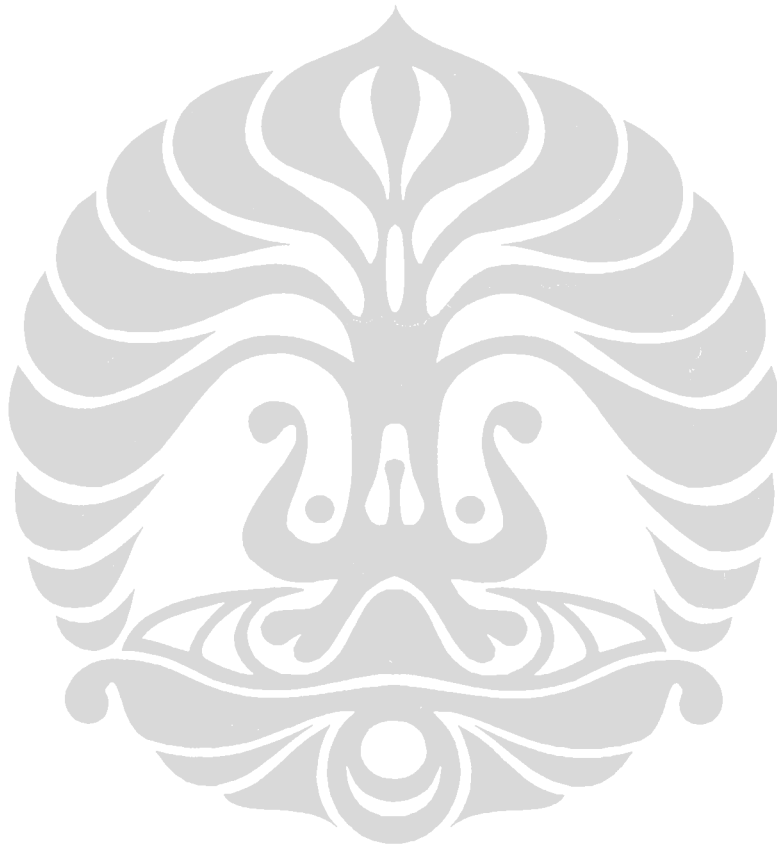
Penelitian ini merupakan studi *cross sectional*. Pengambilan sampel ditetapkan secara *consecutive sampling*. Subyek adalah anak berusia 6-18 tahun yang mengalami kekerasan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo sebanyak 185. Penegakkan diagnosis gangguan jiwa dengan wawancara menggunakan instrumen MINI KIDS (*Mini Internationale Neuropsychiatry Interview*) ICD-10. Data demografi diperoleh dari wawancara dan data kekerasan diperoleh dari data sekunder.

Hasil

Jenis kekerasan terbanyak yang dialami oleh anak adalah kasus kekerasan seksual sebesar 78,46%. Ditemukan 3 gangguan jiwa terbanyak pada subyek penelitian sebanyak 185 responden berupa Gangguan Penyesuaian sebesar 41,84%, Gangguan Stress Pasca Trauma sebesar 17,35% dan Episode Depresi Berat sebesar 15,31%.

Kesimpulan

Pada penelitian ini menunjukkan 42,16 % anak-anak dengan kekerasan mengalami gangguan jiwa. Dengan demikian, data-data yang diperoleh pada penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar untuk menyusun, mengimplementasikan dan mengevaluasi intervensi lanjut guna menurunkan atau mencegah terjadinya gangguan jiwa pada anak.



ABSTRACT

Background

Increase in child abuse is accompanied by increasing concerns in its effect on child's development. Although concerns keep arising, understanding on effect on child abuse to child's development is limited. It is partly due to limited studies in this field. Up to now, understanding on child abuse on child's development has been based on descriptive clinical studies and retrospective studies on adults with history of child abuse. Therefore, there is a need to do this research on child abuse in RSUPN Cipto Mangunkusumo.

Aim

To describe mental disorder and proportion in children with history of abuse at Pusat Krisis Terpadu (One Stop Crisis Center) RSCM.

Method

This is a cross sectional study using consecutive sampling. Subject population is 185 children aged 6-18 years old who suffered from abuse at Pusat Krisis Terpadu (One Stop Crisis Center) RSCM. Diagnosis of mental disorder is made using MINI KIDS (Mini International Neuropsychiatry Interview) ICD-10. Demografi data collected by interview and violence data collected by secondary data.

Result

Type of child abuse suffered were mainly sexual abuse (78.46%). Three most common mental disorder suffered by the subject population were adjustment disorder (41.84%), Post Trauma Stress Disorder (17.35%) and Severe Depression (15.31%).

Conclusion

The study shows that 42.16% children with history of abuse suffered from mental disorder. It is expected that further intervention to minimize or avoid mental disorder in children should be set up, implemented and evaluated.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMISI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACK	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.4. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN	
2.1 Kekerasan pada Anak	6
2.1.1. Bentuk Kekerasan pada Anak	6
2.1.2 Jenis Kekerasan Anak	7
2.1.3 Tanda-tanda Pengenalan Korban Kekerasan pada Anak	9
2.1.3.1. Tanda- tanda kemungkinan terjadinya kekerasan seksual dikenali dengan tanda-tanda sebagai berikut	9
2.1.3.2. Tanda-tanda kemungkinan terjadinya kekerasan fisik:.....	9
2.1.3.2. Tanda-tanda kemungkinan terjadinya kekerasan psikis:	11
2.1.3.3. Tanda-tanda kemungkinan terjadinya penelantaran fisik:.....	12
2.2 Tahap Perkembangan Anak	12
2.2.1. Tahap perkembangan anak berdasarkan Teori Psikososial Erik Erikson:	14

2.3	Faktor-faktor Terkait dengan Timbulnya Gangguan Jiwa pada Anak yang Mengalami Kekerasan Seksual di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.....	14
2.4	Gangguan Jiwa pada Anak yang Mengalami Kekerasan.....	18
2.5	Pusat Krisis Terpadu RSUPNCM	20
2.5.1.	Sejarah Pendirian PKT RSUPN RSCM.....	20
2.5.2.	Fungsi Institusi.....	21
2.6	Kerangka Teori.....	22
2.7	Kerangka Konsep.....	23

BAB III METODE PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian.....	24
3.2	Tempat Dan Waktu Penelitian	24
3.3	Populasi Dan Sampel Penelitian	24
3.4	Kriteria inklusi dan kriteria eksklusi	24
3.4.1.	Kriteria Inklusi	24
3.4.2.	Kriteria Eksklusi	25
3.5	Estimasi besar sampel	25
3.6	Definisi operasional	26
3.7	Pengumpulan data dan sampel	33
3.8	Tahap pelaksanaan	35
3.9	Rencana tata laksana data.....	36
3.10	Kajian etika	36
3.11	Kerangka kerja	37

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1	Karakteristik Subjek Penelitian.....	39
4.2	Karakteristik Subyek Penelitian Yang Mengalami Gangguan Jiwa.....	44

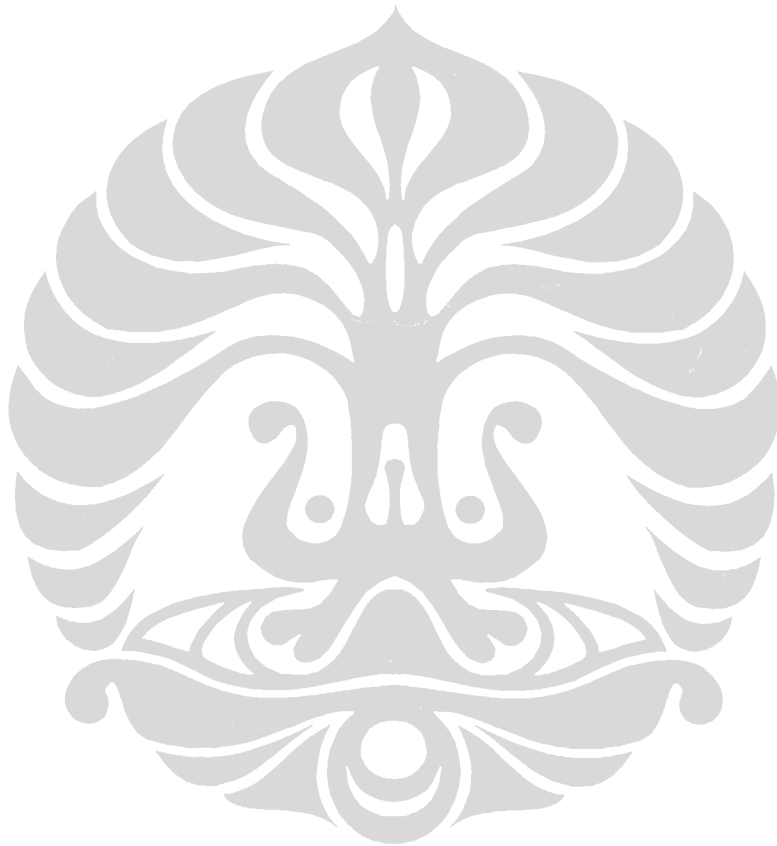
BAB V PEMBAHASAN

5.1.	Karakteristik Subyek Penelitian.....	47
5.2.	Gambaran Subyek Penelitian yang Mengalami Gangguan Jiwa.....	50
5.3.	Keterbatasan Penelitian	57

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan 58
6.2. Saran 58

DAFTAR PUSTAKA 59



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi demografi subjek	39
Tabel 2. Distribusi jumlah kekerasan pada anak	40
Tabel 3. Distribusi bentuk kekerasan pada anak	40
Tabel 4. Distribusi usia pertama kali mengalami kekerasan pada anak	40
Tabel 5. Distribusi frekuensi kekerasan pada anak	41
Tabel 6. Distribusi hubungan pendamping dengan subyek saat datang ke PKT	41
Tabel 7. Distribusi pelaku kekerasan pada anak	42
Tabel 8. Distribusi kemampuan sosial	42
Tabel 9. Distribusi kemampuan akademis	42
Tabel 10. Distribusi riwayat anak berobat ke Poli Jiwa atau Psikiatri	43
Tabel 11. Distribusi sistem dukungan keluarga	43
Tabel 12. Distribusi karakteristik riwayat keluarga berobat ke Poli Jiwa atau Psikiatri	44
Tabel 13. Distribusi gangguan jiwa pada anak yang mengalami kekerasan	44
Tabel 14. Distribusi jumlah diagnosis MINI KID pada anak	44
Tabel 15. Distribusi keseluruhan diagnosis berdasarkan MINI KID pada subyek yang mengalami gangguan jiwa	45
Tabel 16. Distribusi pelaku kekerasan pada subyek dengan ketiga jenis gangguan jiwa terbanyak	46

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Tindakan kekerasan terhadap anak merupakan salah satu bentuk pelanggaran hak asasi manusia. Anak-anak yang seharusnya mendapat perlindungan dan diberikan hak-haknya sebagai anak, malah seringkali mendapatkan perlakuan yang sewenang-wenang seperti penyiksaan, penelantaran, pelecehan seksual dan perkosaan sehingga mengakibatkan dampak fisik maupun mental yang berkepanjangan¹.

Meskipun banyak upaya telah dilakukan oleh pemerintah, antara lain penyusunan Rencana Aksi Nasional Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan (RAN-PKTP), pembangunan pusat-pusat krisis terpadu di rumah sakit, pembangunan ruang pelayanan khusus (RPK) di Polda, Polres dan di Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan (P2TP2) di daerah, serta penyebaran informasi dan kampanye anti kekerasan terhadap perempuan dan anak, semua upaya tersebut belum cukup untuk menekan tingginya tindak kekerasan dan eksploitasi terhadap perempuan dan anak yang tidak dilaporkan, dengan anggapan bahwa masalah tersebut adalah masalah domestik keluarga yang tidak perlu diketahui oleh orang lain.

Hasil Survey Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak tahun 2006 yang diselenggarakan oleh BPS dan KPP menghitung prevalensi kekerasan terhadap anak sebesar 3,02%, yang berarti setiap 10.000 anak Indonesia sekitar 302 anak pernah mengalami kekerasan.

Berdasarkan data Pusat Krisis Terpadu (PKT) RSUPN Cipto Mangunkusumo yang didirikan pada tahun 2000 menunjukkan bahwa jumlah kasus kekerasan terus meningkat dari 226 kasus pada tahun 2000 menjadi 655 kasus pada tahun 2003. Dari sejumlah kasus tersebut hampir 50% adalah korban kekerasan seksual, sekitar 47% korban adalah anak-anak (dibawah usia 18 tahun), dan sekitar 74% korban berpendidikan SD hingga SLTA. Berdasarkan data-data tersebut diatas, jumlah kasus yang menempati urutan tertinggi di antara jenis kasus kekerasan anak lainnya adalah kasus-

kasus kekerasan seksual. Berdasarkan data diatas, diketahui pula jumlah kasus kekerasan seksual yaitu perkosaan terhadap anak perempuan (rape to girls) menempati urutan tertinggi di antara jenis kasus kekerasan lainnya².

Peningkatan kasus kekerasan pada anak juga disertai dengan peningkatan kekhawatiran tentang efeknya terhadap perkembangan anak. Meskipun banyak pihak yang mengkhawatirkan hal tersebut, pemahaman tentang efek kekerasan pada perkembangan anak masih sangat terbatas. Sebagian disebabkan karena terbatasnya penelitian dalam bidang ini. Hingga saat ini, pemahaman tentang hal tersebut hanya berdasarkan pada studi-studi deskriptif yang berbasis klinis dan juga survey retrospektif dari orang dewasa yang mempunyai riwayat kekerasan ketika masa kanak³.

Gambaran klinis yang terbatas, wawancara retrospektif pada pasien psikiatri dewasa, definisi yang tidak tetap, dan survey yang terbatas karena tingginya penolakan dan juga pelaporan diri dari kejadian masa lalu menghasilkan gambaran yang membingungkan tentang bagaimana kekerasan dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan anak. Selain itu permasalahan studi mengenai hasil kekerasan pada anak, terdapat pada tingkat kepercayaan dari laporan orang tua yang sering berbeda dengan yang disampaikan oleh anak-anak dengan kekerasan. Seringkali studi-studi juga tidak konsisten dalam mencari hubungan antara karakter kekerasan tertentu dan dampak yang mungkin diakibatkan. Sebagian besar studi melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara riwayat kekerasan pada anak-anak dan dampak psikis yang merusak pada anak-anak dan orang dewasa.

Berdasarkan penelitian kohort yang dilakukan Victorian Institute of Forensic Medicine pada kurun waktu sepuluh tahun, diperoleh sebesar 12,4% kasus kekerasan seksual anak memperoleh pelayanan kesehatan jiwa⁴.

Anak-anak yang mengalami kekerasan atau kejahatan (yang menyebabkan gangguan fisik dan atau mental) diprediksikan sebesar 10-12% per tahun dari jumlah anak di Indonesia².

Beberapa saat ini para korban kekerasan terhadap anak di RS mulai dilakukan secara terpadu namun masih bersifat seperti layanan pasien pada

umum lainnya. Pemahaman dan kepekaan petugas sangatlah diperlukan untuk dapat mengidentifikasi kasus-kasus seperti ini. Mengingat hal-hal tersebut diatas, maka diperlukan upaya peningkatan pelayanan korban kekerasan pada anak di Rumah Sakit. Selain itu, penting pula untuk mempelajari faktor-faktor terkait yang berpengaruh terhadap timbulnya gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan.

Dengan demikian data-data tersebut diharapkan dapat digunakan sebagai dasar untuk menyusun, mengimplementasikan dan mengevaluasi intervensi lanjut guna menurunkan atau mencegah terjadinya gangguan jiwa pada anak.

1.2. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan pada gambaran kondisi anak dengan kekerasan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo diatas timbul pertanyaan:

1. Bagaimana gambaran gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo?
2. Seberapa besar proporsi gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

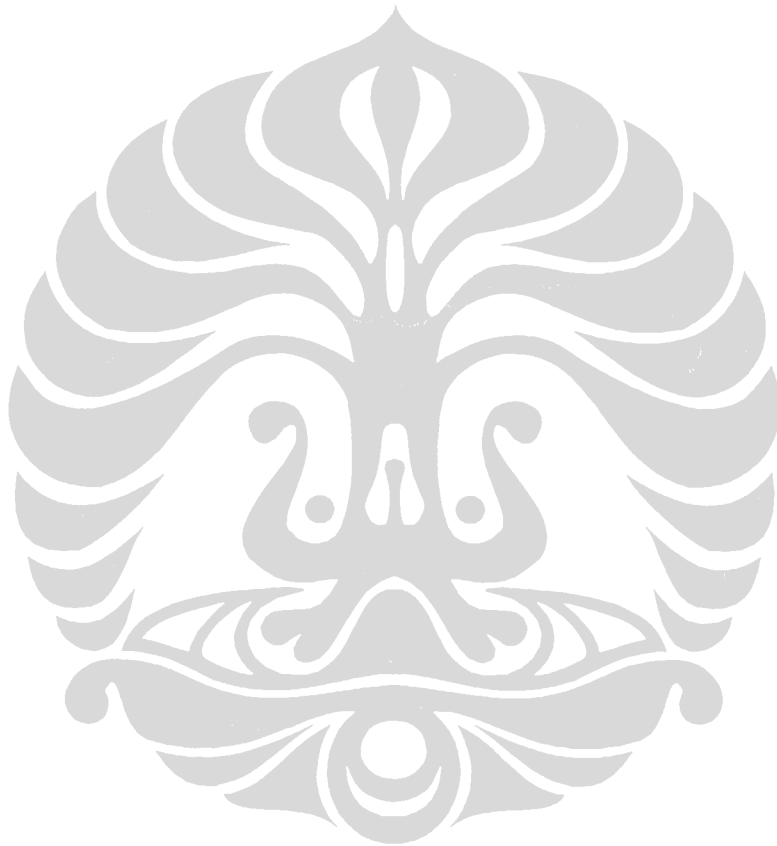
1. Mengetahui gambaran gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.
2. Mengetahui besarnya proporsi gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.

1.4. MANFAAT PENELITIAN

1. Subyek penelitian
 - a. Subyek penelitian dapat menerima intervensi yang sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat mencapai *recovery* seoptimal mungkin.

- b. Orang tua atau *caregiver* dapat mengetahui faktor-faktor yang terkait dengan terjadinya gangguan jiwa dari subyek penelitian.
 - c. Orang tua atau *caregiver* dapat melakukan upaya pencegahan terjadinya gangguan jiwa yang lebih berat apabila diketahui terjadi pada subyek penelitian.
2. Di bidang pengabdian masyarakat
Untuk menunjang penyusunan kebijakan pemerintah yang lebih baik, penelitian ini diharapkan mampu:
 - a. Memberikan gambaran yang nyata tentang gangguan jiwa pada anak yang mengalami kekerasan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.
 - b. Memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang terkait dengan gangguan jiwa pada anak yang mengalami kekerasan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.
 - c. Meningkatkan perhatian pemerintah dan pemangku kepentingan di bidang kesehatan jiwa pada anak yang mengalami kekerasan.
 - d. Menjadi *database* untuk Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo setempat.
3. Di bidang Penelitian
Diharapkan penelitian dapat menjadi batu loncatan dan pengembangan penelitian-penelitian klinis maupun sosial di bidang kedokteran jiwa khususnya pada Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo
4. Di bidang Pendidikan
Penelitian ini diharapkan mampu untuk:
 - a. Menjadi sarana pembelajaran pengembangan kapasitas penelitian di bidang Psikiatri Anak.
 - b. Menjadi sarana pembelajaran pengembangan kapasitas penelitian di bidang Psikiatri Komunitas.

- c. Mendukung rencana pengembangan Universitas sebagai pusat riset kesehatan jiwa untuk anak yang mengalami kekerasan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo



BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Kekerasan pada Anak

Kekerasan pada anak adalah perlakuan dari orang dewasa atau anak yang usianya lebih tua dengan menggunakan kekerasan atau otoritasnya, terhadap anak yang tidak berdaya yang seharusnya berada dibawah tanggung jawab orang tua dan/atau pengasuhnya, yang dapat menimbulkan penderitaan, kesengsaraan bahkan cacat ².

2.1.1 Bentuk Kekerasan pada Anak

Kekerasan terhadap anak yang sering ditemukan di Rumah Sakit dapat berupa cedera fisik dan psikis dengan gradasi yang bervariasi mulai dari yang ringan sampai berat.

Bentuk kekerasan pada anak dikategorikan dalam 5 kelompok:

1. Kekerasan seksual

Kekerasan seksual adalah setiap perbuatan yang berupa pemaksaan hubungan seksual, pemaksaan hubungan seksual dengan cara yang tidak wajar dan/atau tidak disukai, pemaksaan hubungan seksual dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu ².

Kekerasan seksual pada anak diartikan sebagai pelibatan anak dalam kegiatan seksual, pada saat ia sendiri tidak sepenuhnya memahami, atau tidak mampu memberi persetujuan ⁵.

Child Sexual Abuse juga seringkali diterjemahkan sebagai segala bentuk kontak seksual yang tidak diinginkan antara anak yang berusia lebih muda dari 15 tahun dengan seseorang berusia 5 tahun lebih tua atau lebih, namun batasan umur yang digunakan sangat bervariasi antara 12 sampai 18 tahun. Selain cumbuan dan hubungan kelamin, beberapa definisi pelecehan seksual juga memasukkan pajanan lain yang berbau seksual dan ancaman seksual (seperti MacMillan et al. dan Drossman et al.); kejadian-kejadian semacam itu dapat terjadi sekali atau beberapa kali ⁴.

2. Kekerasan fisik

Kekerasan fisik adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat ².

Kekerasan fisik juga diartikan sebagai sebuah tindakan kelalaian oleh orang tua atau *caregiver* yang menimbulkan bahaya secara fisik, termasuk kematian pada anak ⁶.

3. Kekerasan psikis

Kekerasan psikis adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan / atau penderitaan psikis berat ².

4. Gabungan 2 atau 3 gejala diatas

5. Penelantaran (pendidikan, gizi, emosional, dan lain-lain)

Penelantaran adalah sebuah kegagalan bertindak dari orang tua atau *caregiver* yang mengakibatkan kelalaian fisik dan psikis ⁶.

Berdasarkan tempat terjadinya:

1. Kekerasan di dalam rumah tangga (domestik);
2. Kekerasan di tempat kerja atau sekolah
3. Kekerasan di daerah konflik atau pengungsian
4. Kekerasan jalanan

2.1.2 Jenis Kekerasan Anak

1. Jenis kekerasan seksual yakni:

A. Kekerasan Seksual Berat, berupa:

- a. Pelecehan seksual dengan kontak fisik, seperti meraba, menyentuh organ seksual, mencium secara paksa, merangkul serta perbuatan lain yang menimbulkan rasa malu/jijik, terteror, terhina dan merasa dikendalikan.
- b. Pemaksaan hubungan seksual tanpa persetujuan anak atau pada saat anak tidak menghendaki,
- c. Pemaksaan hubungan seksual dengan cara tidak disukai, merendahkan dan/atau menyakitkan.

- d. Pemaksaan hubungan seksual dengan orang lain untuk tujuan pelacuran dan/atau tujuan tertentu.
- e. Terjadinya hubungan seksual dimana pelaku memanfaatkan posisi ketergantungan anak yang seharusnya dilindungi.
- f. Tindakan seksual dengan kekerasan fisik dengan atau tanpa bantuan alat yang menimbulkan sakit, luka atau cedera

B. Kekerasan seksual ringan, berupa pelecehan seksual secara verbal seperti komentar verbal, gurauan porno, siulan, ejekan dan julukan secara non verbal, seperti ekspresi wajah, gerakan tubuh ataupun perbuatan lainnya yang meminta perhatian seksual yang tiak dikehendaki korban bersifat melecehkan dan atau menghina anak.

2. Jenis kekerasan fisik yaitu;

- a. Menendang
- b. Menggigit
- c. Menggoncang-goncangkan atau menggoyang-goyangkan
- d. Menikam, menusuk atau membacok
- e. Memukul, meninju, atau menghantam

3. Jenis kekerasan psikis yaitu:

- a. Kekerasan verbal
- b. Pembatasan tidur, makan, atau tempat tinggal
- c. Memaparkan kekerasan domestik pada seorang anak; yang memungkinkan anak untuk terjerat dalam penyalahgunaan zat atau aktivitas kriminal
- d. Menolak memberi perawatan psikologis
- e. Ketidakpedulian yang dapat membahayakan seorang anak.

Bagian penting dari kekerasan psikis atau psikologis adalah kekerasan tersebut bersifat menetap dan terus-menerus.

4. Jenis penelantaran yaitu:

- a. Perawatan kesehatan
- b. Kegagalan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, kasih sayang dan perhatian

- c. Pengawasan yang tidak adekuat atau pengabaian.

2.1.3 Tanda-tanda Pengenalan Korban Kekerasan pada Anak

Kesenjangan antara temuan pada pemeriksaan fisik dengan cerita tentang kejadian yang diungkapkan oleh orang tua, *caregiver* atau pengantar dapat dijadikan indikasi adanya penganiayaan.

Perhatian dan pemeriksaan yang lebih teliti diperlukan bila ditemukan hal-hal dibawah ini, terutama bila ditemukan di bagian-bagian tubuh yang tidak lazim.

2.1.3.1. Tanda- tanda kemungkinan terjadinya kekerasan seksual dikenali dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- Adanya penyakit hubungan seksual (*Sexual Transmitted Diseases*), paling sering infeksi gonokokus.
- Infeksi vagina yang rekuren/ berulang pada anak dibawah usia 12 tahun.
- Rasa nyeri, perdarahan dan atau *discharge* dari vagina.
- Gangguan dalam mengendalikan buang air besar dan atau buang air kecil.
- Kehamilan pada usia remaja.
- Cidera pada buah dada, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin (genital, anus atau pakaian).
- Rasa nyeri bila buang air besar atau buang air kecil.
- Promiskuitas yang terlalu dini (*praecox*).

2.1.3.2 Tanda-tanda kemungkinan terjadinya kekerasan fisik:

- a. Memar
- 1) Pada wajah, bibir/mulut, bagian tubuh lainnya seperti di punggung, bokong, paha, betis dan sebagainya.
 - 2) Terdapat memar yang baru maupun yang sudah mulai menyembuh.
 - 3) Corak-corak memar yang menunjukkan benda tertentu yang dipakai untuk kekerasan.

- b. Luka lecet (abrasi) dan luka robek (laserasi)
 - 1) Di mulut, bibir, mata, kuping, lengan, tangan, genitalia, dan sebagainya.
 - 2) Luka akibat gigitan oleh manusia.
 - 3) Di bagian tubuh lain, terdapat baik luka yang baru ataupun yang berulang.
- c. Patah tulang (fraktur)
 - 1) Setiap patah tulang pada anak di bawah umur tiga tahun (batita)
 - 2) Patah tulang baru dan lama (dalam penyembuhan) yang ditemukan bersamaan.
 - 3) Patah tulang ganda / genitil.
 - 4) Patah tulang spiral pada tulang-tulang panjang lengan dan tungkai.
 - 5) Patah tulang pada kepala, rahang dan hidung serta patahnya gigi.
- d. Luka bakar
 - 1) Bekas sundutan rokok.
 - 2) Luka bakar pada tangan, kaki, atau bokong akibat kontak bagian-bagian tubuh tersebut dengan benda panas.
 - 3) Bentuk luka yang khas sesuai dengan bentuk benda panas yang dipakai untuk menimbulkan luka tersebut.
- e. Cidera pada kepala
 - 1) Perdarahan (hematoma) sub- kutan atau sub-dural, yang dapat dilihat pada foto Rontgen.
 - 2) Bercak atau area kebotakan akibat tertariknya rambut, baik yang baru atau berulang.
- f. Lain-lain
 - 1) Dislokasi atau lepas sendi pada sendi bahu atau pinggul (kemungkinan akibat tarikan)
 - 2) Tanda-tanda luka yang berulang.

2.1.3.3 Tanda-tanda kemungkinan terjadinya kekerasan psikis:

Gejala-gejala fisik dari penganiayaan emosional seringkali tidak sejelas gejala penganiayaan lainnya. Penampilan anak pada umumnya tidak memperlihatkan derajat penderitaan yang dialaminya.

Cara berpakaian, keadaan gizi dan keadaan fisik dapat memadai namun ekspresi wajah, gerak-gerik, bahasa badan, dapat mengungkapkan perasaan sedih, keraguan diri, kebingungan, kecemasan, ketakutan, atau adaya amarah yang terpendam.

Beberapa perubahan perilaku yang dapat terjadi dapat diamati seperti dibawah ini:

- a. Anak mengatakan dirinya sudah dianiaya.
- b. Membalik/menyangkal cerita yang telah diungkapkan sebelumnya.
- c. Ketakutan berlebih terhadap orang tua atau orang dewasa yang lainnya.
- d. Tidak lari ke orang tua untuk minta tolong atau perlindungan.
- e. Memperlihatkan tingkah laku agresif atau penarikan diri yang berlebihan.
- f. Kesulitan atau kemiskinan dalam hubungan dengan teman sebaya.
- g. Terlalu penurut atau pasif.
- h. Agresif seksual terhadap orang lain.
- i. Lari dari rumah atau melakukan kenakalan remaja.
- j. Perilaku mencederai diri.
- k. Sering mau bunuh diri.
- l. Gangguan tidur.
- m. Menghindari kontak mata.
- n. Memperlihatkan perilaku terlalu dewasa atau terlalu kekanak-kanakan.

2.1.3.4. Tanda-tanda kemungkinan terjadinya penelantaran fisik:

- a. Gagal tumbuh fisik ataupun mental
- b. Malnutrisi, tanpa dasar organik yang sesuai
- c. Dehidrasi
- d. Luka atau penyakit yang dibiarkan tidak diobati
- e. Tidak mendapat imunisasi dasar
- f. Kulit kotor tidak terawat, rambut dengan kutu-kutu
- g. Pakaian yang lusuh dan kotor
- h. Keterlambatan perkembangan
- i. Keadaan umum yang lemah, letargik dan lelah

World Medical Association menganjurkan agar para tenaga kesehatan menilai seorang anak dengan melakukan:

- a. Wawancara tentang riwayat cedera/ luka
- b. Pemeriksaan fisik
- c. Pemeriksaan radiologis
- d. Pemeriksaan penapis terhadap gangguan hematologis
- e. Pengambilan foto berwarna
- f. Pemeriksaan fisik atas saudara kandungnya
- g. Membuat laporan medis resmi
- h. Skrining pelaku
- i. Skrining tumbuh kembang anak balita

2.2 Tahap Perkembangan Anak

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.

Pada proses perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, intelektual, dan emosional. Perkembangan secara fisik yang terjadi adalah bertambah sempurnanya fungsi organ mulai dari tingkat sel hingga organ tubuh. Perkembangan intelektual dapat ditunjukkan dari kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung, membaca dan lain-lain. Sedangkan perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial di lingkungan anak.

Pada saat memasuki usia sekolah, anak memiliki karakteristik yang berbeda dengan anak-anak yang usianya lebih muda. Perbedaan ini terlihat dari aspek fisik, mental, intelektual, sosial, dan emosional. Anak mulai menyadari bahwa pengungkapan emosi secara kasar tidaklah diterima di masyarakat. Oleh karena itu, anak mulai belajar untuk mengendalikan dan mengontrol emosinya.

Dalam proses belajar, kemampuan orang tua dan keluarga sangatlah berpengaruh dalam mengendalikan emosi anak. Orang tua dan keluarga sangat berperan dalam menanamkan dasar-dasar pengalaman emosi karena disanalah pengalaman pertama didapatkan oleh anak. Pemahaman emosi pada anak juga dipengaruhi bagaimana orang tua memperlakukan anak. Banyak orangtua menganggap kekerasan pada anak adalah bagian dari mendisiplinkan anak.

Demikian pula pada kasus kekerasan yang dialami oleh anak. Beberapa anak menunjukkan efek distress langsung selama periode kehidupannya setelah mengalami tindak kekerasan, tetapi anak lain mungkin tidak menunjukkan gejala hingga kasusnya terungkap atau sampai ia memasuki tahap perkembangan selanjutnya.

Begitu besar dampak kekerasan pada anak terhadap berbagai aspek kehidupan anak sesuai dengan tahapan tumbuh kembang anak, baik yang berdampak langsung pada kecacatan fisik, depresi akibat tekanan, gangguan sosialisasi sampai pada kondisi terlambatnya pertumbuhan dan perkembangan anak⁷.

2.2.1. Tahap perkembangan anak berdasarkan Teori Psikososial Erik Erikson:

Pada masing-masing tahap psikososial menurut Erik Erikson, ditandai dengan suatu tantangan dan krisis yang jika tidak dapat ditangani maka akan menghambat perkembangan selanjutnya. Erik Erikson menekankan pada masa remaja karena merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa⁸.

2.3 Faktor-faktor Terkait dengan Timbulnya Gangguan Jiwa pada Anak yang Mengalami Kekerasan Seksual di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo

Anak yang mengalami kekerasan mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya gangguan jiwa dan masalah fungsi sosial yang dihasilkan dari perasaan tidak berdaya, rasa bersalah, malu, stigmatisasi dan perasaan rendah diri.

Beberapa peneliti telah mengidentifikasi faktor-faktor risiko dan protektif yang dapat menahan dan memperburuk dampak kekerasan pada anak dan remaja beserta sifat interaktif dari hubungan keseluruhan waktu^{5,8}.

Faktor-faktor risiko yaitu faktor-faktor yang dianggap dapat memicu munculnya gangguan jiwa. Berikut adalah faktor-faktor yang menyebabkan anak yang mengalami kekerasan menjadi kelompok yang rentan mengalami psikopatologi sehingga memunculkan gangguan jiwa:

1. Faktor biologik
 - Kondisi yang berhubungan dengan genetik
 - Keseimbangan neurotransmitter di otak
 - Perkembangan dan fungsi struktur otak, neurologis dan neuropsikologis
2. Faktor fisik
 - Meliputi tenaga dan daya tahan terhadap perubahan secara tiba-tiba

3. Faktor psikologis

- Meliputi kondisi yang berhubungan dengan perkembangan kognitif dan emosi
- Pengharapan tiap individu dalam suatu hubungan
- Ketidaksiapan mental dengan perubahan drastis
- Rasa tidak berdaya dan munculnya trauma
- Kurangnya pengalaman individu karena rendahnya jam terbang dalam berhadapan dengan situasi sulit
- *Coping skill* dan kemampuan bertahan hidup yang rendah.

4. Karakter anak-anak

- Usia anak
- Cacat fisik/mental/sosial atau keterlambatan perkembangan
- Masalah tingkah laku
- Perlindungan diri, kemampuan untuk menolak kekerasan
- Ketakutan terhadap orang tua, *caregiver* atau lingkungan rumah

5. Karakter *caregiver*

- Pengorbanan anak lain
- Kelainan mental, fisik, atau emosi
- Penyalahgunaan zat, masa lalu atau saat ini
- Riwayat kekerasan atau pengabaian pada seorang anak
- Ketrampilan atau pengetahuan menjadi orang tua yang buruk
- Pengharapan yang tidak selayaknya terhadap anak
- Ketidakmampuan membersarkan anak
- Kegagalan mengenali masalah atau menerima tanggung jawab
- Ketidakmauan atau ketidakmampuan untuk melindungi seorang anak
- Tidak bisa bekerja sama dengan agen pelayanan perlindungan anak

6. Hubungan Orang tua/Anak

- Respon yang tidak selayaknya terhadap tingkah laku anak
- Keterikatan yang buruk
- Anak memiliki peran keluarga yang tidak selayaknya

7. Tingkat Keparahan Kekerasan pada Anak

- Tindakan berbahaya yang menciptakan risiko luka

- Luka fisik atau bahaya yang luas
 - Gangguan emosi yang luas
 - Perawatan medis yang tidak cukup dan rutin apabila terjadi luka atau sakit
 - Kegagalan untuk memenuhi kebutuhan dasar
 - Pengawasan yang tidak cukup untuk kebutuhan umur anak
 - Bahaya fisik di rumah
 - Kontak seksual
8. Kekronisan Kekerasan/Pengabaian Anak
- Perlakuan yang salah secara kronis atau berulang
9. Akses Pelaku
- Memiliki akses yang tidak diawasi pada anak (bila terjadi kekerasan)
 - Memiliki tanggung jawab utama untuk perawatan pada anak (bila terjadi pengabaian)
10. Faktor sosial
- Relasi teman sebaya yang buruk
 - Penolakan dari teman
 - Pengaruh teman yang buruk
 - Kelekatan yang negatif
 - Ketrampilan sosialisasi yang buruk.
11. Faktor Ekonomi
- Stres pada *caregiver*
 - *Caregiver* yang menganggur
 - Kurangnya dukungan sosial pada *caregiver*
 - Kurangnya sumber daya ekonomi
 - Lingkungan yang tidak layak untuk pemukiman
 - Nutrisi yang kurang
12. Konteks kultural
- Keberagaman suku, norma dan budaya

Faktor-faktor protektif yaitu faktor-faktor yang dianggap dapat memberikan perlindungan untuk tidak terjadi gangguan jiwa. Faktor-faktor yang dapat menahan dampak kekerasan pada anak tersebut meliputi:

1. Kemampuan beradaptasi terhadap stress

Kemampuan *coping* yang baik akan dapat memperkuat kemampuan pertahanan diri dalam menghadapi kesulitan dan melindungi anak dari kemunculan psikopatologi.

2. Ketrampilan hidup

Kemampuan sosial mengindikasikan bahwa anak memiliki ketrampilan sosial dan kemampuan memproses informasi sosial, interaksi teman sebaya dan guru dan hubungan yang positif.

3. Perilaku prososial

Sejauh mana individu dapat melakukan kegiatan sosial. Diindikasikan dengan paling tidak dalam satu tahun terakhir individu tersebut terlibat dalam sebuah proyek dalam membantu orang lain, mengikuti kegiatan amal maupun meluangkan waktu untuk meringankan penderitaan seseorang yang sedang sakit, miskin, kelaparan, serta tidak mampu melakukan perawatan sendiri. Salah satu penelitian melaporkan bahwa sebesar 56% anak-anak dan remaja yang mengalami kekerasan menunjukkan kemampuan mereka dalam area ini.

4. Citra diri

Sejauh mana seseorang percaya bahwa mereka mampu, bermakna, berhasil dan berharga. Rasa berharga berkaitan dengan rasa identitas yang melekat muncul sebagai sesuatu yang kritis bagi remaja pada masa taransisi. Penelitian menunjukkan bahwa dengan adanya citra diri yang tinggi maka akan membantu remaja dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa. Selain itu citra diri berkaitan dengan kesulitan kesehatan jiwa yang lebih rendah.

5. Perilaku orang tua

Diperlukan perilaku orang tua yang perhatian, bersifat mendukung dan tidak melecehkan. Sehingga anak dan remaja memiliki figur yang dapat menenangkan dan melindungi mereka.

6. Relasi keluarga yang positif

Dukungan nyata dari anggota keluarga berperan besar bagi anak setelah mereka melewati kejadian traumatis.

7. Dukungan sosial

Sejauh mana individu merasa bahwa ketersediaan hubungan sosial terpenuhi bagi mereka. Hubungan sosial diwujudkan dalam bentuk ketersediaan emosi, informasi dan dukungan nyata dari orang lain yang bermakna seperti anggota keluarga dan teman. Dukungan sosial sangat penting untuk memelihara kesehatan fisik dan mental. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial berhubungan negatif terhadap gejala pasca trauma pada anak dengan kekerasan^{3,8,9,10,11,12}.

2.4 Gangguan Jiwa pada Anak yang Mengalami Kekerasan

Efek yang segera terjadi dan berlangsung beberapa waktu setelah terjadi kekerasan adalah serangkaian reaksi fisik dan emosional terhadap kekerasan itu sendiri. Anak biasanya dihinggapi rasa takut yaitu takut akan reaksi keluarga maupun teman-temannya, takut bahwa orang lain tidak akan mempercayai keterangannya, takut diperiksa oleh dokter pria, takut untuk melaporkan kejadian yang menimpa dirinya dan juga takut kalau si pelaku melakukan balas dendam apabila ia melaporkannya. Disamping itu ada reaksi emosional lainnya seperti syok, rasa tidak percaya, marah, malu, menyalahkan dirinya, kacau bingung dan lain-lain. Gangguan emosional ini dapat menyebabkan sulit tidur (*Insomnia*), kehilangan nafsu makan, mimpi buruk, penghayatan berulang akan kejadian buruk tersebut.

Gangguan stress pasca-trauma (*post traumatic stress disorder*), mempunyai kriteria diagnostik (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III, Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 1993)

1. Kejadian timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah peristiwa traumatik
2. Terdapat penghayatan berulang, bayang-bayang atau mimpi, dari kejadian traumatik tersebut secara berulang-ulang (*flash back*).
3. Gangguan otonomik, gangguan efek dan kelainan tingkah laku, seperti:

- a. *Hyperarousal*, dengan gejala: agresi, insomnia, reaksi emosional yang intens seperti depresi (keinginan bunuh diri); yang merupakan indikasi adanya kecenderungan bahaya yang terus menerus.
- b. *Intrusion*, dengan gejala: mimpi buruk dan ingatan-ingatan akan peristiwa-peristiwa buruk tersebut yang amat mencekam dan trauma.
- c. *Numbing* atau mati rasa dengan gejala merasa dirinya tidak diperhatikan dan dikucilkan.

Pada minggu atau bulan berikutnya biasanya anak yang mengalami kekerasan seksual akan dihindangi ketakutan yang cukup berat, yaitu takut kalau dirinya menjadi hamil atau terkena penyakit kelamin, takut menderita HIV/AIDS, takut kepada kekerasan fisik atau kematian, takut kepada orang banyak, takut kalau didekati dari belakang serta takut kepada sesuatu yang sukar diduga.

Anak yang mengalami kekerasan akan menunjukkan perilaku sebagai berikut:

- a. Tidak mampu memusatkan perhatian atau mengalihkan tatapan mata.
- b. Sering salah ucap dalam bicara
- c. Penampilan tidak rapih/tidak terurus
- d. Cemas, sikapnya grogi atau serba canggung
- e. Tegang, tampak serba bingung dan panik, mata melihat kesana kemari
- f. Memperlihatkan kebencian dan kemarahan
- g. Depresif, sedih, putus asa, perasaan menjadi sensitif dan mudah salah sangka, percobaan bunuh diri
- h. Cenderung merasa salah
- i. Mudah curiga kepada orang lain

Dibandingkan dengan korban kekerasan terhadap perempuan, korban kekerasan pada anak lebih sering tidak dilaporkan kepada pihak berwajib, terutama apabila pelaku kekerasan adalah orang tua atau walinya sendiri. Dengan demikian peran penting profesi dalam mengenali korban kekerasan terhadap anak sangat penting¹.

2.5 Pusat Krisis Terpadu RSUPNCM

2.5.1. Sejarah Pendirian PKT RSUPN RSCM

Pusat Krisis Terpadu RSUPNCM (Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Cipto Mangunkusumo) Jakarta yang seterusnya akan disingkat menjadi PKT RSCM, sebuah proyek rintisan pusat krisis yang berbasis rumah sakit, adalah buah kristalisasi gagasan dari diskusi panjang kelompok kerja Komnas Perempuan yang merasakan perlu adanya pusat krisis (*crisis centre*) bagi perempuan korban kekerasan. Gagasan kelompok kerja yang beranggotakan wakil-wakil dari Komnas Perempuan, berbagai LSM yang melakukan advokasi terhadap perempuan korban kekerasan, Lembaga Bantuan Hukum yang bergerak di bidang yang sama, Derap Warapsari, Polwan Polda Metro Jaya serta dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Forensik Klinik RSCM ini termanifestasi dengan disediakannya tempat, perangkat lunak, dan organisasi dari pihak KSMF Kedokteran Forensik Klinik FKUI-RSCM, yang sebelumnya juga telah melakukan pelayanan kedokteran forensik klinik bagi korban kekerasan rumah tangga dan seksual.

Pusat Krisis Terpadu adalah suatu unit layanan dalam rumah sakit yang bersifat multidisipliner (dokter spesialis obstetric dan ginekologi, dokter spesialis anak, dokter spesialis forensik, dokter spesialis psikiatri, pekerja sosial dan psikolog) dan bertujuan untuk merespons kekerasan terhadap perempuan dan anak dengan non diskriminatif, empati dan tidak menambah kesulitan.

Tugas utama PKT-RSCM adalah memberikan pelayanan Multi Disiplin bagi para korban kekerasan baik itu perempuan atau anak yang menderita kekerasan fisik, psikologis maupun seksual. Sasaran layanan masyarakat PKT-RSCM pada dasarnya dikategorikan menjadi:

- Perempuan korban kekerasan seksual
- Perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan berbasis gender lainnya

- Anak-anak korban kekerasan fisik dan seksual

Layanan yang diberikan bersifat pendekatan secara menyeluruh, meliputi layanan medis, mediko-legal, psikososial dan layanan psikologis. Terdapat juga akses untuk memperoleh layanan bantuan hukum, layanan pendampingan dan rumah aman ^{1,2}.

2.5.2. Fungsi Institusi

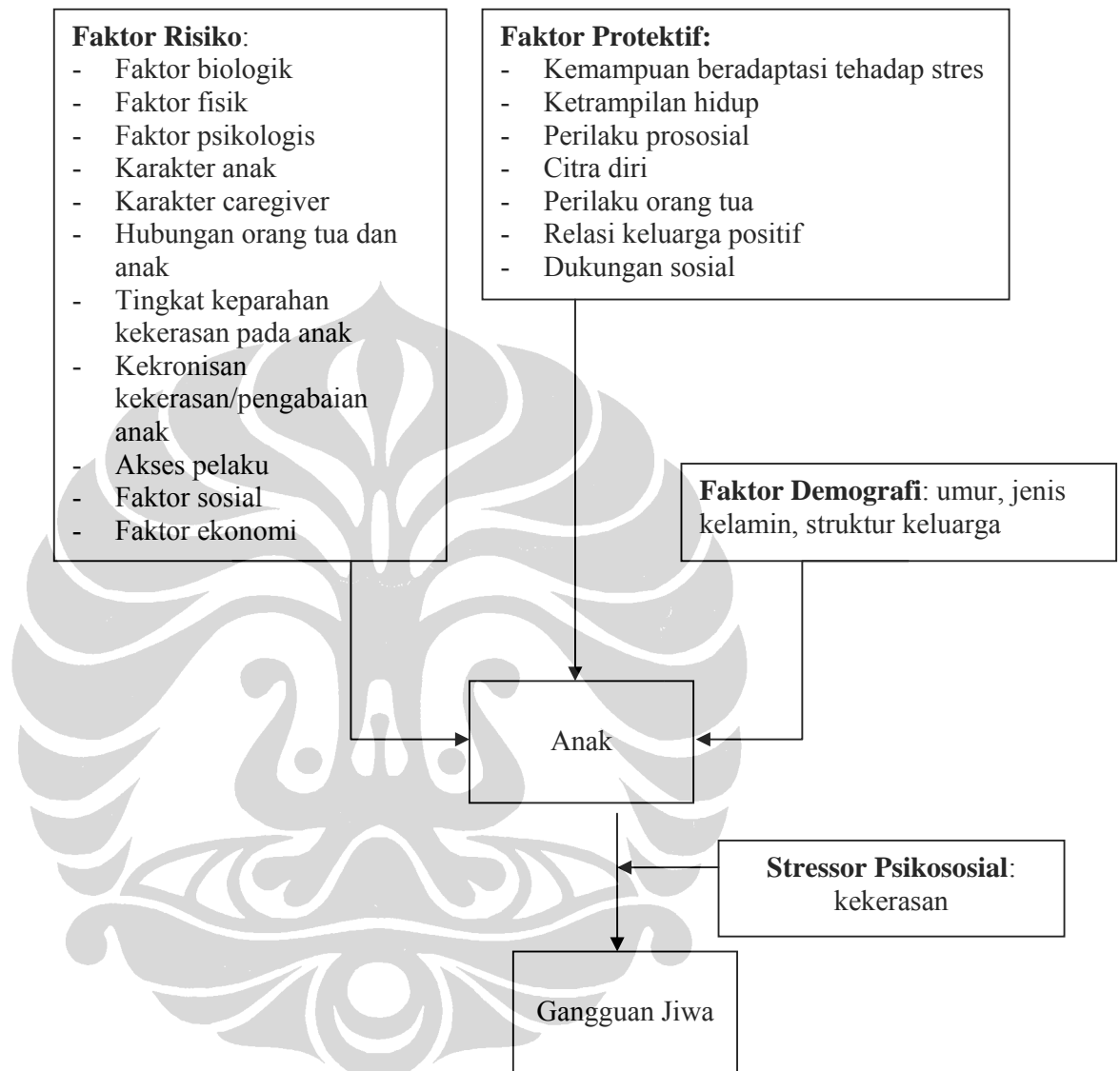
Sebagai Pusat Krisis Terpadu, PKT-RSCM yang berbasis rumah sakit lebih menitikberatkan pada layanan medis, medikolegal dan psikososial serta rujukan untuk bantuan hukum dan rumah aman.

Layanan medis dilakukan dokter dan perawat yang telah dibekali dengan sensitifitas gender dan ketrampilan khusus penanganan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak. Untuk korban yang mengalami luka berat ditangani di lantai 1 Instalasi Gawat Darurat, sedangkan yang ringan langsung ditangani di ruangan PKT.

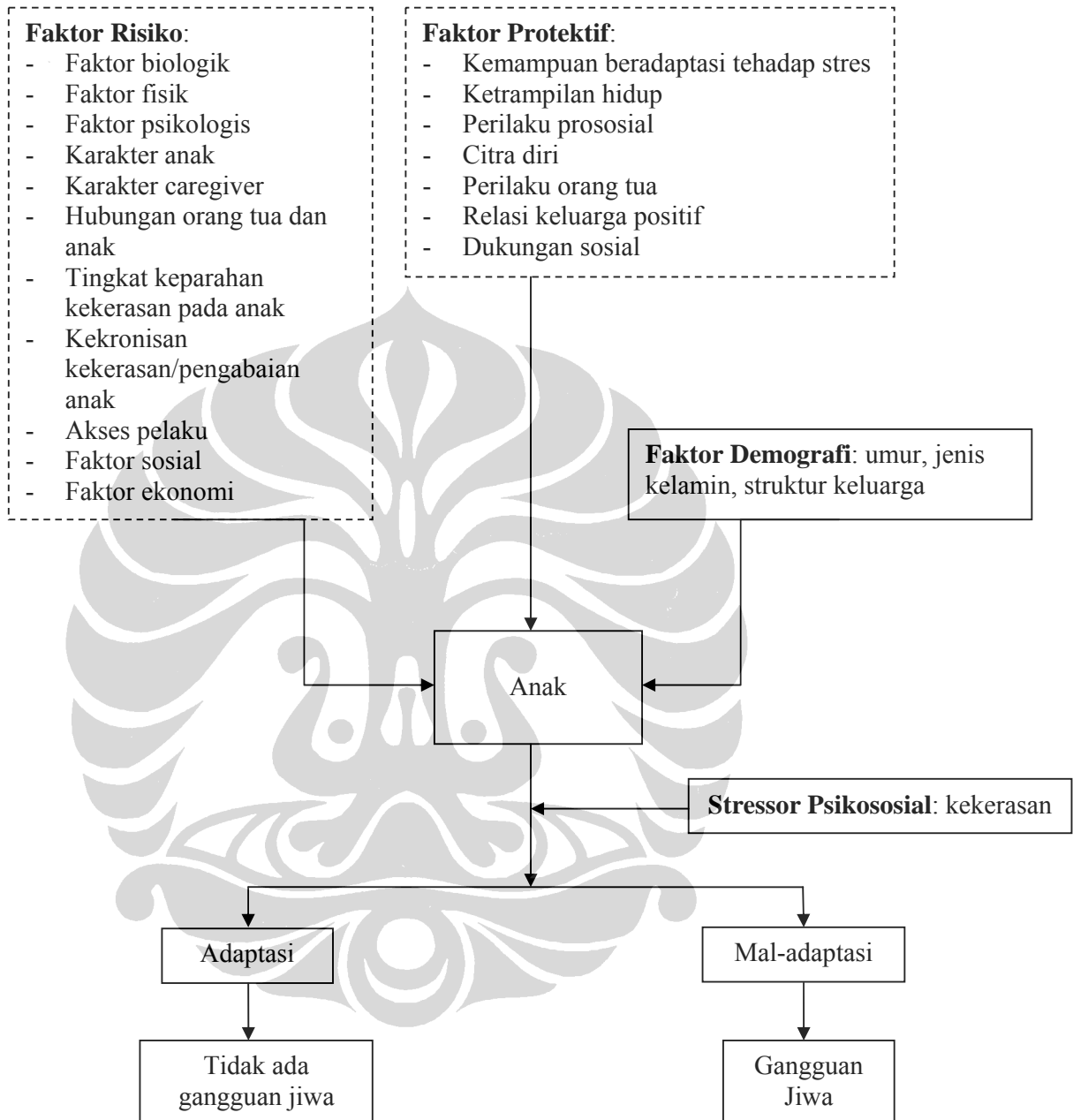
Pemeriksaan ini akan menghasilkan *visum et repertum* (VER) yang akan selesai paling maksimal satu minggu kemudian. Sebelum menyelesaikan VER, dokter memberikan hasil pemeriksaan sementara atau hasil pemeriksaan medis sebagai bahan bukti untuk kepolisian atau pihak keluarga.


Layanan psikososial tahap pertama dilakukan oleh pekerja sosial, meliputi *assessment* keadaan psikis dan sosial klien. Proses *enabling* (penyadaran dan pemetaan masalah klien) serta rujukan kepada psikolog/psikiater/kunjungan rumah (*home visit*)/ pelayanan rumah aman (*shelter*)/ lembaga bantuan hukum dilakukan juga pada saat ini sesuai dengan keadaan klien. Bersama-sama dengan dokter, klien juga diberi wawasan hukum tentang masalah medikolegal yang menyertai kasus klien ^{1,2}.

2.6 Kerangka Teori



2.7 Kerangka Konsep



 : Domain yang akan diteliti

 : Domain yang tidak akan diteliti

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi *cross sectional*.

3.2 TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo dan pengambilan data dilakukan terhitung dalam kurun waktu 11 bulan terhitung bulan Juni 2011- April 2012. Pemilihan wilayah ini didasarkan pada pertimbangan keterjangkauan, baik lokasi, waktu maupun biaya.

3.3 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

Populasi target adalah anak berusia 6-18 tahun yang mengalami kekerasan.

Populasi terjangkau adalah semua anak berusia 6-18 tahun yang mengalami kekerasan di Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo yang berkunjung dalam kurun waktu sejak Juni 2011-April 2012.

Sampel adalah populasi terjangkau yang memenuhi kriteria penelitian.

3.4 KRITERIA INKLUSI DAN KRITERIA EKSLUSI

3.4.1. Kriteria Inklusi

- i. Responden adalah anak yang berusia 6-18 tahun
- ii. Anak yang mengalami kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo dalam kurun waktu Juni 2011-April 2012 berdasarkan laporan anak sebagai korban, orang tua, *caregiver*, atau pengantar.
- iii. Bersedia menjadi responden.

3.4.2. Kriteria Eksklusi

1. Responden yang tidak mampu berpartisipasi dalam penelitian yang disebabkan oleh kondisi medis umum yang berat.
2. Pasien dan/ atau keluarga menolak turut serta dalam penelitian.

3.5 ESTIMASI BESAR SAMPEL

3.5.1 Pengambilan sampel ditetapkan secara *consecutive sampling*, yaitu semua subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan akan dimasukkan ke dalam penelitian sampai jumlah yang diperlukan terpenuhi.

3.5.2 Besar sampel ditentukan dengan rumus studi deskriptif kategorik yaitu:

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 PQ}{d^2}$$

$$d^2$$

n= besar sampel yang diperoleh

α = kesalahan tipe satu, ditentukan 5%

Z= deviat baku α = 1.96

P= proporsi gangguan jiwa pada anak berdasarkan penelitian sebelumnya di dalam kepustakaan adalah 12,4%

Q= 1-P=1-0,124 = 0,876

d= kesalahan prediksi yang masih dapat dan diterima ditetapkan oleh peneliti sebesar 5%.

Dengan demikian jumlah sampel (N)

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,124 \times 0,876}{(0,05)^2}$$

$$= \frac{0,0025}{0,0025}$$

$$= 0,421$$

$$= \frac{0,0025}{0,0025}$$

$$= 168$$

Dengan memperhitungkan perkiraan *drop out* sebesar 10% (17 sampel), maka pada saat pelaksanaan penelitian akan dilakukan pengambilan sampel sebesar 185.

3.6 DEFINISI OPERASIONAL

1. Gangguan jiwa pada anak adalah adanya keluhan dan gejala-gejala secara klinis bermakna dan menyebabkan penderitaan atau hendaya dalam kehidupan sosial, sekolah atau fungsi-fungsi lainnya dalam kehidupan.

Penentuan ada tidaknya gangguan jiwa pada responden jika memenuhi kriteria gangguan jiwa yang terdapat pada *Mini International Neuropsychiatry Interview KID* (M.I.N.I KID).

2. Anak dengan kekerasan yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo adalah mereka yang berusia 6-18 tahun yang telah mengalami segala bentuk kekerasan yang tidak diinginkan berupa kekerasan seksual, fisik, psikis dan penelantaran.

Penentuan berdasarkan pada laporan dari anak dengan kekerasan, orang tua, *caregiver* atau pengantar yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo.

3. Jenis kelamin adalah istilah yang membedakan antara laki-laki dan perempuan secara biologis, dan dibawa sejak lahir dengan sejumlah sifat yang diterima orang sebagai karakteristik laki-laki dan perempuan.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

1. Laki-laki.
2. Perempuan.

Skala pengukuran: Kategorik.

4. Usia adalah usia responden yang didapatkan berdasarkan tanggal lahir.

Cara pengukuran dilakukan dengan pengurangan tahun pengukuran dengan tahun lahir.

Hasil pengukuran:

1. 6-12 tahun.

2. 13-18 tahun.

Skala pengukuran: Kategorik

5. Suku menurut ayah adalah suku anak menurut ayah kandungnya.

Cara pengukuran adalah: Wawancara

Hasil pengukuran:

1. Jawa.
2. Sunda.
3. Batak.
4. Betawi.
5. Minang.
6. Lain-lain.

Skala pengukuran: Kategorik

6. Agama adalah keyakinan atas Ketuhanan yang dianut oleh anak.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

1. Islam.
2. Kristen.
3. Katholik.
4. Hindu.
5. Budha.

Skala pengukuran: Kategorik

7. Pendidikan adalah pendidikan terakhir pada saat penelitian diadakan.

Cara Pengukuran: Wawancara

Hasil Pengukuran:

1. Belum sekolah.
2. Setingkat TK.
3. Setingkat SD.
4. Setingkat SLTP.
5. Setingkat SLTA.
6. Setingkat Perguruan Tinggi.
7. Saat ini tidak melanjutkan sekolah.

Skala Pengukuran: Kategorik

8. Pekerjaan orang tua adalah pekerjaan yang dilakukan oleh orang tua untuk memperoleh penghasilan.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Tidak bekerja.
- b. PNS.
- c. Swasta.
- d. Dagang.
- e. ABRI.
- f. Lain-lain.

Skala pengukuran: Kategorik

9. Status ekonomi orang tua adalah jumlah rata-rata pengeluaran per bulan.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Sangat kurang (Rerata pengeluaran perbulan: < Rp 633.872).
- b. Kurang (Rerata pengeluaran perbulan: Rp 633.872 – Rp 1.267.744).
- c. Sedang (Rerata pengeluaran perbulan: Rp 1.267.744-Rp 2.534.488).
- d. Baik (Rerata pengeluaran perbulan: (> Rp 2.534.488).

Skala pengukuran: Kategorik

10. Jumlah anggota keluarga yang ditanggung oleh orang tua adalah jumlah anggota keluarga yang ditanggung oleh orang tua.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. 1-3 orang.
- b. 4-5 orang.
- c. Lebih dari 5 orang.

Skala pengukuran: Kategorik

11. Jumlah kekerasan adalah banyaknya kekerasan yang dialami oleh anak.

Cara Pengukuran: Data Sekunder.

Hasil Pengukuran:

- a. Kekerasan tunggal.
- b. Kekerasan lebih dari Satu.

Skala Pengukuran: Kategorik

12. Bentuk kekerasan adalah bentuk kekerasan yang terjadi pada anak.

Cara Pengukuran: Data Sekunder

Hasil Pengukuran:

- a. Kekerasan seksual
- b. Kekerasan fisik
- c. Kekerasan psikis
- d. Penelantaran anak

Skala Pengukuran: Kategorik

13. Usia pertama kali saat mendapat kekerasan adalah usia anak ketika mengalami kekerasan untuk yang pertama kali.

Cara pengukuran: Data Sekunder

Hasil pengukuran:

- a. 0-1,5 tahun
- b. 2-3 tahun
- c. 4-5 tahun
- d. 6-12 tahun
- e. 13-18 tahun

Skala pengukuran: Kategorik

14. Frekuensi kekerasan adalah seberapa sering kejadian kekerasan yang dialami oleh anak.

Cara pengukuran: Data sekunder

Hasil pengukuran:

- a. 1 kali
- b. 2-5 kali
- c. 5-10 kali
- d. Lebih dari 10 kali

Skala pengukuran: Kategorik

15. Hubungan pendamping dengan responden adalah hubungan seseorang dengan anak saat datang ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Ayah/ibu kandung.
- b. Ayah/ibu tiri.
- c. Saudara kandung.
- d. Saudara tiri.
- e. Kerabat.
- f. Tetangga.
- g. Teman.
- h. Guru.
- i. Kekasih.
- j. Orang lain.
- k. Tanpa pendamping.

Skala pengukuran: Kategorik

16. Pelaku kekerasan adalah seseorang yang melakukan kekerasan pada anak

Cara pengukuran: Data Sekunder

Hasil pengukuran:

- a. Orangtua kandung
- b. Orangtua tiri
- c. Saudara Kandung
- d. Saudara Tiri
- e. Kerabat
- f. Tetangga
- g. Teman (tidak terdapat hubungan emosional)
- h. Guru
- i. Kekasih (terdapat hubungan emosional).
- j. Orang lain
- k. Lebih dari satu pelaku

Skala pengukuran: Kategorik

17. Aktivitas anak mendapatkan informasi adalah kegiatan yang dilakukan anak untuk mendapatkan informasi melalui media cetak dan elektronik.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Mendengar radio.
- b. Menonton televisi.
- c. Membaca surat kabar/ majalah.
- d. Internet.
- e. Lebih dari satu kegiatan.
- f. Lain-lain.

Skala pengukuran: Kategorik

18. Masalah ditolak teman sebaya adalah masalah dengan teman sebaya yang sering terjadi seperti pertengkaran, di jauhi atau ditolak untuk bermain bersama.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Ya.
- b. Tidak.

Skala pengukuran: Kategorik

19. Prestasi akademis adalah nilai rata-rata yang diperoleh anak di kelas berdasarkan raport.

Cara pengukuran dilakukan dengan membandingkan nilai rata-rata responden dengan nilai rata-rata kelas berdasarkan raport.

Hasil pengukuran:

- a. Dibawah rata-rata kelas
- b. Rata-rata kelas
- c. Diatas rata-rata kelas

Skala Pengukuran: Kategorik

20. Riwayat anak berobat ke bagian Psikiatri/ Jiwa adalah riwayat anak pernah berobat ke Poli bagian Psikiatri/ kejiwaan di Indonesia.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Ya.
- b. Tidak.

Skala pengukuran: Kategorik

21. Status perkawinan orang tua adalah status pernikahan orang tua saat diadakan penelitian.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Orang tua tunggal (bercerai/berpisah/meninggal).
- b. Menikah.

Skala pengukuran: Kategorik

22. Jumlah orang yang tinggal serumah adalah banyaknya jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. 1-3 orang.
- b. 4-5 orang.
- c. lebih dari 5 orang.

Skala pengukuran: Kategorik

23. Aktivitas anak bersama orang tua/ wali adalah kegiatan yang dilakukan anak bersama orang tua atau wali sehingga terlihat bagaimana mereka berinteraksi.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Menonton.
- b. Makan bersama.
- c. Bincang-bincang.
- d. Bermain.
- e. Belajar.
- f. Kegiatan keagamaan.
- g. Berolahraga.
- h. Lebih dari satu kegiatan.
- i. Lain-lain.

Skala pengukuran: Kategorik

24. Masalah di keluarga adalah masalah yang ditemukan di dalam keluarga seperti orang tua yang sering bertengkar, permasalahan perekonomian, kondisi orang tua yang sakit kronis atau pertengkaran dengan anggota keluarga yang lain.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Ya.
- b. Tidak.

Skala pengukuran: Kategorik

25. Riwayat keluarga berobat ke bagian Psikiatri / Jiwa adalah riwayat keluarga pernah berobat ke Poli bagian Psikiatri/kejiwaan di Indonesia.

Cara pengukuran: Wawancara

Hasil pengukuran:

- a. Ya.
- b. Tidak.

Skala pengukuran: Kategorik

26. Jumlah diagnosis adalah banyaknya diagnosis yang diperoleh dari anak setelah wawancara dengan menggunakan instrument MINI KID.

Cara pengukuran: Wawancara.

Hasil pengukuran:

- a. Diagnosis tunggal
- b. Diagnosis lebih dari satu

Skala pengukuran: Kategorik

3.7 Pengumpulan Data dan Sampel

A. Instrumen yang akan dipergunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Kuesioner akan berisi variabel bebas dan tergantung yang akan diteliti pada penelitian ini. Kuesioner akan dikembangkan sendiri oleh tim peneliti untuk mendapatkan data demografi dan kekerasan pada anak. Data demografi diperoleh dari wawancara dan data kekerasan diperoleh dari data sekunder.

2. *Mini-International Neuropsychiatric Interview-Kid* (M.I.N.I KID) adalah instrument yang terdiri dari 25 modul, dipergunakan dalam riset maupun praktek klinis, untuk menghasilkan diagnosis gangguan jiwa pada anak menurut DSM IV. Merupakan wawancara klinis terstruktur singkat yang terdiri dari 25 modul yaitu ¹⁶:

- a. Episode Depresi Mayor
- b. Bunuh diri
- c. Distimik
- d. Episode (hipo) manik
- e. Gangguan panik
- f. Agorafobia
- g. Gangguan Cemas Perpisahan
- h. Fobia Sosial
- i. Fobia Spesifik
- j. Gangguan Obsesif Kompulsif
- k. Gangguan Stress Pasca Trauma
- l. Ketergantungan Alkohol , Penyalahgunaan alkohol
- m. Ketergantungan Zat Psikoaktif (non alkohol), penyalahgunaan zat psikoaktif (non alkohol), Penyalahgunaan zat psikoaktif (non alkohol)
- n. Gangguan Tourette, Gangguan Motorik, Gangguan Tik Suara, Gangguan Tik Sesaat
- o. GPPH (Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktif Gabungan), GPPH (Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktif) inatensi, GPPH (Gangguan Pemusatan dan Hiperaktif) Hiperaktif/Impulsif
- p. Gangguan Tingkah Laku
- q. Gangguan Menentang Oposisional
- r. Gangguan Psikotik, Gangguan Mood dengan ciri psikotik
- s. Anoreksia Nervosa
- t. Bulimia Nervosa
- u. Gangguan cemas menghindar

- v. Gangguan Penyesuaian
 - w. Gangguan Perkembangan Pervasif. Instrumen
 - x. Instrumen M.I.N.I KID telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dan telah dijadikan *content validation* oleh sub bagian Psikiatri Anak dan Remaja Departemen Psikiatri FK UI/RSCM Jakarta pada tanggal 26 Mei 2006¹⁷.
3. Lembar persetujuan penelitian (*informed consent*) yang berisi pernyataan subyek penelitian dalam keikutsertaan penelitian.

B. Cara mendapatkan sampel:

1. Mendatangi Pusat Krisis Terpadu RSCM untuk mendapatkan sampel yaitu anak yang mengalami kekerasan periode Juni 2011 - April 2012. Jumlah sampel yang dibutuhkan sebanyak 185 anak.
2. Semua anak yang terdaftar dan memenuhi kriteria inklusi, hingga jumlah total 185 dimasukkan ke dalam sampel karena keterbatasan waktu penelitian.
3. Sampel dipilih dengan cara *consecutive random sampling* menggunakan tabel angka random.
4. Setelah anak-anak diperiksa ketika pengambilan sampel, mereka kemudian akan diberikan bingkisan.

3.8 Tahap Pelaksanaan.

1. Penelitian dilaksanakan dalam kurun waktu 11 (sebelas) bulan sepanjang bulan Juni 2011- April 2012.
2. Penelitian akan dilaksanakan dengan cara pengambilan data secara langsung (melakukan wawancara dan pengisian data instrument penelitian) kepada subjek penelitian di wilayah penelitian (Pusat Krisis Terpadu RSUPN RSCM) yang dikumpulkan dan dicatat dalam lembar penelitian yang telah dirancang secara khusus menggunakan Microsoft Excel 2007.
3. Pengambilan data dimulai dengan penapisan responden menurut kriteria penelitian.

4. Pengambilan data baru boleh dilakukan setelah subjek penelitian memperoleh informasi yang lengkap (*information for consent*) dan menyatakan bersedia untuk mengikuti penelitian dengan cara menandatangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*).

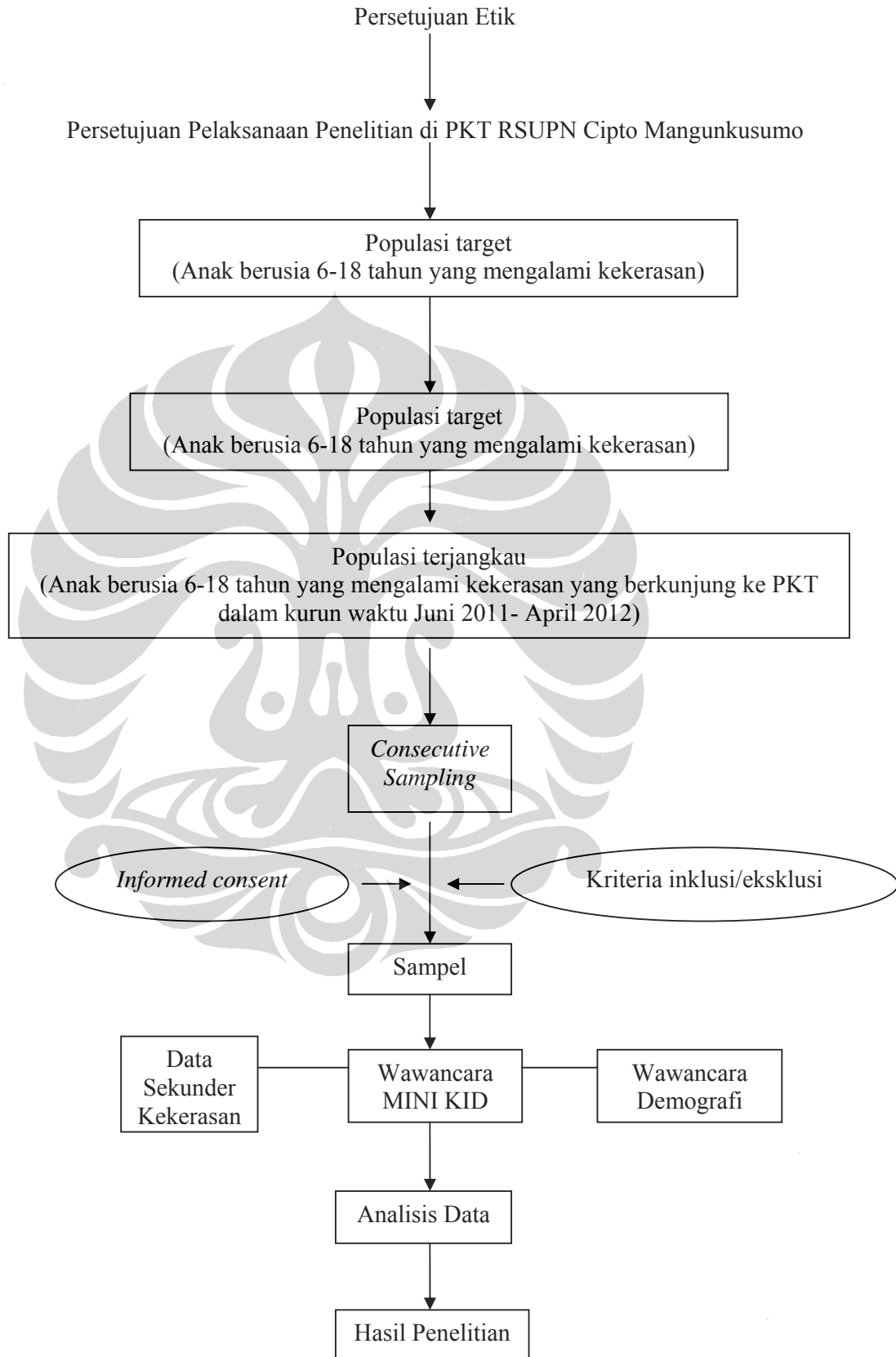
3.9 Rencana Tata Laksana Data

Data yang telah dikumpulkan akan diedit dan *dicoding* serta kemudian dimasukkan dengan menggunakan dummy tabel dan SPSS 17. Setelah dilakukan pemasukan data dilanjutkan dengan pembersihan data dan baru dimulai pelaksanaan analisis data.

3.10 Kajian Etika

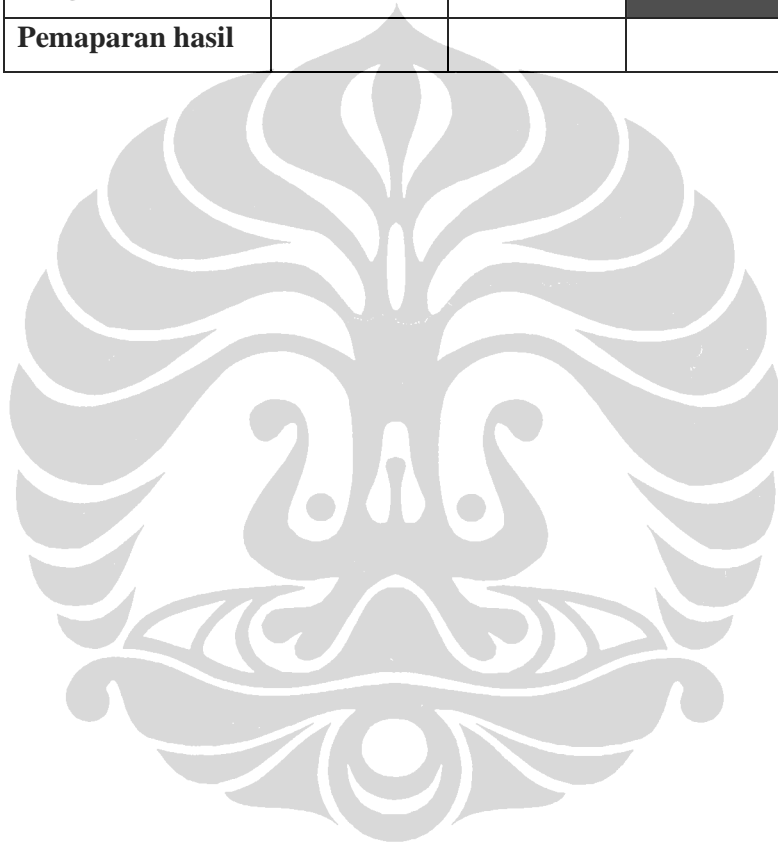
1. Meminta surat keterangan lolos kaji etik dari Panitia Tetap Penilaian Etik Penelitian Kedokteran, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
2. Meminta ijin kepada Kepala Pusat Krisis Terpadu RSCM untuk mengadakan penelitian di lokasi.
3. Anak dan orang tua yang sudah terpilih sebagai subyek diberikan penjelasan secara rinci tentang tujuan penelitian. Setelah subyek mendapatkan penjelasan dan mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan, ditanyakan mengenai kesediaan menjadi responden dalam penelitian. Jika subyek menyetujui, baru subjek dinyatakan sebagai responden
4. Semua informasi dan hal-hal yang menyangkut pribadi akan dijaga kerahasiaannya dan akan menjadi data statistik yang digunakan untuk memperbaiki pelayanan kesehatan.

3.11 Kerangka Kerja



Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan	Januari 2011- Mei 2011	Juni 2011 – April 2012	April – Mei 2012	Mei 2012
Persiapan				
Pengumpulan data				
Pengolahan data				
Pemaparan hasil				



BAB IV
HASIL PENELITIAN

4.1 Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Distribusi demografi subjek

Karakteristik		6-18 tahun	
		n	%
Usia	6-12 tahun	58	31.4
	13-18 tahun	127	68.6
Jenis kelamin	Laki-laki	18	9.7
	Perempuan	167	90.3
Suku menurut ayah	Jawa	85	45.9
	Sunda	53	28.6
	Batak	33	17.8
	Betawi	1	0.5
	Minang	2	1.1
	Lain-lain	11	5.9
Agama	Islam	110	59.5
	Kristen Protestan	70	37.8
	Katholik	4	2.2
	Hindu	1	0.5
Pendidikan	Setingkat TK	5	2.7
	Setingkat SD	60	32.4
	Setingkat SLTP	45	24.3
	Setingkat SLTA	54	29.2
	Setingkat Perguruan Tinggi	17	9.2
	Saat ini tidak melanjutkan sekolah	4	2.2
Pekerjaan orang tua	Tidak bekerja	1	0.5
	PNS	87	47.0
	Swasta	72	38.9
	Dagang	13	7.0
	ABRI	1	0.5
	Lain-lain	11	5.9
Status Ekonomi	Kurang	91	49.2
	Sedang	73	39.5
	Baik	21	11.4
Jumlah anggota keluarga yang ditanggung	4-5 orang	126	68,1
	>5 orang	59	31,9

Berdasarkan tabel 1, dari data demografi, diperoleh bahwa kelompok umur terbanyak adalah 13-18 tahun berjumlah 127 (68,6%) dengan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sebesar 167 (90,3%). Suku yang terbanyak adalah Jawa sebesar 85 (45,9%). Agama terbanyak adalah Islam sebesar 110 (59,5%). Pendidikan terbanyak adalah SD sebesar 60 (32,4%).

Status ekonomi terbanyak adalah kurang sebesar 91 (49,2%) dengan jumlah orang yang ditanggung terbanyak adalah 4-5 orang sebesar 126 (68,1%).

Tabel 2. Distribusi jumlah kekerasan pada anak

Karakteristik	6-18 tahun	
	N	%
Kekerasan Tunggal	177	95,67
Kekerasan Lebih dari satu	8	4,32

Berdasarkan tabel 2, dari 185 subyek dengan kekerasan, diperoleh sebesar 177 anak (95,67%) mengalami kekerasan tunggal dan 8 anak (4,32%) mengalami kekerasan lebih satu.

Tabel 3. Distribusi bentuk kekerasan pada anak

Karakteristik	6-18 tahun	
	N	%
Kekerasan Seksual	153	78,46
Kekerasan Fisik	36	18,46
Kekerasan Psikis	6	3,07
Penelantaran Anak	0	0,00

Terdapat 177 anak dengan kekerasan tunggal dan 8 anak dengan kekerasan lebih dari satu. Dengan demikian, diperoleh keseluruhan bentuk kekerasan sebesar 195. Berdasarkan tabel 3, diperoleh bahwa distribusi bentuk kekerasan terbanyak adalah kekerasan seksual.

Tabel 4. Distribusi usia pertama kali mengalami kekerasan pada anak

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
1-1,5 tahun	1	0.5
2-3 tahun	1	0.5
4-5 tahun	2	1.1
6-12 tahun	67	36.2
13-18 tahun	114	61.6

Berdasarkan tabel 4, diperoleh bahwa distribusi usia pertama kali terbanyak pada anak dengan kekerasan adalah 13-18 tahun senesar 114 (61,6%).

Tabel 5. Distribusi frekuensi kekerasan pada anak

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
1 kali	106	57.3
2-5 kali	52	28.1
5-10 kali	19	10.3
> 10 kali	8	4.3

Berdasarkan tabel 5, diperoleh bahwa distribusi frekuensi kekerasan terbanyak pada anak adalah 1 kali sebesar 106 (57,3%).

Tabel 6. Distribusi hubungan pendamping dengan subyek saat datang ke PKT

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
Ayah/Ibu kandung	139	75.1
Ayah/Ibu tiri	30	16.2
Saudara Kandung	4	2.2
Kerabat	9	4.9
Kekasih	1	0.5
Orang lain	2	1.1

Berdasarkan tabel 6, diperoleh bahwa distribusi hubungan pendamping dengan subyek saat datang ke PKT terbanyak adalah ayah/ibu kandung sebesar 139 (75,1%).

Tabel 7. Distribusi pelaku kekerasan pada anak

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
Orang tua kandung	5	2.7
Orang tua tiri	7	3.8
Kerabat	15	8.1
Tetangga	18	9.7
Teman	26	14.1
Guru	2	1.1
Kekasih	63	34.1
Orang lain	37	20.0
Lebih dari satu pelaku	12	6.5

Berdasarkan tabel 7, diperoleh bahwa distribusi pelaku kekerasan terbanyak pada anak adalah kekasih sebesar 63 (34,1%).

Tabel 8. Distribusi kemampuan sosial

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
Aktivitas anak mendapat informasi		
Mendengar radio	2	1.1
Menonton televisi	51	27.6
Membaca surat kabar/ majalah	52	28.1
Internet	22	11.9
Lebih dari satu kegiatan	58	31.4
Masalah ditolak teman sebaya		
Ya	23	12.4
Tidak	162	87.6

Berdasarkan tabel 8, dari distribusi kemampuan sosial, diperoleh bahwa jumlah aktivitas anak dalam mendapat informasi terbanyak adalah kelompok yang memiliki lebih dari satu kegiatan seperti mendengar radio, menonton televisi, membaca surat kabar/ majalah dan internet sebesar 58 orang (31,4%). Jumlah anak yang tidak memiliki masalah ditolak teman sebaya sebesar 162 (87.6%).

Tabel 9. Distribusi kemampuan akademis

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
Dibawah rata-rata kelas	12	6.5
Rata-rata kelas	151	81.6
Diatas rata-rata kelas	22	11.9

Berdasarkan tabel 9, dari distribusi kemampuan akademis, diperoleh bahwa anak dengan prestasi berada dalam rata-rata kelas memiliki jumlah terbesar sebanyak 151(81,6%).

Tabel 10. Distribusi riwayat anak berobat ke Poli Jiwa atau Psikiatri

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
Tidak	185	100
Ya	0	0,00

Berdasarkan tabel 10, dari distribusi riwayat anak berobat ke Poli Jiwa atau Psikiatri, diperoleh bahwa 185 anak tidak memiliki riwayat berobat ke bagian Psikiatri/Jiwa (100%).

Tabel 11. Distribusi sistem dukungan keluarga

Karakteristik	6-18 tahun	
	N	%
Status perkawinan orang tua		
Orang tua tunggal (bercerai/pisah/meninggal)	20	10.8
Menikah	165	89.2
Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah		
4-5 orang	126	68.1
>5 orang	59	31.9
Aktivitas anak bersama orangtua/wali		
Menonton	14	7.6
Makan bersama	76	41.1
Bincang-bincang	54	29.2
Bermain	28	15.1
Kegiatan keagamaan	1	0.5
Lebih dari satu kegiatan	12	6.5
Masalah di keluarga		
Ya	41	22.2
Tidak	144	77.8

Berdasarkan tabel 11, dari distribusi sistim keluarga, diperoleh bahwa status perkawinan orang tua terbanyak adalah menikah sebesar 165 (89,2%). Jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah terbanyak 4-5

orang sebesar 126 orang (68,1%). Aktivitas anak bersama orangtua/wali terbanyak adalah makan bersama sebesar 76 (41,1%). Jumlah anak yang tidak memiliki masalah di keluarga sebesar 144 (77,8%).

Tabel 12. Distribusi karakteristik riwayat keluarga berobat ke Poli Jiwa atau Psikiatri

Karakteristik	6-18 tahun	
	n	%
Tidak	185	100
Ya	0	0,00

Berdasarkan tabel 12, dari distribusi riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, diperoleh bahwa 185 anak tidak memiliki riwayat keluarga yang berobat ke bagian Psikiatri/Jiwa (100%).

4.2 Karakteristik Subyek Penelitian Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Tabel 13. Distribusi gangguan jiwa pada anak yang mengalami kekerasan

Karakteristik	6-18 tahun	
	N	%
Menderita gangguan jiwa		
Ya	78	42,16
Tidak	107	57,84

Berdasarkan tabel 13, dari subyek penelitian sebesar 185, diperoleh bahwa anak yang mengalami gangguan jiwa sebesar 78 (42,16 %). Sedangkan anak yang tidak mengalami gangguan jiwa sebesar 107 (57,84%).

Tabel 14. Distribusi jumlah diagnosis MINI KID pada anak

Karakteristik	6-18 tahun	
	N	%
Diagnosis Tunggal	64	82,05
Diagnosis Lebih dari satu	14	17,95

Berdasarkan tabel 14, dari 78 subyek dengan kekerasan yang mengalami gangguan jiwa, diperoleh sebesar 64 anak (82,05%) mempunyai diagnosis tunggal dan 14 anak (17,95%) mempunyai diagnosis lebih dari satu.

Tabel 15. Distribusi keseluruhan diagnosis berdasarkan MINI KID pada subyek yang mengalami gangguan jiwa

Karakteristik	6-18 tahun	
	N	%
Episode Depresif Berat	15	15,31
Risiko bunuh diri	4	4,08
Risiko bunuh diri rendah	1	1,02
Risiko bunuh diri tinggi	1	1,02
Episode hipomanik masa lalu	1	1,02
Gangguan Stress Pasca Trauma	17	17,35
Penyalahgunaan alkohol	1	1,02
Penyalahgunaan zat psikoaktif	1	1,02
Gangguan Tingkah laku	3	3,06
Gangguan Menentang oposisional	3	3,06
Gangguan Psikotik Saat Ini	2	2,04
Gangguan Mood dengan ciri Psikotik saat ini	3	3,06
Anoreksia Nervosa	1	1,02
Gangguan Cemas Menyeluruh	4	4,08
Gangguan Penyesuaian	41	41,84

Setelah dilakukan wawancara instrument MINI KID pada 78 subyek yang mengalami gangguan jiwa, diperoleh sebanyak 64 anak mempunyai diagnosis tunggal dan 14 anak mempunyai diagnosis lebih dari satu. Dengan demikian, keseluruhan diagnosis MINI KID menjadi 98 buah.

Berdasarkan tabel 15, diperoleh 3 diagnosis gangguan jiwa terbanyak antara lain adalah:

1. Gangguan Penyesuaian (41,84%)
2. Gangguan Stress Pasca Trauma (17,35%)
3. Episode Depresi Berat (15,31%).

Tabel 16. Distribusi pelaku kekerasan pada subyek dengan ketiga jenis gangguan jiwa terbanyak

Karakteristik	Episode Depresif Berat		Gangguan Stress Pasca Trauma		Gangguan Penyesuaian	
	N=15		N=17		N=41	
	n	%	n	%	n	%
Pelaku kekerasan						
Orang tua kandung	1	6.67	0	0.00	3	7,32
Orang tua tiri	1	6.67	0	0.00	3	7,32
Kerabat	1	6.67	5	29,41	6	14,63
Tetangga	1	6.67	2	11,76	0	0.00
Teman	1	6.67	3	17,65	7	17,08
Guru	0	0.00	0	0.00	2	4,87
Kekasih	7	46.67	2	11,76	9	21,95
Orang lain tidak dikenal	2	13.33	4	23,52	7	17.07
Lebih dari satu pelaku	1	6.67	1	5,88	4	9,76

Berdasarkan tabel 16, dari distribusi pelaku kekerasan pada subyek dengan ketiga jenis gangguan jiwa terbanyak, diperoleh bahwa kekasih merupakan pelaku kekerasan terbanyak pada anak dengan diagnosis Episode Depresi Berat (46,67 %) dan Gangguan Penyesuaian (21,95%), sedangkan pelaku terbanyak untuk Gangguan Stress Pasca Trauma adalah kerabat sebesar (29,41%).

BAB V

PEMBAHASAN

5.I. Karakteristik Subyek Penelitian

Pada penelitian ini diperoleh sebanyak 90,3% perempuan dan 9,7% laki-laki yang mengalami beragam jenis kekerasan berupa seksual, fisik dan psikis. Dalam penelitian ini, hasil persentase tersebut dapat terjadi karena jumlah anak perempuan lebih banyak datang ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo daripada anak laki-laki. Terdapat kecenderungan bahwa anak laki-laki lebih mempunyai kesulitan yang besar dalam melaporkan kejadian kekerasan yang dialaminya, terutama pada kasus kekerasan seksual. Hal tersebut disebabkan karena norma budaya dari maskulinitas. Harapan yang besar dari peran jenis kelamin tersebut menempatkan anak laki-laki pada rasa malu dan stigma apabila mereka mengalami kekerasan terutama kekerasan seksual¹⁸.

Pada penelitian ini, kasus kekerasan terbanyak adalah kekerasan seksual. Hal tersebut dapat terjadi karena persentase anak perempuan yang datang ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo lebih besar daripada anak laki-laki. Literatur juga menyebutkan bahwa jumlah separuh dari populasi penduduk di dunia adalah perempuan. Namun mereka ditempatkan pada posisi tidak menguntungkan karena berbagai perbedaan gender. Di seluruh dunia, perempuan masih ditempatkan pada posisi tidak dominan yang membuat mereka lebih rentan terhadap kekerasan dan kurang mampu melindungi diri^{18,19}.

Pada penelitian ini, rentang usia anak dengan kekerasan terbanyak yang datang ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo adalah usia 13-18 tahun (68,6%). Hasil tersebut dapat terjadi karena kasus kekerasan terbanyak yang terjadi di PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo adalah kasus kekerasan seksual. Selain itu masa remaja merupakan saat yang paling penting bagi perkembangan dan integrasi kepribadian. Faktor-faktor dan pengalaman baru yang tampak ditandai dengan perubahan pada masa remaja meliputi

perolehan pertumbuhan fisik yang menyerupai masa dewasa, kematangan organ seksual yang disertai dorongan-dorongan dan emosi baru, kesadaran terhadap diri sendiri (keinginan untuk mengarahkan diri dan mengevaluasi kembali tentang norma, tujuan dan cita-cita), kebutuhan persahabatan yang bersifat heteroseksual dan kemunculan konflik sebagai akibat dari masa transisi antara masa anak dan masa dewasa. Mereka juga sedang dalam masa memisahkan diri dari keluarga sebagai sumber rasa aman dan mulai membangun hubungan yang mandiri dengan dunia luar. Dibandingkan dengan anak-anak yang lebih muda, remaja sebenarnya lebih mudah terpengaruh oleh kejadian yang penuh stress. Hal ini karena mereka sudah memiliki kemampuan berpikir yang dewasa dan mampu berlogika serta dapat memahami akibat jangka panjang dari konflik dan kekerasan yang dialami. Tidak seperti anak-anak, remaja pada umumnya tidak mengatasi stress dengan cara berimajinasi atau bermain. Mereka sudah lebih mampu menceritakan kejadian yang telah menimpa mereka, tetapi masih memerlukan bimbingan untuk dapat mengeluarkan perasaannya secara terbuka^{7,20,21,22}.

Sebuah masalah dalam hasil penelitian anak dengan kekerasan adalah bagaimana orang tua bereaksi dalam cara yang tidak diharapkan ketika kejadian kekerasan terutama kekerasan seksual yang dialami oleh anaknya terungkap³. Dalam penelitian ini, orang tua (bukan pelaku) merupakan pendamping anak yang terbanyak saat datang ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo. Orang tua terutama ibu, cenderung melaporkan kejadian kekerasan lebih berat gejalanya daripada yang dilaporkan oleh anak. Kemungkinan karena distress yang dialami, orang tua korban terutama ibu, cenderung lebih menampakkan distress emosi anaknya³. Apabila pelaku kekerasan adalah anggota keluarga, keduanya baik pelaku maupun orang tua (bukan pelaku) cenderung berespon dengan keraguan dan ketidakpercayaan. Namun apabila pelaku adalah seseorang yang berasal dari luar lingkup keluarga, orang tua cenderung merasa sangat bersalah karena tidak dapat melindungi anak mereka atau menyalahkan diri mereka sendiri karena membiarkan anak-anak mereka terlibat dalam risiko tersebut¹⁸. Dalam

penelitian ini, pelaku kekerasan terbanyak pada anak adalah kekasih (34,1%). Tanpa menghiraukan sumber dari kekerasan, kebanyakan orang tua mengekspresikan kemarahan terhadap anak-anaknya sebagai sebuah cara untuk menangani rasa bersalah dan malu mereka¹⁸. Hal tersebut berkaitan juga dengan fungsi orang tua (bukan pelaku) dalam penanganan kasus kekerasan pada anak mereka sebagai pihak bermakna yang membantu pemulihan anak. Pasca peristiwa kekerasan yang terjadi, orang tua membutuhkan kesempatan untuk mengatasi perasaannya tentang apa yang terjadi dan menyesuaikan diri terhadap perubahan besar yang terjadi. Mereka membutuhkan kembali kepercayaan diri dan perasaan dapat mengendalikan situasi yang ada^{18,22}. Sehubungan dengan kebutuhan tersebut, orang tua datang ke PKT RSUPN CiptoMangunkusumo untuk mencari bantuan dalam membuat keputusan mengenai solusi penanganan kasus kekerasan yang dialami oleh anaknya melalui penanganan proses hukum yaitu perihal pembuatan *Visum Et Repertum* dan psikologis¹.

Dalam penelitian ini, sebanyak 57,84% anak dengan kekerasan tidak mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan karakteristik kemampuan sosial, diperoleh bahwa anak dengan kekerasan yang tidak mengalami gangguan jiwa mendapat informasi melalui kegiatan seperti mendengar radio, menonton televisi, membaca surat kabar atau majalah dan internet. Anak tidak memiliki masalah ditolak teman sebaya seperti pertengkaran, dijauhi atau ditolak untuk bermain bersama. Kemampuan akademis anak dengan prestasi berada dalam rata-rata kelas. Anak mempunyai sistem keluarga yang baik, ditandai dengan adanya orang tua masih terikat pernikahan dan tidak mempunyai masalah dalam keluarga seperti orang tua yang sering bertengkar, permasalahan perekonomian, kondisi orang tua yang sakit kronis atau pertengkaran dengan anggota keluarga yang lain. Anak mempunyai aktivitas bersama orangtua/wali seperti makan bersama, bercang-bincang, menonton, bermain dan melakukan kegiatan keagamaan. Keseluruhan anak tidak mempunyai riwayat keluarga yang berobat ke Poli Psikiatri/Jiwa dan sebelumnya mereka tidak pernah pula berobat ke Poli Jiwa atau Psikiatri. Data tersebut menunjukkan bahwa anak-anak tersebut

mempunyai faktor-faktor protektif dan *resilience* yang dapat melindungi anak-anak dari risiko terjadinya maupun perburukan gangguan jiwa.

Friedrich menekankan bahwa faktor protektif akan memodulasi atau mengatur dampak dari kekerasan. Selain itu Friedrich dan para peneliti lain menempatkan bahwa faktor-faktor tersebut membantu untuk menerangkan *resilience* orang-orang yang selamat dari kekerasan yang tidak menunjukkan kesulitan Psikiatrik dan psikosial. Faktor protektif terdiri dari lingkungan keluarga yang mendukung, prestasi akademik, kemampuan menyelesaikan masalah dan hubungan yang positif dengan teman sebaya^{9,10,11,17}.

5.2. Gambaran Subyek Penelitian yang Mengalami Gangguan Jiwa.

Pada penelitian ini didapatkan persentase anak dengan kekerasan yang berkunjung ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo yang mengalami gangguan jiwa adalah sebesar 42,16%. Berdasarkan penelitian kohort yang dilakukan *Victorian Institute of Forensic Medicine* pada kurun waktu sepuluh tahun, diperoleh sebesar 12,4% kasus kekerasan seksual anak memperoleh pelayanan kesehatan jiwa⁴. Persentase gangguan jiwa pada penelitian ini lebih besar dibandingkan dengan penelitian tersebut karena populasi terjangkau yang lebih luas dan beragam yaitu seluruh kekerasan pada anak yang berkunjung ke PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo. Sedangkan populasi terjangkau pada penelitian yang dilakukan di *Victorian Institute of Forensic Medicine* adalah hanya anak dengan kekerasan seksual. Selain itu terdapat perbedaan dalam penentuan subyek penelitian. Pada penelitian ini, penentuan anak dengan kekerasan adalah berdasarkan pada laporan dari anak yang mengalami kekerasan, orang tua, *caregiver* atau pengantar yang berkunjung ke Pusat Krisis Terpadu RSUPN Cipto Mangunkusumo. Sedangkan dalam penelitian di *Victorian Institute of Forensic Medicine*, penentuan berdasarkan pada hasil pemeriksaan fisik⁴. Penentuan tersebut sulit dilakukan dalam pengambilan sampel pada penelitian ini karena tanda-tanda kekerasan seringkali tidak ditemukan pada saat pemeriksaan. Selain itu, seringkali kejadian kekerasan yang dialami

anak telah berlangsung lama atau beberapa hari sebelumnya sehingga tanda-tanda kekerasan tersebut telah menghilang.

Rentang usia anak dengan kekerasan terbanyak yang mengalami gangguan jiwa pada penelitian ini adalah usia 13-18 tahun. Hasil tersebut dapat terjadi karena kasus kekerasan terbanyak yang terjadi di PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo adalah kasus kekerasan seksual. Berdasarkan Erik Erikson, remaja berada dalam proses transisi menjadi orang dewasa unik dengan pemahaman akan diri yang utuh dan memahami peran nilai dalam masyarakat. Remaja mempunyai tugas utama untuk mengatasi krisis identitas melawan kebingungan peran. Identitas diri merupakan pedoman dalam menjalankan peran tertentu dalam kehidupan sehingga remaja tidak mengalami kebingungan dalam menjalankan peran tertentu dalam kehidupan. Kebingungan ini muncul dalam bentuk individu menarik diri, memisahkan diri dari teman-teman sebaya dan keluarga atau mereka dapat kehilangan identitas mereka dalam kelompok. Krisis yang paling berat selama masa remaja adalah krisis identitas. Keberhasilan atau kegagalan dalam penyelesaian pada krisis identitas mempunyai dampak jangka panjang untuk seluruh masa depan remaja⁸.

Dalam penelitian ini, anak mempunyai aktivitas bersama orangtua/wali seperti makan bersama dan bincang-bincang. Selain itu anak memperoleh informasi melalui surat kabar atau majalah. Anak juga tidak memiliki masalah dalam keluarga. Meskipun anak memiliki faktor-faktor protektif tersebut, namun ternyata tidak dapat melindungi mereka untuk tidak mengalami gangguan jiwa. UNESCAP berpendapat bahwa ketika orang tua sesungguhnya dapat menjadi sumber informasi yang logis, mereka sering tidak berdiskusi tentang masalah seksualitas dengan anak-anaknya karena perasaan tabu terhadap hal tersebut. Pada saat anak bertanya kepada orangtua mengenai seksualitas, orangtua justru memarahi anak dan memerintahkan anak untuk tidak membicarakannya di depan orangtua. Akibatnya anak menjadi takut bertanya kepada orangtua. Padahal ketika anak bertanya, saat itu merupakan waktu yang tepat bagi orangtua untuk dapat menjelaskan tentang masalah seksualitas. Didorong atas rasa

keingintahuan yang tinggi, anak akan mencari jawaban atas pertanyaannya ke sumber informasi lain yang belum tentu tepat seperti dari media komunikasi elektronik dan cetak^{20,21,24}.

Pada penelitian ini, pelaku *incest* memiliki persentase yang lebih kecil dibandingkan dengan penelitian di luar negeri. Penelitian ini tidak memisahkan *incest* dari kekerasan dengan pelaku diluar keluarga dan hubungan seksual atas dasar suka sama suka yang dilakukan oleh kekasih yang seusia atau anak yang berusia lebih muda dari 15 tahun dengan seseorang berusia 5 tahun lebih tua (sesuai definisi *Child Sexual Abuse*). Sedangkan pada penelitian yang dilakukan di luar negeri seperti di Minnesota, terdapat pemisahan antara *incest* dengan pelaku kekerasan diluar keluarga dan kejadian suka sama suka¹⁸. Selain itu, pola-pola tingkah laku sosial serta budaya laki-laki dan perempuan di Indonesia merujuk pada peran-peran stereotip yang sangat kental didalamnya sehingga mengabaikan kepentingan terbaik untuk anak²⁵.

Dalam kasus *incest*, anak perempuan yang mengalami kekerasan seksual dari ayah kandungnya, argumen-argumen yang dimilikinya sebagai korban untuk menggunakan hak partisipasinya pun terabaikan. Ketergantungan seorang ibu terhadap suaminya, pemanfaatan ketergantungan tersebut oleh suami serta ketergantungan yang tinggi dari anak terhadap orangtuanya merupakan representasi dari lemahnya posisi ibu dan anak. Pemojokan posisi anak sebagai perempuan juga terjadi dari berbagai pihak bahkan dari keluarga ayah sebagai pelaku. Negara dalam hal ini belum dapat menjalankan peran dan fungsinya secara maksimal bahkan cenderung berperilaku secara diskriminatif terhadap korban yang dalam jumlah terbesar adalah anak dan perempuan. Kuatnya budaya patriarkhis dalam tatanan masyarakat sangat menghambat perlindungan bagi perempuan dan anak, terutama ketika mereka berada dalam posisi korban kekerasan seksual²⁵. Sebaliknya, di Amerika Serikat dan di Inggris kelompok korban kurang aktif secara politis namun menjadi lebih agresif terhadap permasalahan hak korban. Selain itu negara memberikan perhatian terhadap konsepsi viktimisasi dan tindakan pencegahan efektif yang

diperlukan dalam sistem peradilan pidana yang dapat meningkatkan peran korban apabila dianggap perlu ²⁶. Orang tua yang mengizinkan dan membebaskan anak tanpa pengawasan dalam menjalin hubungan dengan lawan jenis menyebabkan persentase pelaku kekerasan lebih rendah dibandingkan dengan penelitian ini.

Ketiga jenis diagnosis gangguan jiwa terbanyak berdasarkan MINI KIDS pada penelitian ini antara lain adalah Gangguan Penyesuaian (41,84%), Gangguan Stress Pasca Trauma (17,35%) dan Episode Depresi Berat (15,31%).

Gangguan Penyesuaian merupakan gangguan jiwa terbanyak yang ditemukan pada penelitian ini. Hal tersebut kemungkinan terjadi karena adanya respon perilaku terhadap peristiwa stress atau variasi dalam kehidupan seorang anak atau remaja yang tidak berespon sehat terhadap suatu perubahan atau peristiwa. Remaja yang mengalami penderitaan lebih dari respon yang diharapkan dapat menjadi stressor yang mungkin dapat mengalami penurunan yang bermakna dalam fungsi dan kegiatan normal sehari-hari ^{4,22}. Manifestasi gangguan pada anak bervariasi meliputi afek depresif, kecemasan (atau campuran dengan hal-hal tersebut), perasaan tidak mampu menghadapi, menyesuaikan dan merencanakan masa depan ²⁷.

Dalam penelitian ini, kekerasan merupakan pelaku kekerasan terbanyak, kekerasan seksual merupakan jenis kekerasan terbanyak dan rentang usia 13-18 tahun merupakan kelompok terbanyak dari subyek yang mengalami gangguan jiwa. Dari data-data tersebut, terdapat kemungkinan bahwa kejadian kekerasan seksual yang dialami oleh subyek penelitian yang mengalami gangguan jiwa merupakan hubungan seksual atas dasar suka sama suka. Ketika pelaku adalah seseorang yang berasal dari luar lingkup keluarga seperti kekerasan maka kebanyakan orang tua mengekspresikan kemarahan terhadap anak tanpa menghiraukan sumber dari kekerasan dan segera melaporkan ke pihak berwajib untuk bantuan proses hukum. Dalam hal ini, PKT RSUPN Cipto Mangunkusumo merupakan rujukan dari kepolisian untuk pemeriksaan fisik dan psikologis serta pembuatan Visum Et Repertum. Terdapat pula kemungkinan bahwa anak cenderung

mengalami gangguan penyesuaian karena orang tua bereaksi dalam cara yang tidak diharapkan ketika kejadian kekerasan terutama kekerasan seksual yang dialami oleh mereka terungkap. Konsensus mayoritas para peneliti dan klinisi di bidangnya menyatakan bahwa kasus kekerasan pada anak berhubungan dengan kisaran permasalahan penyesuaian serta emosi jangka pendek dan jangka panjang, namun tidak semua individu akan berefek sama. Sebuah penelitian meta-analisis menemukan adanya efek yang bermakna dalam permasalahan penyesuaian kehidupan anak dan dewasa sehari-hari^{4,9}.

Berdasarkan literatur, kekerasan seksual yang terjadi sebagai suatu rangkaian akan menimbulkan trauma yang lebih lagi apabila dibandingkan dengan yang terjadi sekali¹⁴. Berbeda dengan penelitian ini, ditunjukkan bahwa frekuensi kekerasan terbanyak dari anak yang mengalami gangguan jiwa adalah sebanyak 1 kali. Terdapat kemungkinan bahwa anak tidak berterus terang tentang frekuensi kekerasan seksual yang dialaminya karena berhadapan dengan respon orang tua yang tidak seperti diharapkan. Selain itu, pelaporan kepada pihak berwajib tentang frekuensi kekerasan yang lebih dari satu kali dengan pelaku berupa kekasih dianggap kejadian atas dasar suka sama suka. Hal tersebut menyebabkan bukti menjadi kurang kuat untuk keberlangsungan proses hukum. Meskipun demikian, data tentang frekuensi kekerasan terbanyak yang dialami anak sebanyak 1 kali tersebut menunjukkan bahwa trauma kekerasan pada masa kanak meskipun hanya terjadi sekali ternyata berpengaruh terhadap kemunculan gangguan jiwa. Trauma yang berat pada masa kanak mempengaruhi keseluruhan domain perkembangan meliputi kognitif, sosial, emosional, fisik, moral dan psikologis. Selain itu, muncul permasalahan emosi dan perilaku yang serius seperti depresi, kecemasan, agresi, perilaku seksual, gangguan makan, somatisasi dan penyalahgunaan zat^{28,29}.

Gangguan Stress Pasca Trauma merupakan gangguan jiwa kedua terbanyak pada penelitian ini. Mengingat bahwa kasus kekerasan seksual merupakan jenis kekerasan yang paling sering terjadi. Anak dengan kekerasan seksual sering menderita sekumpulan gejala dari trauma perkosaan dan reaksi psikologis khusus yang berhubungan dengan

kekerasan yang dialaminya. Anak mungkin takut terhadap pelaku dan ketakutan pula terhadap keberlangsungan hidup mereka. Anak mungkin juga merasa dipermalukan, malu dan menyalahkan diri sendiri. Apabila serangan tersebut dilakukan oleh seorang yang dekat dan terpercaya maka pelanggaran kepercayaan dapat menjadi masalah bagi korban. Rasa malu dan ketakutan tentang bagaimana orang akan bereaksi menyebabkan banyak korban perkosaan menjaga rahasia³⁰. Pada penelitian ini, pelaku terbanyak pada diagnosis Gangguan Stress Pasca Trauma adalah kerabat.

Sebelumnya terdapat sebuah studi penelitian *Multiple Regression Analyses* yang mencoba untuk mencari faktor-faktor yang dapat memperkirakan hasil terapi pada anak berusia 7-14 tahun dengan kekerasan. Penelitian tersebut menggunakan *predictor variable* berupa *CAPS-Perceived Credibility* untuk mengukur kecemasan. Digunakan pula *CAPS Total CDI*, *CAPS-Perceived Credibility* dan *PSQ Blame* untuk mengukur Depresi. Kemudian juga digunakan *FACES III-Adaptability* dan *CAPS-Total* untuk mengukur PTSD. Sedangkan *CAPS-Personal Attribution* digunakan untuk mengukur Dissosiasi dan *CAPS-Total* untuk mengukur kemarahan. Pada penelitian tersebut ditemukan bahwa perasaan ketika orang lain tidak percaya pada apa yang korban katakan dan penyesuaian keluarga dengan ekspresi emosi yang sangat tinggi akan menambah rasa trauma dengan kecemasan³¹. Dalam penelitian ini, ditemukan pula anak-anak yang mengalami gangguan cemas menyeluruh.

Pada penelitian tersebut ditunjukkan pula bahwa depresi yang diukur dengan menggunakan *CDI* telah diperkirakan secara bermakna melalui *CAPS-Perceived Credibility Scale* dan *PSQ Blame* yang secara bersama-sama berkontribusi sebesar 26% dari varians total pada *CDI*³¹. Penemuan ini mendukung pemikiran bahwa anak-anak yang merasa bahwa mereka tidak dipercaya dan dipersalahkan karena kekerasan yang mereka alami lebih rentan terhadap depresi.

Pada penelitian ini, pelaku terbanyak dari subyek yang mengalami episode depresi berat adalah kekasih. Perkosaan merupakan bentuk spesifik dari kekerasan seksual yang dapat direncanakan atau dilakukan secara

spontan. Perkosaan dapat terjadi dalam suasana kencan. Korban kekerasan seksual yang dilakukan oleh kekasih cenderung disalahkan atau menyalahkan diri sendiri daripada pelaku yang dilakukan oleh orang yang tidak dikenal. Pada penelitian ini, Episode Depresi Berat menempati urutan ketiga dari ketiga jenis gangguan jiwa terbanyak. Korban kekerasan memiliki kemungkinan mengalami stres setelah kejadian yang langsung muncul maupun dalam jangka panjang. Stres yang berlangsung beberapa saat setelah kejadian merupakan reaksi setelah mengalami kekerasan seksual seperti sakit secara fisik, rasa bersalah, cemas, takut, malu, marah dan rasa tidak berdaya. Sedangkan stres jangka panjang yang dialami merupakan gejala psikologis tertentu yang dirasakan korban sebagai suatu trauma yang menyebabkan korban memiliki perasaan rendah diri dengan konsep diri yang negatif sehingga menutup diri dari pergaulan dan muncul gejala somatik seperti jantung berdebar dan keringat berlebihan. Terdapat empat jenis dampak traumatis dari kekerasan seksual yaitu trauma secara seksual, pengkhianatan, perasaan tidak berdaya dan memperoleh stigma negatif dari lingkungan^{20,32,33}.

Data-data yang diperoleh dari penelitian ini dapat memperkuat pemikiran-pemikiran penelitian yang telah ada sebelumnya bahwa trauma kekerasan pada masa kanak dapat mengganggu perkembangan normal dan merugikan fungsi anak di banyak bidang. Keadaan tersebut dapat dihindari atau diminimalkan dengan penatalaksanaan yang tepat sebelumnya. Orang tua penting untuk mengupayakan pencegahan primer dengan cara memberikan pengetahuan tentang masalah seksualitas, menyediakan lingkungan yang aman dan membina hubungan yang berkualitas dengan anak. Sedangkan dalam pencegahan sekunder diperlukan identifikasi awal pada anak yang terpapar dengan peristiwa traumatis. Diperlukan pula intervensi yang tepat untuk menciptakan atau membangun kembali keamanan dan pengaturan diri sehingga tercapai pemulihan berupa perkembangan optimal bagi masing-masing anak²⁹.

5.3. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

1. Populasi yang dipilih memberikan gambaran sebagian anak dengan kekerasan, dianggap dapat mewakili komunitas serupa bila karakteristik anak dengan kekerasan serupa dengan penelitian, namun tidak dapat dianggap mewakili seluruh komunitas anak dengan kekerasan.
2. Terdapat kesulitan dalam pengumpulan sampel dalam penelitian ini karena dibutuhkan jumlah yang banyak dan bergantung pada kunjungan subyek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dalam kurun waktu yang tidak dapat diperkirakan. Dengan demikian digunakan tehnik *consecutive sampling* dalam pengambilan sampel.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

1. Jenis kekerasan terbanyak yang dialami oleh anak adalah kasus kekerasan seksual sebesar 78,46%.
2. Penelitian ini menemukan adanya gangguan jiwa sebesar 42,16% , dengan tiga diagnosis gangguan jiwa terbanyak adalah Gangguan Penyesuaian (41,84%), Gangguan Stress Pasca Trauma (17,35%) dan Episode Depresi Berat (15,31%).

6.2. Saran

1. Didapatkan prevalensi gangguan jiwa yang tinggi pada anak dengan kekerasan sehingga perlu adanya intervensi lebih lanjut untuk mengatasi permasalahan tersebut, dalam bentuk tindakan promotif, preventif, edukatif dan kuratif.
2. Perlu pengembangan penelitian lebih lanjut sehubungan dengan data yang ditampilkan yang bertujuan untuk mempelajari:
 - a. Faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan.
 - b. Faktor-faktor yang dapat menjadi faktor protektif untuk menahan munculnya gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan.
 - c. Bentuk penatalaksanaan yang efektif untuk gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan.
 - d. Gambaran gangguan jiwa pada anak dengan kekerasan dalam wilayah penelitian beserta karakteristik masalah psikososial yang mungkin berbeda.
3. Eksplorasi lebih lanjut dalam penelitian mendatang mengenai pengalaman fenomenologis anak dengan kekerasan beserta intervensi yang dilakukan. Hal tersebut akan menyediakan informasi baru yang penting tentang bagaimana anak dapat mengatasi pengalaman tersebut lebih lanjut dan mengetahui hubungan antara perkembangan dengan pembawaan anak.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pedoman Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak (KtP&A) di Rumah Sakit. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Departemen Kesehatan RI. Jakarta, 2009. h. 1-13.
2. Laporan Publik 9 Tahun Pusat Krisis Terpadu untuk Perempuan dan Anak Korban Kekerasan RS Cipto Mangunkusumo. Pusat Krisis Terpadu RS Cipto Mangunkusumo. Jakarta, 2008. h. 20-27.
3. Carolyn MN, Isabelle MG. *Clinical and Institutional Interventions and Children's Resilience and Recovery from Sexual Abuse*. Kluwer Academic Publisher, 2004; 1-29.
4. Josie S, et.al. *Impact of Child Sexual Abuse on Mental Health*. The British Journal of Psychiatry, 2004; 184:416-421.
5. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, 2002 ; 17-19.
6. Diana JE. *The Extent and Consequences of Child Maltreatment*. Protecting Children from Abuse and Neglect Vol 8, 1998; 39-52.
7. Barbara L. *Child Maltreatment: Effects on Developmental and Learning*. 2000 ; 365-71.
8. Erik HE. *Identitas dan Siklus Hidup Manusia*. PT Gramedia. Jakarta, 1989. h. 174-295.
9. Bruce AA. *Relationship Between Childhood Maltreatment, Adult Health and Psychiatric Outcomes, and Medical Utilization*. J Clin Psychiatry, 2004; 65(suppl 12):10-15).
10. John C, Ann H. *Adolescence, Risk, and Resilience*. John Wiley & Sons, 2007.
11. Emily AP, Faye GB. *A Review of Literature on The Evidence of Impact of The Resilience Approach*. Synthesis of The Discussion on The Resilience Approach, 2007; 2-27.
12. Michael U. *The Study of Youth Resilience Across Cultures: Lesson from a Pilot Study of Measurement Development*. Research in Human Development, 2008.

13. Sammuell OS. *Moderating Effect of Resilience, SelfEsteem and Social Support on Adolescent's Reaction to Violence*. www.eesenet.org, 2010; 101-110.
14. Gavin A, et al. *Child Sexual Abuse*. MJA, 2002; 1851-1940.
15. Sudigdo S, Ismael S. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 2. CV Sagung Seto. Jakarta, 2002.
16. Sheehan DV, et al. *The Mini-International Neuropsychiatry Interview (MINI): The Development and Validation of a structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM –IV and ICD-10*. J Clin Psy 1998; 59.
17. Yenny S. *Gambaran Masalah Kesehatan Jiwa Pada Anak di Komunitas Urban Miskin di Bantaran Kali Ciliwung Kelurahan Bukit Duri Kecamatan Tebet Jakarta Selatan*. Tesis. FK UI. Jakarta; 2010.
18. Elizabeth M, Saewyc RN. *The Prevalence of Sexual Abuse Among Adolescent in School*. The Journal of School Nursing, Minneapolis, 2003; 266-72.
19. *Kekerasan Anak*. Direktorat Bina Kesehatan Anak. Jakarta, 2010.
20. Kenneth LM, Marianne KD. *A Counselor's Guide to Child Sexual Abuse: Prevention, Reporting and Treatment Strategies*. Presented at the 2007 Association for Counselor Education and Supervision Conference, October 11-14, 2007.
21. Syamsu Y. *Psikologi Anak dan Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2004.
22. Shanta RD, Robert FA. *Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim*. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28: 430-7.
23. Doni, Mira. *Kekerasan Seksual Pada Anak*. Pulih, 2010.h.1-8.
24. Benjamin O, Nwanko. *Risky Sexual Behaviours among Adolescent in Owerri Municipal: Predictors of Unmet Family Health Needs*. *African Journal of Reproductive Health* vol 13, 2009;135-49.
25. Magdalena S. *Menjamin Hak Perempuan dan Anak Melalui Konvensi*. Jurnal Perempuan no 45, 2006.

26. Yuhartati. Perlindungan Hak dan Pelayanan Korban di Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Umum Pusat Cipto Mangunkusumo Sebagai Bentuk Pelaksanaan Dalam Menangani Perempuan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Departemen Kriminologi FISIP UI. 2010.
27. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Departemen Kesehatan RI Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 1995.
28. The National Child Traumatic Stress Network. *Understanding Child Traumatic Stress*. Los Angeles, 2001; 1-12.
29. Kathleen JM. *The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescent*. Departement of Helath Child, Adolescent and Family Unit, 2005; 2-41.
30. Tanya A. *PTSD in Children and Adolescent*. Chicago, 2005.
31. Judith AC, Anthony P. *Predictor of Treatment Outcome in Sexually Abused in Children*. Child Abuse and Neglect. 2000; 983-94.
32. Ekandari Sulistyaningsih. *Adolescent Acquaintance Rape Survivor's Experience of Unwanted Pregnancy, A Study of Perception, Decision Making, Effects and Woman's Strategies in Yogyakarta, Indonesia*. Tesis. Mahidol University. 2005.
33. Corinne H, Jenna B. *Reframing Responses Stage Two: Supporting Women Survivors of Child Abuse*. Mental Health Coordinating Council, 2006; 2-22.

Lampiran I

DATA RESPONDEN

PETUNJUK: Lingkarilah pilihan jawaban yang sesuai dengan diri anda.

Nama:

Usia: 1. 6-12 tahun 2. 13-18 tahun

Jenis Kelamin: 1. Laki-laki 2. Perempuan

Hubungan pendamping dengan responden:

1. Ayah/Ibu kandung 2. Ayah/Ibutiri 3. Saudara kandung
4. Saudara tiri 5. Kerabat 6. Tetangga 7. Teman 8. Guru 9. Kekasih 10.
Orang lain 11. Tanpa Pendamping

Jumlah orang yang tinggal serumah: 1. (1-3 orang) 2. (4-5 orang) 3. (6-10 orang) 4. (>10 orang)

Agama: 1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Hindu 5. Budha

Suku menurut ayah: 1. Jawa 2. Sunda 3. Batak 4. Betawi 5.
Minang 6. Lain-lain

Pendidikan: 1. Belum pernah sekolah 2. Setingkat TK 3. Setingkat SD
4. Setingkat SLTP 5. Setingkat SLTA 6. Setingkat Perguruan Tinggi
7. Saat ini tidak melanjutkan sekolah

Prestasi akademis: 1. Dibawah rata-rata kelas 2. Rata-rata kelas 3. Diatas rata-rata kelas

Pekerjaan orang tua: 1. Tidak bekerja 2. PNS 3. Swasta 4. Dagang 5. ABRI
9. Lain-lain

Status Perkawinan orangtua: 1. Orangtua tunggal (bercerai/berpisah/
meninggal) 2. Menikah

Status ekonomi orangtua: 1. (<Rp. 633.872) 2. (Rp 633.872 - <Rp 1.267.744)
3. (Rp 1.267.744 - Rp 2.534.488) 4. (>Rp 2.534.488)

Jumlah anggota keluarga yang ditanggung orang tua: 1. (1-3 orang)
2. (4-5 orang) 3. (>5 orang)

Riwayat keluarga berobat ke bagian Psikiatri/Jiwa: 1. Ya 2. Tidak

Riwayat anak berobat ke bagian Psikiatri/Jiwa: 1. Ya 2. Tidak

Aktivitas anak mendapatkan informasi:

1.Mendengar radio 2.Menonton televisi 3.Membaca surat kabar/majalah
4.Internet 5. Lebih dari satu aktivitas 6. Lain-lain

Aktivitas anak bersama orangtua/wali:

1.Menonton 2.Makan bersama
3.Bincang-bincang 4. Bermain 5.Belajar 6.Kegiatan keagamaan 7. Berolahraga
8. Lebih dari satu aktivitas 9. Lain-lain

Masalah di keluarga:

1.Ya 2.Tidak

Masalah ditolak teman sebaya:**A.PERTANYAAN TENTANG KEKERASAN SEKSUAL**

Mendapat kekerasan seksual: 1.Ya 2.Tidak

Jika jawaban YA maka lanjutkan ke pertanyaan berikutnya. Jika jawaban TIDAK maka langsung ke pertanyaan B

Pelaku kekerasan seksual: 1.Orangtua kandung 2.Orangtua tiri 3.Saudara kandung 4.Saudara tiri 5.Kerabat 6.Tetangga 7.Teman 8.Guru 9.Kekasih 10. Orang lain 11. Lebih dari satu pelaku

Usia pertama kali saat mendapat kekerasan seksual: 1. (0-1,5 tahun) 2. (2-3 tahun) 3. (4-5 tahun) 4. (6-12 tahun) 5. (13-18 tahun)

Frekuensi kekerasan: 1.(1 kali) 2. (2-5 kali) 3.(5-10 kali) 4.(> 10 kali)

B. PERTANYAAN TENTANG KEKERASAN FISIK

Mendapat kekerasan fisik: 1.Ya 2.Tidak

Jika jawaban YA maka lanjutkan ke pertanyaan berikutnya. Jika jawaban TIDAK maka langsung ke pertanyaan C.

Pelaku kekerasan fisik: 1.Orangtua kandung 2.Orangtua tiri 3.Saudara kandung 4.Saudara tiri 5.Kerabat 6.Tetangga 7.Teman 8.Guru 9. Kekasih 10.Orang lain 11. Lebih dari satu pelaku

Usia pertama kali saat mendapat kekerasan fisik: 1. (0-1,5 tahun) 2. (2-3 tahun) 3. (4-5 tahun) 4. (6-12 tahun) 5. (13-18 tahun)

Frekuensi kekerasan: 1.(1 kali) 2. (2-5 kali) 3.(5-10 kali) 4.(> 10 kali)

C. PERTANYAAN TENTANG KEKERASAN PSIKIS

Mendapat kekerasan psikis: 1. Ya 2. Tidak

Jika jawaban YA maka lanjutkan pertanyaan berikutnya. Jika jawaban TIDAK maka langsung ke pertanyaan D.

Pelaku kekerasan psikis: 1.Orangtua kandung 2.Orangtua tiri 3.Saudara kandung 4.Saudara tiri 5.Kerabat 6.Tetangga 7.Teman 8.Guru 9. Kekasih 10.Orang lain 11. Lebih dari satu pelaku

Usia pertama kali saat mendapat kekerasan psikis: 1. (0-1,5 tahun) 2. (2-3 tahun) 3. (4-5 tahun) 4. (6-12 tahun) 5. (13-18 tahun).

Frekuensi kekerasan: 1.(1 kali) 2. (2-5 kali) 3.(5-10 kali) 4.(> 10 kali)

D. PERTANYAAN TENTANG PENELANTARAN

Mendapat penelantaran: 1. Ya 2. Tidak

Jika jawaban YA,lanjutkan ke pertanyaan berikutnya. Jika jawaban TIDAK maka Stop.

Pelaku penelantaran: 1.Orangtua kandung 2.Orangtua tiri 3.Saudara kandung 4.Saudara tiri 5.Kerabat 6.Tetangga 7.Teman 8.Guru 9. Kekasih 10.Orang lain 11. Lebih dari satu pelaku

Usia pertama kali saat mendapat penelantaran: 1. (0-1,5 tahun) 2. (2-3 tahun) 3. (4-5 tahun) 4. (6-12 tahun) 5. (13-18 tahun)

Frekuensi kekerasan: 1.(1 kali) 2. (2-5 kali) 3.(5-10 kali) 4.(> 10 kali)