



**PASCA SARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIAL EKONOMI DENGAN KESEHATAN
MENTAL PADA ANAK KORBAN SEXUAL ABUSE
DI PROVINSI ACEH TAHUN 2021**

**OLEH :
NOFITA YULANDARI
NPM : 1907210010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2022**



PASCA SARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIAL EKONOMI DENGAN KESEHATAN
MENTAL PADA ANAK KORBAN SEXUAL ABUSE
DI PROVINSI ACEH TAHUN 2021**

Proposal ini diajukan sebagai
salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

OLEH:
NOFITA YULANDARI
NPM: 1907210010

PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2022

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nofita Yulandari

NPM : 1907210010


Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul **“Hubungan faktor sosial ekonomi dengan kesehatan mental pada anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh tahun 2021”** benar- benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, September 2020



Nofita Yulandari D

Nofita Yulandari D

NPM: 1907210010

ABSTRAK

NAMA : NOVITA YULANDARI
NPM : 1907210010
PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH ACEH
PEMINATAN : ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN

HUBUNGAN FAKTOR SOSIAL EKONOMI DENGAN KESEHATAN MENTAL PADA ANAK KORBAN SEXUAL ABUSE DI PROVINSI ACEH TAHUN 2021

(2 Gambar, 13 Tabel, 6 Lampiran, 85 Halaman)

Kekerasan seksual terhadap anak akan berdampak terhadap perkembangan kesehatan mental anak. Kasus kekerasan seksual terhadap anak masih menjadi fenomena gunung es. Hal ini disebabkan kebanyakan anak yang menjadi korban kekerasan seksual enggan melapor. Dampak kesehatan di kemudian hari berkaitan dengan trauma yang berkepanjangan, bahkan hingga dewasa. Bila tidak ditangani serius, kekerasan seksual terhadap anak dapat menimbulkan dampak sosial yang luas di masyarakat.

Penelitian ini mengkaji hubungan faktor sosial ekonomi dengan kesehatan mental pada anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh. Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah anak yang mengalami kekerasan seksual berdasarkan data dari UPTD-PPA Aceh Provinsi Aceh di 12 Kabupaten yang berjumlah 123 anak. Sampel penelitian adalah total populasi. Analisis data menggunakan uji *logistic regersi*.

Hasil penelitian diketahui (40,65%) mengalami borderline dan (59,35%) abnormal. Faktor yang berhubungan dengan perkembangan kesehatan mental anak adalah pendidikan ayah menengah (OR= 3,6; p = 0,002), pendidikan ayah dasar (OR=2,8; p= 0,025), pekerjaan ayah wiraswasta (OR=3,6; p=0,03), pengaruh lingkungan (OR=2,7; p= 0,009), dukungan keluarga tidak mendukung (OR=9; p=0,0001) dan peran konselor tidak mendukung (OR=2,3; p= 0,026).

Hasil analisis multivariat disimpulkan bahwa anak yang mengalami seksual abuse cenderung mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal 15 kali lebih besar dibandingkan dengan variabel lainnya. Kepada Pemerintah Aceh dalam hal Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A) wajib melakukan sosialisasi dalam hal ini diwakili gampong dan program edukasi kepada semua golongan masyarakat mengenai pencegahan kejahatan terhadap anak dan tindakan-tindakan serta hukuman bagi pelaku. Pemerintah wajib memberikan perhatian pada rehabilitasi anak yang menjadi korban, terutama pendampingan secara psikologis sehingga memulihkan cedera mental atau trauma yang dialami anak.

Kata Kunci : sosial, ekonomi, kesehatan mental, anak, sexual abuse
Daftar Kepustakaan : 93 (1991-2020).

RELATIONSHIP OF SOCIAL ECONOMIC FACTORS WITH MENTAL HEALTH IN CHILDREN VICTIMS OF SEXUAL ABUSE IN ACEH PROVINCE IN 2021

Abstract

Sexual violence against children will have an impact on the development of children's mental health. Cases of sexual violence against children are still an iceberg phenomenon. This is because most children who are victims of sexual violence are reluctant to report it. The health effects in later life are related to prolonged trauma, even into adulthood. If not taken seriously, sexual violence against children can have a wide social impact in society. This study examines the relationship of socio-economic factors with mental health in child victims of sexual abuse in Aceh Province. This study is an analytical observational study using a cross sectional design. The population in this study were children who experienced sexual violence based on data from the UPTD-PPA Aceh Province of Aceh in 12 districts totaling 123 children. The research sample is the total population. Data analysis used logistic regression. The results showed that (40.65%) had borderline and (59.35%) abnormal. Factors related to the mental health development of children were father's secondary education (OR= 3.6; p 0.002), father's primary education (OR=2.8; p 0.025), father's occupation (OR=3.6; p0.03), environmental influences (OR=2,7; p 0.009), family support was not supportive (OR=9; p0.0001) and the counselor's behavior was not supportive (OR=2.3; p 0.026). The results of multivariate analysis concluded that children who experienced sexual abuse tended to experience abnormal mental health development 15 times greater than those who experienced sexual abuse. other variables. The Aceh Government in terms of the Office of Women's Empowerment and Child Protection (DP3A) is obliged to carry out socialization in this case represented by village and educational programs to all groups of society regarding the prevention of crimes against children and the actions and punishments for perpetrators. The government is obliged to pay attention to the rehabilitation of children who are victims, especially psychological assistance so as to restore mental injuries or trauma experienced by children.

Keywords: social, economic, mental health, children, sexual abuse,

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

HUBUNGAN FAKTOR SOSIAL EKONOMI DENGAN KESEHATAN MENTAL PADA ANAK
KORBAN SEXUAL ABUSE DI PROVINSI ACEH TAHUN 2021

Oleh:

Nofita Yulandari
NPM: 1907210010

Banda Aceh, Maret 2022

Disetujui oleh:

Pembimbing I




Dr. Radhiah Zakaria, MSc
NIK. 196810262019122001

Pembimbing II



Dr. rer. Med. Marthoenis, M.Sc., MPH
NIP.198307292016091101

Disahkan oleh:
Direktor Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, S.KM, M.HSM, MSc.HPP, DLSHFM, PhD
NIP. 19710703199503 1 001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis dengan Judul

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIAL EKONOMI DENGAN KESEHATAN MENTAL
PADA ANAK KORBAN SEXUAL ABUSE DI PROVINSI ACEH TAHUN 2021**

Oleh:

Nofita Yulandari

NPM: 1907210010


Tesis ini telah diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite Seminar Progres
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh
Banda Aceh, Maret 2022
Disetujui oleh Komite Seminar Progres

Tanda Tangan

Ketua : **Dr. Radhiah Zakaria, M.Sc**
NIK. 196810262019122001

()

Penguji I : **Dr.rer.Med. Marthoenis, M.Sc.,M.P.H**
NIP. 19833079 201609 1 101

()

Penguji II : **Dr. Hafnidar A. Rani, ST, MM**
NIDN. 0104037002

()

Penguji III : **Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D**
NIP. 19710703 199503 1 001

()

Disahkan oleh:
Direktur Pascasarjana UNMUHA



Prof. Asnawi Abdullah, S.KM, M.HSM, M.Sc HPPF, DLSHTM, PhD
NIP. 19710703 199503 1 001

BIODATA PENULIS

Nama : Nofita Yulandari D, S.Kep
Tempat dan Tanggal Lahir : Kutacane, 12 November 1984
Alamat : Jalan Ule Lhe Kp. Blang Oi Kec. Meuraxa Banda
Aceh
Pendidikan yang ditempuh : S-2 kesehatan masyarakat
Pekerjaan : **PNS di Dinas Pemberdayaan Perempuan dan
Perlindungan Anak Provinsi Aceh**
Nama suami : Munawir Arifin, S.Stp
Pekerjaan : PNS di Sekretariat Daerah Aceh
Nama Anak : 1. Asyila Latifah
2. Shakira Munira

Nama Orang Tua

Ayah : Sudirman L, S.Pd
Pekerjaan : Pensiunan
Ibu : Yusni Chaniago
Pekerjaan : Ibu Rumah tangga
Alamat Orang Tua : Kutacane

Pendidikan Yang Ditempuh

1. SD Inpres Kutacane : Tamat tahun 1994
2. SMP N 1 Kutacane : Tamat tahun 2000
3. SMA N 1 Kutacane : Tamat tahun 2003
4. S1 Keperawatan : Tamat tahun 2008
5. S-2 MKM UNMUHA : Tamat tahun 2019

Publikasi

KATA PENGANTAR



Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena hanya dengan berkat rahmat, Inayah dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini, tidak lupa pula shalawat serta salam kepada Nabi Besar Muhammad SAW dan seluruh sahabat beliau yang telah merubah dan memperbaiki akhlak umat manusia dipermukaan bumi ini.

Ucapan terima kasih kepada pembimbing pertama ibu **Dr. Razhiah Zakaria, MSc** dan pembimbing Kedua bapak **Dr. rer. Med. Marthoenis, M.Sc., MPH** yang telah membimbing penulis selama ini. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak terdapat kekurangan yang disebabkan oleh penulis sendiri. oleh karena itu kritikan dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan untuk perbaikan proposal tesis ini.

Dalam kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta yang telah mendidik, membesarkan dan mendoakanku tanpa henti.
2. Kepada keluarga yang telah memberikan semangat dan motivasi hidup selama ini
3. Bapak Dr. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D, selaku Direktur Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.

5. Kepada para dosen penguji Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D dan Ibu Dr. Hafnidar A. Rani, ST, MM rani yang telah memberikan saran yang bermanfaat bagi penulis untuk perbaikan tesis ini.
6. Seluruh staff dan karyawan akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat.
7. Semua teman-teman Mahasiswa Prodi MKM-FKM UNMUHA yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini masih banyak terdapat kekurangan yang disebabkan oleh penulis sendiri. Oleh karena itu kritikan dan saran dari berbagai pihak sangat diharapkan untuk perbaikan tesis ini. Akhirnya dengan satu harapan semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri dan bagi semua kalangan yang membacanya, *Amin....*

Banda Aceh, Maret 2022

Penulis,

Nofita Yulandari

NPM: 1907210010

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	iii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN TESIS.....	Error! Bookmark not defined.
BIODATA PENULIS.....	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI.....	1
BAB I PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang.....	Error! Bookmark not defined.
1.2 Rumusan Masalah.....	Error! Bookmark not defined.
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
1.4 Tujuan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.6 Manfaat Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.7 Originalitas Penelitian	Error! Bookmark not defined.
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
2.1 Definisi <i>Sexual Abuse</i>	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Definisi Sexual.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.2 Definisi Sexual Abuse	Error! Bookmark not defined.
2.1.3 Bentuk-bentuk Abuse.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Jenis <i>Sexual Abuse</i> pada anak.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.5 Faktor Penyebab terjadinya Sexual Abuse.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi Sexual Abuse.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.7 Dampak Sexual Abuse	Error! Bookmark not defined.
2.1.8 Cara mencegah terjadinya Sexual Abuse	Error! Bookmark not defined.
2.2 Konsep Anak	Error! Bookmark not defined.
2.2. 1 Pengertian dan Konsep Anak Usia Sekolah.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah	Error! Bookmark not defined.
2.3 Konsep Kesehatan Mental.....	Error! Bookmark not defined.
2.3.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan Mental.....	Error! Bookmark not defined.
2.3.2 Kesehatan Mental anak	Error! Bookmark not defined.
2.3.3 Kesehatan Mental Anak Korban <i>Sexual Abuse</i>	Error! Bookmark not defined.
2.3.4 Dampak Kesehatan Mental Anak Korban Sexual Abuse....	Error! Bookmark not defined.
2.3.5 Determinan Kesehatan Mental Anak Korban <i>Sexual Abuse</i>	Error! Bookmark not defined.
2.4 Kuesioner SDQ	Error! Bookmark not defined.
2.5 Kerangka Teori	Error! Bookmark not defined.

BAB III KERANGKA KONSEPError! Bookmark not defined.

- 3.1 Konsep Pemikiran.....Error! Bookmark not defined.
- 3.2 Hipotesis PenelitianError! Bookmark not defined.
- 3.3 Variabel penelitian.....Error! Bookmark not defined.
- 3.4 Definisi Operasional.....Error! Bookmark not defined.
- 3.5 Instrumen Pengumpulan DataError! Bookmark not defined.

BAB IV METODE PEELITIANError! Bookmark not defined.

- 4.1 Desain Penelitian.....Error! Bookmark not defined.
- 4.2 Lokasi Penelitian dan Waktu PenelitianError! Bookmark not defined.
- 4.3 Populasi dan Sampel PenelitianError! Bookmark not defined.
- 4.4 Metode Pengumpulan Data.....Error! Bookmark not defined.
- 4.5 Analisis Data.....Error! Bookmark not defined.
- 4.6 Rancangan Pengolahan DataError! Bookmark not defined.
- 4.7 Etika penelitianError! Bookmark not defined.

BAB V HASIL PENELITIANError! Bookmark not defined.

- 5.1 Gambaran Umum.....Error! Bookmark not defined.
 - 5.1.1 GeografiError! Bookmark not defined.
 - 5.1.2 Demografi.....Error! Bookmark not defined.
- 5.2 Hasil Penelitian.....Error! Bookmark not defined.
 - 5.2.1 Analisis Univariat.....Error! Bookmark not defined.
 - 5.2.2 Analisa Bivariat.....Error! Bookmark not defined.
 - 5.2.3 Analisis MultivariatError! Bookmark not defined.

BAB VI PEMBAHASANError! Bookmark not defined.

- 6.1 Karakteristik dan Sosial Ekonommi.....Error! Bookmark not defined.
- 6.2 LingkunganError! Bookmark not defined.
- 6.3 Dukungan Keluarga.....Error! Bookmark not defined.
- 6.3 Peran Konselor.....Error! Bookmark not defined.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAB.....Error! Bookmark not defined.

- 7.1 KesimpulanError! Bookmark not defined.
- 7.2 SaranError! Bookmark not defined.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner
2. Tabel Skor
3. Master Tabel
4. Stata
5. Surat Selesai Penelitian
6. Dokumentasi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak adalah investasi dan harapan masa depan bangsa serta sebagai penerus generasi dimasa mendatang. Dalam siklus kehidupan, masa anak-anak merupakan fase dimana anak mengalami tumbuh kembang yang menentukan masa depannya, sehingga perlu adanya optimalisasi perkembangan anak, karena selain krusial juga pada masa itu anak membutuhkan perhatian dan kasih sayang dari orang tua atau keluarga sehingga secara mendasar hak dan kebutuhan anak dapat terpenuhi secara baik. Tidak hanya itu faktor eksternal yang berasal dari lingkungan tempat tinggal juga memiliki pengaruh penting dalam perkembangan anak (Wahyuni, 2016)

Indonesia sudah berada pada kondisi gawat darurat anak. Salah satunya Seksual Abuse pada anak mengalami trend yang meningkat setiap tahun nya. Anak adalah generasi penerus bangsa dan penerus pembangunan. Upaya Perlindungan anak salah satu bentuk cara menjaga sumber daya manusia yang berkompetensi, meningkatkan keutuhan manusia, menuju masyarakat yang adil dan makmur, berdasarkan Pancasila dan UUD 1945. *Sexual Abuse* sesuatu yang perlu ditanganin secara serius yang mengakibatkan kerusakan yang singkat dan kerugian yang berat, serta lama bagi korban terutama pada anak (Lewoleba & Fahrozi, 2020).

Kekerasan terhadap anak meliputi kekerasan fisik, verbal, dan kekerasan seksual. Bentuk kekerasan yang sering terjadi pada anak yang berdampak lama seperti mental dan kesehatan fisik adalah kekerasan seksual atau *Sexual Abuse*. *Sexual Abuse* pada anak dilakukan dengan adanya pemaksaan, ancaman pada korban serta terpaparnya ada dengan kondisi seksual (Paramastri *et al.*, 2011).

Terkait dengan perlindungan anak pemerintah Indonesia telah menerbitkan undang-undang Nomor 23 tentang perlindungan anak, 2002 pasal 1 butir 2 menyebutkan bahwa menjamin dan melindungi hak anak adalah merupakan salah satu bentuk perlindungan terhadap anak sehingga anak dapat hidup, tumbuh berkembang serta partisipasi sesuai dengan nilai kemanusiaan secara benar sehingga menjamin terjadinya kekerasan yang tidak diharapkan (Komnas Perempuan, 2020).

Kekerasan seksual pada anak dapat dibagi dalam dua aktivitas yaitu (1) aktivitas seksual kontak seperti mencium anak dengan intim, membelai, meraba anak untuk mendapatkan kepuasan seksual, jari tangan yang dimasukkan kedalam alat kelamin dan (1) aktivitas seksual non kontak dengan cara masturbasi di depan anak, melihat anak berpakaian dan mandi, menceritakan pada anak hal-hal yang tidak pantas yang dapat membuat gairah. Anak salah satu sasaran pelaku untuk dijadikan aktivitas seksual dikarenakan anak dianggap lemah dan masih bergantung pada orang dewasa (Justicia, 2015).

Tingginya angka kekerasan seksual pada anak juga ditunjukkan oleh berbagai lembaga di tiap negara, seperti Australian Bureau of Statistics mencatat bahwa di tahun 2018 ada sekitar 14.647 anak berumur 0-19 tahun menjadi korban kekerasan seksual, dan kekerasan seksual ini merupakan jenis kejahatan tertinggi yang menimpa anak-anak di Australia. Di Inggris, pemerintah mencatat ada sekitar 3.1 juta anak pernah mengalami kekerasan seksual pada saat berumur 16 tahun ke bawah. Sedangkan Indonesia dinyatakan sebagai negara dengan tingkat kekerasan seksual anak tertinggi di wilayah Asia Pasifik (Rumble *et al.*, 2020).

Menurut data Komnas Perempuan di Indonesia kasus kekerasan terhadap anak perempuan (KTAP) melonjak sebanyak 2.341 kasus, tahun sebelumnya sebanyak 1.417. Kenaikan dari tahun sebelumnya terjadi sebanyak 65% dan paling banyak adalah kasus inses dan ditambahkan dengan kasus kekerasan seksual (571 kasus). Dari pengaduan langsung ke Komnas Perempuan, tercatat kenaikan yang cukup signifikan yakni pengaduan kasus cyber crime 281 kasus (2018 tercatat 97 kasus) atau naik sebanyak 300%. Kasus siber terbanyak berbentuk ancaman dan intimidasi penyebaran foto dan video porno korban (Komnas Perempuan, 2020).

Provinsi Aceh merupakan provinsi yang dijuluki Serambi Mekkah yang menjunjung tinggi syariat Islam serta norma-norma agama dalam kenyataannya kejahatan seksual masih tinggi, salah satunya *sexual abuse* pada anak. *Sexual abuse* pada anak di Aceh meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2016 tercatat berjumlah 177 kasus kekerasan seksual pada anak, meningkat menjadi 240 kasus pada tahun 2017, 203 kasus pada tahun 2018, meningkat lagi menjadi 243 pada tahun 2019, serta 111 kasus pada triwulan ke-2 tahun 2020 (UPTD-PPA, 2021).

Tindakan pelecehan seksual anak membawa dampak emosional dan fisik. Secara emosional, anak sebagai korban pelecehan seksual mengalami stress, depresi, goncangan jiwa, adanya perasaan bersalah dan menyalahkan diri sendiri, rasa takut berhubungan dengan orang lain, bayangan kejadian dimana anak menerima pelecehan seksual, mimpi buruk, insomnia, dan kehamilan yang tidak diinginkan (Hayati *et al.*, 2011).

Trauma akibat pelecehan seksual pada anak sulit dihilangkan jika tidak secepatnya ditangani oleh ahlinya. Anak yang mendapat pelecehan seksual,

mempunyai dampak jangka pendeknya akan mengalami mimpi buruk, ketakutan yang berlebihan pada orang lain, dan konsentrasi menurun yang akhirnya akan berdampak pada kesehatan. Jangka panjangnya, ketika dewasa akan mengalami fobia pada hubungan seks atau bahkan akan terbiasa dengan kekerasan sebelum melakukan hubungan seksual (Ocviyanti & Khusen, 2018; Anderson & Parkinson, 2018).

Penelitian Spataro *et al.* (2004) menemukan baik korban pria maupun wanita yang memiliki tingkat pelecehan yang lebih tinggi secara signifikan menjalani perawatan psikiatri lebih lama daripada periode kontrol. Beberapa jenis gangguan mental masa kanak-kanak meliputi, gangguan mental masa kanak-kanak, gangguan kecemasan dan gangguan afektif, tetapi tidak untuk gangguan skizoafektif. Korban laki-laki secara signifikan lebih mungkin untuk menjalani pengobatan daripada perempuan.

Penelitian Windari & Syahputra (2020) menemukan beberapa faktor resiko Post Traumatik Syndrome (PTSD) pada anak korban pelecehan seksual dikaitkan dengan 2 (dua) faktor yakni, : 1) Faktor kerentanan pada anak dan 2) Faktor lingkungan (keluarga dan sosial). Dua faktor tersebut, akan diuraikan menjadi 3 tahapan pemicu terjadinya PTSD yakni : 1) Pra-Trauma, 2) Peri-Trauma, 3) Paska-Trauma.

Pengalaman kekerasan yang diterima anak, selama kehidupannya dapat menimbulkan traumatic pada kehidupan anak dalam jangka waktu panjang. Kadang menetap dan sulit untuk diperbaiki, jika tingkat keparahan tinggi dan dilakukan pada usia dini. Selain itu dapat menghantarkan anak pada pribadi yang labil,

kecenderungan mengalami stress, depresi atau berakibat fatal dengan mencoba bunuh diri. Dengan suasana hati atau perasaan yang tidak mendapatkan penyelesaian, menjadikan anak beresiko tinggi menjadi pelaku kekerasan (Kurniasari, 2019).

Anak yang menjadi korban *sexual Abuse* akan mendapatkan dampak antara lain, dampak fisik dan dampak psikis, dampak fisik dapat berupa luka pada bagian kemaluan, gangguan makan, vaginismus. Secara psikis *sexual abuse* pada anak menjadi korban akan terjadi stress, depresi berat, traumatic, emosional yang meningkat, rasa takut yang berlebihan serta tidak mau beraktivitas diluar murung akibat rasa malu akibat kondisi yang dialaminya. Anak menjadi korban sexual abuse akan mengalami stress yang disebut dengan gangguan kecemasan berdasarkan Post Traumatik Stress Disorder (PTSD). Kondisi ini perlu segera mendapatkan perhatian, baik terhadap anak maupun terhadap pelaku tindak kekerasan, agar dampaknya dapat segera diminimalisir.

1.2 Rumusan Masalah

Masih tingginya kasus kekerasan seksual atau *sexual abuse* di Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak (UPTD-PPA) yang dampaknya akan berkepanjangan mulai dari sakit fisik, mental, sosial bahkan hingga kematian, selain itu akan berdampak pada perkembangan mental seperti trauma serta anak mengalami gangguan perilaku, emosional, dan mudah terkena penyakit. Beberapa penelitian sudah mengkaji tentang *sexual abuse* namun belum banyak yang mengkaitkan dengan perkembangan kesehatan mental. Penelitian ini akan mengkaji hubungan faktor sosial ekonomi dengan kesehatan mental pada anak korban *sexual abuse* di Provinsi Aceh.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah

1. Faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perkembangan kesehatan mental anak?
2. Faktor apa yang paling signifikan yang mempengaruhi perkembangan kesehatan mental anak?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Mengetahui hubungan sosial ekonomi dengan perkembangan kesehatan mental anak menjadi korban di Provinsi Aceh tahun 2021.

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

1. Untuk mengetahui hubungan karakteristik dan sosial ekonomi orang tua meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.
2. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.
3. Untuk mengetahui hubungan lingkungan dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.
4. Untuk mengetahui hubungan peran konselor dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.
5. Untuk mengetahui faktor dominan terhadap perkembangan kesehatan mental anak di Provinsi Aceh.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Batasan penelitian ini hanya pada karakteristik keluarga dan dampak perkembangan kesehatan mental anak di Provinsi Aceh.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1.6.1 Manfaat Teoritis

Sebagai kontribusi penulis terhadap penerapan ilmu pengetahuan tentang metode penelitian kuantitatif menggunakan data primer yang dapat menjadi referensi penelitian di bidang gangguan emosional selanjutnya.

1.6.2 Manfaat Praktis

Sebagai masukan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan masukan bagi para pembuat kebijakan bidang kesehatan dalam merencanakan sesuatu dalam rangka menanggulangi permasalahan *Sexual Abuse* serta kesehatan mental anak menjadi korban

1.7 Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 Originalitas Penelitian

No	Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Noviana (2015))	<i>Sexual abuse</i> terhadap anak: dampak dan penanganannya Child sexual abuse impact and handling	Kualitatif	Dari variable penelitaian dapat mempengaruhi dampak trauma anak yang berkepanjangan	Metedologi, variable,fokus pada kekerasan seksual pada anak	Tidak mengukur dampak kesehatan mental pada anak
2	Rohmah <i>et al.</i> (2015)	Kekerasan Seksual Pada anak: Telaah Relasi Pelaku Korban Dan Kerentanan Pad aanak)	Deskripsi dengan pendekatan Kualitatif	Dari 16 kasus yang dianalisis, kejahatan kekerasan seksual pada anak, mayoritas dilakukan oleh orang yang dikenal oleh korban dan dilakukan dengan cara menbujuk atau ancaman	Penelitian sangat focus pada <i>sexual abuse</i> pada anak	Menggunaka case control
3	Ningsih & Sri (2018))	Kekerasan Seksual Pada Anak Di Kabupaten Karawang	Kualitatif	Kekerasan seksual pada anak di Kabupaten Karawang di picu oleh adanya disorientasi seksual pada orang dewasa, kurangnya pengawasan orangtua terhadap anak, tidak terkontrolnya sumber informasi dan faktor sosial budaya yang masih tabu dengan pendidikan seks usia dini	Penyebab kekerasan seksual pada anak	Metode penelitian case control. Survey kesehatan mental
4	Adams <i>et al.</i> (2018)	Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology	Kuantitatif	Hasil multivariat (secara bersamaan mengevaluasi semua karakteristik kekerasan fisik dan seksual) menunjukkan bahwa kekerasan	Pelecehan sexual serta depresi, kecemasan, dan PTSD.	Case control study. Penelitian berfokus pada kekerasan seksual anak. Menggunakan kuesioner SDQ.

				fisik yang dimulai pada masa kanak-kanak pertengahan dan onset pelecehan seksual pada masa kanak-kanak tengah atau remaja dikaitkan dengan semua bentuk psikopatologi; dan serangan fisik setiap saat secara unik terkait dengan PTSD.		
5	(Fontes <i>et al.</i> , 2017)	Childhood and adolescent sexual abuse, victim profile and its impacts on mental health	Kuantitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja yang dilecehkan memiliki profil perilaku, akrab dan sosial ekonomi yang unik dan bahwa mereka lebih mungkin untuk menggunakan alkohol dan obat-obatan, menjadi korban bullying, berada di lag kelas usia, untuk dipekerjakan dan tidak berniat untuk melanjutkan. mempelajari.	Pelecehan seksual	Case control study. Penelitian berfokus pada kekerasan seksual anak. Menggunakan kuesioner SDQ.
6	Ortuño-Sierra <i>et al.</i> (2018)	Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012	kuantitatif	Studi menegaskan bahwa SDQ, formulir versi orang tua, tampaknya menjadi alat yang memadai untuk penyaringan masalah emosional dan perilaku untuk anak-anak dan remaja. Penelitian masa depan harus menganalisis SDQ di tingkat lintas budaya, menggabungkan kerangka kerja psikometri baru dan klasifikasi kesehatan mental baru	Mental Health Kuesioner SDQ	Penelitian berfokus pada kekerasan seksual anak. Menggunakan kuesioner SDQ

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi *Sexual Abuse*

2.1.1 Definisi Sexual

Menurut WHO seks mengacu pada sifat-sifat biologis yang mendefinisikan manusia sebagai perempuan dan laki-laki. Seks sering diartikan sebagai aktifitas seksual genital dan lebel gender (jenis kelamin). Sedangkan seksualitas yaitu kebutuhan seseorang yang hakiki berupa kebutuhan seks, gender, kepuasan serta pemenuhan hasrat reproduksi (Rokhmansyah, 2016).

Seksualitas memiliki dimensi dimensi sosiokultural, dimensi agama dan etik, dimensi psikologis dan dimensi biologis, masing-masing dimensi tersebut akan dijelaskan sebagai berikut (Perry & Potter, 2005):

- a. Dimensi Sosiokultural Seksualitas dipengaruhi oleh norma dan peraturan kultural yang menentukan apakah perilaku yang diterima di dalam kultur. Keragaman kultural secara global menciptakan variabilitas yang sangat luas dalam norma seksual dan menghadapi spektrum tentang keyakinan dan nilai yang luas. Misalnya termasuk cara dan perilaku yang diperbolehkan selama berpacaran, apa yang dianggap merangsang, tipe aktivitas seksual, sanksi dan larangan dalam perilaku seksual, dengan siapa seseorang menikah dan siapa yang diizinkan untuk menikah. Setiap masyarakat memainkan peran yang sangat kuat dalam membentuk nilai dan sikap seksual, juga dalam membentuk atau menghambat perkembangan dan ekspresi seksual anggotanya. Setiap kelompok sosial mempunyai aturan dan norma sendiri yang memandu perilaku anggotanya.

Peraturan ini menjadi bagian integral dari cara berpikir individu dan menggarisbawahi perilaku seksual, termasuk, misalnya saja, bagaimana seseorang menemukan pasangan hidupnya, seberapa sering mereka melakukan hubungan seks, dan apa yang mereka lakukan ketika mereka melakukan hubungan seks.

- b. Dimensi Agama dan etik Seksualitas juga berkaitan dengan standar pelaksanaan agama dan etik. Ide tentang pelaksanaan seksual etik dan emosi yang berhubungan dengan seksualitas membentuk dasar untuk pembuatan keputusan seksual. Spektrum sikap yang ditunjukkan pada seksualitas direntang dari pandangan tradisional tentang hubungan seks yang hanya dalam perkawinan sampai sikap yang memperbolehkan individu menentukan apa yang benar bagi dirinya. Keputusan seksual yang melewati batas kode etik individu dapat mengakibatkan konflik internal.
- c. Dimensi Psikologis Seksualitas bagaimana pun mengandung perilaku yang dipelajari. Apa yang sesuai dan dihargai dipelajari sejak dini dalam kehidupan dengan mengamati perilaku orangtua. Orangtua biasanya mempunyai pengaruh signifikan pertama pada anak-anaknya. Mereka sering mengajarkan tentang seksualitas melalui komunikasi yang halus dan nonverbal. Seseorang memandang diri mereka sebagai makhluk seksual berhubungan dengan apa yang telah orangtua mereka tunjukkan kepada mereka tentang tubuh dan tindakan mereka. Orangtua memperlakukan anak laki-laki dan perempuan secara berbeda berdasarkan gender.

d. Dimensi Biologis Seksualitas berkaitan dengan perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan yang ditentukan pada masa konsepsi. Material genetic dalam telur yang telah dibuahi terorganisir dalam kromosom yang menjadikan perbedaan seksual. Ketika hormon seks mulai mempengaruhi jaringan janin, genitalia membentuk karakteristik laki-laki dan perempuan. Hormon mempengaruhi individu kembali saat pubertas, dimana anak perempuan mengalami menstruasi dan perkembangan karakteristik seks sekunder, dan anak laki-laki mengalami pembentukan spermatozoa (sperma) yang relatif konstan dan perkembangan karakteristik seks sekunder.

Berdasarkan beberapa pendapat terkait seks dan seksualitas maka dapat dinyatakan bahwa seks dan seksualitas itu berbeda. Seks merupakan salah satu komponen dari seksualitas. Seks merupakan jenis kelamin yang lebih mengarah kepada bentuk fisik guna memberi label gender. Sedangkan seksualitas memiliki makna yang lebih luas yang berkaitan dengan kepuasan seseorang yang berhubungan dengan alat kelamin.

2.1.2 Definisi Sexual Abuse

Sexual Abuse merupakan segala bentuk yang berkaitan dengan seksual yang menjadi sasaran oleh pelaku adalah anak-anak dibawah umur berdasarkan ketentuan hukum yang berlaku. Pelakunya *sexual abuse* sering ditemukan orang dewasa yang usianya lebih tua sehingga dapat dengan mudah melakukan aktivitas seksual (Noviana, 2015).

Sementara Lyness kekerasan seksual terhadap anak meliputi tindakan menyentuh atau mencium organ seksual anak, tindakan seksual atau pemerkosaan

terhadap anak, memperlihatkan media/benda porno, menunjukkan alat kelamin pada anak dan sebagainya. Undang-Undang Perlindungan Anak memberi batasan bahwa yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun), termasuk anak yang masih dalam kandungan (Maslihah, 2006).

Menurut Chairah (2019) perbuatan atau hubungan yang dilakukan pria dan perempuan dengan adanya pemaksaan terhadap seseorang seperti anak-anak yang masih dibawah umur yang merupakan perbuatan melanggar aturan hukum sosial di masyarakat. Korban seksual abuse akan berdampak pada individu meliputi korban selalu mengalami depresi berat akibat tingkat kecemasan yang meningkat.

Sexual abuse adalah segala kegiatan yang terdiri dari aktivitas seksual yang dilakukan secara paksa oleh orang dewasa pada anak atau oleh anak kepada anak lainnya. *Sexual abuse* pada anak meliputi perbuatan yang melibatkan anak secara paksa untuk kegiatan komersial, seperti pelacuran anak dengan bujukan atau adanya imbalan besar (Paramastri & Priyanto, 2010).

Menurut, Hurariah (2012) perbuatan yang dapat menimbulkan kekerasan terhadap anak merupakan perbuatan disengaja yang menimbulkan kerugian baik fisik amupun psikis. Bentuk kekerasan pada anak terdiri dari kekerasan fisik, psikologi, kekerasan secara seksual dan kekerasan secara sosial. *Sexual abuse* pada anak menurut *End Child Prostitution in Asia Tourism (ECPAT) Internasional* adalah tindakan yang dilakukan kepada anak dibawah umur yang pelakunya itu kebanyakan atau sering kali dilakukan oleh orang tidak dikenal (orang asing) dan

orang terdekat (keluarga terdekat dan orang dilingkungan terdekat) untuk mendapatkan kepuasan.

2.1.3 Bentuk-bentuk Abuse

Menurut Suyanto (2013) bentuk-bentuk abuse antara lain:

a. Kekerasan Seksual

Adalah pemberian perhatian seksual, baik secara lisan dan tulisan, disertai sentuhan fisik terhadap korban seksual yang merupakan sesuatu perbuatan oleh pelaku yang tidak diharapkan oleh korban sehingga diluar kemampuan korban harus menanggung aib bagi dirinya dan keluarga.

b. Perkosaan

Adalah suatu tindakan pemaksaan seksual terhadap anak maupun perempuan yang sama sekali tidak dikehendaki serta tidak berdaya untuk melawan sehingga perkosaan itu terjadi.

c. *Sadistic Rape* (perkosaan sadis)

Yaitu suatu perbuatan keji yang dilakukan pelaku terhadap korban dengan cara menyiksa tubuh korban sampai alat kelamin secara agresif.

d. *Domination Rape*

Yaitu suatu perbuatan pelaku dengan tujuan pelaku menunjukkan kehebatan dan keperkasaan dirinya dalam perbuatan seksual.

e. *Anger Rape*

Suatu tindakan kekerasan seksual berupa penyiksaan dengan tujuan pemuasan nafsu sebagai pelampiasan amarah si pelaku, perbuatan ini berdampak pada fisik korban.

2.1.4 Jenis *Sexual Abuse* pada anak

Bentuk-bentuk kekerasan seksual terhadap anak dibagi atas tiga kategori sebagai berikut (Komnas PA, 2020) :

- 1) **Pemerksaan.** Pemerksaan biasanya terjadi pada suatu saat dimana pelaku (biasanya) lebih dulu mengancam dengan memperlihatkan kekuatannya kepada anak.
- 2) **Incest.** Hubungan seksual atau aktivitas seksual lainnya antara individu yang mempunyai hubungan kerabat, yang perkawinan diantara mereka dilarang oleh hukum maupun kultur.
- 3) **Eksplotasi.** Eksplotasi seksual meliputi prostitusi dan pornografi. Hal ini cukup unik karena sering meliputi suatu kelompok secara berpartisipasi. Hal ini dapat terjadi sebagai sebuah keluarga atau di luar rumah bersama beberapa orang dewasa dan tidak berhubungan dengan anak-anak dan merupakan suatu lingkungan seksual.

Kekerasan seksual dapat berupa tindakan (Yuwono, 2018):

- a. Serangan seksual berupa pemerksaan (termasuk pemerksaan oleh warga negara asing, dan pemerksaan dalam konflik bersenjata) sodomi, kopulasi oral paksa, serangan seksual dengan benda, dan sentuhan atau ciuman paksa.
- b. Pelecehan seksual secara mental atau fisik menyebut seseorang dengan sebutan berkonteks seksual, membuat lelucon dengan konteks seksual.

- c. Menyebarkan video atau foto yang mengandung konten seksual tanpa izin, memaksa seseorang terlibat dalam pornografi.
- d. Tindakan penuntutan/pemaksaan kegiatan seksual pada seseorang atau penebusan/persyaratan mendapatkan sesuatu dengan kegiatan seksual.
- e. Pernikahan secara paksa.
- f. Melarang seseorang untuk menggunakan alat kontrasepsi ataupun alat agar tidak tertular penyakit kelamin
- g. Aborsi paksa
- h. Kekerasan pada organ seksual termasuk pemeriksaan wajib terhadap keperawanan.
- i. Pelacuran dan eksploitasi komersial seksual.

2.1.5 Faktor Penyebab terjadinya Sexual Abuse

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya tindak *sexual abuse* yang dialami oleh subyek adalah sebagai berikut (Fuadi, 2011):

- a. Kelalaian orang tua adalah suatu kondisi yang mana kurangnya perhatian orang tua terhadap anak akan selalu menjadi target korban *sexual abuse*.
- b. Rendahnya moralitas dan mentalitas pelaku adalah salah satu pemicu dikarenakan pelaku tidak mengontrol nafsu atau perilakunya
- c. Faktor ekonomi yang dapat membuat pelaku memuaskan rencananya dengan membuat iming-iming kepada korban sebagai target pelaku.

2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi Sexual Abuse

Kekerasan seksual dapat dipicu dari beberapa faktor yang secara umum dibedakan menjadi tiga faktor yaitu, faktor yang berasal dari individu, faktor lingkungan, dan faktor hubungan (Wilkins, 2014 dalam Dania, 2020).

- a. Faktor individu: pendidikan rendah, kurangnya pengetahuan dan keterampilan menghindar dari kekerasan seksual, kontrol perilaku buruk, pernah mengalami riwayat kekerasan, pernah menyaksikan kejadian kekerasan seksual dan penggunaan obat - obatan.
- b. Faktor lingkungan sosial komunitas: kebudayaan atau kebiasaan yang mendukung adanya tindakan kekerasan seksual, kekerasan yang dilihat melalui media, kelemahan kesehatan, pendidikan, ekonomi dan hukum, aturan yang tidak sesuai atau berbahaya untuk sifat individu wanita atau laki - laki.
- c. Faktor hubungan: kelemahan hubungan antara anak dan orangtua, konflik dalam keluarga, berhubungan dengan seorang penjahat atau pelaku kekerasan, dan tergabung dalam geng atau komplotan.

Faktor-faktor risiko terhadap kejadian kekerasan seksual anak ditinjau dari 3 aspek (Dania, 2020):

1. Faktor masyarakat/ sosial, meliputi kriminalitas yang tinggi, layanan sosial yang rendah, kemiskinan yang tinggi, tingkat pengangguran yang tinggi, kebiasaan pola tatanan dimasyarakat tentang pengasuhan anak, pengaruh pergeseran budaya, budaya memberikan hukuman badan kepada anak dan pengaruh media massa.
2. Faktor orang tua atau situasi keluarga, meliputi riwayat orang tua dengan kekerasan fisik atau seksual pada masa kecil, orang tua remaja, imaturitas emosi, ketidakmampuan didalam merawat anak, kurang nya kepercayaan diri, dukungan sosial yang tidak memadai, keterasingan yang dikategorikan sebagai bagian dari isolasi sosial dari masyarakat, kemiskinan, kepadatan hunian,

masalah interaksi dengan lingkungan, kekerasan dalam rumah tangga, riwayat depresi dan masalah kesehatan mental lainnya, kehamilan yang tidak diinginkan, riwayat penggunaan obat-obatan terlarang (NAPZA) atau alkohol, kurangnya dukungan sosial bagi keluarga. riwayat bunuh diri pada orang tua dan keluarga, nilai-nilai hidup yang dianut orang tua, serta kurangnya pengertian mengenai perkembangan anak.

3. Faktor anak, meliputi anak yang cacat secara fisik dan mental, anak yang kurang mendapat kasih sayang dan tidak diinginkan oleh keluarganya, anak yang sebelumnya pernah mengalami kekerasan seksual, anak dengan orang tua tunggal, anak yang menggunakan obat-obatan terlarang dan anak yang percaya dirinya kurang.

Faktor yang mempengaruhi kerentanan terjadinya kekerasan seksual yaitu (WHO, 2017):

- a. Jenis kelamin : Sexual abuse target nya kebanyakan kepada perempuan.
- b. Usia: semakin muda umur maka semakin rentan untuk menjadi korban kekerasan seksual, biasanya usia dibawah 15 tahun rentan menjadi korban kekerasan seksual.
- c. Tingkat ekonomi: Sexual abuse rata-rata terjadi pada golongan ekonomi kurang mampu salah satu penyebabnya adalah ketidakhadanya pengawasan dari orang tua.
- d. Tingkat pendidikan: perempuan dengan pendidikan yang lebih rendah rentan mengalami kekerasan seksual, sedangkan sebaliknya perempuan dengan

pendidikan yang lebih tinggi biasanya lebih dapat memberdayakan diri untuk mencegah kekerasan seksual.

- e. Kerentanan lingkungan/terpapar pada lingkungan pekerja seks komersial: berada pada lingkungan pekerjaan seks komersial dapat mempengaruhi terjadinya korban *sexual abuse*
- f. Pengalaman terhadap kekerasan seksual: anak yang pernah mengalami kekerasan seksual cenderung mengalaminya lagi dan berpotensi untuk menjadi pelaku kekerasan seksual.
- g. Pengaruh obat –obatan atau alkohol : penggunaan alkohol dan obat –obatan terlarang dapat menurunkan tingkat kesadaran baik pelaku maupun korban sehingga pelaku dapat melakukan tindak kekerasan seksual tanpa disadari dan efek bagi korban yaitu menurunkan potensi perlindungan terhadap dirinya.
- h. Memiliki pasangan lebih dari satu.

2.1.7 Dampak Sexual Abuse

Pelecehan seksual yang dialami anak secara fisik adalah cedera besarnya masalah tergantung pada umur dan ukuran anak, dan tingkat kekuatan yang digunakan, pelecehan seksual anak dapat menyebabkan luka internal dan pendarahan. Pada kasus yang parah, kerusakan organ internal dapat terjadi dan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan kematian (Ginting, 2020).

Infeksi: Pelecehan seksual pada anak dapat menyebabkan infeksi dan penyakit menular seksual (penyakit HIV dan AIDS).Tergantung pada umur anak, karena kurangnya cairan vagina yang cukup, kemungkinan infeksi lebih tinggi.

Kehamilan: terutama jika terjadi pada anak yang telah mengalami pubertas dampak pelecehan seksual secara psikologis seperti: Depresi: gangguan stres pasca trauma, kegelisahan, gangguan makan, rasa rendah diri yang buruk, gangguan identitas pribadi dan kegelisahan. Gangguan psikologis yang umum seperti: somatisasi, perubahan perilaku seksual, masalah sekolah/belajar. Masalah perilaku termasuk penyalahgunaan obat terlarang, perilaku menyakiti diri sendiri, kriminalitas ketika dewasa dan bunuh diri (Ginting, 2020).

Sementara itu, Reese-Weber & Smith (2011) mengungkapkan dampak jangka panjang kekerasan seksual terhadap anak yaitu anak yang menjadi korban kekerasan seksual pada masa kanak-kanak memiliki potensi untuk menjadi pelaku kekerasan seksual di kemudian hari. Ketidakberdayaan korban saat menghadapi tindakan kekerasan seksual di masa kanak-kanak, tanpa disadari digeneralisasi dalam persepsi mereka bahwa tindakan atau perilaku seksual bias dilakukan kepada figure yang lemah atau tidak berdaya.

2.1.8 Cara mencegah terjadinya Sexual Abuse

Cara untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual (Simbolon, 2018; Penny Naluria Utami, 2018):

a. Melalui pendekatan individu

- 1) Memberikan dukungan psikologi pada korban kekerasan seksual.
- 2) Merancang program bagi pelaku kekerasan seksual dimana pelaku harus bertanggung jawab terhadap perbuatannya, seperti menetapkan hukuman yang pantas bagi pelaku kekerasan seksual.

- 3) Memberikan pendidikan untuk pencegahan kekerasan seksual seperti pendidikan kesehatan reproduksi, sosialisasi mengenai penyakit menular seksual, dan pendidikan perlindungan seseorang dari sexual abuse.

b. Melalui pendekatan perkembangan

Pendekatan perkembangan yaitu mencegah kekerasan seksual dengan cara menanamkan pendidikan pada anak-anak sejak usia dini seperti pendidikan mengenai gender, memperkenalkan pada anak tentang pelecehan seksual dan risiko dari kekerasan seksual, mengajarkan anak cara untuk menghindari kekerasan seksual, mengajarkan batasan untuk bagian tubuh yang bersifat pribadi pada anak, batasan aktivitas seksual yang dilakukan pada masa - masa perkembangan anak (Tuliah, 2018).

c. Tanggapan perawatan kesehatan

- 1) Layanan Dokumen kesehatan : sektor kesehatan mempunyai peran sebagai penegak bukti medis korban yang mengalami *sexual abuse* untuk dapat menjadi bukti tuntutan terhadap pelaku kekerasan seksual.
- 2) Pelatihan kesehatan mengenai isi kekerasan seksual untuk dapat melatih tenaga kesehatan dalam mendeteksi kekerasan seksual.
- 3) Perlindungan dan pencegahan terhadap penyakit HIV.
- 4) Penyediaan tempat perawatan dan perlindungan terhadap korban kekerasan seksual.

d. Pencegahan sosial komunitas

- 1) Mengadakan kampanye anti kekerasan seksual
- 2) Pendidikan seksual dan pencegahan kekerasan seksual di sekolah

e. Tanggapan hukum dan kebijakan mengenai kekerasan seksual

- 1) Menyediakan tempat pelaporan dan penanganan terhadap tindak kekerasan seksual.
- 2) Menyediakan peraturan legal mengenai kejadian sexual abuse dan hukuman bagi pelaku sebagai perlindungan terhadap korban kekerasan seksual.
- 3) Mengadakan perjanjian internasional untuk standar hukum terhadap tindak kekerasan seksual dan kampanye anti kekerasan seksual. (Amanda *et al.*, 2016)

2.2 Konsep Anak

Anak adalah pemberian yang maha kuasa tumbuh dan kembang anak harus dilindungi sesuai dengan harkat martabatnya dengan menjamin hak-hak anak (Hildayani *et al.*, 2014). Sebagai penerus bangsa kebutuhan hak anak selayaknya harus di penuhi. Sebaliknya, anak bukan sasaran pelaku untuk melaukan kekerasan yang tidak manusiawi (Manumpahi *et al.*, 2016). Dengan kerentanan anak sebagai korban sexual abuse sebaiknya anak harus selalu dijaga dan dididik dengan baik agar tumbuh kembang anak tetap terjaga dengan harapan kedepan tidak hilangnya generasi baru (Hurariah, 2012).

2.2.1 Pengertian dan Konsep Anak Usia Sekolah

Anak merupakan manusia yang memerlukan kasih sayang, di sekolah maupun di rumah karena masih dalam tumbuh dan berkembang sesuai dengan UU No. 23 Th 2002 mengatakan anak adalah usian yang belum mencapai 18 tahun termasuk anak yang masih ada dalam kandungan. Rata-rata diusia 6-7 tahun usia anak pada sekolah dasar. Di usia 6-12 tahun pada masa usia anak SD (sekolah

dasar). Untuk masuk sekolah dasar anak wajib menyelesaikan TK sebagai sarana lembaga persiapan bersekolah yang sebenarnya (Anggraini *et al.*, 2017).

Menurut UU No.4 Th 1979 tentang Usia anak 6-12 tahun merupakan usia kesejahteraan anak yang menduduki sekolah dasar dari kelas 1-6 sesuai perkembangan usianya tertuang dalam UU. No 4 Tahun 1979. Anak dengan usia 7-15 tahun merupakan usia sekolah anak sesuai sasaran pendidikan wajib belajar 9 tahun.

2.2.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah

Tahapan perkembangan anak adalah sebagai berikut (Hildayani *et al.*, 2014):

- 1) Perkembangan biologis, usia ini merupakan tumbuh kembang anak secara pembentukan jaringan lemak dan otot
- 2) Perkembangan psikologis, tahapan pada anak mampu melakukan dan menguasai keterampilan yang bersifat teknologi dan sosial. Faktor intrinsik sangat mempengaruhi tahap ini seperti motivasi, kemampuan, interaksi dengan lingkungan dan teman sebaya namun faktor ekstrinsik seperti penghargaan yang didapat, stimulus dan keterlibatan orang lain. Pada usia ini temperamen sering muncul sehingga diperlukan peran guru figure disekolah dan orang tua dalam keseharian anak.
- 3) Perkembangan konsep diri, hubungan anak dengan orang tua, saudara, keluarga terdekat sangat mempengaruhi perkembangan konsep diri yang ideal.

2.3 Konsep Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah menurut WHO (2011) kesehatan mental merupakan keadaan yang baik, sehat, dan sejahtera secara psikososial dimana

individu dapat memiliki dan mengembangkan potensi yang dimiliki, mampu mengatasi stress, mampu melakukan kegiatan produktif, serta dapat berkontribusi positif di lingkungan. Kesehatan jiwa adalah dalam istilah jiwa yang sehat mental diartikan jiwa, nyawa, roh, sukma, semangat, sedang hygiene kesehatan (Semium, 2006). Berdasarkan (Azizah *et al.*, 2016), kesehatan jiwa diartikan sebagai:

- 1) Terjaganya diri dari hal yang mengganggu jiwa yang dapat menimbulkan kesehatan mental.
- 2) Suatu kondisi agar seseorang dapat beradaptasi pada diri sendiri serta lingkungan sosial.
- 3) Dapat mengontrol dan mengatasi masalah yang dapat mengakibatkan pertengkaran hingga kegelisahan pada diri

Dengan adanya Pengetahuan dan perbuatan dapat untuk mengembangkan dan meningkatkan potensi, bakat serta sesuai target yang diinginkan yang menghasilkan kebahagiaan diri dan orang lain serta terhindar penyakit jiwa. kesehatan mental diartikan juga kondisi seseorang agar dapat terhindar dari gejala gangguan atau penyakit mental, terjadinya keseimbangan pada fungsi-fungsi jiwa serta dapat menghadapi masalah-masalah yang ada dengan berpikir positif, berusaha untuk dapat menyesuaikan diri pada diri sendiri dan lingkungan derlandaskan ketakwaan dan keimanan dengan tujuan kehidupan yang bahagia dunia akhirat (Indarjo, 2009).

2.3.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan Mental

Menurut Daradjat (2001) determinan kesehatan mental itu terdiri dari ada dua yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi: kepribadian,

kondisi fisik, perkembangan dan kematangan, kondisi psikologis, keberagamaan, sikap menghadapi problema hidup, kebermaknaan hidup, dan keseimbangan dalam berfikir. Faktor eksternal antara lain: keadaan sosial, ekonomi, politik, adat kebiasaan, lingkungan, dan sebagainya.

Berdasarkan fakta diatas paling dominan adalah faktor internal. Ketenangan jiwa atau kebahagiaan batin lebih mempengaruhi faktor-faktor internal. Keadaan sosial, ekonomi, politik dan adat kebiasaan lebih banyak pengaruhnya dari faktor luar semuanya tergantung bagaimana cara dan sikap seseorang dalam menghadapi faktor tersebut. Keduanya sama-sama penting dan sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental namun sangat perlu diperhatikan (Daradjat, 2001).

Menurut Notosoedirdjo (2011), kesehatan jiwa dapat diartikan sebagai kondisi mental seseorang yang dipengaruhi oleh faktor-faktor internal dan eksternal namun faktor-faktor tersebut secara substantif lebih signifikan akibat faktor biologis dan psikologis yang disebut faktor internal sedangkan faktor sosial budaya lebih pada faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari faktor biologis dan psikologis, faktor biologis sangat mempengaruhi kesehatan mental seseorang karena faktor ini terdiri dari otak, sistem endokrin, genetika, sensori serta kondisi ibu hamil. Sedangkan faktor psikologis sangat tergantung pada sistem biologis karena merupakan aspek psikis. Aspek psikis merupakan sub sistem eksistensi manusia, senantiasa terlibat dalam dinamika kemanusiaan yang multi aspek sehingga aspek psikis juga erat kaitannya dengan pengaruh kesehatan mental terlebih spiritualitas yang kuat pada jiwa seseorang dan dalam hal ini faktor ketaatan beribadah atau ketaatan beragama berkaitan erat dengan kesehatan mental (Notosoedirdjo, 2011).

Faktor eksternal juga merupakan faktor yang tidak kalah penting dalam mempengaruhi kesehatan mental seseorang, diantaranya adalah stratifikasi sosial, interaksi sosial, lingkungan baik lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat yang di dalamnya juga terkandung lingkungan tempat tinggal yang ia diami atau tempati. Jadi kesehatan mental itu dipengaruhi oleh faktor dalam dan luar diri seseorang sehingga keduanya mempunyai posisi yang sangat kuat dalam kehidupan manusia.

2.3.2 Kesehatan Mental anak

WHO melaporkan bahwa 450 juta orang di seluruh dunia memiliki gangguan kesehatan mental, dengan prevalensi 20% kejadian terjadi pada anak-anak. Dengan angka kejadian yang meningkat setiap tahunnya, memperluas pengetahuan terkait kesehatan jiwa pada anak dan anak dewasa menjadi hal yang penting. Kesehatan mental anak dan remaja dapat mempengaruhi masa depan dirinya sendiri sebagai individu, karena sangat berdampak pada keluarga hingga masyarakat. Oleh karenanya, perlu perhatian baik terhadap instansi kesehatan dan peneliti akademis terkait. Gangguan yang terjadi pada kesehatan mental anak dapat memberikan dampak pada keseluruhan well-being anak, sebaliknya well-being yang buruk dalam bentuk apapun dapat menjadi resiko terhadap kesehatan mental (O'Reilly & Lester, 2015).

Berdasarkan Remschmidt *et al.* (2007), masa perkembangan anak erat kaitannya dengan perkembangan yang normal dan abnormal. Namun masalah Kesehatan mental melibatkan lebih dari masalah medis. Banyak faktor yang memengaruhi, seperti adanya faktor sosial ekonomi. Masalah kesehatan mental

dapat muncul di berbagai area mulai dari individu seperti penyalahgunaan zat, kejahatan, kekerasan, kehilangan produktivitas hingga bunuh diri.

2.3.3 Kesehatan Mental Anak Korban *Sexual Abuse*

Kapasitas untuk perkembangan Anak dan remaja baik secara biologis, serta kognitif sosial- emosional penting bagi kita untuk memahami tahapan perkembangan tersebut agar anak dapat berkembang dengan baik. Ciri-ciri anak yang memiliki kesehatan mental dapat kita amati dari proses perkembangannya antara lain (Renschmidt *et al.*, 2007; J.W, 2014):

a. Proses Biologis

Terjadinya perubahan secara fisik pada tubuh anak disebut dengan proses biologis, fungsi-fungsi tubuh juga berkembang seperti fungsi seksual yang akan mempengaruhi perilaku dan perkembangan anak. Sebagai contoh gen yang diturunkan oleh orang tua, perkembangan otak, tinggi badan kenaikan berat badan, peningkatan motorik serta perubahan hormonal.

Kebutuhan nutrisi sangatlah diperlukan dalam perkembangan dan pertumbuhan fisiknya. Tempat dan waktu yang aman bagi anak sangatlah diperlukan sebagai aktivitas bermain, belajar serta kemampuan melatih dalam mengembangkan tubuhnya. Kondisi anak yang sehat mental dapat bermain, belajar secara intelektual secara produktif sesuai usianya.

b. Proses Kognitif

Perkembangan otak anak dipengaruhi dengan adanya perubahan berpikir individu serta intelektual seseorang yang disebut dengan proses kognitif. Kesehatan mental anak ditandai dengan perkembangan kognitif dengan kemampuan untuk

belajar dengan hal-hal baru seperti kemampuan kreativitas, kemampuan Bahasa serta dapat membedakan hal-hal yang benar atau salah dengan diharapkan mampu mengambil keputusan, mengendalikan diri serta menyelesaikan masalah yang sederhana.

c. Proses Sosial-Emosional

Proses sosial-emosional melibatkan perubahan emosi, kepribadian, hubungan dengan orang lain dan lingkungan sosial. Proses sosial- emosional yang berkembang dengan baik membuat anak mampu menyadari, membedakan, mengelola serta mengekspresikan emosi secara tepat. Seiring perkembangannya, anak perlu untuk menjadi sadar akan adanya orang lain dan berusaha menumbuhkan empatinya terhadap orang lain. Di lingkungan, anak memiliki kemampuan untuk masuk dan menjalin hubungan serta mempertahankan hubungan tersebut. Kesehatan mental anak memiliki kedekatan dalam hubungan dan mampu merasa aman berada di lingkungan.

2.3.4 Dampak Kesehatan Mental Anak Korban Sexual Abuse

Masalah kesehatan mental sering muncul pada orang dewasa antara lain depresi, kecemasan, tidak nafsu makan serta psiko-sosial namun gejala tersebut juga muncul pada anak-anak dan remaja .Terdapat pula gangguan yang memiliki dasar neurologis yang jelas, seperti *Autism Spectrum Disorder (ASD)*, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*, gangguan tic, *learning disabilities* dan lainnya. Kondisi ini hadir dengan berbagai kesulitan yang biasanya hadir dari masa anak-anak yang sangat dini dan memengaruhi perkembangan anak dalam cara-cara tertentu (O'Reilly & Lester, 2015).

Masalah kesehatan mental anak dapat diamati dari adanya permasalahan pada tahapan perkembangan pada tiga area besar, yaitu area emosi, perilaku dan perkembangan (Prihatiningsih & Wijayanti, 2019).

a. Emosi

Sikap emosional erat hubungan dengan kemampuan menilai serta menyadari emosi yang dimiliki, membedakan emosi yang dirasakan, mengelola emosi, serta mengekspresikan emosi (Nolen, 2009). Anak yang selalu merasa sedih, mudah murung dan merasa kurang bahagia memiliki kemungkinan mengalami permasalahan kesehatan mental. Mereka akan memiliki banyak kekhawatiran dan kecemasan yang membuat anak tidak berani melakukan eksplorasi. Ketika mengekspresikan emosinya, anak lebih memilih menangis berlebihan, berteriak berlebihan ataupun mengalami tantrum. Anak perlu diperkenalkan dan dibimbing untuk dapat memahami serta mengekspresikan emosinya dengan cara yang sesuai.

3) Perilaku

Dalam mengamati permasalahan perilaku pada anak, penting untuk mengingat proses pembentukan perilaku berdasarkan pendekatan behavioristik. Pendekatan ini memiliki prinsip dimana gangguan perilaku terjadi karena adanya pengalaman salah belajar. Salah belajar disini memiliki dua arti, yaitu anak mempelajari dengan benar contoh perilaku yang tidak baik, atau anak mempelajari dengan salah contoh perilaku yang baik. Adanya masalah perilaku pada anak dapat dideteksi dari aktivitas yang ia lakukan setiap hari, seperti aktivitas tidur, makan, dan bermain. Beberapa contohnya adalah anak yang selalu sulit untuk bangun tidur, memiliki pola tidur bermasalah, mengalami gangguan makan, berbohong dan

mudah menyalahkan orang lain untuk kesalahannya, serta melanggar aturan dapat menjadi indikasi masalah.

4) Perkembangan

Adanya masalah perkembangan sangat terkait dengan tahapan perkembangan anak. Beberapa permasalahan terkait perkembangan dapat dilihat dari faktor kognisi dan juga atensi. Faktor kognisi terkait dengan permasalahan kecerdasan dan juga kesulitan belajar. Atensi adalah fokus dari sumber daya mental (Santrock, 2014). Atensi meningkatkan proses kognitif untuk banyak tugas, mulai dari meraih mainan, memukul bola, hingga menari. Anak-anak memiliki rentang atensi yang terbatas, artinya hanya sejumlah informasi yang mampu mereka perhatikan. Atensi akan berkembang seiring dengan usia dan aktivitas anak. Kesulitan anak memusatkan perhatian pada tugas, anak yang gelisah, tidak bisa diam, mudah teralihkannya menjadi indikasi masalah kesehatan mental.

Menurut WHO (2017) anak menjadi korban *sexual abuse* dapat terinfeksi penyakit yang dapat menyebabkan gangguan fungsi reproduksi, termasuk HIV/AIDS. Ketika memasuki jenjang perkawinan anak tidak dapat menikmati kehidupan seksualnya. Secara kejiwaan, anak akan mengalami trauma yang sangat berat, sehingga sebagian besar anak-anak itu mengalami depresi, tidak percaya diri karena kehilangan kesucian, rasa takut yang berkepanjangan, gangguan emosional, kecemasan akan masa depan, bahkan ada yang ingin mencoba bunuh diri hidup karena merasa hidupnya sia-sia.

Fuadi (2011) dampak psikologis yang dialami korban dapat digolongkan menjadi tiga bagian, yaitu gangguan perilaku, gangguan kognisi, gangguan emosional.

- a. Gangguan Perilaku, ditandai dengan malas untuk melakukan aktifitas sehari hari.
- b. Gangguan Kognisi, ditandai dengan sulit untuk berkonsentrasi, tidak fokus ketika sedang belajar, sering melamun dan termenung sendiri.
- c. Gangguan Emosional, ditandai dengan adanya gangguan mood dan suasana hati serta menyalahkan diri sendiri.

2.3.5 Determinan Kesehatan Mental Anak Korban *Sexual Abuse*.

1. Sosial Ekonomi

Determinan kesehatan mental anak korban kekerasan seksual meliputi faktor internal dan eksternal. Faktor internal antara lain, kondisi fisik dan psikis korban kekerasan seksual, dan faktor eksternal meliputi fungsi keluarga, teman sebaya, dan lingkungan (Hadiarni, 2018).

Pendidikan dalam keluarga sangat penting dan merupakan pilar pokok pembangunan karakter seorang anak. Pendidikan wajib dimiliki tidak hanya oleh masyarakat kota, tetapi juga masyarakat pedesaan. Seorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih dihormati karena dianggap berada di strata sosial yang tinggi. Kualitas seseorang dilihat dari bagaimana dia dapat menempatkan dirinya dalam berbagai situasi (Yoga *et al.*, 2015).

Faktor Ekonomi, faktor ekonomi yang sulit dapat mempengaruhi seseorang memperoleh pendidikan yang rendah. Secara umum, seseorang yang berpendidikan

rendah cenderung mendapatkan pekerjaan yang tidak layak dan dengan keadaan perekonomian yang semakin lama mempengaruhi pokok-pokok kehidupan masyarakat dapat menimbulkan peningkatan kriminalitas termasuk kasus kejahatan seksual (Setiani *et al.*, 2017)

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan social serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah dan kemampuan verbal hampir tidak ada pada penurunan usia ini (Fitriana *et al.*, 2015)

2. Dukungan Keluarga

Menurut Mubarak (2009) dalam Saifudin (2013) Keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang terikat oleh hubungan perkawinan, hubungan darah, ataupun adopsi, dan setiap anggota keluarga saling berinteraksi satu dengan lainnya. Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh pernikahan, keturunan, atau adopsi yang hidup bersama dalam sebuah rumah tangga. Maka dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan sekelompok orang yang hidup bersama dalam ikatan perkawinan, keturunan dan juga adopsi.

Pendapat yang sesuai juga dikemukakan oleh Coleman dan Cressey (Sharif & Mohamad Roslan, 2011) keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh pernikahan, keturunan, atau adopsi yang hidup bersama dalam sebuah rumah

tangga. Maka dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan sekelompok orang yang hidup bersama dalam ikatan perkawinan, keturunan dan juga adopsi.

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) terbagi atas (Setyaningrum, 2012):

- a. Fungsi Afektif, fungsi keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi afektif dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi Sosialisasi, proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu dan menghasilkan interaksi sosial serta belajar berperan dalam lingkungan sosialnya
- c. Fungsi Reproduksi, merupakan fungsi untuk dapat mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi Ekonomi, keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi keluarga.
- e. Fungsi Perawatan atau pemeliharaan kesehatan, merupakan fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki

Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami kekerasan seksual juga sangat membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Fontane, 2009). Selain mendapatkan dukungan emosional yang positif, terkadang keluarga maupun korban mendapatkan dukungan emosional yang buruk. Dukungan emosional yang buruk dari teman dekat, kerabat atau orang lain akan

memperburuk pula kondisi keluarga ataupun penderita tersebut seperti mengalami perasaan sedih dan depresi (Moon *et al.*, 2010)

Pengalaman yang dilaluinya di masa kanak-kanak bersama pengasuhnya (caregiver) yang sangat bervariasi, baik variasi pengasuhnya maupun variasi pola pengasuhannya. Apabila pada masa kanak-kanak, anak sudah memperoleh pengalaman kurang menyenangkan atau mengalami tindak kekerasan, maka sudah dipastikan kelekatan antara anak dan orang tua berada pada tidak aman (insecure). Orang tua sebagai pelindung, dan memberikan rasa tidak aman, dapat mengembangkan perasaan terancam, penolakan, dan ketidaklayakan pribadi (Tarabulsy *et al.*, 2008).

Peningkatan kesehatan mental dan kesejahteraan psikologis dilaporkan oleh pengasuh orang tua sebagai hasil dari masing-masing strategi ini, seringkali dengan strategi, seperti menerima dukungan sosial dari pengasuh orang tua yang sama, dimasukkan ke dalam strategi lain, seperti lokakarya kelompok tentang manajemen stres dan penyelesaian masalah. Strategi-strategi ini dapat membentuk kerangka kerja untuk pengembangan strategi yang dapat disampaikan kepada pengasuh orang tua dari anak yang terkena ASD dan mungkin diperluas untuk menangani pengasuh orang tua dari anak-anak dengan bentuk lain dari gangguan perkembangan saraf dan penyakit kronis (Catalano *et al.*, 2018)

3. Lingkungan

Lingkungan sekitar yang terdiri dari teman bermain, tetangga, dan juga lingkungan pendidikan. Lingkungan pendidikan ini adaada yang langsung memberi

warna dan pengaruh yang kental ada juga yang sekedar menyajikan disiplin ilmu tertentu. Anak dapat belajar kepribadian dengan efektif melalui (Framanta, 2020):

- a. Setiap anak akan belajar kepribadian terbaik pada situasi kongkrit yang melibatkan kegiatan fisik atau aktif dan kesepakatan untuk menemukan faktor-faktor sendiri.
- b. Daya serap akan meningkat jika konsep disajikan dalam konteks yang akrab dengan anak.
- c. Anak belajar kepribadian lebih baik jika diberikan contoh yang kongkrit, ada tantangan, dapat dirasakan oleh indera dan pengalaman langsung
- d. Kebanyakan anak belajar lebih baik melalui interaksi dengan anak atau guru maupun orang tua.
- e. Belajar dengan menghafal konsep-konsep kepribadian merupakan strategi belajar yang relatif dan efisien untuk anak-anak.

Proses interaksi antara anak dengan lingkungan sosialnya akan terjadi hubungan yang saling mempengaruhi dan dipengaruhi satu sama lain. Lingkungan sosial yang dimaksud diantaranya adalah orang tua, sekolah, teman sebaya maupun orang dewasa. Keadaan lingkungan yang baik, damai, tentram, aman, penuh penerimaan dan pengertian, serta mampu memberikan perlindungan kepada anggotaanggotanya merupakan lingkungan yang akan memperlancar proses perkembangan sosial, sebaliknya apabila individu tinggal di lingkungan yang tidak tentram, tidak damai, dan tidak aman, maka individu tersebut akan mengalami gangguan dalam proses perkembangan sosial (Dian Tri Utami, 2018).

Studi menemukan bahwa efek bullying tidak selalu langsung terlihat setelah pengalaman terjadi. Namun, efek ini dapat terakumulasi beberapa tahun mendatang dengan menunjukkan gejala memburuknya kesehatan mental anak. Pelaku dan korban bullying sama-sama akan mendapatkan dampak negatif dari tindakan ini. Para korban cenderung menampilkan respon negatif bahkan setelah beberapa tahun kemudian, yang berupa: rendahnya harga diri, sulit mempercayai orang lain, kurang asertif, agresi, sulit mengontrol amarah dan isolasi. Sedangkan pelaku akan menumbuhkan perasaan arogan dan merasa kuat. Akhirnya ia menjadi pribadi yang tidak mengenal tenggang rasa dan belas asih. Padahal, kedua hal tersebut sangat dibutuhkan dalam interaksi berkelompok (Andina, 2014)

4. Peran Konselor

Peran tenaga kesehatan menjadi kebutuhan yang paling dibutuhkan hal ini dikarenakan kondisi dilapangan petugas P2TP2A tidak melakukan interaksi personal dengan keluarga. Petugas P2TP2A lebih fokus terhadap anak tanpa menanyakan bagaimana perkembangan anak kepada keluarganya. Dukungan emosional yang dilakukan petugas P2TP2A seharusnya melibatkan ekspresi empati, perhatian dan kepedulian, dimana rasa empati, perhatian dan kepedulian akan mendorong perasaan nyaman, mengarahkan seseorang untuk percaya bahwa dia dihormati, dicintai dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian serta rasa aman (Sarafino & Graham, 2006).

Rehabilitasi sangat dibutuhkan bagi korban kekerasan seksual terutama korbannya merupakan korban yang masih dibawah umur yang dapat memberikan efek negatif bagi perkembangan anak dalam menuju masa dewasanya. Tetapi akan

lebih efektif jika penanganan yang dilakukan dengan melakukan semua poin yang terdapat pada *Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law* yaitu restitusi yang tujuannya untuk mengembalikan kembali kondisi korban menjadi seperti semula pada saat belum terjadinya permasalahan. Kompensasi juga bisa dilakukan pada korban yang banyak menerima kerugian baik fisik dan juga masa depan korban karena harus putus sekolah karena kondisi fisiknya yang sedang mengandung (Tursilarini, 2020)

Menurut Faller (2017) dalam Tintin *et al.* (2020), dalam bekerja dengan anak korban tindak kekerasan seksual dan fisik termasuk yang terjadi di dalam rumah tangga, pekerja sosial dapat terlibat dalam case management maupun pelaksana treatment bagi anak dan keluarga. Berikut merupakan peran pekerja sosial dalam mengantisipasi dampak kekerasan seksual pada anak:

- a. Pekerja sosial sebagai broker Pekerja sosial sebagai broker yaitu dengan menghubungkan anak korban kekerasan seksual di keluarga dan juga pelaku yang merupakan ayah kandung korban untuk menuju ke sumber daya ataupun sistem sumber yang dibutuhkan. Pada umumnya klien harus diijinkan untuk menentukan sumber daya ataupun sistem sumber yang mereka inginkan. Karena ada baiknya jika pekerja sosial juga mengembangkan jaringan dengan orang-orang yang direferensikan oleh klien. Peran ini sangat penting dalam bekerja dengan klien karena masih banyak klien yang tidak tau mereka harus ke kelompok pemberian pelayanan seperti apa dalam kasus yang mereka hadapi. Dalam kasus ini pekerja sosial dapat menghubungkan korban dengan lembaga

sosial yang bergerak dibidang penanggulangan anak korban kekerasan dengan mengikuti berbagai treatment yang ditawarkan agar memperbaiki kondisi fisik dan sosial anak yang mendapatkan kekerasan seksual dalam keluarga. Selain itu pekerja sosial juga dapat bekerja sama dengan sistem pengadilan dan sistem kesejahteraan anak lainnya turut terlibat dalam pengambilan keputusan apakah akan memindahkan anak dari orangtuanya dan menempatkannya pada pengasuhan alternative atau tidak.

- b. Pekerja sosial sebagai educator Dalam hal ini pekerja sosial diberikan kesempatan untuk mempelajari keterampilan sosial dan penawaran informasi yang spesifik untuk kinerja peran yang lebih efektif. Dalam kasus ini pekerja sosial dapat memberikan informasi apa yang harus dilakukan dan yang harus dihindari dan informasi yang mendorong anak korban kekerasan seksual keluarga agar tidak terus mengurung diri dari lingkungan sekitarnya. Informasi terkait perubahan perbaikan diri korban sangat diperlukan dalam memperbaiki kondisi korban dalam kasus kekerasan ini. Dalam konteks pelaku pekerja sosial dapat memberikan edukasi berupa fungsi ayah dalam keluarga dan fungsi keluarga dalam melindungi satu sama lain. Individu, keluarga atau orangtua juga mendapatkan terapi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka untuk menerapkan hubungan interpersonal atau pengasuhan efektif tanpa kekerasan, mencegah berulangnya kekerasan dan membantu anak mengurangi trauma akibat kekerasan
- c. Pekerja sosial sebagai fasilitator Dalam hal ini pekerja sosial berkaitan dengan menstimulasi atau mendukung pengembangan klien. Peran ini dilakukan untuk

mempermudah anak korban kekerasan untuk berubah menjadi kearah yang lebih baik agar memperbaiki perkembangannya untuk masa depan korban. Dalam kasus ini pekerja sosial menstimulus korban dan juga pelaku untuk dapat keluar dari permasalahannya berdasar kemauannya sendiri dan disini fasilitator memfasilitasi dan memungkinkan agar klien dapat berubah menjadi lebih

2.4 Kuesioner SDQ

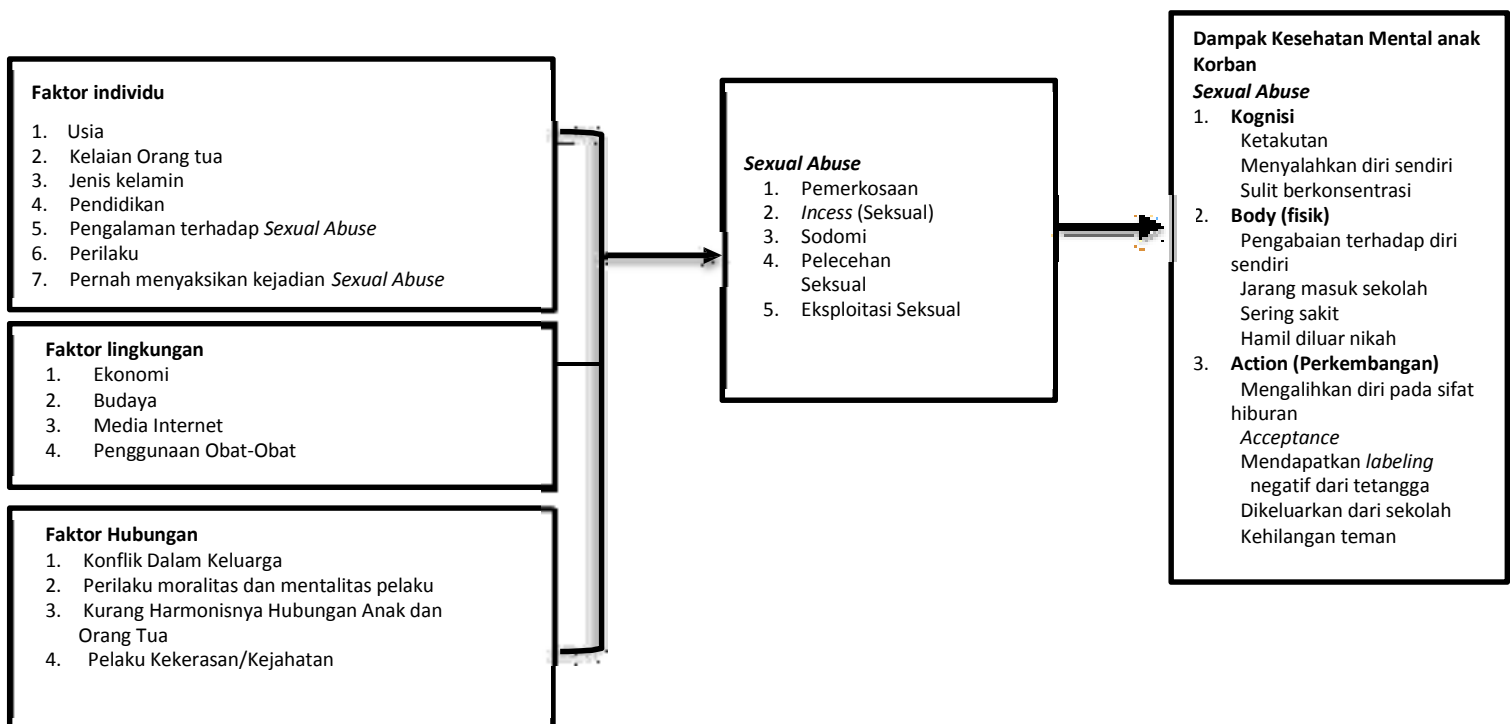
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) adalah sebuah instrumen skrining perilaku singkat untuk anak dan remaja (3-17 tahun) yang memberikan gambaran singkat dari perilaku yang berfokus pada kekuatan dan juga kesulitan mereka (Black *et al.*, 2010). Kuesioner singkat sangat berguna ketika digunakan dalam survei berskala besar dimana aitem sebaiknya terbatas untuk memastikan adanya respon yang dicari (Ullebø *et al.*, 2012). Hal ini merupakan kelebihan SDQ karena jumlah aitemnya yang sedikit dan relatif sederhana SDQ memiliki beberapa poin keunggulan relatif tersebut, yaitu: dapat dilakukan tanpa memiliki keahlian khusus atau profesi tertentu, waktu yang digunakan untuk mengadminstrasikan dan melakukan skoring cukup singkat, mudah diakses, tidak harus dilakukan di pelayanan kesehatan, lebih sederhana dalam administrasi ataupun skoring, digunakan untuk melakukan deteksi dini sehingga permasalahan pada anak dapat diketahui sedini mungkin dan memperoleh intervensi secepat mungki

SDQ terdiri dari 25 aitem yang dialokasikan pada lima sub skala. Keempat subskala termasuk ke dalam kelompok subskala kesulitan, yaitu subskala emotional symptom, subskala conduct problem, subskala hyperactivity-inattention, dan subskala peer problem. Sedangkan subskala yang kelima termasuk dalam kelompok

subskala kekuatan, yaitu subskala prosocial. Masing-masing subskala SDQ terdiri dari lima aitem. Masing-masing aitem diskor dalam kriteria tiga poin yaitu 0=tidak benar, 1=agak benar, 2=sangat benar. Skor dari masing-masing subskala dapat dihitung dengan menjumlahkan skor dari masing-masing aitem yang relevan pada subskala tersebut. Skor tertinggi dari masing-masing subskala adalah 10 dan skor terendah adalah 0 (Muris *et al.*, 2003)

2.5 Kerangka Teori

Berdasarkan Teori dalam penelitian ini dirangkumkan berdasarkan teori yang di kembangkan oleh WHO (2017) untuk determinan dampak *sexual Abuse* dan Prihatiningsih & Wijayanti (2019) Kesehatan Mental Anak.



Gambar 2.2 Kerangka Teoritis WHO (2017) dan Prihatiningsih & Wijayanti (2019)

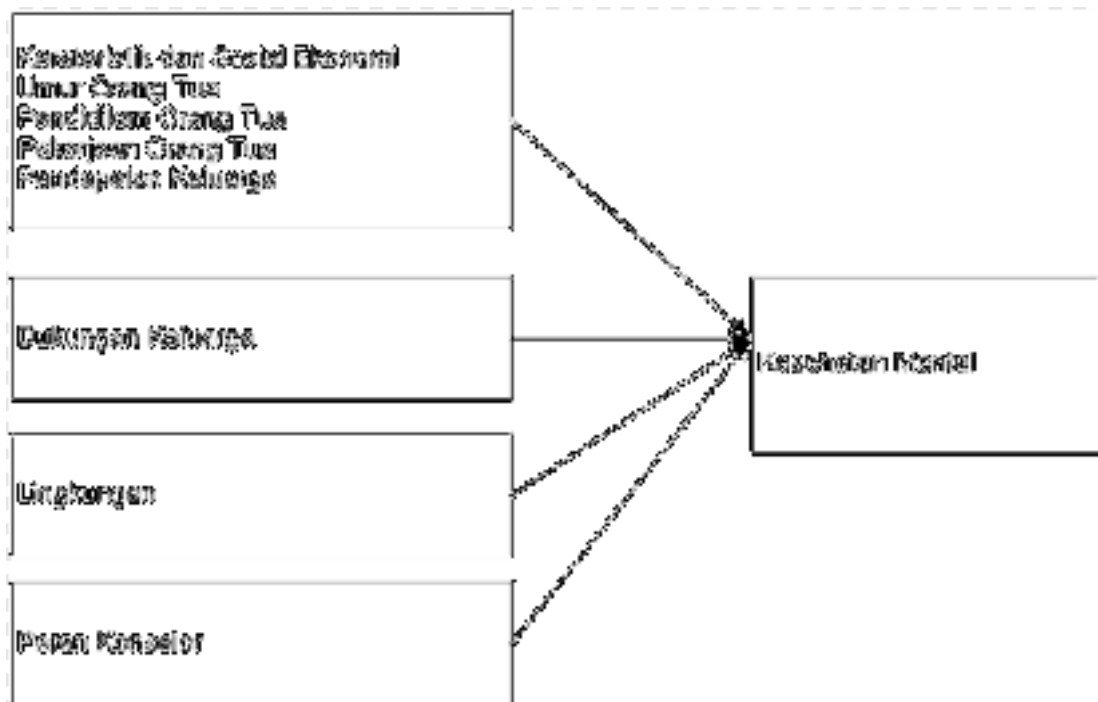
BAB III KERANGKA KONSEP

3.1 Konsep Pemikiran

Berdasarkan tinjauan pustaka, maka peneliti membuat model penelitian untuk penelitian determinan dampak *sexual Abuse* di Provinsi Aceh sebagai berikut:

Variabel Independen

Variabel Dependen



3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, pembahasan dalam teori, kerangka teori dan kerangka konsep yang telah diuraikan, maka dapat diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

1. H_{a1} : Ada hubungan karakteristik sosial ekonomi orang tua meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.

2. Ha₂ : Ada hubungan dukungan keluarga dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.
3. Ha₃ : Ada hubungan lingkungan dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.
4. Ha₄ : Ada hubungan peran konselor dengan perkembangan kesehatan mental anak korban sexual abuse di Provinsi Aceh.

3.3 Variabel penelitian

Variabel adalah merupakan suatu objek, sifat, atribut nilai dari orang atau kegiatan yang mempunyai bermacam-macam variasi antar suatu dengan yang lainnya yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya.

1. Variabel independen yaitu terdiri dari yang terdiri dari karakteristik sosial ekonomi, dukungan keluarga, lingkungan, peran konselor.
2. Variabel dependen yang diteliti yaitu dampak perkembangan kesehatan mental anak .

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependent						
1.	Kesehatan mental anak	Kondisi kesehatan mental anak dan emosional yang dialami oleh anggota rumah tangga dalam menjalankan aktivitas sehari-hari menggunakan kuesioner dari SDQ (Muris <i>et al.</i> , 2003)	Mengisi angket	Angket	Normal total skor 0-15 - Borderline total skor 16-19 - Abnormal total skor 20-40	Ordinal
Variabel Independen						
1	Umur pernikahan orang tua	Umur orang tua saat menikah berdasarkan UU perkawinan tahun 2019 (UU No 16 Tahun 2019)	Mengisi angket	Angket	Rata-rata umur	Ratio
2	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang dibuktikan dengan ijazah berdasarkan (UU sisdiknas, 2003)	Mengisi angket	Angket	Tinggi Menengah Dasar	Ordinal
3	Pekerjaan	Pekerjaan yang dilakukan oleh ibu selain sebagai ibu rumah tangga (Setiani <i>et al.</i> , 2017)	Mengisi angket	Angket	PNS Wiraswata Tidak bekerja	Nominal
4	Pendapatan	Penghasilan keluarga dalam satu bulan berdasarkan UMP Provinsi Aceh (Surat Keputusan (SK) Gubernur Nanggroe Aceh Darussalam No.569/1526/2020)	Mengisi angket	Angket	Tinggi \geq 3,165,031 Rendah < 3,165,031	Ordinal
5	Lingkungan	Suatu tempat yang dapat mempengaruhi seseorang untuk berbuat positif atau negatif seperti bullying diadopsi dan modifikasi dari (Muslimah, 2019)	Mengisi angket	Angket	Tidak berpengaruh Berpengaruh	Ordinal

6	Dukungan keluarga	Dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada korban meliputi dukungan Emosional, penghargaan, Instrumental dan dukungan Informasi diadopsi dan modifikasi dari (Novianty <i>et al.</i> , 2015)	Mengisi angket	Angket	Mendukung Tidak mendukung	Ordinal
7	Peran konselor	Tanggapan responden terhadap dukungan yang diberikan oleh konselor yang diukur dengan kuesioner yang di adopsi dan modifikasi dari (Putra, 2015)	Mengisi angket	Angket	Mendukung Tidak mendukung	Ordinal

3.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Arikunto, 2006). Dampak Perkembangan kesehatan mental anak korban *sexual abuse* menggunakan kuesioner SDQ (*strenght and difficulties questionare*) yaitu merupakan kuesioner singkat mengenai kekuatan dan kesulitan usia 3 – 16 tahun, kuesioner ini terdiri dari 25 pertanyaan yang terbagi ke dalam 5 skala dengan kategori Normal total skor 0-15 - Borderline total skor 16-19 - Abnormal total skor 20-40.

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan jenis *cross sectional* di mana peneliti mengumpulkan data dari banyak individu yang berbeda pada satu titik waktu.

4.2 Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di 12 Kabupaten dalam Provinsi Aceh. Pengumpulan data dilakukan dari bulan November-Desember 2021.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah anak yang mengalami kekerasan seksual berdasarkan data dari UPTD-PPA Aceh Provinsi Aceh yang di ambil di Kabupaten/ Kota dengan total kasus tercatat di 12 Kabupaten berjumlah 123 kasus, distribusi kasus kekerasan seksual yang dilaporkan dari 12 Kabupaten/Kota di Aceh ditunjukkan pada Tabel 4.1 berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Populasi Menurut Kabupaten/Kota

No	Kabupaten	Perempuan	Laki-laki	Total
1	Kabupaten Aceh Barat	1	4	5
2	Kabupaten Aceh Selatan	13	2	15
3	Kabupaten Aceh Tamiang	6	1	7
4	Kabupaten Aceh Tengah	6	0	6
5	Kabupaten Aceh Tenggara	5	0	5
6	Kabupaten Aceh Timur	2	10	12
7	Kabupaten Aceh Utara	30	2	32
8	Kabupaten Bener Meriah	6	0	6
9	Kabupaten Pidie	8	2	10
10	Kota Banda Aceh	7	2	9
11	Kota Lhoksumawe	4	5	9
12	Kota Subulussalam	5	2	7
	Total	93	30	123

4.3.2 Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik total sampling sebanyak 123 orang. Untuk data demografi berkaitan dengan orang tua maka akan dilakukan wawancara dengan orang tua. Untuk data kesehatan mental, lingkungan, dukungan keluarga, peran konselor wawancara dilakukan dengan anak.

4.4 Metode Pengumpulan Data

4.4.1 Data Primer

Data primer merupakan sumber-sumber yang terdiri dari bukti-bukti atau saksi utama dari kejadian (fenomena) objek yang diteliti dengan gejala yang terjadi di lapangan. Dalam penelitian ini data primer diperoleh melalui angket meliputi kesehatan mental, karakteristik, lingkungan, dukungan keluarga dan peran konselor.

4.4.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang dikaitkan dengan dokumen langsung yang menjelaskan tentang suatu gejala. Data sekunder diperoleh dari Dinas UPTD-PPA Aceh yaitu tentang jumlah kasus kekerasan seksual pada anak.

4.4.3 Uji Validitas

Uji validitas instrumen dalam penelitian ini yaitu dengan cara Validitas isi (*content validity*) yaitu uji validitas yang mempertanyakan bagaimana kesesuaian antara instrument dengan tujuan dan deskripsi bahan yang diajarkan atau deskripsi masalah yang akan diteliti. Untuk mendapatkan kesesuaian kedua hal itu, butir-butir soal instrument terlebih dahulu harus telah ditelaah dan dinyatakan baik, juga harus ditelaah dengan mempergunakan kriteria tertentu disamping disesuaikan dengan kisi-kisi. Dalam penelitian yang bersifat sosial biasanya penelaah harus

dilakukan oleh orang yang berkompetensi dibidang yang bersangkutan biasa dikenal dengan istilah expert judgment atau expert validity .

4.5 Analisis Data

4.5.1 Analisis Univariat

Analisis yang bertujuan untuk mendeskripsikan semua variabel yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi n (%) meliputi kesehatan mental, karakteristik, lingkungan, dukungan keluarga dan peran konselor

4.5.2 Analisis Bivariat

Analisis yang digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variabel bebas dan variabel terikat melalui uji statistik *logistic regresi*. Dalam penelitian ini analisis *logistic regresi* dilakukan dengan menggunakan stata 14.0 dengan kaidah pengambilan keputusan yang di interpretasi dengan jika nilai $p < \alpha$ (taraf nyata ($\alpha = 0,005$)) maka H_0 ditolak dan jika nilai $p > \alpha$ (taraf nyata ($\alpha = 0,005$)) maka H_0 diterima. Analisis dilakukan antara variabel dependen dengan variabel independen meliputi karakteristik, lingkungan, dukungan keluarga dan peran konselor

4.5.3 Analisis Multivariat

Analisis *multivariate* dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan hubungan antara variabel dependent dengan variabel *independent* secara simultan dalam populasi. Dalam penelitian ini analisis multivariat dilakukan program Stata 14 dengan cara menghubungkan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat secara bersamaan dengan bila hasil uji bivariat menunjukkan nilai $p \leq 0,25$, maka variabel tersebut dapat dilanjutkan dengan model *multivariate*. Berdasarkan

hasil uji *multivariat* yang mempunyai nilai $p \leq 0,05$ merupakan model akhir dari penentu faktor risiko yang berhubungan dengan sexual abuse (Rianto, 2012).

4.6 Rancangan Pengolahan Data

Pengolahan data adalah cara pengorganisasian data sehingga didapat konsep yang akan terbentuk sebuah hubungan. Langkah pengolahan data adalah sebagai berikut:

1. Editing: dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah lengkap atau belum.
2. Coding: Merupakan kegiatan merubah data ke dalam bentuk angka atau bilangan. Kegiatan dengan tujuan untuk memudahkan pada saat analisis data ke program komputer.
3. Entry: Data yang didapatkan lalu diproses dengan cara memasukan hasil jawaban yang diperoleh dari wawancara yang dilakukan dalam instrumen kuesioner ke dalam program komputer.
4. Cleaning: Pembersihan data yang telah dikumpul dengan dilakukan pengecek agar tidak ada data yang salah

4.7 Etika penelitian

Etika membantu manulis melihat secara kritis secara moralitas yang dihayati dan dianut oleh masyarakat. Etika penelitian merujuk pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan penelitian dari proposal penelitian sampai publikasi hasil penelitian. Tujuan etika penelitian untuk melindungi dan menjamin kerahasiaan responden dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan permohonan izin penelitian kepada instansi yaitu Dinas Pemberdayaan

Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Banda Aceh. Point penting dalam etika penelitian yaitu (Swarjana & SKM, 2012):

- a. Kejujuran yaitu jujur dalam perbuatan yang berkaitan dengan penelitian dalam pengumpulan data, prosedur penelitian, metode hasil, jujur yang saling menghargai peneliti lain.
- b. Obyektifitas upaya agar meminimalisasi kesalahan dalam menganalisis dan menginterpretasikan data
- c. Ketelitian yaitu hindari kealasan keridakpedulian dengan mencatat segala pekerjaan selama penelitian
- d. Keterbukaan
- e. Penghargaan
- f. Publikasi yang di percaya
- g. Tidak Melakukan diskriminasi, kompetensi serta tanggung jawab.

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum

5.1.1 Geografi

Secara geografis, Provinsi Aceh terletak antara $01^{\circ} 58' 37,2''$ – $06^{\circ} 04' 33,6''$ Lintang Utara dan $94^{\circ} 57' 57,6''$ – $98^{\circ} 17' 13,2''$ Bujur Timur dengan ketinggian rata-rata 125 meter di atas permukaan laut. Pada tahun 2013 Provinsi Aceh terdiri atas 18 Kabupaten dan 5 kota, 289 kecamatan, 779 mukim dan 6.474 gampong atau desa. Luas Provinsi Aceh 5.677.081 ha, dengan hutan sebagai lahan terluas yang mencapai 2.270.080ha, diikuti lahan perkebunan rakyat seluas 700.350 ha. Sedangkan lahan industri mempunyai luas terkecil yaitu 2.096 ha (BPS, 2020).

Batas-batas wilayah Provinsi Aceh, sebelah Utara dan Timur berbatasan dengan Selat Malaka, sebelah Selatan dengan Provinsi Sumatera Utara dan sebelah Barat dengan Samudera Indonesia. Satu-satunya hubungan darat hanyalah dengan Provinsi Sumatera Utara, sehingga memiliki ketergantungan yang cukup tinggi dengan Provinsi Sumatera Utara (BPS, 2020).

5.1.2 Demografi

Hasil Sensus Penduduk (SP) 2020 mencatat, jumlah penduduk Aceh sebanyak 5,27 juta jiwa. Rinciannya, sebanyak 2,65 juta laki-laki dan 2,63 juta perempuan. Jika dibandingkan dengan hasil SP 2010, populasi Aceh bertambah sebanyak 751,73 ribu jiwa dalam satu dekade terakhir.

Dengan demikian, pertumbuhan penduduk Aceh sebesar 1,56% per tahunnya (BPS, 2020).

Berdasarkan kelompok umur, mayoritas penduduk di Aceh berusia produktif. Rinciannya, ada 3,55 juta jiwa atau 56,24% dari total penduduk Aceh yang berusia 15-64 tahun. Penduduk yang usianya sudah tidak produktif sebesar 266,64 ribu jiwa atau 5,1% dari total populasi. Sedangkan, penduduk usia belum produktif (0-14 tahun) sebanyak 1,64 juta jiwa atau 31,12% Aceh Utara tercatat sebagai kabupaten/kota yang memiliki jumlah penduduk terbanyak di Aceh, yakni mencapai 602,7 ribu jiwa. Sementara Kabupaten Sabang memiliki penduduk paling sedikit, yakni 41,2 ribu jiwa (BPS, 2020).

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Analisis Univariat

1. Karakteristik Umur Responden

Hasil penelitian tabel 5.1 diperoleh secara persentase menunjukkan sebahagian besar umur anak yang menjadi korban seksual adalah umur 16 tahun (39,8), 18 tahun (26,8%), 15 tahun (17,1%), 13 tahun (8,1%) dan sisanya umur 14 dan 17 tahun masing (4,1%) . Dari fakta di lokasi penelitian di ketahui bahwa pelaku kekerasan seksual pada anak adalah orang-orang terdekat korban.

Tabel 5.1 Analisis Univariat Umur Anak Yang Menjadi Korban Kekerasan Seksual di Provinsi Aceh

No	Umur	Jumlah	Persentase
1	18	33	26,8
2	17	5	4,1
3	16	49	39,8
4	15	21	17,1
5	14	5	4,1
	13	10	8,1
	Jumlah	123	100

Sumber data primer 2021

2. Kesehatan Mental Karakteristik dan sosial ekonomi

Hasil penelitian diperoleh secara persentase menunjukkan lebih dari separuh responden (59,35%) dengan perkembangan kesehatan mental borderline, rata-rata umur pernikahan ayah 27-35 tahun (63,41%), pernikahan ibu 23-33 tahun (65,04%), pendidikan ayah menengah (36,59%), pendidikan ibu (54,47%), pekerjaan ayah wiraswasta (59,35%), pendapatan keluarga rendah (65,85%). Lebih dari separuh responden menyatakan lingkungan berpengaruh (60,20%), dukungan keluarga mendukung (61,79%) dan peran konselor tidak mendukung (62,60%) untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 5.2 berikut:

Tabel 5.2 Analisis Univariat Kesehatan Mental, Karakteristik dan Sosial ekonomi di Provinsi Aceh

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1	Kesehatan Mental		
	Bordeline	50	40,65
	Abnormal	73	59,35
2	Umur Pernikahan Ayah		
	27-35	78	63,41
	20-26	45	36,59
3	Umur Pernikahan ibu		
	23-33	80	65,04
	19-23	43	34,96

Tabel 5.2 Analisis Univariat Kesehatan Mental Karakteristik dan sosial ekonomi di Provinsi Aceh (lanjutan)

No	Variabel	Jumlah	Persentase
4	Pendidikan Ayah		
	Tinggi	39	31,71
	Menengah	45	36,59
5	Dasar	39	31,1
	Pendidikan Ibu		
	Tinggi	20	16,26
6	Menengah	67	54,47
	Dasar	36	29,27
	Pekerjaan Ayah		
7	PNS	15	12,20
	Wiraswasta	73	59,35
	Tani	35	28,46
8	Pendapatan		
	Tinggi	42	34,15
	Rendah	81	65,85
8	Lingkungan		
	Tidak berpengaruh	49	39,80
	Berpengaruh	74	60,20
8	Dukungan Keluarga		
	Mendukung	76	61,79
	Tidak mendukung	47	38,21
9	Peran konselor		
	Mendukung	46	37,40
	Tidak Mendukung	77	62,60

Sumber data primer 2021

5.2.2 Analisa Bivariat

1. Hubungan Umur Ayah Saat Menikah dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak korban seksual Abuse

Dari hasil analisis di atas diperoleh nilai signifikansi pengaruh umur ayah saat menikah terhadap kesehatan mental $0,23 > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan secara langsung tidak terdapat pengaruh umur ayah terhadap perkembangan kesehatan mental anak. Variabel umur ayah saat menikah memiliki hubungan yang positif 0,49 artinya semakin tua umur saat menikah maka akan semakin baik perkembangan kesehatan mental anak. Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.3 berikut:

Tabel 5.3
Hubungan Umur Ayah dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak
di Provinsi Aceh

Mental Health	Coefesien	Sttd. Error	t	p>t
Umur Ayah	0,49	0,4	1,28	0,23

2. Hubungan Umur Ibu Saat Menikah Dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak Korban Seksual Abuse

Dari hasil analisis di atas diperoleh nilai signifikansi pengaruh umur ibu terhadap kesehatan mental $0,39 > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan secara langsung tidak terdapat pengaruh ibu terhadap perkembangan kesehatan mental anak. Variabel umur ibu saat menikah memiliki hubungan yang negatif $-0,33$ artinya semakin tua umur saat menikah maka akan semakin menurun perkembangan kesehatan mental anak. Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4
Hubungan Umur Ibu dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak
di Provinsi Aceh

Mental Health	Coefesien	Sttd. Error	t	p>t
Umur Ibu	-0,33	0,3	-0,86	0,39

3. Hubungan Pendidikan Ayah dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak korban seksual abuse

Hasil analisis hubungan Pendidikan ayah dengan perkembangan kesehatan mental anak korban seksual abuse diketahui perkembangan kesehatan mental anak abnormal 64,1% pada pendidikan ayah dasar lebih besar dibandingkan dengan pendidikan ayah tinggi (3,5%), perkembangan kesehatan mental anak abnormal 73,1% pada pendidikan ayah menengah lebih besar dibandingkan dengan responden pendidikan tinggi (3,5%). Sedangkan perkembangan

kesehatan mental anak borderline 61,5% pada pendidikan ayah tinggi lebih besar dibandingkan pendidikan ayah menengah (26,7%) dan pendidikan dasar (35,9%). Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendidikan dasar 2,8 (95%CI; 1,13- 7,16), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendidikan ayah dasar hampir 3 kali lebih besar dibandingkan anak yang ayahnya berpendidikan tinggi dan secara statistik ada hubungan pendidikan ayah dasar dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,025$). Dan odd ratio pendidikan menengah 4,4 (1,74- 11,07), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendidikan ayah menengah 4 kali lebih besar dibandingkan anak yang ayahnya berpendidikan tinggi dan secara statistik ada hubungan pendidikan ayah tinggi dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,002$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.5 berikut:

Tabel 5.5
Hubungan Pendidikan Ayah dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di Provinsi Aceh

No	Pendidikan Ayah	Mental Health		Total	OR (95%CI)	<i>p</i>
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%	n (%)		
1	Tinggi	15 (38,5)	24 (61,5)	39 (100)		
2	Menengah	33 (73,3)	12 (26,7)	45 (100)	3,6 (1,74-11,07)	0,002
3	Dasar	25 (64,1)	14 (35,9)	39 (100)	2,8 (1,13-7.16)	0,025
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

4. Hubungan Pendidikan Ibu dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak

Hubungan pendidikan ibu dengan perkembangan kesehatan mental anak korban seksual *abuse* diperoleh perkembangan kesehatan mental anak abnormal 66,7% pada pendidikan ibu dasar lebih besar dibandingkan dengan pendidikan

ibu tinggi (50%), perkembangan kesehatan mental anak abnormal 58,2% pada pendidikan ibu menengah lebih besar dibandingkan dengan responden pendidikan tinggi. Sedangkan perkembangan kesehatan mental anak borderline 50% pada pendidikan ibu tinggi lebih besar dibandingkan pendidikan ibu menengah dan pendidikan dasar.

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendidikan dasar 2 (95%CI; 0,65-6,11), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendidikan ibu dasar 2 kali lebih besar dibandingkan anak yang ibunya berpendidikan tinggi dan secara statistik tidak ada hubungan pendidikan ibu dasar dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,22$). Dan odd ratio pendidikan menengah 1,4 (95%CI; 0,55-3,79), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendidikan ibu menengah 1,4 kali lebih besar dibandingkan anak yang ibunya berpendidikan tinggi dan secara statistik tidak ada hubungan pendidikan ibu tinggi dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,51$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.6 berikut:

Tabel 5.6
Hubungan Pendidikan Ibu dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di Provinsi Aceh

No	Pendidikan Ayah	Mental Health		Total	OR (95%CI)	p
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%	n (%)		
1	Tinggi	10 (50,0)	10 (50,0)	20 (100)		
2	Menengah	39 (58,2)	28 (41,8)	67 (100)	1,4 (0,55-3,79)	0,51
3	Dasar	24 (66,7)	12 (33,3)	36 (100)	2 (0,65-6,11)	0,22
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

5. Hubungan Pekerjaan Ayah dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak

Anak korban *seksual abuse*

Hasil analisis hubungan pekerjaan ayah dengan perkembangan kesehatan mental anak anak korban *seksual abuse* menunjukkan perkembangan kesehatan mental anak abnormal 64,4% pada pekerjaan ayah wiraswasta lebih tinggi dibandingkan dengan pekerjaan tani (60%) dan pekerjaan PNS (33,3%). sedangkan perkembangan kesehatan mental anak borderline 66,7% pada pekerjaan ayah PNS lebih besar dibandingkan pekerjaan wiraswasta (33,6%) dan tani (40%).

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pekerjaan tani 3 (95%CI; 0,84-10,6), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pekerjaan ayah tani 3 kali lebih besar dibandingkan anak dengan pekerjaan ayah PNS dan secara statistik tidak ada hubungan pekerjaan ayah dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,09$). Odd ratio Pekerjaan ayah wiraswasta 3,6 (95%CI; 1,15-11,71), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pekerjaan ayah wiraswasta hampir 4 kali lebih besar dibandingkan anak yang pekerjaan ayah PNS dan secara statistik ada hubungan pekerjaan ayah wiraswasta dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,03$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.7 berikut:

Tabel 5.7
Hubungan Pekerjaan Ayah dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di
Provinsi Aceh

No	Pekerjaan ayah	Mental Health		Total n (%)	OR (95%CI)	p
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%			
1	PNS	5 (33,3)	10 (66,7)	15 (100)		
2	Wiraswasta	47 (64,4)	26 (33,6)	73 (100)	3,6 (1,15-11,71)	0,03
3	Tani	21 (60,0)	14 (40,0)	35 (100)	3 (0,84-10,6)	0,09
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

6. Hubungan Pendapatan dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak

Hasil analisis diketahui proporsi perkembangan kesehatan mental anak abnormal 65,4% pada keluarga pendapatan rendah lebih besar dibandingkan dengan keluarga pendapatan tinggi (47,6%). Sedangkan perkembangan kesehatan mental anak bordeline 52,4% pada keluarga berpendapatan tinggi dibandingkan dengan pendapatan rendah (34,6%).

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendapatan keluarga rendah 2 (95%CI; 0,097-4,44), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendapatan keluarga rendah 2 kali lebih besar dibandingkan anak pendapatan keluarga tinggi dan secara statistik tidak ada hubungan pendapatan keluarga dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,058$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.8 berikut :

Tabel 5.8
Hubungan Pendapatan Ibu dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di
Provinsi Aceh

No	Pendapatan	Mental Health		Total n (%)	OR (95%CI)	p
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%			
1	Tinggi	20 (47,6)	22 (52,4)	42 (100)		
2	Rendah	53 (65,4)	28 (34,6)	81 (100)	2 (0,97-4.44)	0,058
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

7. Hubungan Lingkungan dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak

Analisis terhadap hubungan lingkungan dengan perkembangan kesehatan mental anak korban *seksual abuse* diperoleh perkembangan kesehatan mental abnormal 63,9% menyatakan lingkungan berpengaruh lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan lingkungan tidak berpengaruh (44,9%). Sedangkan perkembangan kesehatan mental anak bordeline 55,1% pada anak yang menyatakan lingkungan tidak berpengaruh lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan ada pengaruh lingkungan (31,1%).

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pengaruh lingkungan 2,7 (95%CI; 1,28-5,74), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal pada lingkungan berpengaruh hampir 3 kali lebih besar dibandingkan anak tidak ada pengaruh lingkungan dan secara statistik tidak ada hubungan faktor lingkungan dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,009$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.9 berikut:

Tabel 5.9
Hubungan Pengaruh Lingkungan dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di Provinsi Aceh

No	Lingkungan	Mental Health		Total n (%)	OR (95%CI)	p
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%			
1	Tidak berpengaruh	22 (44,9)	27 (55,1)	49 (100)		
2	Berpengaruh	51 (63,9)	23 (31,1)	74 (100)	2,7 (1,28-5,74)	0,009
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

7. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak

Hasil analisis diketahui proporsi perkembangan kesehatan mental anak abnormal 87,2% dukungan keluarga tidak mendukung lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan dukungan keluarga mendukung (42,1%). Sedangkan perkembangan kesehatan mental anak bordeline 57,9% pada anak yang menyatakan dukungan keluarga mendukung lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan dukungan keluarga tidak mendukung (12,8%).

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio dukungan keluarga 9 (95%CI; 3,56-24,7), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal pada dukungan keluarga tidak mendukung 9 kali lebih besar dibandingkan anak ada dukungan keluarga dan secara statistik tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,0001$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.10 berikut:

Tabel 5.10
Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di
Provinsi Aceh

No	Dukungan Keluarga	Mental Health		Total n (%)	OR (95%CI)	p
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%			
1	Mendukung	32 (42,1)	44 (57,9)	76 (100)		
2	Tidak mendukung	41 (87,2)	6 (12,8)	47 (100)	9 (3,56-24,7)	0,0001
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

8. Hubungan Peran Konselor dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak

Analisis terhadap hubungan peran konselor dengan perkembangan kesehatan mental anak korban *seksual abuse* diperoleh perkembangan kesehatan mental abnormal 68,1% menyatakan peran konselor tidak mendukung lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan peran konselor mendukung (48,2%). Sedangkan perkembangan kesehatan mental anak bordeline 51,8% pada anak yang menyatakan peran konselor mendukung lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan tidak mendukung (31,9%).

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pengaruh lingkungan 2,3 (95%CI; 1,10- 4,48), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal dengan peran konselor tidak mendukung 2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan peran konselor mendukung dan secara statistik ada hubungan peran konselor dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p= 0,026$). Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.11 berikut:

Tabel 5.11
Hubungan Peran Konselor dengan Perkembangan Kesehatan Mental Anak di Provinsi Aceh

No	Peran Konselor	Mental Health		Total n (%)	OR (95%CI)	p
		Abnormal	Bordeline			
		n (%)	n%			
1	Mendukung	26 (48,2)	28 (51,8)	54 (100)		
2	Tidak mendukung	47 (68,1)	22 (31,9)	69 (100)	2,3 (1,10-4,80)	0,026
	Jumlah	73 (59,4)	50 (40,6)	123 (100)		

Sumber data primer 2021

5.2.3 Analisis Multivariat

Pada analisis multivariat semua variabel yang memiliki $p < 0,25$ telah dilakukan analisis bivariat. Analisis multivariat dilakukan dengan memasukkan semua variabel yang diteliti. Hasil analisis menunjukkan masih terdapat variabel dengan nilai p value $> 0,05$ dan hanya 4 variabel dengan nilai $p < 0,05$. Pada uji multivariat selanjutnya variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$ tidak dimasukkan lagi. Hasil analisis dapat dilihat pada Tabel 5.12 berikut:

Tabel 5.12
Analisis Multivariat Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesehatan Mental Anak $p < 0.25$

No	Variabel	OR	95%CI	P value
1	Pendidikan Ayah Menengah Pendidikan ayah dasar	3,9	1,25-12,7	0,01
		2,1	0,65-7,03	0,20
2	Pekerjaan Wiraswasta Pekerjaan Tani	7,3	1,14- 48,1	1,03
		4,2	0,59-30,8	0,15
3	Pendapatan rendah	0,5	0,14-1,77	0,29
4	Lingkungan berpengaruh	6,8	4,70-54,58	0,001
5	Dukungan keluarga tidak mendukung	17,8	5,05-63,0	0,0001
6	Peran Konselor Tidak mendukung	3,5	1,22-10,52	0,02

Sumber data primer 2021

Berdasarkan hasil analisis terhadap variabel yang memiliki nilai $p < 0,05$ yaitu pendidikan ayah, lingkungan, dukungan keluarga dan peran konselor dan

diperoleh variabel yang paling dominan terhadap terhadap kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual adalah dukungan keluarga (OR= 15; 95% CI: 4,67-49,28), ($p= 0,0001$) artinya responden yang tidak mendapat dukungan keluarga cenderung 15 kali lebih berisiko untuk perkembangan kesehatan mental abnormal dibandingkan dengan variabel lainnya

Tabel 5.13
Analisis Multivariat Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesehatan Mental Anak
 $p < 0.05$

	Variabel	OR	95%CI	P value
1	Pendidikan Ayah Menengah	3,4	1,15-10,22	0,027
	Pendidikan ayah dasar	1,7	0,56-5,47	0,33
2	Lingkungan Berpengaruh	5,7	1,15-10,22	0,027
3	Dukungan keluarga tidak mendukung	15	4,67-49,28	0,001
4	Peran Konselor Tidak Mendukung	2,7	1,06-6,95	0,037

BAB VI

PEMBAHASAN

Hasil penelitian terhadap 123 orang anak korban kekerasan seksual di Provinsi Aceh didapatkan lebih dari separuh responden (59,35%) anak mengalami masalah perkembangan mental abnormal dan 40,65% anak dengan perkembangan mental borderline. Menurut Johnson (2004) rasa sakit dan cedera akibat pelecehan seksual pada anak dapat sembuh pada waktunya, tetapi konsekuensi psikologis dan medis dapat bertahan hingga dewasa. Wolfe *et al.* (1994) dalam penelitiannya menemukan 37% anak yang mengalami pelecehan seksual mengalami PTSD (*post-traumatic stress disorder*).

Pelecehan seksual anak ditemukan sebagai faktor risiko nonspesifik dalam perkembangan kesulitan kesehatan mental nantinya pada saat dewasa, meskipun derajatnya berbeda-. Tidak ada perbedaan jenis kelamin yang secara konsisten ditemukan pada kesulitan kesehatan mental orang tetapi untuk konsekuensi kesehatan mental yang dirasakan korban (Hillberg *et al.*, 2011).

Studi Kiser *et al.* (1991) tentang Pelecehan fisik dan seksual di masa kanak-kanak: Hubungan dengan gangguan stres pasca-trauma menjelaskan reaksi anak-anak dan remaja terhadap kekerasan fisik dan/atau seksual, menunjukkan dua gambaran gejala yang berbeda. Temuan menunjukkan bahwa mayoritas (55%) dari populasi klinis ini mengembangkan gejala karakteristik gangguan stres pasca-trauma, sedangkan anak-anak dan remaja yang dilecehkan yang tidak mengembangkan gejala gangguan stres pasca-trauma terkait menunjukkan lebih banyak kecemasan, depresi, perilaku eksternalisasi, dan banyak lagi.

6.1 Karakteristik dan Sosial Ekonommi

1. Umur Pernikahan Orang Tua

Hasil penelitian diperoleh nilai signifikansi pengaruh umur ayah saat menikah terhadap kesehatan mental $0,23 > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan secara langsung tidak terdapat pengaruh umur ayah terhadap perkembangan kesehatan mental anak. Variabel umur ayah saat menikah memiliki hubungan yang positif $0,49$ artinya semakin tua umur saat menikah maka akan semakin baik perkembangan kesehatan mental anak. Begitu juga umur diperoleh nilai signifikansi pengaruh umur ibu terhadap kesehatan mental $0,39 > 0,05$ sehingga dapat disimpulkan secara langsung tidak terdapat pengaruh ibu terhadap perkembangan kesehatan mental anak. Variabel umur ibu saat menikah memiliki hubungan yang negatif $-0,33$ artinya semakin tua umur saat menikah maka akan semakin menurun perkembangan kesehatan mental anak

Penelitian Sumayku *et al.* (2016) dengan metode deksripsif menunjukkan kasus kekerasan pada anak banyak terjadi pada usia pernikahan 21-25 tahun yang berjumlah 8 kasus (47,1%), diikuti usia 31-35 tahun yang berjumlah 4 kasus (23,5%), usia 26-30 tahun dan >35 tahun masing-masing berjumlah 2 kasus (11,8%), dan yang paling sedikit pada usia waktu menikah 15-20 tahun berjumlah 1 kasus (5,88%).

Orangtua yang memiliki ketidakmatangan emosi berisiko melakukan kekerasan terhadap anak. Berdasarkan analisis tambahan, kemampuan mengendalikan frustrasi yang menjadi salah satu aspek kematangan emosi

berkorelasi positif dengan perilaku kekerasan pada anak yang dilakukan orangtua (Solihin, 2004).

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan social serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah dan kemampuan verbal hampir tidak ada pada penurunan usia ini (Fitriana *et al.*, 2015).

Emosi yang tidak stabil, memungkinkan banyaknya pertengkaran jika menikah di usia dini. Kedewasaan seseorang tidak dapat diukur dengan usia saja, banyak faktor seseorang mencapai taraf dewasa secara mental yaitu keluarga, pergaulan, IQ, dan pendidikan. Semakin dewasa seseorang semakin mampu mengimbangi emosionalitasnya dengan rasio. Mereka yang senang bertengkar cenderung masih kekanak-kanakan dan belum mampu mengekang emosi (Puspitasari dalam Sumayku *et al.*, 2016)

2. Pendidikan Orang Tua

Penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu responden 45 (36,59) berpendidikan menengah. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendidikan dasar 2,8 (95%CI; 1,13-7,16), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendidikan ibu hampir 3 kali lebih besar dibandingkan

anak yang ibunya berpendidikan tinggi dan secara statistik ada hubungan pendidikan ibu dasar dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,025$). Dan odd ratio pendidikan menengah 4,4 (1,74-11,07), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendidikan ibu menengah 4 kali lebih besar dibandingkan anak yang ibunya berpendidikan tinggi dan secara statistik ada hubungan pendidikan ibu tinggi dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,002$).

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ayah dengan gangguan mental emosional, namun tidak berhubungan dengan tingkat pendidikan ibu. Penelitian di Munich, Jerman yang meneliti variable pendidikan orangtua tidak secara terpisah menyebutkan pendidikan orangtua yang rendah menjadi faktor risiko terkuat dalam hubungannya dengan kesehatan mental anak (Perna *et al.*, 2010).

Studi nasional di Spanyol menunjukkan tingkat pendidikan orang tua baik ayah maupun ibu memiliki hubungan kemaknaan yang sangat kuat dan independen pada anak dengan gangguan mental emosional usia 4-11 tahun, dengan nilai OR semakin meningkat pada level pendidikan yang semakin rendah (Sonego, 2012). Salah satu mekanisme penting antara efek tingkat pendidikan orangtua dengan gangguan mental emosional pada anak adalah pengetahuan orangtua tentang membesarkan anak dan perkembangan anak. Tingkat pendidikan orangtua yang rendah berhubungan dengan sikap pola asuh yang buruk, seperti mendisiplinkan anak dengan kekerasan fisik dan otoriter. Hal tersebut muncul karena kurangnya pengetahuan tentang hasil kontaproduktif yang muncul akibat cara pendisiplinan

anak yang keras. Sedangkan pada tingkat pendidikan orangtua yang lebih tinggi, menunjukkan bahwa orangtua lebih sensitif terhadap perkembangan anak, memiliki pemahaman yang lebih baik dalam strategi untuk mendorong kompetensi sosial anak, serta lebih memiliki sikap suportif dan efektif dalam menerapkan pola asuh pada anak (Hosokawa & Katsura, 2017).

3. Pekerjaan

Penelitian diketahui bahwa sebagian besar pekerjaan ayah (36,59%) bekerja disektor wiraswasta dan sebagian lagi 35 (28.46%) adalah petani/nelayan. Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pekerjaan ayah tani/nelayan 3 (95%CI; 0,84-10,66), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pekerjaan ayah tani 3 kali lebih besar dibandingkan anak pekerjaan ayah PNS dan secara statistik tidak ada hubungan pendidikan ibu dasar dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,025$). Dan odd ratio pekerjaan ayah wiraswasta 3,6 (95%; 1,11-11,7), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal hampir 4 kali pada pekerjaan ayah wiraswasta lebih besar dibandingkan anak yang pekerjaan ayah PNS dan secara statistik ada hubungan pekerjaan ayah wiraswasta dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,032$).

Hasil sejalan dengan studi di Australia. Studi tersebut menemukan pada orang tua dengan kualitas pekerjaan rendah (tanpa keamanan dan perlindungan kerja, kontrol, fleksibilitas atau cuti keluarga yang dibayar) sejalan dengan kondisi gangguan emosional dan perilaku pada anak. Hubungan antara kesulitan yang dialami anak tersebut secara independen berhubungan dengan pendapatan

orangtua, tingkat pendidikan orangtua, struktur keluarga, dan lama jam kerja orangtua. Kualitas pekerjaan orangtua yang rendah berhubungan dengan kesulitan yang dialami oleh orang tua, yang selanjutnya menjadi faktor adanya gangguan mental dan perilaku pada anak (Strazdins *et al.*, 2010).

4. Pendapatan

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pendapatan keluarga rendah 2 (95%CI; 0,097-4,44), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental anak abnormal pada pendapatan keluarga rendah 2 kali lebih besar dibandingkan anak pendapatan keluarga tinggi dan secara statistik tidak ada hubungan pendapatan keluarga dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,058$).

Pendapatan keluarga yang kurang secara langsung terkait dengan konflik dalam perkawinan, praktik pengasuhan, dan pada akhirnya mempengaruhi fungsi kesehatan mental anak, seperti kemampuan sosial anak dan masalah perilaku. Sebaliknya pada tingkat pendapatan keluarga yang tinggi dikaitkan dengan konflik perkawinan yang lebih konstruktif, dan selanjutnya lebih banyak digunakan dalam praktik pengasuhan anak yang positif, sehingga menghasilkan fungsi kesehatan mental anak yang lebih baik. Mekanisme lain yang menghubungkan antara tingkat pendapatan keluarga dengan gangguan mental emosional pada anak adalah pada konsep model investasi keluarga. Keluarga dengan sumber daya ekonomi yang lebih tinggi dapat membuat investasi yang signifikan dalam perkembangan anak-anak mereka. Investasi tersebut melibatkan beberapa dimensi barang dan layanan (misalnya, makanan dan pakaian yang memadai, perumahan layak huni, perawatan

medis, hingga tinggal di lingkungan yang lebih menguntungkan bagi perkembangan psikologi anak), termasuk stimulasi langsung dan tidak langsung dari orangtua (misalnya, menyediakan bahan pembelajaran dan kegiatan, dukungan melalui pelatihan lanjutan dan akses sekolah). Sedangkan orangtua dengan tingkat penghasilan yang lebih rendah harus berinvestasi pada kebutuhan yang lebih mendesak dalam keluarga (Hosokawa & Katsura, 2017).

6.2 Lingkungan

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio pengaruh lingkungan 2,7 (95%CI; 1,28-5,74), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal pada lingkungan berpengaruh hampir 3 kali lebih besar dibandingkan anak tidak ada pengaruh lingkungan dan secara statistik ada hubungan faktor lingkungan dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,009$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesehatan jiwa pada anak korban kekerasan seksual berada pada kondisi yang kurang baik, hal ini ditunjukkan dengan, dari empat aspek kesehatan jiwa yang harus dipenuhi oleh informan hanya dua aspek yang dapat terpenuhi yaitu aspek mampu mengatasi stres, dan mampu melakukan aktivitas produktif. Sedangkan dua aspek lainnya yang tidak dapat dipenuhi adalah aspek pengembangan potensi dan aspek kontribusi positif terhadap lingkungan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, antara lain keadaan psikis dan fisik informan serta dukungan keluarga, teman dan lingkungan (Hanif Muslimah, 2019).

Faktor lingkungan sekolah dan tempat tinggal juga sangat rentan, dengan maraknya bullying dari kakak kelas, teman, dll. Dalam lingkungan rumah tangga

tidak jarang juga dipengaruhi oleh factor diharm dan disfungsi keluarga karena beberapa faktor pula seperti permasalahan ekonomi maupun social. Tidak jarang juga kekerasan muncul akibat tafsir keagamaan. Bila terdapat korban kekerasan anak, maka terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan yang juga berprinsip integrasi semua komponen masyarakat, terutama dalam hal pendampingan terhadap korban. Dalam hal ini dibutuhkan komitmen pendampingan bersama anatar orangtua, masyarakat, lingkungan dan sekolah baik dlam hal memperbaiki dan meningkatkan proses komunikasi serta pola pengasuhan, menciptakan lingkungan yang ramah dan kondusif, pemulihan psikologis serta meningkatkan kepercayaan diri serta minat bakat anak paska kekerasan terjadi (Lukar, 2013)

Para guru di SLTP dan SLTA penting dalam memahami kesehatan mental siswanya yang berada pada masa transisi. Tidak sedikit siswa yang mengalami kesulitan mengembangkan mentalnya karena terhambat oleh masalah-masalahnya, seperti penyesuaian diri, konflik dengan orang tua atau teman, masalah pribadi, masalah akademis , dan masalah lainnya yang dapat menghambat eksplorasi potensi siswa, bahkan dapat menyebabkan stress. Prinsip Berdasarkan Hubungan Manusia dengan Lingkungannya a. Kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada hubungan antar pribadi yang harmonis, terutama dalam kehidupan keluarga. b. Penyesuaian diri yang baik serta ketenangan batin bergantung pada kepuasan dalam bertindak, misalnya dalam bekerja. c. Kesehatan mental dan penyesuaian diri dicapai dengan sikap yang realistis, termasuk penerimaan terhadap kenyataan secara sehat dan objektif (Fakhriyani, 2019).

Menurut peneliti korban kekerasan seksual cenderung mendapatkan perilaku tidak menyenangkan seperti bullying dari lingkungan sekitar terutama sekolah.. Bullying yang marak terjadi pada kalangan kanak-kanak dan remaja dapat memberi dampak yang berkepanjangan dalam kesehatan mental anak. Anak yang ditindas pada masa-masa pertumbuhan cenderung memiliki mental yang lebih pendiam, penakut, dan jarang mengekspresikan keinginan.

6.3 Dukungan Keluarga

Hasil uji statistik diperoleh odd ratio dukungan keluarga 9 (95%CI; 3,56-24,7), artinya peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal pada dukungan keluarga tidak mendukung 9 kali lebih besar dibandingkan anak ada dukungan keluarga dan secara statistik ada hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,0001$).

Menurut Charney DS (2004) selain faktor resiko yang bisa memicu terjadinya PTSD, adapula faktor proteksi yang justru dapat mencegah PTSD meliputi : a). Dukungan lingkungan, baik teman-teman dan keluarga, b). Menemukan kelompok pendukung setelah peristiwa traumatis, c). Tidak menyalahkan diri sendiri, dan merasa mampu melewati masa-masa sulit, d). Memiliki strategi coping, e). Mampu bertindak dan merespons secara efektif meskipun merasa ketakutan. Sehingga dengan mengetahui faktorfaktor resiko, maka bisa diminimalisir kerentanan PTSD pada anak korban kekerasan seksual. Berdasarkan data di atas maka peneliti tertarik untuk membahas kajian tentang “Faktor-faktor Resiko yang Melatarbelakangi terjadinya *Post Traumatic Stress Disorder* pada anak korban kekerasan seksual”.

Modalitas pengobatan untuk korban anak dan anggota keluarga yang tidak melakukan pelanggaran diidentifikasi dan dijelaskan. Manfaat menyediakan layanan kesehatan mental di tempat di Pusat Advokasi Anak untuk triase yang lebih baik dan memberikan perawatan dibahas melalui deskripsi program perawatan berbasis Pusat Advokasi Anak yang ada. Rekomendasi untuk penelitian dan praktik klinis disediakan (Tavkar & Hansen, 2011).

Temuan menunjukkan bahwa pengungkapan berlipat ganda ditentukan oleh interaksi kompleks dari faktor-faktor yang terkait dengan karakteristik anak, lingkungan keluarga, pengaruh masyarakat, dan sikap budaya dan masyarakat. Analisis ekologi ditawarkan untuk memahami kompleksitas ini. Kecuali hambatan pengungkapan diberantas, efek negatif dari pelecehan seksual anak dapat bertahan bermanifestasi dalam masalah kesehatan mental yang serius (Alaggia, 2010).

Tema keluarga yang muncul menunjukkan bahwa pengungkapan CSA dapat dipengaruhi secara negatif oleh karakteristik tertentu seperti: peran gender yang kaku dengan ayah yang mendominasi; kekacauan dan agresi; adanya bentuk-bentuk kekerasan terhadap anak lainnya; kekerasan dalam rumah tangga; komunikasi disfungsional dan; isolasi sosial. Perhatikan bahwa dalam kutipan pertama ini, meskipun peserta berbicara tentang masa lalu, kata-katanya keluar seolah-olah bahaya masih ada di masa sekarang, meskipun pengungkapannya sangat dipublikasikan sebagai bagian dari mengungkap jaringan pedofilia (Alaggia, 2010).

Dukungan dari keluarga dapat membantu seseorang keluarga dari trauma, sebagaimana dikatakan oleh (Van Wormer & Besthorn, 2017) yang menyatakan bahwa kekerasan merupakan risiko pekerjaan, namun jaringan dukungan

sosial membantu mereka untuk mengatasi trauma sistem dukungan sosial dapat berperan sebagai faktor perlindungan (*protective factors*) guna meminimalisasi dampak dari faktor risiko sehingga terbentuk resiliensi dalam diri anak (Van Wormer & Besthorn, 2017).

Dari fakta dilapangan menunjukkan Sebagian orangtua responden berupaya memulihkan trauma yang terjadi pada anaknya dengan cara minta bantuan ke penyedia layanan perlindungan anak untuk membantu support psikologisnya. Bila korban kekerasan seksual mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dan orang-orang di sekitarnya, kemungkinan besar korban tidak merasa terkucil dan terpisah dari kelompok. Perasaan terkucil atau terpisah yang dialami para korban kekerasan seksual rentan memunculkan rasa kecewa, bingung, kesepian, ragu-ragu, khawatir, takut, putus asa, ketergantungan, kekosongan, dan kerinduan. Korban yang merasa diterima oleh lingkungan akan merasa seperti remaja lain yang tidak terlihat cacat cela oleh masyarakat sehingga ia akan memiliki perkembangan Kesehatan mental dalam derajat yang lebih besar.

6.3 Peran Konselor

Hasil penelitian diperoleh peluang anak mengalami perkembangan kesehatan mental abnormal dengan peran konselor tidak mendukung 2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang menyatakan peran konselor mendukung dan secara statistik ada hubungan peran konselor dengan kesehatan mental anak yang mengalami kekerasan seksual ($p = 0,026$).

Fathiyah (2010) dalam penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan psikologis, menunjukkan, dilihat dari kecemasan korban sebelum dan

sesudah penanganan mencakup tiga aspek, yaitu: a) kognitif/Pikiran, sebelum penanganan korban menyalahkan diri sendiri, berfikiran negatif, persepsi korban kepada pelaku, marah, benci, kecewa. Setelah penanganan, korban sudah mulai sedikit berfikir positif, korban mau melanjutkan pendidikannya dan korban tidak mengrung diri. b) perasaan (emosi), sebelum penanganan korban merasa sangat bersalah, menyesal, sedih, takut. Setelah penanganan korban bisa menerima dan ikhlas dalam kejadian ini. c) perilaku, sebelum penanganan korban menarik diri, merasa tidak percaya diri dan sulit dalam berhubungan sosial. Setelah penanganan korban sudah bisa bersosialisasi dan tidak menarik diri

Kedudukan dan peranan pekerja sosial dalam menangani masalah anak yang menjadi korban kekerasan seksual sodomi sangat penting terutama selama proses hukum dan untuk memastikan perkembangan mental anak-anak korban kekerasan seksual dapat berkembang dengan baik. Lebih dari itu, pekerja sosial telah diakui sebagai seorang yang pakar dalam bidang kekerasan terhadap anak-anak disebabkan pekerja sosial bekerja dengan anak-anak yang menjadi korban kekerasan seksual ini secara reguler berbanding professional lain (Oktantina, 2019)

Secara kognisi, anak korban kekerasan seksual umumnya menunjukkan ketidakmampuan dalam berkonsentrasi, mudarnya minat bersekolah, serta adanya respon maupun reaksi berlebihan khususnya terhadap gerakan tiba-tiba dari orang lain dalam jarak dekat. Secara sosial emosional tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada anak korban kekerasan seksual antara lain rendahnya kepercayaan diri, menarik diri, depresi tanpa penyebab, serta keterbatasan perasan misalnya tidak dapat mencintai atau tidak riang seperti sebelumnya atau sebagaimana dialami oleh teman-teman sebayanya. Secara fisik, indikator yang bisa diamati

antara lain adanya perasaan sakit yang tidak jelas misalnya mengeluh sakit kepala, sakit perut, sakit tenggorokan tanpa penyebab yang jelas, menurunnya berat badan secara drastis, tidak ada kenaikan badan secara memadai dan muntah-muntah, adanya luka-luka pada alat kelamin atau mengidap penyakit kelamin, dan mengalami kehamilan (Hurariah, 2012).

Dari hasil penelitian diperoleh anak yang sudah mengikuti kegiatan konseling yang dibrikan oleh tim pendamping menyatakan bahwa saat mengikuti konseling merasakan perubahan seperti mulai berani menceritakan perasaannya kepada pendamping maupun teman, setelah bercerita jiwa merasa lebih lepas dan bebas tidak ada beban ada yang awalnya memang merasa cemas atau gelisah yang sangat berlebihan sehingga selalu diam dan pikirannya kosong, ada yang merasa benar-benar dalam tekanan yang sangat berat sehingga merasa rendah diri dan hilang kepercayaan kepada diri sendiri bahkan sampai merasa seperti sampah karena merasa dirinya sudah tidak berguna lagi dan menanggung malu yang sangat luar biasa

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan faktor sosial ekonomi dengan kesehatan mental pada anak korban *sexual abuse* di Provinsi Aceh dapat disimpulkan mayoritas responden mengalami masalah perkembangan kesehatan mental 40,65% pada kategori abnormal dan 59,35% borderline, faktor- faktor terkait perkembangan kesehatan mental anak adalah faktor ekonomi yang berhubungan adalah, pendidikan ayah dan pekerjaan. Faktor sosial yang berhubungan perkembangan kesehatan mental anak adalah lingkungan, dukungan keluarga dan peran konselor.

Berdasarkan nilai p value menunjukkan variabel dukungan keluarga ($p= 0.0001$) sehingga menjadi faktor paling berhubungan dengan perkembangan kesehatan mental anak dengan nilai Odds Ratio 15 kali (95%; CI; 4.67-49.28) sehingga kecenderungan perkembangan mental anak borderline pada variabel dukungan keluarga kurang mendukung 15 kali lebih dominan dibandingkan variabel lainnya.

7.2 Saran

Dalam menyampaikan masukan guna menyambung maksud dan tujuan dari hasil penelitian dan pengamatan analisis dapatlah disarankan hal-hal sebagai berikut :

1. Kepada Orang tua diharapkan lebih sering berkomunikasi dengan anak-anaknya mengenai berbagai hal yang dialami anak dalam kesehariannya, baik berbagai hal yang dialami anak di lingkungan sekolah maupun di lingkungan masyarakat sekitarnya. Terjalannya komunikasi yang baik antara anak dan orang tua diharapkan terbentuk hubungan batin yang kuat antara anak dan orang tua sehingga apabila terjadi benturan keinginan dapat diselesaikan dengan komunikasi positif, sehingga kekerasan anak dalam keluarga dapat dihindarkan.
2. Kepada Pemerintah Aceh dalam hal ini Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A) agar dapat meningkatkan peran konselor di tiap daerah kabupaten kota dan menambah jumlah konselor.
3. Kepada Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP3A) agar dapat melakukan sosialisasi dalam hal ini diwakili gampong dan program edukasi kepada semua golongan masyarakat mengenai pencegahan kejahatan terhadap anak dan tindakan-tindakan serta hukuman bagi pelaku. Sosialisasi akan dilakukan secara masif dan berkelanjutan. Pemerintah wajib memberikan perhatian pada rehabilitasi anak yang menjadi korban, terutama pendampingan secara psikologis sehingga memulihkan cedera mental atau trauma yang dialami anak.
4. Masyarakat diharapkan lebih peka terhadap tanda-tanda terjadinya kekerasan seksual anak, dan masyarakat juga harus memiliki pengetahuan terkait perilaku kekerasan seksual terhadap anak, sehingga timbul kesadaran untuk mencegah dan melaporkan tindak kekerasan terhadap anak. Bentuk pencegahan yang

dilakukan adalah peningkatan pengawasan dan penjagaan agar anak tidak memperoleh kekerasan oleh orang di lingkungan sekitarnya baik di sekolah maupun di lingkungan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams J., Mrug S. & Knight D.C., **Characteristics Of Child Physical And Sexual Abuse As Predictors Of Psychopathology**, *Child Abuse Negl*, 2018;86:167-177.
- Alaggia R., **An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: Considerations for child and adolescent mental health**, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2010;19(1):32.
- Amanda P.K., Riski P., Sahputra F. & Habib M.N., **Mencegah dan Melindungi: Menangani Kekerasan Seksual terhadap Anak dengan Bukti**, *Jurnal Peradilan Indonesia*, 2016;4:49-67.
- Anderson M. & Parkinson K., **Balancing Justice And Welfare Needs In Family Group Conferences For Children With Harmful Sexual Behavior: The HSB-FGC Framework**, *Journal of child sexual abuse*, 2018;27(5):490-509.
- Andina E., **Budaya Kekerasan Antar Anak Di Sekolah Dasar**, *dalam Jurnal Info Singkat Kesejahteraan Sosial*, 2014;6(1):9-12.
- Anggraini T., Riswandi R. & Sofia A., **Pendidikan Seksual Anak Usia Dini: Aku dan Diriku**, *Jurnal Pendidikan Anak*, 2017;3(2).
- Arikunto S., **Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek**, Jakarta: Rineka Cipta; 2006.
- Azizah L., Zainuri I. & Akbar A., **Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa**, Yogyakarta: Indomedia Pustaka, 2016.
- Black S., Pulford J., Christie G. & Wheeler A., **Differences In New Zealand Secondary School Students' Reported Strengths And Difficulties**, *New Zealand Journal of Psychology*, 2010;39(3):19-23.
- Catalano D., Holloway L. & Mpofu E., **Mental Health Interventions For Parent Carers Of Children With Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines From A Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review**, *International journal of environmental research and public health*, 2018;15(2):341.
- Chairah D., **Perlindungan Hukum Terhadap Perempuan dan Anak Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga di Kabupaten Sidoarjo**, *Al-Jinayah: Jurnal Hukum Pidana Islam*, 2019;5(1):153-175.

- Dania I.A., **Kekerasan Seksual Pada Anak**, *Ibnu Sina: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan-Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara*, 2020;19(1):46-52.
- Daradjat Z., **Kesehatan Mental**, Jakarta: PT GunungAgung; 2001.
- Fakhriyani D.V., **Kesehatan Mental**: Duta Media Publishing; 2019.
- Fathiyah K.N., **Peran konselor sekolah untuk penanganan kekerasan seksual pada anak**, *Paradigma*, 2010;5(09).
- Fitriana Y., Pratiwi K. & Sutanto A.V., **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Orang Tua Dalam Melakukan Kekerasan Verbal Terhadap Anak Usia Pra-Sekolah**, *Jurnal Psikologi Undip*, 2015;14(1):81-93.
- Fontes L.F.C., Conceição O.C. & Machado S., **Childhood And Adolescent Sexual Abuse, Victim Profile And Its Impacts On Mental Health**, *Ciencia & saude coletiva*, 2017;22:2919-2928.
- Framanta G.M., **Pengaruh Lingkungan Keluarga Terhadap Kepribadian Anak**, *Jurnal Pendidikan Dan Konseling (JPDK)*, 2020;2(1):126-129.
- Fuadi M.A., **Dinamika Psikologis Kekerasan Seksual**. *PSIKOISLAMIKA, Jurnal Psikologi Islam (JPI)*, 2011;8(2).
- Ginting M.N.K., S, **Pelecehan Seksual Pada Anak: Ditinjau Dari Segi Dampak Dan Pecegahannya**, *JURNAL PIONIR*, 2020;5(3).
- Hadiarni H., **Child Abuse: Rekonstruksi Ke Arah Kesehatan Mental**, *PROCEEDING IAIN Batusangkar*, 2018;1(2):215-224.
- Hanif Muslimah M.K., Usmi. **Kesehatan Mental Pada Anak Korban Kekerasan Seksual**: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2019.
- Hayati E.N., Högberg U., Hakimi M., Ellsberg M.C. & Emmelin M., **Behind The Silence Of Harmony: Risk Factors For Physical And Sexual Violence Among Women In Rural Indonesia**, *BMC women's health*, 2011;11(1):52.
- Hildayani R., Sugianto M., Tarigan R. & Handayani E., **Psikologi Perkembangan Anak**, 2014.
- Hosokawa R. & Katsura T., **A longitudinal study of socioeconomic status, family processes, and child adjustment from preschool until early elementary school: the role of social competence**, *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2017;11(1):1-28.

- Hurariah A., **Kekerasan Terhadap Anak**, Bandung: Nuasa Press; 2012.
- Indarjo S., **Kesehatan Jiwa Remaja**, *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2009;5(1).
- J.W S., **Adolescence 15th Edition**, New York: McGraw Hill; 2014.
- Justicia R., **Program Underwear Rules untuk Mencegah Kekerasan Seksual Pada Anak Usia Dini**, *Jurnal Pendidikan Usia Dini*, 2015;9(2):217-232.
- Kurniasari A., **Dampak Kekerasan Pada Kepribadian Anak**, *Sosio informa*, 2019;5(1).
- Lewoleba K.K. & Fahrozi M.H., **Studi Faktor-Faktor Terjadinya Tindak Kekerasan Seksual Pada Anak-Anak**, *Esensi Hukum*, 2020;2(1):27-48.
- Lukar A.B.H., **Perlindungan Hukum Terhadap Anak Yang Menjadi Korban Tindak Pidana Perkosaan**, *Lex Crimen*, 2013;2(7).
- Manumpahi E., Goni S.Y. & Pongoh H.W., **Kajian kekerasan dalam rumah tangga terhadap psikologi anak di Desa Soakonora Kecamatan Jailolo Kabupaten Halmahera Barat**, *ACTA DIURNA KOMUNIKASI*, 2016;5(1).
- Maslihah S., **Kekerasan Terhadap Anak: Model Transisional dan Dampak Jangka Panjang**, *Edukid: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 2006;1(1):25-33.
- Moon S.-S., Park S.-M. & Cho S.-I., **The Association Of Social Support And Activities With Health In South Korea: Differences In Age And Gender**, *Journal of biosocial science*, 2010;42(3):409-424.
- Muris P., Meesters C. & van den Berg F., **The Strengths And Difficulties Questionnaire (SDQ)**, *European child & adolescent psychiatry*, 2003;12(1):1-8.
- Muslimah H., **Kesehatan Mental Pada Anak Korban Kekerasan Seksual**: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2019.
- Ningsih E.S.B. & Sri H., **Kekerasan Seksual Pada Anak di Kabupaten Karawang**, *Jurnal Bidan "Midwife Journal"*, 2018;4(02).
- Notosoedirdjo M.L., **Kesehatan Mental: Konsep Dan Penerapan**, Malang: UPT Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang; 2011.
- Noviana I., **Kekerasan Seksual Terhadap Anak: Dampak Dan Penanganannya**, *Sosio Informa*, 2015;1(1).

- Novianty L., Suryani S. & Sriati A., **Analisis Dukungan Psikososial Yang Dibutuhkan Keluarga Dengan Anak Yang Mengalami Kekerasan Seksual**, *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 2015;3(3).
- O'Reilly M. & Lester J.N., **The Palgrave Handbook Of Child Mental Health**: Palgrave Macmillan; 2015.
- Ocviyanti D. & Khusen D., **Penanganan Holistik pada Kasus Pelecehan Seksual pada Anak**, *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 2018;68(4):176-179.
- Oktantina D.A., **Peran konselor dalam menangani kecemasan korban pelecehan seksual pada anak di pusat pelayanan terpadu (PPT)“Jayandu Widuri” Kabupaten Pematang**: IAIN Pekalongan; 2019.
- Ortuño-Sierra J., Aritio-Solana R. & Fonseca-Pedrero E., **Mental Health Difficulties In Children And Adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012**, *Psychiatry research*, 2018;259:236-242.
- PA K., **Kekerasan meningkat: Kebijakan penghapusan kekerasan seksual untuk membangun ruang aman bagi perempuan dan anak perempuan**, *Catahu: Catatan tahunan tentang kekerasan terhadap perempuan*, 2020:1-109.
- Paramastri I., Prawitasari J., Prabandari Y.S. & Ekowarni E., **Buklet Sebagai Media Pencegahan Terhadap Kekerasan Seksual Pada Anak-Anak**, *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 2011;6(2):77-84.
- Paramastri I. & Priyanto M.A., **Early Prevention Toward Sexual Abuse On Children**, *Jurnal Psikologi*, 2010;37(1):1–12.
- Perempuan K., **Kekerasan Meningkat: Kebijakan Penghapusan Kekerasan Seksual Untuk Membangun Ruang Aman Bagi Perempuan Dan Anak Perempuan**, *Catahu: Catatan tahunan tentang kekerasan terhadap perempuan*, 2020:1-109.
- Perna L., Bolte G., Mayrhofer H., Spies G. & Mielck A., **The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city: an analysis with data from the city of Munich**, *BMC public health*, 2010;10(1):1-10.
- Prihatiningsih E. & Wijayanti Y., **Gangguan Mental Emosional Siswa Sekolah Dasar**, *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2019;3(2):252-262.
- Putra A.R.B., **Peran Guru Bimbingan dan Konseling dalam mengatasi kecenderungan perilaku agresif peserta didik di SMKN 2 Palangka Raya tahun pelajaran 2014/2015**, *Jurnal konseling gusjigang*, 2015;1(2).

- Reese-Weber M. & Smith D.M., **Outcomes Of Child Sexual Abuse As Predictors Of Later Sexual Victimization**, *Journal of Interpersonal Violence*, 2011;26(9):1884-1905.
- Remschmidt H., Nurcombe B., Belfer M.L., Sartorius N. & Okasha A., **The Mental Health Of Children And Adolescents: An Area Of Global Neglect**: John Wiley & Sons; 2007.
- Rianto A., **Penerapan Analisis Multivariat Dalam Penelitian Kesehatan**, Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
- Rohmah N., Rifanda N., Novitasari K. & Nuqul F.L., **Kekerasan Seksual Pada Anak: Telaah Relasi Pelaku Korban Dan Kerentanan Pada Anak**, *Psikoislamika: Jurnal Psikologi Dan Psikologi Islam*, 2015;12(2):5-10.
- Rokhmansyah A., **Pengantar Gender Dan Feminisme: Pemahaman Awal Kritik Sastra Feminisme**: Garudhawaca; 2016.
- Rumble L., Febrianto R.F., Larasati M.N., Hamilton C., Mathews B. & Dunne M.P., **Childhood Sexual Violence In Indonesia: A Systematic Review**, *Trauma, violence, & abuse*, 2020;21(2):284-299.
- Saifudin M., **Peran Keluarga dengan Kemampuan Merawat Diri Anak Retardasi Mental (RM) Sedang**, *Journals of Ners Community*, 2013;4(1):36-43.
- Sarafino E.P. & Graham J.A., **Development And Psychometric Evaluation Of An Instrument To Assess Reinforcer Preferences: The Preferred Items And Experiences Questionnaire**, *Behavior modification*, 2006;30(6):835-847.
- Semium Y., **Kesehatan Mental 1**, Yogyakarta: Kanisius; 2006.
- Setiani F.T., Handayani S. & Warsiti W., **Studi Fenomenologi: Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Kekerasan Seksual Pada Anak Perempuan Di Kabupaten Wonosobo**, *Jurnal Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat UNSIQ*, 2017;4(2):122-128.
- Setyaningrum D.N., **Gambaran Fungsi Keluarga pada Warga Binaan Remaja di Rumah Tahanan Negara Klas I Bandung**, *Students e-Journal*, 2012;1(1):32.
- Sharif Z. & Mohamad Roslan N., **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Remaja Terlibat Dalam Masalah Sosial di Sekolah Tunas Bakti, Sungai Lereh, Melaka**, *Journal of Education Psychology & Counseling*, 2011;1(7):115-140.

- Simbolon D.F., **Kurangnya Pendidikan Reproduksi Dini Menjadi Faktor Penyebab Terjadinya Pelecehan Seksual Antar Anak**, *Soumatara Law Review*, 2018;1(1):43-66.
- Spataro J., Mullen P.E., Burgess P.M., Wells D.L. & Moss S.A., **Impact Of Child Sexual Abuse On Mental Health: Prospective Study In Males And Females**, *The British Journal of Psychiatry*, 2004;184(5):416-421.
- Strazdins L., Shipley M., Clements M., Obrien L.V. & Broom D.H., **Job quality and inequality: Parents' jobs and children's emotional and behavioural difficulties**, *Social Science & Medicine*, 2010;70(12):2052-2060.
- Suyanto B., **Masalah Sosial Anak**, Jakarta: Prenada Media Grup; 2013.
- Swarjana I.K. & SKM M., **Metodologi Penelitian Kesehatan**, Jakarta: Penerbit Andi; 2012.
- Tarabulsy G.M., St-Laurent D., Cyr C., Pascuzzo K., Moss E., Bernier A. & Dubois Comtois K., **Attachment Based Intervention For Maltreating Families**, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2008;78(3):322-332.
- Tavkar P. & Hansen D.J., **Interventions for families victimized by child sexual abuse: Clinical issues and approaches for child advocacy center-based services**, *Aggression and Violent Behavior*, 2011;16(3):188-199.
- Tintin T., Krisnani H. & Nurwati R.N., **Intervensi Pekerjaan Sosial Dalam Menangani Anak Korban Kekerasan Seksual**, *Share: Social Work Journal*, 2020;10(1):1-10.
- Tuliah S., **Kajian Motif Pelaku Kekerasan Seksual Terhadap Anak Melalui Modus Operandi Di Lingkungan Keluarga**, *Ejournal Sosiati-Sosiologi*, 2018;6(2):1-17.
- Tursilarini T.Y., **Dampak Kekerasan Seksual Di Ranah Domestik Terhadap Keberlangsungan Hidup Anak**, *Media Informasi Penelitian Kesejahteraan Sosial*, 2020;41(1):77-92.
- Ullebø A.K., Posserud M.-B., Heiervang E., Obel C. & Gillberg C., **Prevalence of the ADHD phenotype in 7-to 9-year-old children: effects of informant, gender and non-participation**, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2012;47(5):763-769.
- UPTD-PPA. **Data Tindak Kekerasan Terhadap Anak**, Banda Aceh: UPTD-PPA; 2021.
- Utami D.T., **Pengaruh Lingkungan Teman Sebaya Terhadap Perilaku Sosial Anak Usia 5-6 Tahun**, *Generasi Emas: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini*, 2018;1(1):39-50.

- Utami P.N., **Pencegahan Kekerasan Terhadap Anak Dalam Perspektif Hak Atas Rasa Aman Di Nusa Tenggara Barat (Prevention of Violence to Children from the Perspective of the Rights to Security in West Nusa Tenggara)**, *Jurnal HAM Vol*, 2018;9(1):1-17.
- Van Wormer K. & Besthorn F.H., **Human behavior and the social environment, macro level: Groups, communities, and organizations**: Oxford University Press; 2017.
- Wahyuni H., **Faktor Resiko Gangguan Stress Pasca Trauma Pada Anak Korban Pelecehan Seksual**, *Khazanah Pendidikan*, 2016;10(1).
- WHO. **WHO, International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF World Health Organization, 2011**, Geneva: ICF World Health Organization; 2011.
- WHO, **WHO South-East Asia Journal Of Public Health**, www.searo.who.int/publications/journals/seajph/seajphv6n1.pdf?ua=1, 2017;1-98, 2017.
- Windari R. & Syahputra A., **Menakar Aspek Kemanfaatan dan Keadilan Pada Sanksi Kebiri Kimia Terhadap Pelaku Kekerasan Seksual Anak Di Indonesia**, *Soumatera Law Review*, 2020;3(2):247-264.
- Yoga D.S., Suarmini N.W. & Prabowo S., **Peran Keluarga Sangat Penting Dalam Pendidikan Mental, Karakter Anak Serta Budi Pekerti Anak**, *Jurnal Sosial Humaniora (JSH)*, 2015;8(1):46-54.
- Yuwono I.D., **Penerapan Hukum Dalam Kasus Kekerasan Seksual Terhadap Anak**: Media Pressindo; 2018.

INFORMASI KEPADA RESPONDEN

Assalamualaikum Wr. Wb

Saya NOFITAYULANDAR (Npm: 1907210010), atas nama peneliti; mahasiswa tingkat akhir program Pasca Sarjana pada fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh bermaksud mengadakan penelitian **Determinan *Sexual Abuse* Terhadap Dampak Perkembangan Kesehatan Mental Anak Di UPTD PPA Aceh**

Dengan penelitian ini diharapkan akan diketahui faktor yang berhubungan dengan **Perkembangan Kesehatan Mental Anak**. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan pertimbangan pihak terkait dalam menentukan program kesehatan mental masyarakat.

Keikutsertaan bapak/ibu dalam penelitian ini adalah secara sukarela dan menguntungkan semua pihak baik responden, peneliti, pelayanan kesehatan dan masyarakat luas. Setelah anda setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan menandatangani pernyataan persetujuan responden, maka anda akan dilanjutkan dengan proses wawancara.

Semua data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dirahasiakan dan tidak terbuka bagi masyarakat atau pihak lain tanpa persetujuan peneliti dan responden. Laporan yang akan dihasilkan dari penelitian ini tidak akan mencantumkan identitas bapak/ibu yang bersangkutan.

Demikianlah informasi ini kami sampaikan, terimakasih atas kesediaan anda menjadi responden

Wassalamualaikum Wr. Wb

PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian ini dan apabila dikemudian hari terdapat kekurangan maka saya bersedia untuk dihubungi kembali.

Banda Aceh, Juli 2021

Responden

Nama :

Tanda Tangan:

Peneliti

Nama : Nofita Yulandari

Tanda Tangan:

LAMPIRAN

DETERMINAN *SEXUAL ABUSE* TERHADAP DAMPAK PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL ANAK DI UPTD PPA ACEH TAHUN 2021

1. Nama Enumerator :
 2. Tanggal pengumpulan data :// 2021
 3. Kode responden :
 4. Desa :
-

A. Identitas Ibu (responden)

1. Umur ibu :
2. Pendidikan Ibu
 1. Tidak sekolah
 2. SD/MI
 3. SLTP/Sederajat
 4. SLTA/Sederajat
 5. Diploma/ PT
3. Pekerjaan Ibu
 1. PNS/BUMN/TNI/POLRI
 2. Petani/Berkebun
 3. Pedagang/Wiraswasta
 4. Buruh
 5. Nelayan
 6. Lain2 (sebutkan

I. DATA RESPONDEN

B. Identitas Ayah

1. Nama Ayah :
2. Umur ayah :
3. Pendidikan ayah (dulu dan sekarang)
 1. Tidak sekolah
 2. SD/MI
 3. SLTP/Sederajat
 4. SLTA/Sederajat
 5. Diploma/ PT

4. Pekerjaan ayah
 1. PNS/BUMN/TNI/POLRI
 2. Petani/Berkebun
 3. Pedagang/Wiraswasta
 4. Buruh
 5. Nelayan
 6. Lain2 (sebutkan)
6. Pendapatan Keluarga
 1. Ayah
 2. Ibu
 3. Jumlah tanggungan keluarga....orang

C. Identitas Keluarga

1. Status pernikahan : a. Masih Bersama b. Cerai Mati c. Cerai Hidup
- 2 Umur Saat Menikah : a. > 19 tahun b. > 19 tahun

II. DATA IDENTITAS SAMPEL

1. Nama Anak :
2. Tgl/Bln/Thn Lahir :
3. Jenis Kelamin : [1] aki-laki [2] Perempuan
4. Anak Ke : Dari.....bersaudara

D. Lingkungan

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Anak saya diejek dengan kata-kata kasar				
2	Anak saya dibully dengan nama panggilan yang tidak saya sukai				
3	Anak saya pernah difitnah tentang hal yang buruk yang tidak di lakukan				
4	Anak saya pernah diejek dan dipermalukan di depan umum				
5	Teman-teman menjadikan saya sebagai bahan lelucon				
6	Anak diancam, diejek, diganggu dengan menggunakan pesan, telepon, atau gambar kasar dan menyakitkan lewat telepon atau internet				
7	Saya berada di lingkungan yang miskin dapat berdampak kekerasan seksual				
8	Dilingkungan anda anak-anak bebas bermain				

E. Kuesioner Dukungan Keluarga

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
Dukungan Emosional					
1	Selalu membuat anak merasa nyaman.				
2	Anak korban seksual tidak berharga dan tidak penting.				
3	Tidak pernah membantu masalah anak.				
Dukungan Harga Diri					
4	Selalu menunjukkan ekpresi kasih sayang dan cinta kasih kepada anak.				
5	Menyalahkan hal yang terjadi pada anak.				
6	Tidak pernah membanding-bandingkan anak dengan orang lain.				
Dukungan Instrumental					
7	Selalu ikut menjaga pola makan anak.				
8	Tidak memperhatikan nutrisi pada makanan anak.				
9	Bersedia mengobati anak dengan terapi medis maupun non medis.				
Dukungan Informasional					
10	Selalu memberikan informasi terbaru mengenai perkembangan anak.				

Dukungan Kelompok Sosial					
11	Melarang anak untuk tetap ikut bersosialisasi.				
12	Sering mengajak anak jalan-jalan ataupun bertamasya.				
13	Selalu mengikutsertakan anak dalam setiap acara keluarga.				

Sumber: Friedman (2008) telah dimodifikasi

F. Peran Konselor

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah jarak ke tempat konseling cukup jauh		
2	Apakah konselor mendatangi anda kerumah		
3	Apakah jarak ke konseling mejadi hambatan bagi anda mepadatkan layanan psikososial		
4	Apakah anak ibu pernah mendapat konseling		
5	Apakah petugas konseling bersikap ramah dan sopan dalam memberikan pelayanan		

E. Kuesioner pada perkembangan kesehatan mental anak berdasarkan kuesioner kesulitan dan kekuatan anak (SDQ) kuesiner tingkah laku anak usis 3-16 tahun

No	Pernyataan	Jawaban		
		Tidak Benar	Agak Benar	Benar
	PERILAKU			
1.	Saya sering marah sehingga tidak dapat mengntrol kemarahan			
2.	Saya selalu melakukan perintah yang perintahkan orang lain			
3.	Saya selalu memaksa kehendak diri sendiri dengan kemarahan			
4.	Saya sering dituduh berbohong			
5.	Saya selalu mengambil barang yang bukian miliki sendiri baik dirumah dan disekolah			
	EMOTIONAL			
6	Saya sering mengalami sakit perut, sakit kepala serta sakit lainnya			
7.	Saya selalu cemas khawatir terhadap apapun			
8.	Saya selalu merasa sedih serta sering menangis			
9.	Saya gugup dan tidak percaya diri			
10.	Saya mudah takut sama orang yang tidak saya kenal maupun yang saya kenal			

	PERKEMBANGAN			
		Tidak Benar	Agak Benar	Benar
11.	Saya gelisah, selalu khawatir			
12.	Jika saya gelisah tanpa saya sadari badan saya selalu bergerak			
13.	Saya sulit konsentrasi			
14.	Saya berpikir sebelum melakukan sesuatu			
15.	Saya suka menyendiri			
16.	Saya berusaha bertanggungjawab dengan pekerjaan saya			
17.	Saya berteman dengan satu atau lebih orang			
18.	Teman seusia saya selalu mau berteman dan menyukai saya			
19.	Saya selalu di bully oleh teman disekitar saya			
20.	Saya bisa bergaul dengan orang yang bukan usia dengan saya			
21.	Saya perhatian kepada orang lain			
22.	Saya sering berbagi saat bermain dengan orang lain			
23.	Saya suka menolong orang lain berbagai hal apapun			
24.	Saya suka bermain pada anak seumur dengan saya			
25.	Saya suka membantu orangtua, guru, dan oranglain			

TABEL SKOR

NO.	Variabel Yang Di Teliti	No Urut Pertanyaan	Bobot Skor					RENTANG
			a	b	c	e	f	
VariabelDependen								
1.	Kesehatan Mental	1	0	1	2		(0-50) -Normal total skor 0-15 -Borderline total skor 16-19 - Abnormal total skor 20-40	
		2	0	1	2			
		3	0	1	2			
		4	0	1	2			
		5	0	1	2			
		6	0	1	2			
		7	0	1	2			
		8	0	1	2			
		9	0	1	2			
		10	0	1	2			
		11	0	1	2			
		12	0	1	2			
		13	0	1	2			
		14	0	1	2			
		15	0	1	2			
		16	0	1	2			
		17	0	1	2			
		18	0	1	2			
		19	0	1	2			
		20	0	1	2			
		21	0	1	2			
		22	0	1	2			
		23	0	1	2			
		24	0	1	2			
		25	0	1	2			
VariabelIndependen								
2.	Lingkungan	1	3	2	1	0	(0-24) - Berpengaruh skor \geq mean - Tidak berpengaruh skor $<$ mean	
		2	3	2	1	0		
		3	3	2	1	0		
		4	3	2	1	0		
		5	3	2	1	0		
		6	3	2	1	0		
		7	3	2	1	0		
		8	3	2	1	0		
3.	Dukungan keluarga	1	3	2	1	0	(0-39) - Mendukung skor \geq mean - Tidak mendukung skor $<$ mean	
		2	3	2	1	0		
		3	3	2	1	0		
		4	3	2	1	0		
		5	3	2	1	0		
		6	3	2	1	0		
		7	3	2	1	0		
		8	3	2	1	0		
		9	3	2	1	0		
		10	3	2	1	0		

		11	3	2	1	0		
		12	3	2	1	0		
		13	3	2	1	0		
4.	Peran Konselor	1	1	0				(0-5)
		2	1	0				- Mendukung skor \geq mean
		3	1	0				-
		4	1	0				- Tidak mendukung skor $<$ mean
		5	1	0				