

**PENGEMBANGAN MODEL DETEKSI PENGENDALIAN DEPRESI
PADA ANAK-ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL
DI DKI JAKARTA**

**TRIANA INDRAYANI
KO13172015**



**PROGRAM DOKTORAL ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL DETEKSI PENGENDALIAN DEPRESI
PADA ANAK-ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL
DI DKI JAKARTA**

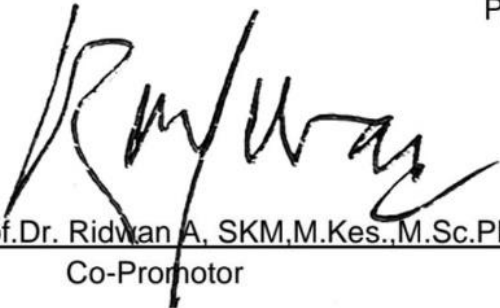
Dsusun dan Diajukan oleh:

**TRIANA INDRAYANI
K013172015**

Menyetujui
Komisi Penasehat



Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
Promotor




Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M.Kes., M.Sc.PH
Co-Promotor



Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel. M.Kes
Co-Promotor

Ketua Program Studi S3
Ilmu Kesehatan Masyarakat



Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL DETEKSI PENGENDALIAN DEPRESI
PADA ANAK-ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL
DI DKI JAKARTA**

Disusun dan diajukan oleh

TRIANA INDRAYANI
Nomor Pokok K013172015

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 19 Februari 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,


Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH, Ph.D.
Promotor


Prof. Dr. Ridwan, SKM, M. Kes, M.Sc.PH
Ko-Promotor


Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel., M.Kes
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat


Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med. Ed.


Prof. Dr. Ridwan A, SKM, M. Kes, M. Sc. PH

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Triana Indrayani

NIM : K013172015

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Jenjang : S3

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

PENGEMBANGAN MODEL DETEKSI PENGENDALIAN DEPRESI PADA ANAK-ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL DI DKI JAKARTA

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain

Bahwa Disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Disertasi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 29 Januari 2020

Yang menyatakan



(Triana Indrayani)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kasih, atas Berkah, dan RahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan disertasi dengan judul “Pengembangan Model Deteksi Pengendalian Depresi Pada Anak-anak Korban Kekerasan Seksual di DKI Jakarta” yang merupakan salah satu persyaratan untuk penyelesaian Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa dalam proses mengikuti pendidikan banyak pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan baik moril, materil, maupun doa untuk kesuksesan penulisan disertasi ini. Secara khusus, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat Prof.Sukri Palluturi, SKM., M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D selaku Promotor, Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes., M.Sc.PH., selaku Ko Promotor, dan Dr. Agus Bintara Birawida.S.Kel.M.Kes, selaku Ko Promotor, yang selalu memberikan arahan, bimbingan, perhatian, motivasi serta memonitor perkembangan disertasi kepada penulis sehingga semakin membangkitkan semangat penulis dalam menyelesaikan disertasi.

Terima kasih penulis sampaikan kepada tim penguji Prof. Dr. dr. HM Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH, Prof. Dr., dr. Muhammad Syafar, MS dan Dr.Suriah, SKM., M.Kes dan Dr. Yudhia Fratidhina,SKM., M.Kes sebagai Penguji yang senantiasa memberikan arahan dan bimbingan serta masukan yang konstruktif dalam upaya perbaikan disertasi ini.

Penghargaan dan ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada Prof.Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A, selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Jamaluddin Jompa, selaku Direktur Pascasarjana, Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan

Masyarakat UNHAS, serta Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, S.KM., M.Kes.,M.Sc.PH., selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta staf.

Pada kesempatan ini ucapan terima kasih dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati serta penuh rasa cinta yang mendalam kepada kedua orangtua ayahanda Hadi Suwito dan ibunda Samini, yang selalu mendoakan disetiap sujudnya, sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi. Terimakasih kepada suami Jorobin Johabri, anaku tercinta (Reyhan Al Faeyza) yang menjadi inspirasi dan penyemangat. Kepada saudara kakak dan adik tercinta Daryadi Eko S, Dwiana Susanto dan Norma Thersi Hervina yang selalu setia memberikan dukungan.

Kepada Rektor Universitas Nasional yang telah memberikan izin belajar dan memberikan dukungan moriil dan materiil , (Dr. Drs. El Amry Bermawi Putera, M.A) beserta Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan (DR. Retno Widowati M.Si) beserta jajarannya dan seluruh pengelola, rekan-rekan dosen, mahasiswa serta segenap civitas akademika Universitas Nasional yang tak dapat penulis sebut satu persatu, terima kasih atas motivasi, bantuan, pengertian, dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan studi.

Kepada Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) , Kepala Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) DKI Jakarta, Kepala Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Tangerang, Kepala Puskesmas Kecamatan Cengkareng, Puskesmas Kecamatan Kalideres, Organisasi Ikatan Bidan Indonesia, Klee Layanan Psikologi, Pakar Informatika Tehnology Dr.Arif Wibowo, ST, MMSI (Universitas Indonesia), Dr. Fauziah, S.Kom, MMSI (Universitas Nasional), Dr. Lilis, ST, MMSI (Universitas Gunadarma), Layanan Mediasi dan Konseling Psikologi yang telah memberikan izin dan kesempatan meneliti di wilayah kerjanya.

Kepada para responden Bidan, dan anak-anak korban kekerasan seksual, terima kasih yang sedalam-dalamnya atas fasilitasi dan kesediaannya untuk menjadi responden pada penelitian ini. Kepada enumerator dan tim pendamping, teman-teman se angkatan, penulis mengucapkan terima kasih atas bantuan dan dukungannya selama proses pendidikan pada Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Kepada seluruh keluarga dan sahabat-sahabatku yang tidak dapat di sebutkan satu persatu sekali lagi terima kasih banyak atas semua doa dan dukungannya, sehingga penulis termotivasi dalam menyelesaikan studi. Pada akhirnya penulis menyampaikan permohonan maaf bila dalam penulisan disertasi ini masih banyak terdapat kesalahan maupun kekeliruan.

Pada akhirnya penulis menyampaikan permohonan maaf bila dalam penulisan hasil disertasi ini masih banyak terdapat kesalahanmaupun kekeliruan. Oleh karena itu bagi semua pembaca, kritikan dan masukan demi kesempurnaan disertasi ini sangat kami harapkan. Semoga disertasi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, wassalamuallaikum warrahmatullahi wabarokatuh

Makassar, Februari 2021

Triana Indrayani

ABSTRAK

TRIANA INDRAYANI. Pengembangan Model Deteksi Pengendalian Depresi Pada Anak-Anak Korban Kekerasan Seksual Di DKI Jakarta. (Dibimbing oleh **Sukri Palutturi, Ridwan Amiruddin dan Agus Bintara Birawida**)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui konstruk model deteksi pengendalian depresi sebagai model pengukuran apakah mampu memprediksi secara dini pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual di DKI Jakarta.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *mix method* menggunakan lima tahapan penelitian. Tahap I adalah penelitian kualitatif. Tahap II adalah desain model berupa validasi temuan pada tahap I, dengan metode kuantitatif menggunakan desain *cross sectional* pada 110 anak-anak korban kekerasan seksual dan dianalisis menggunakan SEM PLS. Tahap III adalah tahap membangun sistem aplikasi. Tahap IV adalah implementasi model dilakukan secara kuantitatif dengan *cross sectional* pada 30 anak-anak korban kekerasan seksual. Tahap V adalah evaluasi efektivitas sistem aplikasi.

Hasil temuan tahap I adalah konstruk variabel dan indikator yang membangun model terdiri dari 8 variabel dan terdiri dari 31 indikator, yaitu variabel religiusitas, kepribadian, CBT, keterampilan sosial, aktivitas fisik, dukungan sosial dan pemberdayaan. Hasil tahap II seluruh variabel dan indikator valid dan reliabel dan memiliki pengaruh secara signifikan dan positif, seluruh variabel menjadi pembentuk model deteksi pengendalian depresi dan pembentuk sistem aplikasi melalui hasil perumusan matematis. Tahap IV menemukan hasil bahwa model dapat memprediksi secara tepat dan baik, terdapat hubungan antara tingkat depresi dan pengendalian depresi 0,001. Tahap V menunjukkan bahwa sistem aplikasi TRIANA terbukti efektif dalam memprediksi pengendalian depresi anak-anak korban kekerasan seksual. Disimpulkan model deteksi pengendalian depresi anak-anak korban kekerasan seksual merupakan model yang sesuai (*fit*) dan mampu memprediksi pengendalian depresi secara dini secara akurat.

Kata Kunci: Anak Korban Seksual, Model Deteksi, Pengendalian Depresi



ABSTRACT

TRIANA INDRAYANI. *The Development of the Model of Depression Control Detection in the Victims of Child Sexual Violence in DKI Jakarta. (Supervised by **Sukri Palutturi, Ridwan Amiruddin and Agus Bintara Birawida**)*

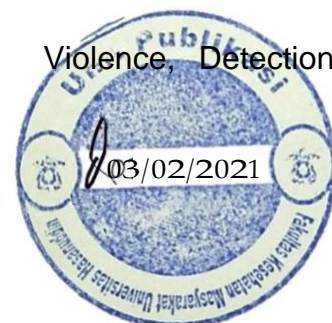
This study aimed to know the construct of the model of depression control detection as a measurement of whether it could early predict the depression control in the victims of child sexual violence in DKI Jakarta.

This study was conducted using a mixed-method using five research stages. Stage I was a qualitative study. Stage II was the model design in the form of validation of findings in stage I using a quantitative method with a cross-sectional design in 110 children as the victims of sexual violence and analyzed using SEM PLS. Stage III was a stage for constructing an application system. Stage IV was the model implementation done quantitatively using a cross-sectional design in 30 children as the victims of sexual violence. Stage V was the evaluation of the application system's effectiveness.

The finding of Stage I was the constructs of variable and indicators constructing the model consisting of 8 variables that contained 31 indicators, namely religiosity, personality, CBT, social skills, physical activity, social support, and empowerment. The result of Stage II showed that all variables and indicators were valid and reliable and had a significant and positive influence; also, all variables became the construct of the model of depression control detection and the construct of the application system through a mathematical formulation. Stage IV found that the model could accurately predict well and the relationship between the levels of depression and depression control of 0.001. Stage V showed that the TRIANA application system was proven effective in predicting the depression control in the victims of child sexual violence. It can conclude that the model of depression control detection in the victims of child sexual violence is the appropriate model (fit) and can early predict depression control accurately.

Keywords: Victims of Child Sexual
Model, Depression Control

Violence, Detection



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
PERSETUJUAN PROMOSI.....	III
KATA PENGANTAR.....	III
ABSTRAK.....	VI
<i>ABSTRACT</i>	VII
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR TABEL.....	X
DAFTAR GAMBAR.....	XIII
DAFTAR LAMPIRAN.....	XV
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	13
1.3. Tujuan Penelitian.....	14
1.4. Manfaat Penelitian.....	15
BAB II.....	19
TINJAUAN PUSTAKA	19
2. 1 Tinjauan Umum Kekerasan Seksual.....	19
2. 2 Tinjauan Umum Depresi.....	30
2. 3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi.....	47
2. 4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengendalian Depresi.....	51
2. 5 Model-Model Pengendalian Depresi.....	59
2. 6 Penelitian Aplikasi <i>Smartphone</i> untuk Mendeteksi Depresi.....	64
2. 7 Kerangka Teori	68
2. 8 Kerangka Konsep	68
2. 9 Hipotesis Penelitian	73
BAB III.....	74
METODE PENELITIAN.....	74
A. <i>Setting Social</i> Penelitian Kualitatif.....	74

3.1.	Tahapan Penelitian I.....	76
3.2.	Tahapan Penelitian II.....	95
3.3.	Tahapan Penelitian III.....	105
3.4.	Tahapan Penelitian IV (Implementasi Model TRIANA)	115
3.5.	Tahap Penelitian V (Evaluasi Aplikasi Model TRIANA).....	119
3.6.	Aplikasi TRIANA	125
3.7.	Persetujuan Etik.....	132
BAB IV	133
HASIL DAN PEMBAHASAN	133
4.1.	Hasil	133
4.1.1.	Gambaran Lokasi Penelitian	133
4.1.2.	Konstruksi Komponen Variabel dan Indikator yang membangun Model Deteksi Pengendalian Depresi.....	137
4.1.3.	Desain Model Deteksi Pengendalian Depresi	212
4.1.4.	<i>Development</i> (Membangun Sistem Aplikasi Deteksi Pengendalian Depresi).....	238
4.1.5.	Implementasi Uji Coba Model dan Sistem dan Sistem Aplikasi Model Deteksi dan Pengendalian Depresi.....	253
4.1.6.	Evaluasi Aplikasi Model Deteksi dan Pengendalian Depresi (TRIANA).....	256
4.2.	Pembahasan.....	263
4.2.1	<i>Analysis</i> (Kontruksi Komponen Variabel dan indikator yang membangun model Deteksi dan Pengendalian Depresi pada Anak-anak Korban Kekerasan Seksual)	263
4.2.2	Desain Model Deteksi Pengendalian Depresi	291
4.2.3	<i>Development</i> (Rancangan Produk Aplikasi).....	296
4.2.4	<i>Implementation</i> (Implementasi Model deteksi Pengendalian Depresi).....	304
4.2.5	Evaluasi Implementasi Uji Coba Model Deteksi Pengendalian .	310
4.2.6	Keterbatasan Penelitian	317
4.2.7	Novelty	318
BAB V	320
KESIMPULAN DAN SARAN	320
5.1	Kesimpulan	320
5.2	Saran.....	321
DAFTAR PUSTAKA	323
LAMPIRAN	337

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Penelitian-penelitian Tentang Pengendalian Depresi	62
Tabel 2. 2 Jurnal Aplikasi <i>Smartphone</i>	64
Tabel 3. 1 Wawancara dengan informan PKPR.....	92
Tabel 3. 2 Definisi Oprasional	99
Tabel 3. 3 Penilaian Rancangan Aplikasi Deteksi dan Pengendalian Depresi	111
Tabel 3.4 Nilai Validitas Aplikasi Pengendalian Depresi	113
Tabel 3. 5 Definisi operasional Tahap IV	117
Tabel 3. 6 Penilaian Efektifitas aplikasi TRIANA Berdasarkan De Lone.,McLean.....	120
Tabel 3. 7 Nilai Kategorik Efektifitas	121
Tabel 3. 8 Definisi Operasional Tahap V	123
Tabel 4. 1 Karakteristik Peserta <i>Focus Group Discussion</i>	140
Tabel 4. 2 Karakteristik Peserta Indept Interview	141
Tabel 4.3 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap Anak-Anak Korban Kekerasan Seksual	165
Tabel 4. 4 Kontruksi Hasil Klasifikasi Indikator Variabel Pengendalian Depresi	166
Tabel 4. 5 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap Anak-Anak Korban Kekerasan Seksual	170
Tabel 4. 6 Kontruksi Hasil Klasifikasi Indikator Variabel keyakinan.....	172
Tabel 4. 7 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap Dukungan Sosial.	177
Tabel 4. 8 Kontruksi Hasil Klasifikasi Indikator Variabel Dukungan Sosial	180
Tabel 4. 9 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap Pemberdayaan diri	183
Tabel 4. 10 Konstruksi Hasil Klarifikasi Indikator Variabel Pemberdayaan diri	184

Tabel 4. 11 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap Kepribadian Yang Dimiliki Anak Korban Kekerasan Seksual.....	188
Tabel 4. 12 Konstruksi Hasil Klarifikasi Indikator Variabel Kepribadian Yang di Miliki Anak Korban Kekerasan Seksual.....	189
Tabel 4. 13 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap Aktivitas Fisik Anak-Anak korban Kekerasan Seksual.....	192
Tabel 4. 14 Konstruksi Hasil Klarifikasi Indikator Variabel Aktivitas Fisik pada Anak-anak Korban Kekerasan Seksual	193
Tabel 4. 15 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap keterampilan sosial pada Anak-Anak korban Kekerasan Seksual.....	197
Tabel 4. 16 Konstruksi Hasil Klarifikasi Indikator Variabel keterampilan sosial pada Anak-anak Korban Kekerasan Seksual	200
Tabel 4. 17 Matriks Wawancara Mendalam Terhadap <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	203
Tabel 4. 18 Konstruksi Hasil Klarifikasi Indikator Variabel Aktivitas Fisik pada Anak-anak Korban Kekerasan Seksual	205
Tabel 4. 19 Variabel dan Indikator Model Deteksi Pengendalian Depresi	206
Tabel 4. 20 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Data Kualitatif.....	207
Tabel 4. 21 Nilai Rata-Rata dalam Model Deteksi Pengendalian Depresi (TRIANA)	214
Tabel 4. 22 Nilai Rata-Rata Indikator dalam Variabel Model Deteksi Pengendalian Depresi (TRIANA).....	215
Tabel 4. 23 Evaluasi Faktor <i>Loading</i> dari Variabel Penelitian	219
Tabel 4. 24 Evaluasi <i>Cross Loading</i> dari Variabel Penelitian	221
Tabel 4. 25 Hasil Pengukuran <i>AVE</i> dan Akar <i>AVE</i> dari Variabel Penelitian	223
Tabel 4. 26 Evaluasi Reliabilitas <i>Outer Model</i> dari Variabel Penelitian ..	224
Tabel 4. 27 Hasil Pengukuran <i>R-Square</i> dari Variabel Pengendalian Depresi, <i>Cognitive Behavior Therapy</i> , Dukungan Sosial,	

Kepribadian, Keterampilan Sosial, Pemberdayaan, Aktivitas Fisik dan Religiusitas	227
Tabel 4. 28 Evaluasi Refleksi Nilai T-Statistik Terhadap Indikator dari Variabel Penelitian	228
Tabel 4. 29 Uji Signifikansi Antar Variabel dalam Struktural Model.....	230
Tabel 4. 30 Persentase Pengaruh Langsung Antar Variabel Penelitian	231
Tabel 4. 31 Persentase Pengaruh Tidak Langsung Antar Variabel Penelitian	232
Tabel 4. 32 Hasil Pengukuran <i>Q-Square</i>	236
Tabel 4. 33 Hasil Validasi oleh ahli IT Informatika terhadap Aplikasi Model Deteksi dan Pengendalian Depresi Berbasis <i>Smartphone</i>	250
Tabel 4. 34 Ringkasan Hasil Validasi Pakar IT Tentang Aplikasi Model Deteksi Depresi (TRIANA)	251
Tabel 4. 35 Ringkasan Revisi Validasi Pakar Tentang Aplikasi Deteksi Pengendalian Depresi.....	253
Tabel 4. 36 Hubungan Tingkat Depresi Terhadap Strategi Pengendalian Depresi pada anak-anak Korban Kekerasan Seksual	255
Tabel 4. 37 Hubungan Antar Variabel dengan Depresi pada anak-anak Korban Kekerasan Seksual	256
Tabel 4. 38 Hasil Uji Indikator Efektivitas Model Deteksi Pengendalian Depresi Melalui Aplikasi	257
Tabel 4. 39 kategori efektifitas De Lone., McLean	261
Tabel 4. 40 Kesimpulan Efektivitas Aplikasi TRIANA.....	262
Tabel 4. 41 Hasil Uji Efektivitas Aplikasi TRIANA	262

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 2 Proses Terjadinya Depresi.....	39
Gambar 2. 3 Alur Penanganan Perempuan dan Anak Korban Kekerasan di P2TP2A	47
Gambar 2. 4 Kerangka Teori.....	68
Gambar 2. 5 Kerangka Konsep.....	70
Gambar 3. 1 Tahapan Penelitian	75
Gambar 3. 2 Alur Analisis Data Kualitatif.....	88
Gambar 3. 3 Program XAMPP	107
Gambar 3. 4 Program XAMPP	108
Gambar 3. 5 <i>Notepad++</i>	108
Gambar 4. 1 Peta Provinsi DKI Jakarta.....	135
Gambar 4. 2 Output PLS (<i>Loading Faktors</i>).....	218
Gambar 4. 3 <i>Output</i> PLS (T-Statistik)	226
Gambar 4. 4 Model Deteksi Pengendalian Depresi (TRIANA)	237
Gambar 4. 5 Tampilan Awal Aplikasi	239
Gambar 4. 6 Dashboard Aplikasi	240
Gambar 4. 7 Tampilan Melihat Peserta	241
Gambar 4. 8 Tampilan Menambah Pertanyaan	241
Gambar 4. 9 Tampilan Konten	242
Gambar 4. 10 Tampilan Artikel.....	242
Gambar 4. 11 Tampilan Mengubah Kata Sandi	243
Gambar 4. 12 Tampilan Login Aplikasi	243

Gambar 4. 13 Tampilan Halaman <i>Login</i> , Registrasi, dan lupa <i>password</i>	244
Gambar 4. 14 Tampilan Menu Utama.....	245
Gambar 4. 15 Tampilan Depresi Test.....	246
Gambar 4. 16 Tampilan Test Tahap 2 Deteksi Pengendalian Depresi ..	247
Gambar 4. 17 Tampilan Riwayat Test	248
Gambar 4. 18 Tampilan Keluar Dari Akun.....	248
Gambar 4. 19 Flow Chat Aplikasi TRIANA	302

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Izin Penelitian	327
Lampiran 2 Izin Etik Penelitian	328
Lampiran 3 Surat Balasan dari Tempat Penelitian	329
Lampiran 4 Pedoman Wawancara.....	331
Lampiran 5 Pedoman <i>Focus Group Discussion</i>	332
Lampiran 6 Angket Penilaian Rancangan Aplikasi.....	333
Lampiran 7 Angket Penilaian Aplikasi.....	334
Lampiran 8 PLS	336
Lampiran 9 Panduan Penggunaan Aplikasi.....	352
Lampiran 10 Jurnal	353
Lampiran 11 Hak Kekayaan Indonesia (HKI)	357
Lampiran 12 Foto Kegiatan	358

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kekerasan seksual, termasuk pelecehan seksual, pemerkosaan, pasangan intim, dan merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang mempengaruhi sekitar 12% wanita di seluruh dunia (Scott et al., 2018). Di seluruh dunia, sekitar 15 juta perempuan remaja berusia 15 hingga 19 tahun mengalami pemaksaan hubungan seksual atau pemaksaan tindakan. Tercatat 28 negara, 90 persen remaja perempuan yang pernah mengalami pemaksaan seksual, mengatakan pelaku insiden pertama adalah orang yang mereka kenal. Data dari enam negara mengungkapkan kawan, teman sekelas dan pasangan adalah orang yang paling sering disebut sebagai pelaku kekerasan seksual terhadap remaja lelaki (Harvey, Garcia-Moreno, & Butchart, 2007).

Sejak tahun 2000, *World Health Organization* (WHO) mengungkapkan bahwa kekerasan seksual dan bentuk kekerasan berbasis gender lainnya semakin dibingkai dalam kebijakan publik sebagai masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Laporan-laporan utama dari berbagai negara menunjukkan bahwa prevalensi kekerasan seksual secara global dan biaya kesehatan dan biaya

keuangan kekerasan mitra intim kepada masyarakat (Redecke et al., 2013). Di Amerika Serikat tingginya tingkat kekerasan seksual/SV (SV didefinisikan oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit sebagai tindakan seksual yang dilakukan terhadap seseorang tanpa persetujuan yang diberikan secara bebas oleh orang termasuk penembusan paksa yang dipaksakan (pemeriksaan), upaya penetrasi paksa, penetrasi paksa, kontak seksual yang tidak diinginkan, dan pengalaman seksual tanpa kontak seperti harassment. Sebuah survei nasional yang dilakukan pada tahun 2001-2012 terhadap orang dewasa menemukan bahwa sekitar satu dari tiga (36,3%) wanita dan satu dari enam (17,1%) pria melaporkan mengalami beberapa bentuk SV selama masa hidup mereka, dengan 19,1% wanita dan 1,5% pria mengalami menyelesaikan atau mencoba pemeriksaan dan 13,2% wanita dan 5,8% pria mengalami paksaan seksual pada suatu saat dalam hidup mereka. Di antara wanita yang telah diperkosa, 41,3% pertama mengalami perkosaan sebelum usia 18 dan tambahan 36,5% pertama kali diperkosa antara usia 18 dan 24 (S. G. Smith et al., 2017).

Catatan tahunan Komnas Perempuan memaparkan gambaran umum tentang besaran dan bentuk kekerasan yang dialami oleh perempuan di Indonesia dan memaparkan kapasitas lembaga pengadalaan bagi perempuan korban kekerasan. CATAHU 2018 menunjukkan hal yang baru, berdasarkan laporan kekerasan di ranah

privat/personal yang diterima mitra pengadalaan, terdapat angka kekerasan terhadap anak perempuan yang meningkat dan cukup besar yaitu sebanyak 2.227 kasus. Sementara angka kekerasan terhadap istri tetap menempati peringkat pertama yakni 5.167 kasus, dan kemudian kekerasan dalam pacaran merupakan angka ketiga terbanyak setelah kekerasan terhadap anak yaitu 1.873 kasus (Huraerah, 2018).

Kekerasan terhadap anak perempuan sebesar 65% dari tahun sebelumnya. Sepanjang tahun 2019 tercatat ada 2.341 kasus, yang didominasi oleh kasus inses sebanyak 770 kasus. CATAHU 2020 mencatat ada 3.062 kasus kekerasan terhadap perempuan, yang mana 58% dari angka tersebut adalah kasus kekerasan seksual. Deputi Perlindungan Anak Kemen PPPA mengatakan, laporan Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak (Simfoni PPA) yang dikumpulkan sejak 1 Januari hingga 18 Agustus 2020. Data dalam 3 tahun terakhir pelaku berusia anak kurang dari 18 tahun dan kriteria korban masih didominasi oleh korban usia 0 - 17 tahun yaitu sebanyak 137 korban. Sedangkan, sebanyak 196 korban adalah korban kekerasan oleh orang yang berusia 25 - 59 tahun. Menurut laporan CATAHU 2020 propinsi penyumbang angka terbesar yaitu Jawa tengah, Jawa Barat dan DKI, sementara di DKI Jakarta tertinggi adalah Jakarta Timur, Jakarta, Jakarta Barat, Jakarta Pusat, Jakarta selatan dan Jakarta Utara. DKI Jakarta selalu masuk dalam 3 besar

propinsi yang melaporkan jumlah kasusnya tinggi. Angka kekerasan berdasarkan provinsi yang tertinggi pada tahun 2019 didapatkan laporan Jawa Tengah menjadi tertinggi (2,913) lalu DKI Jakarta (2.318) dan Jawa Timur (1,944). Tahun sebelumnya angka kekerasan tertinggi adalah DKI Jakarta (1.999), kedua Jawa Timur (1.536) dan ketiga Jawa Barat (1.460), tetapi tingginya angka tersebut menurut Komnas Perempuan berkaitan dengan jumlah tersedianya Lembaga Pengada Layanan di propinsi tersebut, dan kepercayaan masyarakat untuk mengadu.

Kekerasan seksual dapat menyebabkan berbagai masalah termasuk diagnosis seumur hidup dari gangguan kecemasan, depresi, gangguan stres pasca trauma (PTSD), gangguan makan dan tidur, upaya bunuh diri (Chen et al., 2010; Holmes & Sher, 2013), masalah ginekologi, neurologis, vaskular, pernapasan, gastrointestinal, dan penyakit autoimun (Jina & Thomas, 2013; McFarlane, Atchison, Rafalowicz, & Papay, 1994). Serangan seksual juga dapat menyebabkan peningkatan penyalahgunaan alkohol dan mariyuana (Dartnall & Jewkes, 2013), yang pada gilirannya dapat meningkatkan risiko reviktimisasi seksual tambahan (*Hannan et al., 2017*).

Istilah depresi sudah begitu populer dalam masyarakat dan semua orang mengetahuinya, termasuk orang yang awam dalam bidang kedokteran dan psikologi. Akan tetapi, arti sebenarnya dari depresi itu sukar untuk didefinisikan secara tepat. Istilah dan kata yang

identik maknanya dengan depresi merupakan gangguan kejiwaan umum yang dapat terjadi pada anak-anak, remaja, dewasa, dan orang tua. Orang yang mengalami depresi akan memunculkan emosi-emosi yang negatif seperti rasa sedih, benci, iri, putus asa, kecemasan, ketakutan, dendam dan memiliki rasa bersalah yang dapat disertai dengan berbagai gejala fisik (Dirgayunita, 2016). Depresi ditandai dengan perasaan tidak berguna, kehilangan rasa percaya diri, sensitive, perasaan bersalah, gangguan perilaku social (menyendiri) factor genetik. (Kudinova, James, & Gibb, 2018) dan gender. (Schraedley, Gotlib, & Hayward, 1999).

Remaja yang depresi 12 kali lebih berisiko untuk melakukan bunuh diri dibandingkan yang tidak depresi (King & Vidourek, 2012). Selain itu, depresi dapat pula menyebabkan masalah kebiasaan buruk seperti penggunaan tembakau berlebihan (merokok), alkohol dan narkoba yang dapat berujung pada tindakan bunuh diri di kalangan remaja (SEARO, 2017). Menurut WHO penyebab utama kasus bunuh diri adalah depresi. Oleh karena itu penanganan depresi ringan dan berat menjadi salah satu target SDGs (*Sustainable Development Goals*) dengan menjadikan target rencana aksi kesehatan mental WHO di tahun 2013-2020. Selain itu, pencegahan bunuh diri juga menjadi salah satu dari komponen rencana aksi kesehatan mental dengan target mengurangi tingkat bunuh diri disemua kalangan usia sebesar 10% di

tahun 2020 (WHO, 2016). Untuk itu, salah satu prediktor yang dapat menjadi tolak ukur kasus bunuh diri remaja di Indonesia adalah dengan melihat jumlah kasus depresi remaja. Namun, gangguan kesehatan mental seperti depresi di awal masa remaja sering tidak terdiagnosis dan tidak diobati, terutama di negara berkembang, karena keterbatasan akses untuk layanan psikologis dan kejiwaan serta adanya stigma sosial substansial yang melekat pada masalah kesehatan mental (SEARO, 2017). Selain itu, isu sensitif ini jarang ditangani di sekolah dan dalam keluarga.

Kegagalan mengenali dan mengatasi masalah kesehatan mental pada anak dan remaja adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius dengan konsekuensi penting berdampak pada pencapaian tujuan pembangunan dasar di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (Kieling et al., 2011). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan, prevalensi depresi total penduduk yang berusia lebih dari 15 tahun di Indonesia mencapai 6,1%. Prevalensi depresi tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah sebesar 12,3% dan Gorontalo sebesar 10,3%.

Depresi dapat dikendalikan dengan beberapa cara seperti obat (Singh, Bousman, Ng, Byron, & Berk, 2015), *Cognitive Behavior Therapy* (Cohen, Mannarino, Deblinger, & Berliner, 2009), terapi interpersonal (*sosial skill*) (Hetrick, Cox, Witt, Bir, & Merry, 2016),

Aktifitas fisik (*Hughes, Kinder, & Cooper, 2019*), diet (*Lazarevich, Irigoyen-Camacho, et al., 2018b*), terapi humor (*Rutter, Weatherill, Krill, Orazem, & Taft, 2013*), religiusitas (*Abdelati, 2016; Worthington Jr & Sandage, 2001*), reiki (*Charkhandeh, 2014*), Hidroterapi dan pemberdayaan (*Darmawan, Hidayat, & Raharjo, 2019; S. L. Martin, McLean, Brooks, & Wood, 2019; Restuastuti & Restila, 2018*).

Berdasarkan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 02 Tahun 2010, BAB II Pasal 6 yang menyatakan bahwa pencegahan kekerasan seksual terhadap anak dapat dilakukan dengan model deteksi dini bagi tenaga kesehatan dan Pasal 8 yang menyatakan bahwa pencegahan dan penanganan kekerasan seksual terhadap anak tersebut dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan bagi aparat pemerintah, tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, tokoh pemuda, tokoh remaja, tenaga pendidik, jurnalis dan pengelola media dan fasilitator konsultasi anak. Pelatihan *Trauma Informed Care (TIC)* bagi tenaga kesehahatan (perawat) dapat memperkuat pengetahuan perawat tentang hubungan trauma masa lalu dan dampak trauma pada penyakit mental pasien (*Palfrey et al., 2018*), Pelatihan dalam Lokakarya TIC satu hari meningkatkan nilai diri peserta kepercayaan diri, kesadaran dan sikap terhadap bekerja dengan klien dengan riwayat trauma dan mengurangi hambatan peserta (dokter, perawat,

bidan) yang dirasakan menjadi hambatan dalam bekerja dengan klien (Niimura, Nakanishi, Okumura, Kawano, & Nishida, 2019).

Menurut KEPMENKES RI NO 369/MENKES/SK/III/2007 Tentang standart Profesi Bidan, bidan memiliki 9 standart kompetensi salah satunya adalah Bidan mempunyai persyaratan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, Bayi Baru Lahir dan Keluarganya, untuk menjadi bidan yang professional harus memiliki kompetensi dasar dan tambahan, dalam hal ini bidan wajib melakukan *Primary Health Care* (PHC) berbasis masyarakat dengan menggunakan promosi kesehatan serta strategi pencegahan penyakit (Indonesia, 2014).

Penelitian tentang kompetensi bidan dalam melakukan deteksi dini dan penanganan primer pasien depresi telah dilakukan sejak tahun 2004 di Amerika, dan hasilnya sikap tentang skrining depresi menemukan bahwa 22% (n 96) melaporkan merasa percaya diri kemampuan mereka untuk mengelola depresi, sedangkan 37% (n 161) menyatakan keyakinannya pada kemampuan mereka untuk meresepkan obat untuk depresi (Sanders, 2006). Penelitian tentang kompetensi bidan diukur menggunakan kuesioner meliputi pengetahuan tentang deteksi dan penanganan depresi, sikap, norma, perilaku dan persepsi (Ajzen, 2002). CNM / CM berlatih dengan fokus

pada penyakit pencegahan, promosi kesehatan, dan pendidikan. Ini termasuk penilaian, pengobatan, dan rujukan untuk umum kondisi kesehatan yang terlihat. Pada tahun 2002, ACNM (*The American College of Nurse Midwives*) menerbitkan pernyataan posisi tentang depresi, yang menyatakan CNM/CMs (*nurse-midwives/certified midwives*) memiliki “peran penting untuk dimainkan dalam pencegahan, skrining, perawatan, dan / atau rujukan untuk depresi. (Logsdon, Wisner, Billings, & Shanahan, 2006; Sanders, 2006).

Mengacu pada ranah Kesehatan Masyarakat tindakan Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif dalam hal pencegahan kekerasan seksual pada anak dapat dilakukan secara terpadu dalam konteks ini, tindakan pencegahan mengacu pada masing-masing tindakan yang dilakukan untuk mengurangi dampak kekerasan seksual misalnya melalui workshop dan pelatihan. Pencegahan sekunder mencakup pada situasi berisiko tinggi, misalnya untuk menghentikan kekerasan yang sedang muncul atau sedang berlangsung. Reaksi terhadap kejahatan seksual yang sudah dilakukan adalah domain tersier, pencegahan yang bertujuan mengurangi segera konsekuensi pelecehan dan meminimalkan konsekuensi sekunder. Selain itu, terapi dan tindakan untuk mencegah kambuh agar memperkuat kesehatan psikologis dan fisik mereka yang terkena dampak. (Zollner, Fuchs, & Fegert, 2014).

Banyak dari remaja yang mengalami masalah kesehatan mental seperti cemas, depresi, gangguan tidur, *traumatic* dan sedih berkepanjangan namun tidak tau apa yang harus mereka lakukan sehingga banyak remaja melampiaskan kearah perilaku negatif (penyalahgunaan napza, kekerasan, kriminalitas, putus sekolah, dll). Hal tersebut karena minimnya informasi yang mereka dapat terkait masalah kesehatan jiwa selain itu kondisi tersebut terjadi karena, pembuatan proses screening tidak dapat sejalan dengan keadaan masyarakat sekarang. Keadaan masyarakat sekarang yang paling dapat diketahui yaitu dengan penggunaan *smart phone* (Safitri, 2016). *Smartphone* merupakan ponsel yang menyediakan layanan terintegrasi dari komunikasi, komputerisasi dan sektor *mobile*, termasuk komunikasi suara, pesan, aplikasi manajemen informasi pribadi dan kemampuan komunikasi nirkabel. *Smartphone* adalah perangkat yang paling sering digunakan untuk komunikasi dan hampir 27% dari penggunaan konsumen *smartphone* untuk kegiatan online (Andriyani & Widigdo, 2017).

Berdasarkan lembaga riset *digital marketing Emarketer* memperkirakan pada 2018 jumlah pengguna aktif andorid di Indonesia lebih dari 100 juta orang (Yani, 2018). Pengguna internet banyak ditemukan pada perempuan sebanyak 51% daripada laki-laki sebanyak 49%. Mayoritas pengguna internet di Indonesia berusia 12-25 tahun, yaitu sebesar hampir setengah dari total jumlah

pengguna internet di Indonesia (49%). Sebagian besar (85%) pengguna internet di Indonesia mengakses internet dengan menggunakan telepon selular. Lebih dari 80% pengguna internet di Indonesia mengakses internet setidaknya sehari sekali. Dengan banyaknya jumlah pengguna *smartphone* maka penggunaan alat deteksi dini berbasis *android* dapat digunakan untuk jangkauan yang lebih luas (Andriyani & Widigdo, 2017; Yani, 2018).

Beberapa contoh aplikasi *smartphone* yang bermanfaat untuk deteksi kesehatan mental seperti deteksi dini seseorang mengalami depresi atau tidak yaitu, deteksi depresi pada lansia dengan menggunakan teknologi digital dan menggunakan Skala Depresi Geriatrik (GDS) dan Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS) (Andrews, Astell, Brown, Harrison, & Hawley, 2017). Aplikasi untuk mendeteksi kesehatan jiwa, konseling, rencana intervensi dan evaluasi berisikan fitur tentang forum diskusi (curhat yukk), . Selain itu layanan aplikasi *android* BAPER lebih hemat biaya dan waktu. (Abd Malek, Raop, & Hassan, 2020), Aplikasi seluler berbasis *android* yang berguna untuk meningkatkan interaksi sosial pada penderita skizofrenia (Kurniasari, Dwidiyanti, & Sari, 2019), aplikasi BUDDY App untuk mendeteksi depresi dan resiko bunuh diri namun keterbatasan dari aplikasi ini variabel yang digunakan terbatas pada pengukuran tingkat depresi dengan hasil ukur “depresi” dan “tidak depresi”

sehingga sulit untuk mengidentifikasi tingkat depresi yang dialami oleh remaja (Sari, 2018).

Berdasarkan studi epidemiologi skala besar baru-baru ini dari Islandia menunjukkan peningkatan risiko efek negatif pada kesehatan ibu serta perkembangan janin di antara wanita dengan riwayat kekerasan seksual (Gisladdottir et al., 2014). Ini merupakan temuan penting mengingat sebanyak satu dari 12 wanita hamil pernah mengalami kekerasan seksual selama hidupnya (Stenson et al., 2003). Pemerkosaan juga dapat menyebabkan konsekuensi sosial yang parah karena stigma yang terkait dengan kejadian tersebut, dan <16% kasus benar-benar dilaporkan ke polisi (Wolitzky-Taylor et al., 2011). Mengingat ruang lingkup masalah ini, sangat penting untuk mengembangkan intervensi psikologis di awal pasca perkosaan untuk mengurangi gejala awal dan mencegah perkembangan masalah kesehatan mental, untuk itu perlu dilakukan tindakan deteksi dini serta deteksi pengendalian masalah kesehatan mental (depresi) pada anak-anak korban kekerasan seksual, dengan melakukan deteksi awal yang efektif yang dapat diberikan untuk menjangkau korban pemerkosaan dengan cepat dan dengan demikian mengurangi perkembangan masalah kesehatan mental jangka panjang seperti PTSD.

1.2. Rumusan Masalah

Meningkatnya tindak kekerasan seksual terhadap anak di DKI Jakarta memerlukan strategi penanganan yang terpadu. Tindakan *preventive* bagi korban kekerasan seksual terhadap anak salah satunya adalah mencegah terjadinya gangguan fisik dan mental lebih lanjut serta penanganan masalah kejiwaan bagi korban. Strategi Pencegahan terbagi menjadi 3 kategori yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier atau menggabungkan dari ketiga kategori tersebut. Tindakan pencegahan tersebut dapat dilakukan melalui Pelatihan terhadap orang tua, guru, komunitas dan tenaga kesehatan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengetahui :

1. Bagaimana konstruk model deteksi pengendalian depresi (TRIANA) sebagai model pengukuran yang mampu memprediksi secara dini pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual?
2. Bagaimana rancangan sistem aplikasi deteksi pengendalian depresi (TRIANA) sebagai model pengukuran yang mampu memprediksi secara dini pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual?
3. Apakah model aplikasi deteksi pengendalian depresi (TRIANA) sebagai produk aplikasi *smartphone* mampu memprediksi pengendalian depresi anak-anak korban kekerasan seksual?

4. Bagaimana implementasikan (uji coba) model deteksi pengendalian depresi sebagai model, apakah mampu memprediksi pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual?
5. Bagaimanakah hasil evaluasi model deteksi pengendalian depresi sebagai model, apakah efektivitasnya dalam mengukur pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual?

Model aplikasi sebelumnya terbatas hanya mendeteksi depresi dan tidak depresi pada anak-anak tanpa gangguan kesehatan mental, mendeteksi resiko kemungkinan tindakan bunuh diri pada anak-anak depresi dan tidak ada telaah lebih lanjut parameter apa saja yang dapat mempengaruhi pengendalian depresi seseorang secara umum. Untuk itu diperlukan aplikasi yang mampu mendeteksi depresi serta mampu melakukan telaah lanjut parameter pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual.

1.3. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menemukan model dan sistem pengukuran yang mampu memprediksi pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkontruksi komponen variabel dan indikator yang membangun model deteksi pengendalian depresi anak-anak korban kekerasan seksual
- b. Mendesain model deteksi pengendalian depresi (TRIANA) sebagai model prediksi deteksi pengendalian depresi
- c. Membangun sistem aplikasi deteksi pengendalian depresi (TRIANA) sebagai produk aplikasi *smartphone* yang mampu memprediksi pengendalian depresi anak-anak korban kekerasan seksual
- d. Mengimplementasikan (uji coba) model deteksi pengendalian depresi sebagai model prediksi pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual.
- e. Mengevaluasi sistem aplikasi deteksi pengendalian depresi (TRIANA) sebagai aplikasi prediksi deteksi pengendalian depresi

1.4. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmu Pengetahuan dan Tehnologi (IPTEK)

- a. Penelitian ini memberikan informasi ilmiah dan landasan bagi penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pencegahan dan penanganan depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual dalam upaya meningkatkan kesehatan mental anak.

- b. Menghasilkan model dan instrumen aplikasi prediksi pengendalian depresi dalam bentuk *android mobilphone* untuk memprediksi secara dini cepat, akurat dan dapat dipercaya.
- c. Menyumbangkan keilmuan dalam bidang kebidanan, kesehatan masyarakat dan komunikasi dalam membantu pencegahan dan pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual.

2. Manfaat Bagi Praktisi

- a. Merekomendasikan rambu yang menjadi ancaman bagi terbentuknya depresi yang negatif berupa aplikasi *software* untuk mengukur kemampuan pengendalian depresi dengan metode *self assessment*, sehingga siapapun bisa menggunakannya kapan pun dan dimanapun. Aplikasi *smartphone* ini akan didedikasikan untuk bidan praktek mandiri dan bidan puskesmas sehingga diharapkan sebelum memberikan penanganan ataupun tindakan rujukan dapat melakukan deteksi dini terlebih dahulu.
- b. Menyempurnakan atas kelemahan pencegahan depresi pada dengan melakukan deteksi dini terlebih dahulu sebelum mengambil tindakan penanganan atau pun rujukan.
- c. Penelitian ini juga mendorong terciptanya alternatif kebijakan terkait program kesehatan wanita khususnya kesehatan mental anak, melalui faktor determinan yang diusulkan dalam penelitian

ini dengan basis deteksi depresi melalui pendekatan *smartphone*.

3. Manfaat Bagi Pembuat Kebijakan

- a. Hasil penelitian ini dapat memberikan implikasi pada upaya peningkatan kesehatan mental anak khususnya anak-anak korban kekerasan seksual. Pemberi pelayanan kesehatan dapat melaksanakan upaya kesehatan preventive dengan menggunakan model deteksi pengendalian depresi (TRIANA) untuk mencegah terjadinya depresi yang berkelanjutan pada anak-anak korban kekerasan seksual ataupun memberi intervensi untuk meningkatkan kemampuan dalam beradaptasi terhadap depresi yang tepat
- b. Model deteksi pengendalian depresi (TRIANA) dapat direkomendasikan untuk diaplikasikan oleh petugas kesehatan khususnya bidan praktek mandiri dan bidan puskesmas dalam memberikan asuhan pada anak.

4. Manfaat Bagi Keluarga

- a. Menjadi acuan dan pembelajaran bagi keluarga untuk berdaya dalam masalah deteksi dini depresi korban kekerasan seksual terhadap anak.
- b. Kontribusi promotif-preventif-proaktif bagi ibu untuk menghindari kematian dan kesakitan serta meningkatkan kualitas hidup anak.

- c. Manajemen depresi yang efektif sehingga kualitas hidup anak, remaja meningkat serta meningkatkan kualitas generasi muda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Kekerasan Seksual

1. Perbedaan Pelecehan dan Kekerasan Seksual

Pelecehan seksual terhadap anak adalah suatu bentuk penyalahgunaan anak di mana orang dewasa atau remaja yang lebih tua menggunakan anak untuk rangsangan seksual (*Chinawa, Aronu, Chukwu, & Obu, 2014; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008*). Bentuk pelecehan seksual anak termasuk meminta atau menekan seorang anak untuk melakukan aktivitas seksual (terlepas dari hasilnya), memberikan paparan yang tidak senonoh dari alat kelamin untuk anak, menampilkan pornografi untuk anak, melakukan hubungan seksual terhadap anak-anak, kontak fisik dengan alat kelamin anak (kecuali dalam konteks non-seksual tertentu seperti pemeriksaan medis), melihat alat kelamin anak tanpa kontak fisik (kecuali dalam konteks non-seksual seperti pemeriksaan medis), atau menggunakan anak untuk memproduksi pornografi anak (*Chinawa et al., 2014*) (*Herrenkohl, 2005*).

Berdasarkan hukum, "pelecehan seksual anak" merupakan istilah umum yang menggambarkan tindak kriminal dan sipil di mana orang dewasa terlibat dalam aktivitas seksual dengan anak di

bawah umur atau eksploitasi anak di bawah umur untuk tujuan kepuasan seksual (*Honor, 2010*). Asosiasi Psikiater Amerika menyatakan bahwa "anak-anak tidak bisa menyetujui aktivitas seksual dengan orang dewasa", dan mengutuk tindakan seperti itu oleh orang dewasa: "Seorang dewasa yang terlibat dalam aktivitas seksual dengan anak adalah melakukan tindak pidana dan tidak bermoral yang tidak pernah bisa dianggap normal atau perilaku yang dapat diterima secara sosial" (*Dinwiddie et al., 2000*). Pelecehan seksual terhadap anak mencakup berbagai pelanggaran seksual.

Kekerasan terhadap anak adalah tindak kekerasan secara fisik, seksual, penganiyaan emosional, atau pengabaian terhadap anak (*Chinawa et al., 2014*). Di Amerika Serikat, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) mendefinisikan penganiyaan anak sebagai setiap tindakan atau serangkaian tindakan wali atau kelalaian oleh orang tua atau pengasuh lainnya yang dihasilkan dapat membahayakan, atau berpotensi bahaya, atau memberikan ancaman yang berbahaya kepada anak (*Leeb et al., 2008*). Sebagian besar terjadi kekerasan terhadap anak di rumah anak itu sendiri dengan jumlah yang lebih kecil terjadi di sekolah, di lingkungan atau organisasi tempat anak berinteraksi. Kekerasan terhadap anak dapat mengambil beberapa bentuk. (Roosa, Reinholtz, & Angelini, 1999) Empat jenis utama adalah

kekerasan secara fisik, seksual, *psikologis*, dan penelantaran (Ariyanti & Valentina).

2. Jenis Kekerasan

a. Kekerasan Emosional/Psikologis

Dari semua kemungkinan bentuk pelecehan, pelecehan emosional adalah yang paling sulit untuk didefinisikan. Itu bisa termasuk nama panggilan, ejekan, degradasi, perusakan harta benda, penyiksaan atau perusakan terhadap hewan peliharaan, kritik yang berlebihan, tuntutan yang tidak pantas atau berlebihan, pemutusan komunikasi, dan pelabelan sehari-hari atau penghinaan (*Gil, 1970*).

Korban kekerasan emosional dapat bereaksi dengan menjauhkan diri dari pelaku, internalisasi kata-kata kasar atau dengan menghina kembali pelaku penghinaan. Kekerasan emosional dapat mengakibatkan gangguan kasih sayang yang abnormal atau terganggu, kecenderungan korban menyalahkan diri sendiri (menyalahkan diri sendiri) untuk pelecehan tersebut, belajar untuk tak berdaya, dan terlalu bersikap pasif (*Gil, 1970*)

b. Kekerasan Fisik

Kekerasan fisik adalah agresi fisik diarahkan pada seorang anak oleh orang dewasa. Hal ini dapat melibatkan meninju, memukul, menendang, mendorong, menampar, membakar, membuat memar, menarik telinga atau rambut,

menusuk, membuat tersedak atau menguncang seorang anak. Kekerasan fisik terhadap seorang anak dapat menyebabkan sindroma guncangan bayi yang dapat mengakibatkan tekanan *intrakranial*, pembengkakan otak, cedera difus aksonal, dan kekurangan oksigen yang mengarah ke pola seperti gagal tumbuh, muntah, lesu, kejang, pembengkakan atau penegangan ubun-ubun, perubahan pada pernapasan, dan pupil melebar.

Sebagian besar negara dengan hukum kekerasan terhadap anak mempertimbangkan penderitaan dari luka fisik atau tindakan yang menempatkan anak dalam risiko yang jelas dari cedera serius atau kematian tidak sah. Di luar ini, ada cukup banyak variasi. Perbedaan antara disiplin anak dan tindak kekerasan sering kurang didefinisikan. Budaya norma tentang apa yang merupakan tindak kekerasan sangat bervariasi: kalangan profesional serta masyarakat yang lebih luas tidak setuju pada apa yang disebut merupakan perilaku kekerasan (Ajilian Abbasi, Saeidi, Khademi, Hoseini, & Emami Moghadam, 2015).

Beberapa profesional yang bertugas di bidang manusia mengklaim bahwa norma-norma budaya yang berhubungan dengan sanksi hukuman fisik adalah salah satu penyebab kekerasan terhadap anak dan mereka telah melakukan

kampanye untuk mendefinisikan kembali norma-norma tersebut (Wahyuni, 2016).

3. Dampak Kekerasan Seksual pada Anak

Efek kekerasan seksual terhadap anak antara lain depresi, (Olafson, 2011) gangguan stres pascatrauma, (Goldman, Salus, Wolcott, & Kennedy, 2003) kegelisahan, kecenderungan untuk menjadi korban lebih lanjut pada masa dewasa, (Durrant & Janson, 2005) dan dan cedera fisik untuk anak di antara masalah lainnya (Dinwiddie et al., 2000) Pelecehan seksual oleh anggota keluarga adalah bentuk inses, dan dapat menghasilkan dampak yang lebih serius dan trauma psikologis jangka panjang, terutama dalam kasus inses orangtua. (Courtois, 1997)

a. Kerusakan Psikologis

Kekerasan Seksual anak dapat mengakibatkan kerugian baik jangka pendek dan jangka panjang, termasuk psikopatologi di kemudian hari (Gershoff, 2010) Dampak psikologis, emosional, fisik dan sosialnya meliputi (Finkelman, 1995) gangguan stres pasca trauma (Ajilian Abbasi et al., 2015) kegelisahan (Ajilian Abbasi et al., 2015), gangguan identitas pribadi dan kegelisahan, gangguan psikologis yang umum seperti somatisasi, sakit saraf, sakit

kronis, (*Fuller-Thomson & Brennenstuhl, 2009*), perubahan perilaku seksual masalah sekolah/belajar; dan masalah perilaku termasuk penyalahgunaan obat terlarang (*Cohen, Mannarino, Murray, & Igelman, 2006; Goldman et al., 2003*) perilaku menyakiti diri sendiri, kekejaman terhadap hewan, kriminalitas ketika dewasa dan bunuh diri (*Freyd et al., 2005; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993*). Orang dewasa yang mempunyai sejarah pelecehan seksual pada masa kanak-kanak, umumnya menjadi pelanggan layanan darurat dan layanan medis dibanding mereka yang tidak mempunyai sejarah gelap masa lalu (*Arnold, 2004*) Sebuah studi yang membandingkan perempuan yang mengalami pelecehan seksual masa kanak-kanak dibanding yang tidak, menghasilkan fakta bahwa mereka memerlukan biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi dibanding yang tidak (*Brown, 2002*)

Anak yang dilecehkan secara seksual menderita gejala psikologis lebih besar dibanding anak-anak normal lainnya; sebuah studi telah menemukan gejala tersebut 51 sampai 79% pada anak-anak yang mengalami pelecehan seksual (*Conte & Scherman, 1987*). Risiko bahaya akan lebih besar jika pelaku adalah keluarga atau kerabat dekat, juga jika pelecehan sampai ke hubungan seksual atau paksaan pemerkosaan, atau jika melibatkan kekerasan fisik (*Bulik, Prescott, & Kendler, 2001*).

b. Cedera

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 (Anderson, Teicher, Polcari, & Renshaw, 2002) Herman-Giddens dan lainnya menemukan enam hal tertentu dan enam kasus kemungkinan kematian akibat pelecehan seksual anak di Carolina Utara antara tahun 1985 dan 1994. Para korban berkisar di usia dari 2 bulan sampai 10 tahun. Penyebab kematian termasuk trauma pada alat kelamin atau dubur dan mutilasi seksual. (Herman-Giddens et al., 1999) Anak-anak yang secara fisik pelecehan cenderung menerima patah tulang terutama patah tulang rusuk (*Widom, DuMont, & Czaja, 2007*).

c. Infeksi

Pelecehan seksual pada anak dapat menyebabkan infeksi dan penyakit menular seksual (De Jong, 1985).Tergantung pada umur anak, karena kurangnya cairan vagina yang cukup,kemungkinan infeksi lebih tinggi. *Vaginitis* juga telah dilaporkan (Payne et al., 2016).

d. Kerusakan neurologis

Penelitian telah menunjukkan bahwa stres traumatis, termasuk stres yang disebabkan oleh pelecehan seksual menyebabkan perubahan penting dalam fungsi dan perkembangan otak (Payne et al., 2016).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa pelecehan seksual anak yang parah mungkin memiliki efek yang merusak pada perkembangan otak. *Ito et al.* (1998) menemukan "perbedaan besaran otak sebelah kiri dan kanan secara asimetris dan otak kiri lebih besar terjadi pada subyek yang mengalami pelecehan (*Ito, Teicher, Glod, & Ackerman, 1998; M. H. Teicher, Glod, Surrey, & Swett, 1993*), menemukan bahwa kemungkinan peningkatan "gejala seperti *epilepsi lobus temporal*" pada subjek yang mengalami pelecehan; *Anderson et al.* (2002) mencatat perbedaan relaksasi yang tidak normal sewaktu pemeriksaan NMR (*Nuclear magnetic resonance*) *cerebellar vermis* pada otak orang dewasa yang mengalami pelecehan seksual masa kecil (*Anderson et al., 2002*). *M. H. Teicher et al.* (1993) menemukan bahwa anak pelecehan seksual dapat dikaitkan dengan berkurangnya luas corpus callosum; berbagai studi telah menemukan hubungan berkurangnya volume dari *hippocampus* kiri dengan pelecehan seksual anak; (*M. Teicher, 2002*) dan kelainan

elektrofisiologi meningkat pada anak-anak mengalami pelecehan seksual (Ito et al., 1993).

Sementara itu, Reese-Weber and 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 bisa dilakukan kepada figur yang lemah atau tidak berdaya. Selain itu, kebanyakan anak yang mengalami kekerasan seksual merasakan kriteria *psychological disorder* yang disebut *post-traumatic stress disorder* (PTSD), dengan gejala-gejala berupa ketakutan yang intens terjadi, kecemasan yang tinggi, dan emosi yang kaku setelah peristiwa traumatis. Menurut Crosson-Tower (2005), anak yang mengalami kekerasan seksual membutuhkan waktu satu hingga tiga tahun untuk terbuka pada orang lain. Crosson-Tower (2005) mengategorikan empat jenis dampak trauma akibat kekerasan seksual yang dialami oleh anak-anak, yaitu:

- 1) Pengkhianatan (*Betrayal*). Kepercayaan merupakan dasar utama bagi korban kekerasan seksual. Sebagai seorang

anak, mempunyai kepercayaan kepada orangtua dan kepercayaan itu dimengerti dan dipahami. Namun, kepercayaan anak dan otoritas orangtua menjadi hal yang mengancam anak.

- 2) Trauma secara Seksual (*Traumatic sexualization*). menemukan bahwa perempuan yang mengalami kekerasan seksual cenderung menolak hubungan seksual, dan sebagai konsekuensinya menjadi korban kekerasan seksual dalam rumah tangga. *Finkelhor* mencatat bahwa korban lebih memilih pasangan sesama jenis karena menganggap laki-laki tidak dapat dipercaya (Crosson-Tower, 2005).
- 3) Merasa Tidak Berdaya (*Powerlessness*). Rasa takut menembus kehidupan korban. Mimpi buruk, *fobia*, dan kecemasan dialami oleh korban disertai dengan rasa sakit. Perasaan tidak berdaya mengakibatkan individu merasa lemah. Korban merasa dirinya tidak mampu dan kurang efektif dalam bekerja. Beberapa korban juga merasa sakit pada tubuhnya. Sebaliknya, pada korban lain memiliki intensitas dan dorongan yang berlebihan dalam dirinya (Noviana, 2015).
- 4) *Stigmatization*. Korban kekerasan seksual merasa bersalah, malu, memiliki gambaran diri yang buruk. Rasa bersalah dan malu terbentuk akibat ketidak berdayaan dan merasa bahwa

mereka tidak memiliki kekuatan untuk mengontrol dirinya. Anak sebagai korban sering merasa berbeda dengan orang lain, dan beberapa korban marah pada tubuhnya akibat penganiayaan yang dialami. Korban lainnya menggunakan obat-obatan dan minuman alkohol untuk menghukum tubuhnya, menumpulkan inderanya, atau berusaha menghindari memori kejadian tersebut (Noviana, 2015)

e. Stigma

Dalam budaya di seluruh dunia dan dengan intensitas yang berbeda-beda, diserang secara seksual berarti dihina, dikotori, dan distigmatisasi secara permanen. Korban daripada pelaku cenderung mengalami rasa malu yang melemahkan, korban sering disalahkan, dan pelaku lebih sering daripada tidak menghadapi hukuman apa pun (Olafson, 2011). Di Yunani kuno, stigma adalah tanda aib, celaan, atau rasa malu. Seperti budak atau penjahat Yunani yang benar-benar dicap di tubuh mereka oleh stigmata yang menetapkan status mereka, korban CSA sering merasa ditandai dalam daging oleh apa yang telah dilakukan pada mereka, sehingga *viktimisasi* CSA sering dikaitkan dengan perasaan malu yang melumpuhkan. (Feiring & Taska, 2005). (Kim, Talbot, & Cicchetti, 2009) menulis, "Rasa malu adalah pengalaman afektif yang sangat permusuhan, melemahkan, dengan evaluasi negatif yang mendalam tentang

diri" dan menambahkan, "Intensitas rasa malu mungkin lebih daripada yang dapat ditanggung individu" ,menghasilkan upaya untuk melarikan diri dari perasaan dengan mengisolasi diri sendiri, mematikan, menjadi marah, menyalahgunakan zat, dan bahkan menjadi kasar.

Kim dan rekannya meneliti hubungan antara rasa malu terkait CSA pada wanita dewasa dan tingkat konflik interpersonal dalam kehidupan pribadi dan keluarga mereka dan merekomendasikan strategi pengobatan yang menilai dan mengatasi hubungan rasa malu wanita yang mengalami pelecehan seksual dengan konflik interpersonal mereka di masa dewasa. Program pengobatan yang sudah mapan untuk anak-anak yang dilecehkan secara seksual dan pengasuh mereka menggunakan konstruksi narasi trauma, psiko-pendidikan, dan proses kognitif untuk mengurangi rasa malu yang dialami banyak korban (*Cohen, Mannarino, Perel, & Staron, 2007*).

2. 2 Tinjauan Umum Depresi

1. Definisi

Depresi adalah gangguan perasaan atau mood yang disertai komponen psikologi berupa sedih, susah, tidak ada harapan dan putus asa disertai komponen biologis atau somatik misalnya anoreksia, konstipasi dan keringat dingin. Atkinson, (2010) depresi dikatakan normal apabila terjadi dalam situasi tertentu, bersifat

ringan dan dalam waktu yang singkat. Bila depresi tersebut terjadi di luar kewajaran dan berlanjut maka depresi tersebut dianggap abnormal (Widosari, 2010). Menurut Lubis (2009), secara sederhana depresi dapat dikatakan sebagai suatu pengalaman yang menyakitkan, suatu perasaan tidak ada harapan lagi, yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Sedangkan Lubis (2009) menyimpulkan bahwa depresi adalah suatu perasaan sendu dan sedih yang biasanya disertai diperlambatnya gerak dan fungsi tubuh. Menurut Davidson, Neale, and Kring (2014) depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang teramat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah; menarik diri dari orang lain; tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, kehilangan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang sering dilakukan. Menurut Saam (2013) depresi adalah kesedihan dan kekhawatiran dalam waktu yang 11 cukup lama yang disertai oleh perasaan yang tidak berharga.

2. Penyebab Depresi

a. Faktor genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki resiko leboh besar menderita gangguan depresi aripada masyarakat pada umumnya. Gen berpengaruh

dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan. Temuan ini menunjukkan bahwa, di antara anak-anak dengan riwayat depresi orang tua, penggunaan penilaian kognitif anak-anak dapat memengaruhi risiko mereka sendiri untuk mengalami depresi. (Kudinova et al., 2018).

b. Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormone noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormone dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi.

1) Faktor usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan

yang penting, yaitu peralihan dari masa anak-anak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak yang terkena depresi..

2) Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita. Bagaimanapun, tekanan social pada wanita yang mengarahkan pada depresi misalnya, seorang diri dirumah dengan anak-anak kecil lebih jarang ditemui pada pria daripada wanita. Ada juga perubahan hormonal dalam siklus menstruasi yang berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran dan juga menopause yang membuat wanita lebih rentan menjadi depresi atau menjadi pemicu penyakit depresi (Schraedley et al., 1999)

3) Gaya hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit misalnya penyakit jantung juga

dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stress dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang yang mengalami depresi penelitian menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat pada pasien berisiko penyakit jantung. Gaya hidup yang tidak sehat misalnya tidur tidak teratur, makan tidak teratur, pengawet dan pewarna buatan, kurang berolahraga, merokok, dan minum-minuman keras.

4) Penyakit fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri, juga depresi. Alasan terjadinya depresi cukup kompleks. Misalnya, depresi sering terjadi setelah serangan jantung, mungkin karena seseorang merasa mereka baru saja mengalami kejadian yang dapat menyebabkan kematian atau karena mereka tiba-tiba menjadi orang yang tidak berdaya . pada individu lanjut usia penyakit fisik adalah penyebab yang paling umum terjadinya depresi.

5) Obat-obatan

Beberapa obat-obatan untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi, dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya daripada depresi.

Obat-obatan terlarang

- a. *Marijuana/Ganja*
- b. *Heroin/ Putauw*
- c. *Kokaina*
- d. *Ekstasi*
- e. *Sabu-sabu*

6) Sinar matahari

Kebanyakan dari kita merasa lebih baik dibawah sinar matahari daripada mendung, tetapi hal ini sangat berpengaruh pada beberapa individu. Mereka baik-baik saja ketika musim panas tetapi menjadi depresi ketika musim dingin. Mereka disebut menderita seasonal *affective* disorder (SAD).

7) Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut pula mempengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada individu-individu yang lebih rentan

terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negative, pesimis, juga tipe kepribadian.

3. Gejala Depresi

Gejala fisik umum yang *relative* mudah dideteksi sebagai berikut:

- a. Gangguan pola tidur. Misalnya, sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.
- b. Menurunnya tingkat aktivitas. Misalnya, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain seperti menonton tv, makan dan tidur.
- c. Menurunnya efisiensi kerja. Penyebabnya jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan. sehingga, mereka juga akan sulit memfokuskan energi pada hal-hal prioritas.
- d. Menurunnya produktivitas kerja. Orang yang terkena depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya.
- e. Mudah merasa letih dan sakit. Jelas saja, depresi itu sendiri adalah perasaan negatif. Jika seorang menyimpan perasaan negative, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaan.

a. Gejala Psikis

Adapun tanda-tanda gejala psikis sebagai berikut:

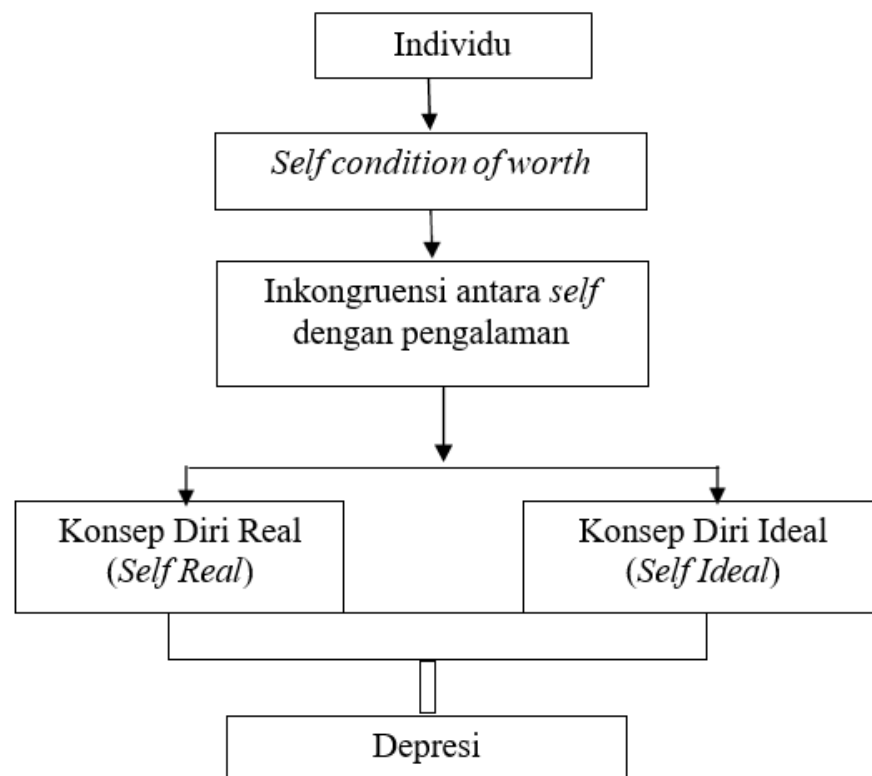
- 1) Kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negative, termasuk menilai diri sendiri.
- 2) Sensitive. Orang yang mengalami depresi senang sekali mengaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitive sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan disalahartikan.
- 3) Merasa diri tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama dibidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.
- 4) Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan.
- 5) Perasaan terbebani. Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya.

b. Gejala sosial

Jangan heran jika masalah depresi yang berawal dari diri sendiri pada akhirnya memengaruhi lingkungan dan pekerjaan (aktivitas rutin lainnya). Bagaimana tidak, lingkungan tentu akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut yang pada umumnya negative (mudah marah, tersinggung, menyendiri, *sensitive*, mudah letih, mudah sakit).

4. Proses Terjadinya Depresi

Proses terjadinya depresi diawali dengan self condition of worth. Kondisi ini muncul ketika positive regard dari orang-orang yang berarti bagi diri individu, memberikan syarat (*condition*). Condition of worth tersebut menstimulus inkongruensi antara self dan pengalaman yang akhirnya mewujudkan kerentanan (*vulnerability*). Inkongruensi tersebut selanjutnya menyebabkan adanya kesenjangan antara konsep diri real (*self real*) dengan konsep diri ideal (*self ideal*). Semakin senjang konsep diri real (*self real*) dengan konsep diri ideal (*self ideal*) akan semakin tinggi tingkat depresi individu.



Gambar 2. 1 Proses Terjadinya Depresi

5. Resiko yang Timbul Akibat Depresi

a. Bunuh diri

Perasaan kesepian dan ketidakberdayaan adalah faktor yang sangat besar seseorang melakukan bunuh diri. Orang yang lanjut usia merupakan populasi yang paling merasa kesepian. Orang yang menderita depresi kadang-kadang merasa begitu putus asa sehingga mereka benar-benar mempertimbangkan membunuh dirinya sendiri

b. Gangguan tidur: *insomnia* dan *hypersomnia*

Gangguan tidur dan depresi cenderung muncul bersamaan. Kesulitan tidur dianggap sebagai gejala gangguan

mood. Setidaknya 80% dari orang yang menderita depresi mengalami insomnia, atau kesulitan untuk tidur, sering kali, kesulitan untuk tetap tertidur. Depresi juga berpengaruh terhadap kualitas tidur yang menyebabkan seseorang merasa lelah setelah bangun. Sekitar 15% dari yang mengalami depresi tidur berlebihan.

c. Gangguan dalam hubungan

Sebagai akibat dari depresi, seseorang cenderung mudah tersinggung, senantiasa sedih sehingga lebih banyak menjauhkan diri dari orang lain atau dalam situasi lain menyalahkan orang lain, hal ini menyebabkan hubungan dengan orang lain menjadi tidak baik.

d. Gangguan dalam pekerjaan

Pengaruh depresi sangat terasa dalam kehidupan pekerja seseorang. Depresi meningkatkan kemungkinan dipecat dan pendapatn yang lebih rendah. Depresi mengakibatkan kerugian dalam produksi karena absenteisme ataupun performa yang sangat buruk. Pekerja dengan depresi juga kehilangan lebih banyak waktu karena kesehatan yang buruk daripada pekerja yang tidak mengalami depresi. (Dirgayunita, 2016; Schraedley et al., 1999).

e. Gangguan pola makan

Depresi dapat menyebabkan gangguan pola makan dan gangguan pola makan dapat menyebabkan depresi. Pada orang yang menderita depresi terdapat dua kecenderungan umum mengenai pola makan yang secara nyata memengaruhi berat tubuh yaitu tidak selera makan dan keinginan makan-makanan yang manis dan bertambah

f. Perilaku-perilaku merusak

Beberapa perilaku yang merusak disebabkan oleh depresi adalah *Agresivitas* dan kekerasan, Penggunaan alcohol dan obat-obatan terlarang, Perilaku merokok

6. Instrumen Untuk Mengukur Depresi

Terdapat beberapa alat tes yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat depresi yang dialami oleh individu, antara lain :

a. Skala Nilai Depresi dari Hamilton atau *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

Skala Nilai Depresi dari Hamilton atau *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* adalah rating skala yang pertama dikembangkan untuk mengukur beratnya gejala depresi. Pertama kali diperkenalkan oleh Max Hamilton tahun 1960 yang kemudian secara luas digunakan dan diterima untuk mengevaluasi beratnya depresi. HDRS terdiri dari 21 aitem

pernyataan dengan fokus primer pada gejala somatik. HDRS selanjutnya dijadikan standar pengukuran evaluasi depresi pada percobaan klinis perusahaan farmasi untuk persetujuan obat baru oleh FDA (*Food and Drug Administration*) juga digunakan sebagai evaluasi utama '*National Institute of Mental Health*' untuk membandingkan farmakoterapi dengan psikoterapi dalam mengobati depresi (Idris, 2016).

b. Skala Depresi Geriatri atau *Geriatri Depression Scale (GDS)*

Salah satu instrumen yang dapat membantu mengukur tingkat depresi adalah GDS (*Geriatri Depression Scale*). GDS adalah suatu kuesioner, terdiri dari 30 pertanyaan yang harus dijawab. GDS ini dapat dimampatkan menjadi hanya 15 pertanyaan yang harus dijawab. Sederhana saja, hanya dengan "Ya atau Tidak", suatu bentuk penyederhanaan dari skala yang mempergunakan lima rangkai respon kategori. Skala ini mendapatkan angka dengan memberi satu pokok untuk masing-masing jawaban yang cocok dengan apa yang ada dalam sintesa di belakang pertanyaan tertulis tersebut. Angka akhir antara 10 sampai 11, biasanya dipergunakan sebagai suatu tanda awal untuk memisahkan pasien tersebut masuk ke dalam kelompok depresi atau kelompok non depresi.

c. *The Beck Depression Inventory (BDI-II)*

BDI merupakan alat tes yang digunakan untuk membantu mengungkapkan tingkat depresi seseorang. Alat ukur tersebut dibuat oleh Beck pertama kali pada tahun 1976. Pada tahun 1996 BDI direvisi dengan tujuan untuk menjadi lebih konsisten dengan kriteria DSM-IV. (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996) memberi nama hasil revisi tersebut dengan BDI-II. Alat ukur ini dibuat untuk digunakan pada individu usia 13 tahun ke atas. Contoh perevisian BDI-II antara lain adalah responden diminta untuk merespon setiap pernyataan berdasarkan periode waktu dua minggu bukan satu minggu seperti jangka waktu dalam BDI. Alasan perevisian ini adalah agar sesuai dengan kriteria depresi pada DSM-IV yang menyatakan bahwa untuk mendiagnosis depresi, sedikitnya gejala depresi telah ada selama 2 minggu berturut-turut (Kazdin & Association, 2000). Pada BDI responden diminta untuk merespon pertanyaan berdasarkan perasaannya selama satu minggu terakhir, maka pada BDI-II responden diminta untuk merespon pertanyaan berdasarkan perasaannya selama dua minggu terakhir. BDI-II terdiri dari 21 aitem untuk menaksir intensitas depresi pada orang yang sehat maupun sakit secara fisik. Setiap aitem terdiri dari empat pernyataan yang mengindikasikan gejala depresi tertentu. Gejala-gejala tersebut yaitu mengenai kesedihan,

pesimisme, kegagalan masa lalu, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan hukuman, tidak menyukai diri, kegawatan diri, pikiran atau keinginan untuk bunuh diri, menangis, agitasi, kehilangan minat, keraguan, tidak berharga, kehilangan energi, perubahan pola tidur, lekas marah, perubahan nafsu makan, kesulitan konsentrasi, kelelahan dan kehilangan ketertarikan untuk melakukan hubungan seks.

d. CDI (*Children's Depression Inventory*)

Inventarisasi Depresi Anak (CDI) adalah skala penilaian diri, berorientasi gejala yang cocok untuk remaja berusia 7 hingga 18. Ada 21 item yang mengukur gejala seperti depresi, kapasitas *hedonis*, fungsi vegetatif, evaluasi diri, dan perilaku antarpribadi. Setiap item CDI terdiri dari tiga pernyataan yang dinilai pada skala yang berkisar 0-2. Skor total berkisar dari 0 hingga 54. Skor 25 atau lebih dianggap sebagai tingkat depresi klinis yang signifikan (Kovacs, 1981). *Children's Depression Inventory* (CDI), sesuai digunakan untuk anak jenis kelamin perempuan, usia 3 – 9 tahun (Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1986). *Instrument Children's Depression Inventory* ini sangat sesuai digunakan untuk melakukan deteksi depresi korban kekerasan pada anak-anak yang berjenis kelamin perempuan (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).

e. SSI (Social Skill Inventory)

Awalnya dikembangkan untuk digunakan dalam penelitian psikologi kepribadian dan sosial, SSI mengukur keterampilan komunikasi sosial dan emosional yang berkaitan dengan kompetensi sosial secara keseluruhan. SSI telah menjadi banyak digunakan dalam pemilihan personel, dalam pengaturan klinis, dan untuk pelatihan. Baru-baru ini, telah divalidasi untuk mengukur Kecerdasan Emosional (EQ).

- 1) *Emotional Expressivity* (EE) : mengukur keterampilan yang digunakan individu untuk berkomunikasi secara nonverbal, khususnya dalam mengirim pesan emosional
- 2) *Emotional Sensitivity* (ES) : mengukur keterampilan dalam menerima dan menafsirkan komunikasi nonverbal dari orang lain
- 3) *Kontrol Emosional* (EC): mengukur kemampuan untuk mengendalikan dan mengatur penampilan emosional dan nonverbal seseorang
- 4) *Social Expressivity* (SE): mengukur keterampilan dalam ekspresi verbal dan kemampuan untuk melibatkan orang lain dalam wacana social
- 5) *Sensitivitas Sosial* (SS): mengukur kemampuan untuk menafsirkan komunikasi verbal dari orang lain, dan

sensitivitas individu terhadap norma-norma dan pemahaman tentang norma-norma

- 6) *Kontrol Sosial (SC)*: mengukur keterampilan dalam permainan peran dan presentasi diri sosial, dan kemampuan untuk mengetahui bagaimana bertindak dalam berbagai situasi sosial.

f. *The Early Trauma Ventory Self Report -Short Form (ETISR-SF)*

Formulir Pendek (ETISR-SF), salah satu instrumen yang mengukur trauma masa kanak-kanak, adalah kuesioner laporan diri 27-item, yang menilai empat domain kekerasan fisik, emosional, pelecehan seksual, dan trauma umum. ETISR-SF adalah kuesioner 27-item yang digunakan untuk penilaian empat domain fisik (5 item), emosional (5 item), dan seksual (6 item) pelecehan, serta pengalaman traumatis umum (11 item). Ini kategoris menilai keberadaan peristiwa traumatis yang terjadi sebelum usia 18 tahun. 24) Setiap pengalaman traumatis dinilai secara dikotomis (ya = 1 / tidak = 0). Jumlah skor dari setiap domain dan total skor dihitung. Ukuran tersebut telah terbukti memiliki validitas yang sangat baik dan konsistensi internal di antara populasi orang dewasa Korea (Cronbach $\alpha = 0,869$, uji-*reliabilitas reliabilitas* = 0,844). 24) (Lindqvist et al., 2014).

Kebijakan dan Program Pemerintah untuk Mengatasi Anak-anak Korban Kekerasan Seksual



Gambar 2. 2 Alur Penanganan Perempuan dan Anak Korban Kekerasan di P2TP2A

2. 3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi

Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya depresi yang dikemukakan Lubis (2009) yaitu:

1. Faktor Fisik

a. Faktor Genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki risiko lebih besar menderita gangguan depresi dari pada masyarakat pada umumnya.

b. Susunan Kimia Otak dan Tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan akibat

pengaruh bahan kimia seperti

mengonsumsi obat-obatan, minum-minuman yang beralkohol, dan merokok.

c. Faktor Usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak terkena depresi.

d. *Gender*

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi dari pada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi dari pada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita.

e. Gaya Hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi.

f. Penyakit Fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui seseorang memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan

penghargaan diri (*self-esteem*), juga depresi.

g. Obat-obatan Terlarang

- h. Obat-obatan terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena mempengaruhi kimia dalam otak dan menimbulkan ketergantungan. Kurangnya Cahaya Matahari
- Kebanyakan dari seseorang merasa lebih baik di bawah sinar matahari dari pada hari mendung, tetapi hal ini sangat berpengaruh pada beberapa individu. Mereka baik-baik saja ketika musim panas tetapi menjadi depresi ketika musim dingin. Mereka disebut menderita *seasonal affective disorder* (SAD).

2. Faktor Psikologis

a. Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut pula mempengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada narapidana yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian *introvert* salah satu aspek kepribadian itu adalah penyesuaian diri. Penyesuaian diri adalah suatu proses yang dipengaruhi oleh banyak faktor, baik berasal dari diri seseorang seperti keluarga, masyarakat, dan luar diri individu seperti lingkungan sosial, antara lain melalui gambaran diri yang positif, hubungan interpersonal yang baik

dengan keluarga dan lingkungan sosial, kemampuan mengontrol emosi dan rasa percaya diri.

b. Pola Pikir

Pada tahun 1967 psikiatri Amerika Aaron Beck menggambarkan pola pemikiran yang umum pada depresi dan dipercaya membuat seseorang rentan terkena depresi. Secara singkat, dia percaya bahwa seseorang yang merasa negatif mengenai diri sendiri rentan terkena depresi.

c. Harga Diri (*self-esteem*)

Harga diri yang rendah akan berpengaruh negatif pada seseorang yang bersangkutan dan mengakibatkan seseorang tersebut akan menjadi stres dan depresi.

d. Stres

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi. Reaksi terhadap stres sering kali ditanggihkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi.

e. Lingkungan Keluarga

Ada tiga hal seseorang menjadi depresi di dalam lingkungan keluarga yaitu dikarenakan kehilangan orangtua ketika masih anak-anak, jenis pengasuhan yang kurang kasih sayang ketika kecil, dan penyiksaan fisik dan seksual ketika kecil.

f. Penyakit Jangka Panjang

Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanan dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi.

2. 4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengendalian Depresi

1. Obat Antidepresan

Ada beberapa obat antidepresan yaitu Lithium. Lithium adalah obat yang digunakan untuk mengobati gangguan *bipolar*, *MAOIs*, *Tricyclics*, *SSRIs*. (Singh et al., 2015)

2. CBT (*Cognitive Behavior Therapy*)

Pendekatan CBT memusatkan perhatian pada proses berpikir klien yang berhubungan dengan kesulitan emosional dan psikologi klien. Pendekatan ini akan berupaya membantu klien mengubah pikiran-pikiran atau pernyataan diri negative dan keyakinan-keyakinan pasien yang tidak rasional.jadi focus teori ini adalah mengganti cara-cara berfikir yang tidak logis menjadi logis (Cohen et al., 2009). Menurut teori *Cognitive-Behavior* yang dikemukakan oleh Aaron T. Beck, konseling *cognitive-behavior* memerlukan sedikitnya 12 sesi pertemuan. Setiap langkah disusun secara sistematis dan terencana (Wright, Beck, Newman, & Liese, 1993) .

3. Terapi Interpersonal

Terapi Interpersonal adalah bantuan psikoterapi jangka pendek yang berfokus kepada hubungan antara orang-orang dengan perkembangan simtom penyakit kejiwaan (Hetrick et al., 2016). Terapi interpersonal sesuai untuk usia 4-9, IPT dan CBT 2 *therapy* yang efektif untuk menangani depresi. (Eckshtain et al., 2019)

4. Konseling kelompok dan dukungan social

Konseling secara kelompok adalah pelaksanaan wawancara konseling yang dilakukan antara seorang konselor profesional dengan beberapa pasien sekaligus dalam kelompok kecil. (Ayu, Yulita, & Rahmawati, 2018).

5. Berolahraga

Keadaan mood yang negative seperti depresi, kecemasan, dan kebingungan disebabkan oleh pikiran dan perasaan yang negative pula. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menghasilkan pikiran dan perasaan positif yang dapat menghalangi munculnya mood *negative* adalah dengan berolahraga (Hughes et al., 2019). Latihan aerobik dapat mengurangi PTSD, kecemasan dan depresi pada anak dan remaja.. Meditasi dan aerobik dapat mengendalikan wanita pulih dari trauma seksual (Shors & Millon, 2016). Aktivitas fisik dikaitkan dengan pengurangan risiko depresi,

menunjuk pada target potensial yang dapat dimodifikasi untuk pencegahan (Choi et al., 2019).

6. Diet (mengatur pola makan)

Simtom depresi dapat diperparah oleh ketidakseimbangan nutrisi di dalam tubuh. Ketidakseimbangan nutrisi yang dapat menyebabkan depresi semakin parah yaitu:

1. Konsumsi kafein secara berkala.
2. Konsumsi sukrosa (gula)
3. Kekurangan biotin, asam folat dan vitamin B, C, kalsium, tembaga, magnesium
4. Kelebihan magnesium
5. Ketidakseimbangan asam amino
6. Alergi makanan

Skala depresi 20-item (CES-D) dan Food Frequency Questionnaire diaplikasikan untuk mengukur gejala depresi dan konsumsi makanan, depresi dan frekuensi olahraga yang rendahwanita yang rentan terhadap depresi dapat menggunakan makanan untuk mengatasi keadaan mood negatif. Oleh karena itu, program promosi kesehatan institusional dan pendidikan gizi harus mencakup manajemen emosi dan stres yang memadai (Lazarevich, Irigoyen-Camacho, et al., 2018a).

7. Terapi Humor/tertawa

Sudah lama professional medis mengakui bahwa pasien yang mempertahankan sikap mental yang positif dan berbagai tawa merespons lebih baik terhadap pengobatan (Rutter et al., 2013) Respons fisiologis dari tertawa termasuk meningkatkan pernapasan, sirkulasi, sekresi hormone dan enzim pencernaan, dan peningkatan tekanan darah, berfungsi sebagai strategi pengaturan emosi (Kugler & Kuhbandner, 2015), Humor sering dipandang sebagai strategi koping yang adaptif (Samson & Gross, 2012) dan dapat menjadi alat yang efisien untuk menghadapi situasi kehidupan negatif (R. A. *Martin & Lefcourt*, 1983). Terapi humor Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010 merupakan metode terapi dengan menggunakan humor tawa untuk membantu individu menyelesaikan masalah, baik dalam bentuk gangguan fisik maupun gangguan psikologis. Secara psikologis, dapat meredakan kecemasan dan depresi dengan menghambat impuls yang tidak diterima secara social atau secara pribadi, dengan memfokuskan pada unsur menggelikan dari sebuah situasi (Berman et al., 2014)

8. Religiusitas

Banyak orang mempunyai kecenderungan alami untuk berpaling pada agama dalam memperoleh kekuatan dan hiburan. Bagi yang percaya, keyakinan yang kuat dan menjadi anggota aliran

agama tertentu serta tujuan yang sama dapat menanggulangi penderitaan dan depresi.

Berdoa merupakan salah satu cara untuk mengatasi depresi. Mengambil waktu untuk berdoa memberi kesempatan kepada kita menghentikan kegiatan kita dan jalan arus hidup kita (Abdelati, 2016,). Keterlibatan dalam kegiatan keagamaan, atau religiusitas, dapat berfungsi sebagai faktor pelindung terhadap depresi. (Ronneberg, Miller, Dugan, & Porell, 2014), terapi agama dan religiusitas efektif untuk korban depresi (*Worthington Jr & Sandage, 2001*)

9. Reiki

Reiki dan CBT kombinasi therapy yang dapat digunakan sebagai therapy holistik yang membawa pada penyembuhan fisik, emosional, mental dan tahap kerohanian, hanya saja dapat diklasifikasikan dalam therapy komplementer (Charkhandeh, 2014). Reiki bermanfaat untuk melepaskan ketegangan emosional selama reiki — perasaan pelepasan energi, pembersihan pikiran dari kanker, kedamaian / relaksasi batin, harapan, rasa dirawat; pengalaman sensasi fisik selama reiki, seperti menghilangkan rasa sakit dan kesemutan; perbaikan fisik, emosional dan kognitif setelah reiki, seperti peningkatan kualitas tidur, rasa tenang dan damai, berkurangnya depresi dan peningkatan kepercayaan diri (Kirshbaum, Stead, & Bartys, 2016).

10. Hidroterapi dan Hidrotermal

Hidroterapi adalah penggunaan air untuk pengobatan penyakit. Terapi hidrotermal adalah penggunaan efek temperature air misalnya mandi air panas, sauna, dan lain-lain. Pengobatan dari hidroterapi berdasarkan efek mekanis dan/atautermal dari air. Tubuh bereaksi pada stimulus panas dan dingin. Saraf mengantarkan rangsangan yang dirasakan kulit kedalam tubuh, dimana merangsang *system* imun, memengaruhi hormone stres, meningkatkan aliran tubuh dan mengurangi rasa sakit (Hassan, Waqas, Yaqub, & Asad, 2016).

11. Pemberdayaan/ *Self efikasi*

Menurut Tantan Hermansyah (2009), pemberdayaan merupakan suatu usaha atau upaya yang dilakukan dalam rangka mengembangkan kemampuan dan kemandirian individu atau masyarakat dalam memenuhi kebutuhannya. Masyarakat dapat tahu potensi dan permasalahan yang dihadapinya dan mampu menyelesaikannya (KUSUMA, 2019), sementara Elizabeth (2016). Pemberdayaan (*empowerment*) pada wanita merupakan upaya yang dilakukan untuk menunjukan penguatan terhadap segala yang berada dalam ketidakberdayaan sehingga pemberdayaan diharapkan mampu menolong dirinya sendiri dalam mengembangkan semangat kepercayaan yang telah ada (Widodo, 2017).

Digital storytelling adalah metode penelitian yang inovatif dan memberdayakan yang sekaligus menghasilkan pengetahuan tentang pengalaman peserta dan memobilisasi pengetahuan itu melalui cerita yang mereka buat dan bagikan. (S. L. Martin et al., 2019). *Schuler, Hashemi dan Riley* mengembangkan beberapa indikator pemberdayaan, yang mereka sebut sebagai empowerment index atau indeks pemberdayaan (Darmawan et al., 2019) yaitu:

- a. Kebebasan mobilitas: kemampuan individu untuk pergi ke luar rumah atau wilayah tempat tinggalnya, seperti ke pasar, fasilitas medis, bioskop, rumah ibadah, ke rumah tetangga. Tingkat mobilitas ini dianggap tinggi jika individu mampu pergi sendirian
- b. Kemampuan membeli komoditas 'Kecil': kemampuan individu untuk membeli barang-barang kebutuhan keluarga sehari-hari (beras, minyak tanah, minyak goreng, bumbu); kebutuhan dirinya (minyak rambut, sabun mandi, rokok, bedak, sampo). Individu dianggap mampu melakukan kegiatan ini terutama jika ia dapat membuat keputusan sendiri tanpa meminta ijin pasangannya; terlebih jika ia dapat membeli barang-barang tersebut dengan menggunakan uangnya sendiri.
- c. Kemampuan membeli komoditas 'besar': kemampuan individu untuk membeli barang-barang sekunder atau tersier, seperti lemari pakaian, TV, radio, koran, majalah, pakaian keluarga.

Seperti halnya indikator di atas, poin tinggi diberikan terhadap individu yang dapat membuat keputusan sendiri tanpa meminta ijin pasangannya; terlebih jika ia dapat membeli barang-barang tersebut dengan menggunakan uangnya sendiri.

- d. Terlibat dalam pembuatan keputusan-keputusan rumah tangga: mampu membuat keputusan secara sendiri maupun bersama suami/istri mengenai keputusan- keputusan keluarga, misalnya mengenai renovasi rumah, pembelian kambing untuk ditenak, memperoleh kredit usaha.
- e. Kebebasan relatif dari dominasi keluarga: responden ditanya mengenai apakah dalam satu tahun terakhir ada seseorang (suami, istri, anak-anak, mertua) yang mengambil uang, tanah, perhiasan dari dia tanpa ijinnya; yang melarang mempunyai anak; atau melarang bekerja di luar rumah.
- f. Kesadaran hukum dan politik: mengetahui nama salah seorang pegawai pemerintah desa/kelurahan; seorang anggota DPRD setempat; nama presiden; mengetahui pentingnya memiliki surat nikah dan hukum-hukum waris.
- g. Keterlibatan dalam kampanye dan protes-protes: seseorang dianggap 'berdaya' jika ia pernah terlibat dalam kampanye atau bersama orang lain melakukan protes, misalnya, terhadap suami yang memukul istri; istri yang mengabaikan suami dan keluarganya; gaji yang tidak adil; penyalahgunaan bantuan

sosial; atau penyalahgunaan kekuasaan polisi dan pegawai pemerintah.

- h. Jaminan ekonomi dan kontribusi terhadap keluarga: memiliki rumah, tanah, assetproduktif, tabungan. Seseorang dianggap memiliki poin tinggi jika ia memiliki aspek aspek tersebut secara sendiri atau terpisah dari pasangannya.

Variabel pemberdayaan dalam pengendalian depresi diukur melalui kuesioner, dengan indikator antara lain penyuluhan, kemampuan mengambil keputusan sendiri dan menggunakan daya kemampuan (*kognitif, konatif dan psikomotorik*). (Restuastuti & Restila, 2018).

2.5 Model-Model Pengendalian Depresi

1. Psikoanalisis

Sigmund Freud mengembangkan psikoanalisis yaitu model perkembangan kepribadian manusia karena adanya emosional yang tertekan. Ini ada kaitannya dengan ingatan akan hal-hal traumatik dari pengalaman di masa lalu. Salah satu tujuan terapi adalah membentuk kembali struktur karakter individu dengan membuat pasien sadar akan hal yang selama ini tidak disadarinya (Aprilyanto, 2011).

2. Terapi psikodinamik

Terapi psikodinamik dirancang untuk membantu pasien mengeksplorasi berbagai emosi mereka melalui perkataan, berbicara bebas tentang apapun yang terjadi berada di pikirannya, termasuk perasaan mereka yang tidak disadari. Terapi psikodinamik membantu orang memahami bagaimana perilaku dan suasana hati mereka dipengaruhi oleh isu-isu yang belum terselesaikan (Kaloeti & Aril, 2017).

3. Terapi kognitif

Pola pikir negatif dapat menyebabkan dan berpengaruh terhadap depresi dan kecemasan. Terapi kognitif bertujuan mengubah pemikiran itu. Selama perawatan, Anda akan belajar bagaimana mengenali pikiran yang berbahaya atau tidak rasional dan menggantinya dengan yang lebih konstruktif. Terapi kognitif diarahkan untuk segera memecahkan masalah. Terapis mungkin meminta Anda untuk melacak suasana hati Anda atau mempraktekkan cara berpikir yang baru. Beberapa contoh terapi kognitif adalah *Cognitif Behavior Therapy* (Susanti, 2019; Uyun, 2015), *Cognitive Therapy*, Rational Emotive Behaviour Therapy atau REBT (Lestari & Setyodyah, 2013), Dekatastropik Teknik (Ningrum, 2017), Reframing (Refanthira, 2021), Pelatihan Penerimaan Diri (Self-Acceptance) (Gamayanti, 2016), Terapi Realitas Virtual (Mubasyaroh, 2019)

4. Terapi interpersonal

Apakah konflik interpersonal dan kurangnya dukungan sosial menyebabkan depresi Anda? Jika demikian, terapi interpersonal mungkin tepat untuk Anda. Dalam terapi interpersonal, pasien secara dekat memeriksa hubungan mereka dengan keluarga, teman, rekan kerja, dan orang-orang penting lainnya, dengan tujuan menyelesaikan konflik interpersonal, meningkatkan komunikasi, dan membangun jaringan dukungan yang lebih solid (M. S. PUTRI, 2016).

5. Observed Experiential Integration (OEI)

Merupakan terapi yang menggunakan teknik pergerakan mata (eye movements). Tujuan terapi ini menurut Bradshaw, (2003) adalah mengubah suatu persepsi dari merasakan kembali (re-experiencing) sehingga cenderung menghindari (avoided) menjadi ingatan masa lalu yang tidak terlalu mempengaruhi (remembering). Kedua adalah menurunkan gejala hyperarousaldan avoidance. Ketiga adalah meningkatkan respon menenangkan (Tri, Anggadewi, & Hadriami, 2014).

6. Terapi online

Sekarang Anda bisa mendapatkan terapi di Web. Anda dapat menggunakan pesan instan atau mengatur layanan video call seperti Skype, untuk berinteraksi dengan terapis Anda seperti yang Anda lakukan secara langsung. Ini mungkin sangat

membantu jika Anda tidak memiliki transportasi, tinggal di daerah pedesaan, atau tidak bisa mengunjungi kantor terapis (Wasil, Venturo-Conerly, Shingleton, & Weisz, 2019).

7. Keterampilan sosial (Social Skill)

Adistyasari (2013) menyatakan bahwa keterampilan sosial merupakan cara anak dalam berinteraksi dengan orang lain baik dilihat dari bentuk perilaku maupun dalam bentuk komunikasi untuk menyesuaikan diri terhadap lingkungan sekitarnya (Mashudi, 2015)

Tabel 2. 1 Penelitian-penelitian Tentang Pengendalian Depresi

Strategi deteksi depresi	Citation	Jumlah jurnal
<i>Deteksi depresi</i>		
1. <i>Children's Depression Inventory (CDI)</i>	(Yali and Lobel 2002), (Orzechowska et al. 2013), (Kovacs, 1981), (Beck, 1961)	4
2. <i>Social Skill Inventory (SSI)</i>	(Crits-Christoph, 2010), (Weissman, 2013) , (Feldman, 2014), (Poleshuck, 2010)	4
3. <i>Early Trauma Inventory Self Report -Short Form (ETISR SF)</i>	(Lindqvist, 2014), (Hörberg, 2019)	2
4. <i>Back Depression Inventory (BDI)</i>	(Ningrum, 2017)	1

Pengendalian Depresi	Citation	Jumlah Jurnal
1. <i>Cognitive Behavior Therapy</i>	(Cohen, Mannarino, Deblinger, & Berliner, 2009; Foroushani, Schneider, & Assareh, 2011; Matusiewicz, Hopwood, Banducci, & Lejuez, 2010; Moreno-Gonzalez et al., 2009; Murphy, Straebler, Cooper, & Fairburn, 2010; Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson, & Guthrie, 2011; Williams & Andrews, 2013 Agustin, 2016,)	8
2. <i>Therapy Focused-Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT)</i>	(Deblinger et al., 2006), (J. A. Cohen, Mannarino, & Murray, 2011), (J. Cohen & Mannarino, 2008),	4
3. <i>Cognitive Processing Therapy (CPT)</i>	(Murray et al., 2018)	1
4. <i>Cognitive Focused Therapy (CFT)</i>	(McLean et al., 2018), (Rapee et al., 2013),	2
5. <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)</i>	(Jaberghaderi, Rezaei, Kolivand, & Shokoohi, 2019)	1
6. <i>Trauma Informed Care (TI)</i>	(Niimura et al., 2019), (Palfrey et al., 2019), (Ferguson, 2006), (Hanson & Lang, 2016), (Campbell, Patterson, & Lichty, 2005), (Wurtele, 1999), (Hanson & Lang, 2016), (Nafisah, 2015)	8
7. <i>Therapi Interpersonal</i>	(Hetrick, 2016), (Eckshtain, 2019)	2
8. <i>Counceling</i>	(Ayu, 2018)	1
9. <i>Exercise</i>	(Lenskyj, 1990), (Hughes, 2019), (Shors, 2016), (Choi, 2019)	4
10. <i>Diet</i>	(Lazarevich, 2018)	1
11. <i>Terapi Humor</i>	(Kugler, 2015), (Samson, 2012), (Martin, 1983), (Rutter, 2013),	4
12. <i>Religiusitas</i>	(Abdelati, 2016), (Ronneberg, 2014), (Worthington Jr, 2001)	3
13. <i>Reiki</i>	(Kirshbaum, 2016)	1

Pengendalian Depresi	Citation	Jumlah Jurnal
14. <i>Empowerment</i>	(Martin, 2019), (Darmawan, 2019). (Restuastuti, 2018)	3

Sumber : Data ekstraksi literatur review jurnal

2. 6 Penelitian Aplikasi *Smartphone* untuk Mendeteksi Depresi

1. Penelitian Aplikasi *smartphone* di Indonesia dan di Luar Negeri

Tabel 2. 2 Jurnal Aplikasi *Smartphone*

NO	PENELITI	NEGARA	SAMPEL	INSTRUMEN PENGUKUR DEPRESI	ISI APLIKASI
1	(Burchert, Kerber, Zimmerman, & Knaevelsru d, 2019)	Afrika Selatan	Laki-laki dan perempuan Dewasa	PHQ-9	<i>Smartphone</i> Moodpath Aplikasi dukungan sosial untuk meredakan gejala depresi dengan memberikan pertanyaan tentang suasana hati selama 14 hari, konsultasi langsung dengan seorang profesional
2	(Hides et al., 2019)	Queensland University of Technology, Brisbane , AU	Remaja dengan penyalahgunaan zat	Beck Depression Inventory (BDI) dan Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	Aplikasi music untuk mengendalikan emosi dan depresi
3	(Bakker & Rickard, 2019)	Australia	Perempuan berusia 27 tahun	Menggunakan strategi CBT untuk menilai suasana hati	Aplikasi MoodMission, untuk mendeteksi gangguan mental
4	(Wang et al., 2018)	Dartmouth College	Mahasiswa	PHQ-8 dan PHQ-4 skor depresi	Mendeteksi tingkat depresi mahasiswa pada awal dan akhir semester
5	(Palmius et	Universitas	Dewasa dan tidak	kuesioner gejala depresi (QIDS-	pemantauan 16 pertanyaan Mendeteksi 9 domain

NO	PENELITI	NEGARA	SAMPEL	INSTRUMEN PENGUKUR DEPRESI	ISI APLIKASI
	al., 2016)	Oxford	di diagnosis memiliki gangguan umum (generalisasi temuan tidak jelas	SR 16) [26] setiap minggu melalui sistem pemantauan True Colours [18] , [19] . Kuesioner QIDS-SR 16 adalah alat diagnostik dan	kriteria gejala DSM-IV dari: suasana hati sedih, konsentrasi, kritik diri, ide bunuh diri, kehilangan minat, energi / kelelahan, gangguan tidur, perubahan nafsu makan / berat badan, dan agitasi / retardasi psikomotorik.
6	(Paul & Fleming, 2019)	Amerika	remaja	Kuesioner kecemasan	Mindshift Aplikasi deteksi kecemasan selama 3 minggu
7	(Effendi & Maryatun, 2020)	Palembang	Remaja	Kuesioner	Aplikasi SDASI (skrining depresi, kecemasan, stres). Pengembangan aplikasi SDASI berbasis <i>Android</i> terdiri dari 7 item setiap pernyataan tentang depresi, kecemasan, stres; dan halaman informasi kesehatan tentang depresi, kecemasan dan stres.
8	(Sari, 2018)	Kecamatan Tamalate, Makasar	Remaja berusia 13-18 tahun	<i>Instrumen Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)</i> ,	BUDDYApp Mengetahui tingkat resiko bunuh diri pada remaja yang mengalami depresi
9	(Yani, 2018)	Jombang, Jawa Timur	Remaja	Instrumen Children Depression Inventory	BAPER App Menganalisis depresi pada anak-anak menggunakan

2. Kekurangan Aplikasi Deteksi Pengendalian Depresi Sebelumnya

Kelemahan Pengukuran Deteksi Pengendalian Depresi

Sebelumnya :

- a) Stabilitas: Pengukuran hanya berfokus pada deteksi depresi
- b) Content: Alat ukur hanya mengetahui seseorang depresi atau tidak tanpa mengetahui tingkat depresi
- c) Generalisasi: tidak ada telaah lebih lanjut parameter apa saja yang dapat mempengaruhi pengendalian depresi seseorang secara umum
- d) Acces: Aplikasi tidak ditemukan di google play store, dan dapat diakses ketika orang membuka website, sehingga aplikasi tersebut tidak banyak menjangkau sasaran.
- e) Pengukuran hanya berfokus pada deteksi depresi
- f) Alat ukur hanya mengetahui seseorang depresi atau tidak tanpa mengetahui tingkat depresi
- g) Tidak ada telaah lebih lanjut parameter apa saja yang dapat mempengaruhi pengendalian depresi seseorang secara umum
- h) Aplikasi tidak ditemukan di google play store, dan dapat diakses ketika orang membuka website, sehingga aplikasi tersebut tidak banyak menjangkau sasaran.
- i) Aplikasi tidak menampilkan history hasil test sebelumnya
- j) Penyampaian materi dalam aplikasi dalam bentuk narasi

3. Kekurangan Aplikasi TRIANA

- a) Belum ada fasilitas konsultasi langsung dengan profesional
- b) Tersedia 1 pilihan bahasa

- c) Tampilan pertanyaan di aplikasi menggunakan tulisan tanpa disertai gambar

Kelebihan Aplikasi Terdahulu :

- a) Dapat Konsultasi secara online dengan tenaga professional
- b) Tersedia beberapa pilihan bahasa
- c) Pertanyaan diselingi gambar untuk mengurangi kejenuhan

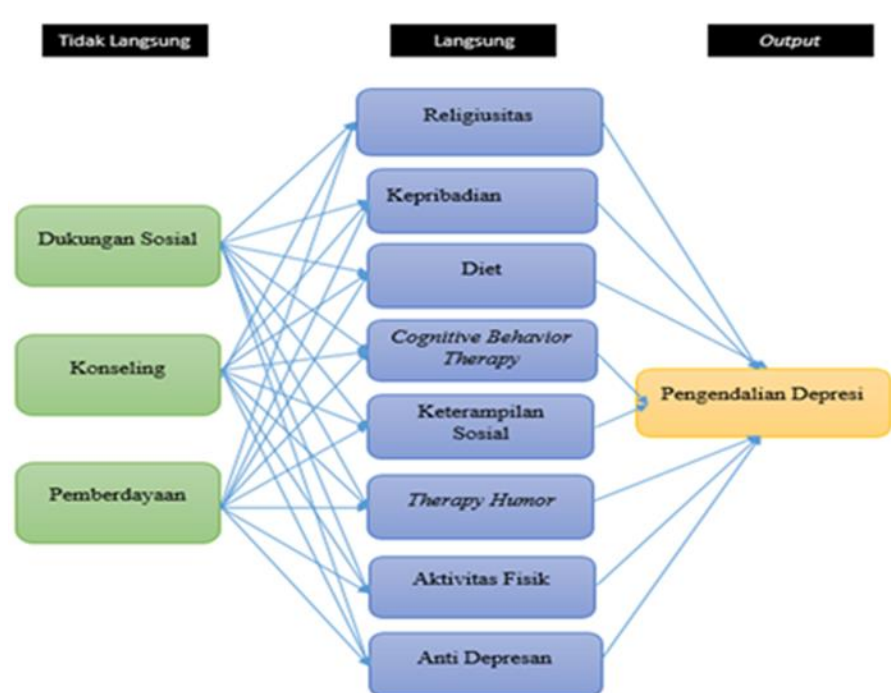
Kelebihan Aplikasi Triana :

- a) Pengukuran berfokus pada deteksi depresi dan pengendalian depresi
- b) Alat ukur dapat mengetahui Tingkat depresi dan Tingkat pengendalian depresi
- c) Ada telaah lebih lanjut parameter yang dapat mempengaruhi depresi
- d) Aplikasi dapat diakses melalui *google play* dan *web*
- e) Aplikasi dapat melihat riwayat test sebelumnya sehingga dapat digunakan sebagai monitor dalam mengukur kemajuan pengendalian depresi
- f) Materi disampaikan dalam bentuk gambar, leaflet dan game disesuaikan dengan usia anak-anak
- g) Instrumen dalam aplikasi yang berupa deteksi depresi dan deteksi pengendalian depresi pada anak-anak korban kekerasan seksual merupakan hasil penelitian tahap I dan II (persamaan matematis yang dihasilkan dari penelitian tahap

2 merupakan rumus yang diinput pada instrumen aplikasi).

2.7 Kerangka Teori

Gambar 2 Dibawah menunjukkan variabel langsung dan tidak langsung dalam pengendalian depresi pada korban kekerasan seksual pada anak, Berdasarkan teori yang didapatkan melalui literatur review terdahulu didapatkan faktor yang mengendalikan depresi.



Gambar 2. 3 Kerangka Teori

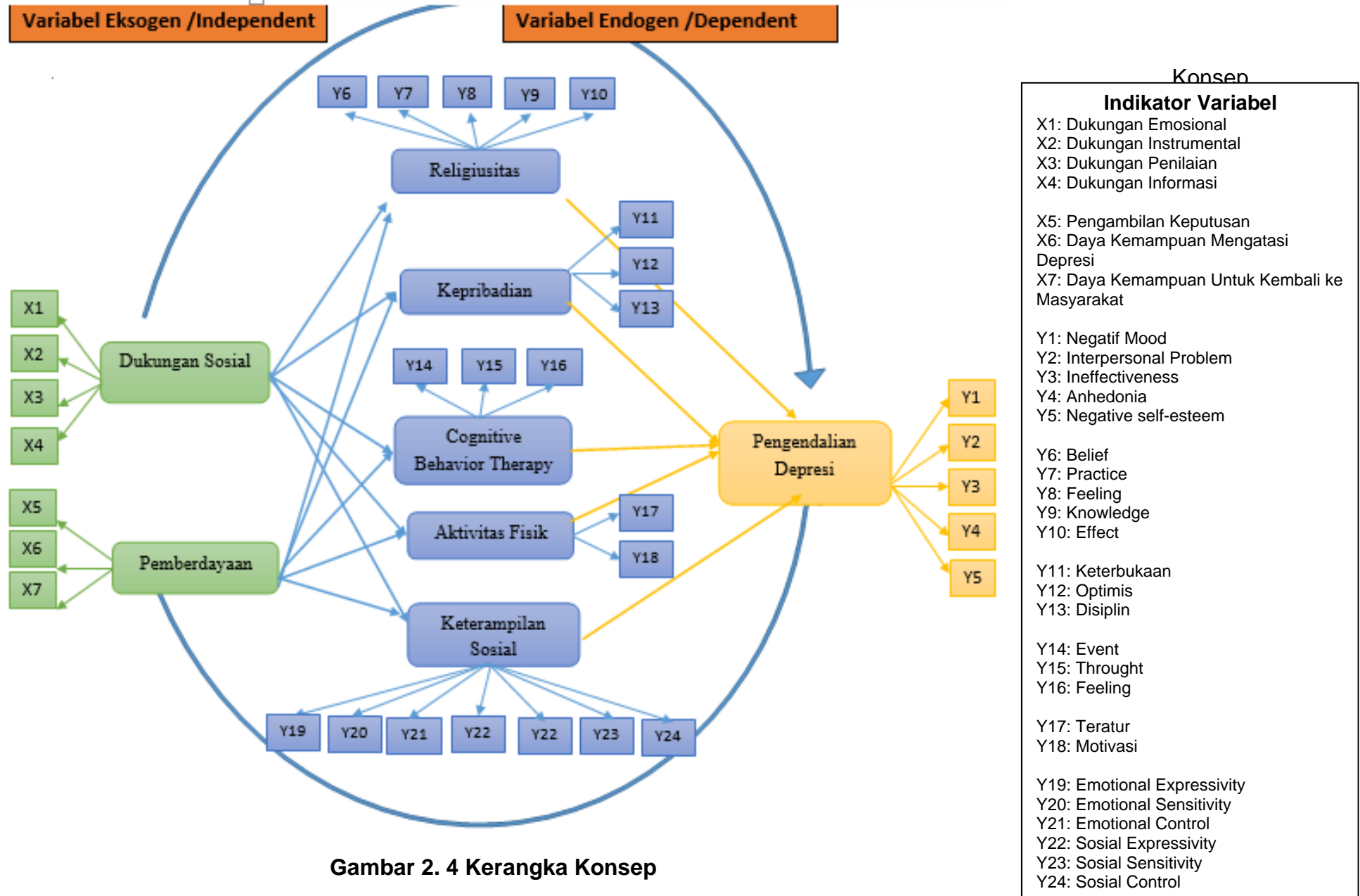
Sumber: Gabungan dari beberapa teori, Disertasi garis konfirmatori Riggio dan Reichard (2008), Beck, (1961), Cohen, Mannarino, Deblinger, & Berliner, (2009), Gerald Klerman (1970), Lenskyj, (1990), Martin, (1983), (Worthington Jr, 2001), Mulder, (2002), Ajzen, 2002).

2.8 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada dasarnya adalah kerangka yang menghubungkan konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur pada penelitian ini (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep penelitian ini

disusun untuk dijadikan landasan pikir pelaksanaan penelitian. Landasan pikir diperoleh dari pengembangan tinjauan teori pada bab sebelumnya. Proses terbangunnya kerangka konsep dalam penelitian ini mengadopsi konstruksi kerangka teori yang terbentuk melalui penggabungan dari beberapa teori, model dan hasil penelitian sebelumnya. Teori dan model tersebut kemudian digali secara mendalam dan ditetapkan menjadi variabel apa saja yang dominan mempengaruhi depresi.

Pada tahap awal, factor yang mempengaruhi pengendalian depresi digali dan dipahami mendalam dengan menggunakan metode *literature review* yaitu kajian pustaka, jurnal-jurnal, teori, model terkait dengan depresi, pengendalian depresi, factor-faktor yang mempengaruhinya serta teori-teori yang dianggap berpengaruh terhadap depresi mulai dipetakan. Kemudian factor-faktor tersebut kembali di klasifikasikan untuk melihat variabel mana yang lebih kuat atau berpengaruh terhadap pengendalian depresi. hasilnya adalah variabel yang dominan mempengaruhi pengendalian depresi adalah variabel religiusitas, kepribadian, CBT, Aktivitas fisik, keterampilan sosial, dukungan sosial dan pemberdayaan.konsep-konsep ini akan dikaitkan dalam bentuk diagram sehingga dapat menunjukan variabel-variabel penelitian. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti menggambarkan kerangka konsep sebagai berikut.



Gambar 2. 4 Kerangka Konsep

Berdasarkan gambar kerangka konsep dapat dijelaskan bahwa variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel endogen/independen depresi, variabel eksogen/independen (dukungan sosial dan pemberdayaan) dan variabel intervening (religiusitas, kepribadian, CBT, Aktivitas fisik dan keterampilan sosial). Kerangka konsep dalam penelitian ini diperoleh melalui studi literature dan jurnal terkait depresi, pengendalian depresi yang telah dijelaskan di bab sebelumnya. Untuk indikator dalam setiap variabel diperoleh melalui uji kualitatif melalui wawancara mendalam dengan menggali dan mengkonfirmasi pada anak-anak korban kekerasan seksual dan bidan. Berikut ini dijabarkan komponen indicator dalam setiap variabel :

1. Indikator Variabel Depresi

- Y1 : *Negatif Mood*
- Y2 : *Interpersonal Problem*
- Y3 : *Ineffectiveness*
- Y4 : *Anhedonia*
- Y5 : *Negative self-esteem*

2. Indikator Religiusitas

- Y6 : *Belief*
- Y7 : *Practic*
- Y8 : *Feelin*
- Y9 : *Knowledge*
- Y10 : *Effect*

3. Indikator Variabel Kepribadian

Y11: Keterbukaan

Y12: Optimis

Y13: Disiplin

4. Indikator Variabel CBT

Y14: *Event*

Y15: *Thought*

Y16: *Feeling*

5. Indikator Variabel Aktivitas Fisik

Y17: Teratur

Y18: Motivasi

6. Indikator Variabel Keterampilan Sosial

Y19: *Emotional Expressivity Emotional expressivity*

Y20: *Emotional Sensitivity Emotional sensitivity*

Y21: *Emotional Control Emotional*

Y22: *Social Expressivity Social exspressivity*

Y23: *Social Sensitivity Social sensitivity*

Y24: *Social Control Social control*

7. Indikator variabel Dukungan Sosial

X1: Dukungan Emosional

X2: Dukungan Instrumental

X3: Dukungan Penilaian

X4: Dukungan Informasi

8. Indikator variabel Pemberdayaan

X5 : Pengambilan Keputusan

X6 : Daya Kemampuan mengatasi depresi

X7 : Daya Kemampuan Untuk Kembali ke Masyarakat

2.9 Hipotesis Penelitian

1. Terdapat (ada) pengaruh langsung dan tidak langsung antara variabel religiusitas, dukungan sosial, pemberdayaan, kepribadian, aktivitas fisik, *Cognitive Behavior Therapy* dan keterampilan sosial dalam upaya pengendalian depresi anak-anak korban kekerasan seksual pada anak
2. Model deteksi depresi (TRIANA) merupakan model yang efektif untuk digunakan oleh bidan dalam mendeteksi depresi dengan pendekatan aplikasi *smartphone*.