

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL PENANGANAN POST TRAUMA
KORBAN KEKERASAN SEKSUAL PADA ANAK
BERBASIS KELUARGA DI KAB. BULUKUMBA**



**HAERANI
K013181018**

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

**PENGEMBANGAN MODEL PENANGANAN POST TRAUMA
KORBAN KEKERASAN SEKSUAL PADA ANAK
BERBASIS KELUARGA DI KABUPATEN BULUKUMBA**

DISERTASI

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

HAERANI

K013181018

PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

SEKOLAH PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2022

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL PENANGANAN POST TRAUMA KORBAN
KEKERASAN SEKSUAL PADA ANAK BERBASIS KELUARGA
DI KABUPATEN BULUKUMBA**

Disusun dan diajukan oleh

HAERANI
Nomor Pokok K013181018

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 14 Maret, 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc
Promotor



Prof. Dr. Stang, M.Kes
Ko-Promotor



Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS
Ko-Promotor



Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,



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



Ketua Program Studi Doktor (S3)
Ilmu Kesehatan Masyarakat



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

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Haerani**
NIM : K013181018
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Maret 2023

Yang Menyatakan,



Haerani

PRAKATA

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas petunjuk dan karunia yang diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan disertasi dengan judul “Pengembangan Model Penanganan Post Trauma Korban Kekerasan Seksual pada Anak Berbasis Keluarga di Kabupaten Bulukumba” sebagai salah satu syarat penyelesaian Program Pendidikan Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan disertasi ini tak lepas dari bantuan dan dukungan baik moril, materil, maupun doa dari berbagai pihak, oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati, pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada yang terhormat Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc selaku Promotor, Prof. Dr. Stang. M.Kes dan Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, M.Kes selaku Ko Promotor yang senantiasa memberikan arahan, bimbingan, perhatian dan motivasi kepada penulis sehingga membangkitkan semangat penulis dalam menyelesaikan disertasi.

Terima kasih penulis sampaikan kepada tim penguji Bapak Prof. Dr. Muhammad Jufri, M.Si. M.Psi.Psikolog sebagai penguji eksternal, juga kepada Bapak Prof. Dr.dr.Muh Tahir Abdullah, M.Sc.,MSPH, Bapak Dr. Agus Bintara Birawida, S.Kel.,M.Kes dan Ibu Dr. Suni Hariati, S.Kep, Ns, M.Kep yang senantiasa memberikan arahan dan masukan yang konstruktif dalam upaya perbaikan disertasi ini.

Dengan segala kerendahan hati penulis juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Pendidikan di Universitas Hasanuddin;
2. Prof.dr. Budu, Ph.D.,Sp.M(K), M.MedEd selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada Sekolah Pascasarjana;

3. Prof. Sukri Palutturi selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan Pendidikan di Program Studi Doktor Kesehatan Masyarakat.
4. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM, Med.Ed selaku Ketua program Studi Doktor (S3) Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, serta seluruh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kesempatan dan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama mengikuti Pendidikan Program Doktoral Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin;
5. Seluruh staff tendik FKM UNHAS yang telah banyak membantu segala proses administrasi, terima kasih atas kerjasama dan pelayanan yang telah diberikan;
6. Teristimewa penulis mengungkapkan rasa cinta, terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya yang tulus kepada kedua orang tua tercinta, Ayahanda Cabo' Mappisabbi (Alm) dan Ibunda Nawarah yang telah membesarkan, dan mendidik penulis sejak kecil dengan penuh kasih sayang dan senantiasa memberikan dukungan dan doa yang tulus. Juga kepada ayah mertua Tanri (Alm) dan Ibu Mertua tercinta Sittimang atas perhatian dan doa yang tulus yang diberikan kepada penulis.
7. Rasa bangga dan kasih sayang serta terima kasih yang tak terhingga kepada suami tercinta Aipda Rajalin dan anak-anakku tersayang Ainun Dzakira R, Aafiyah Qonita R, Ayyash Abqori R dan Atqan Aabid R atas segala pengertian, kesabaran dan dukungan kepada penulis dalam menjalankan studi;
8. H. M. Idris Aman, S.Sos Ketua Yayasan Panrita Husada Bulukumba beserta jajaran atas bantuan dan dukungannya selama penulis menempuh pendidikan Program Doktor FKM Universitas Hasanuddin;
9. Dr. Muriyati, S.Kep, M.Kes selaku Ketua Stikes Panrita Husada Bulukumba beserta jajaran atas bantuan dan dukungannya selama penulis menempuh pendidikan Program Doktor FKM Universitas Hasanuddin;
10. Kepala Bagian, Kepala Lembaga/unit, Ketua Program Studi beserta jajaran dan seluruh civitas akademika dosen Stikes PHB yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat kepada penulis selama proses Pendidikan;

11. Teman-teman seperjuangan program Doktor Kesmas Tahun 2018, terkhusus kepada kakanda Dr. Fatmawati, S.Kep, Ns, M.Kep atas segala dukungan yang luar biasa dan semangat yang diberikan kepada penulis;
12. Saudara-saudariku, Nurmiati (Alm), Sudirman, Drs. Samsuar, Drs. Syamsir, S.Pd, MM (Alm), Sufirman, Rismawati, Ernawati, Julianti, S.Pd, Muh., Jufri, S.Pd, Darmiati, serta ponakan Syahrul Salassa S.Pd, Irwansyah, S.Pd, Harfiah, Nurwahida, Uswatun Khasanah, Dian Fitria atas bantuan dan dukungan yang diberikan penulis selama proses penyelesaian disertasi .
13. Kepala Dinas DP2KBP3A dan kepala UPT PPA Kabupaten Bulukumba yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian;
14. Tim Reaksi Cepat (TRC) dan konselor Perempuan dan anak dari UPT PPA Kabupaten Bulukumba selaku fasilitator dalam proses penelitian;
15. Ketua Majelis Dai Muda Kab. Bulukumba yang telah menjadi fasilitator selama proses penelitian;
16. Dewi Hanaruddin, S.Kep, Ns, M.Kes dari Denarya Education Center yang mendampingi penulis selama proses pengolahan data;
17. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang turut membantu kepada penulis dalam penyelesaian disertasi.

Akhir kata penulis menyampaikan permohonan maaf bila dalam penulisan disertasi ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu kami mengharapkan masukan dan saran kepada semua pembaca yang sifatnya membangun demi penyempurnaan disertasi ini, semoga Allah SWT memberikan petunjuk dan kerberkahan atas usaha yang telah dilakukan.

Makassar, Maret 2023

Penulis

HAERANI

ABSTRAK

HAERANI. *Pengembangan Model Penanganan Post Trauma Korban kekerasan Seksual Pada Anak Berbasis Keluarga di Kabupaten Bulukumba* (Di bimbing A. Ummu Salmah, Stang, dan Muhammad Syafar)

Kekerasan seksual pada anak diakui sebagai masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model penanganan post trauma melalui rehabilitasi sosial dan spiritual dalam meningkatkan *Post Traumatic Growth* (PTG) korban kekerasan seksual pada anak berbasis keluarga di Kabupaten Bulukumba.

Penelitian dilakukan dalam dua tahapan dengan metode penelitian *Mixed Method* (Kualitatif-Kuantitatif) menggunakan desain eksploratory sequensial. Sampel penelitian ini sebanyak 24 orang yang terdiri dari 12 anak dan 12 keluarga korban kekerasan seksual di Kabupaten Bulukumba. Tahap I adalah penelitian kualitatif. Tahap II adalah metode kuantitatif dengan desain pra eksperimen pendekatan *One Group Pre Test and Post test Design*.

Hasil temuan penelitian tahap I menunjukkan anak dan keluarga korban kekerasan seksual membutuhkan kolaborasi berbagai pihak dalam rehabilitasi khususnya dukungan sosial dan spiritual guna mengatasi permasalahan yang dihadapi. Tahap II uji efektifitas model menunjukkan nilai signifikansi anak 0.002 dan keluarga 0.003 ($p < 0.05$), dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan bermakna dari PTG anak dan keluarga sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi rehabilitasi sosial dan spiritual melalui kegiatan *home sharing*. Disimpulkan bahwa model kolaborasi rehabilitasi sosial dan spiritual melalui kegiatan *home sharing* berpengaruh terhadap PTG anak dan keluarga. Diperlukan upaya penanganan post trauma korban kekerasan seksual pada anak dan keluarga secara holistik mencakup aspek biopsikososiospiritual.

Kata Kunci: Anak dan Keluarga Korban Kekerasan Seksual, Model Penanganan Post Trauma



ABSTRACT

HAERANI. *Development of a Family-Based Post Trauma Handling Model for Victims of Sexual Violence in Children in Bulukumba District* (Supervised by **A. Ummu Salmah, Stang, and Muhammad Syafar**)

Child sexual abuse is recognized as a public health problem worldwide. This study aims to develop a post-traumatic treatment model through social and spiritual rehabilitation in increasing Post Traumatic Growth (PTG) for victims of family-based sexual violence in Bulukumba District.

The mixed method (qualitative-quantitative) research was carried out in two stages employing a sequential exploratory design. The 24 participants in this study's sample were divided into 12 children and 12 families of sexual assault victims in Bulukumba District. Qualitative research is phase I. Phase II is a quantitative method that uses a one-group pre-test and post-test design with a pre-experimental design approach.

The findings of the first phase of the research show that children and families of victims of sexual violence need the collaboration of various parties in rehabilitation, especially social and spiritual support to overcome the problems they face. There were significant differences in PTG for children and families before and after implementing social and spiritual rehabilitation interventions through home-sharing activities, according to Phase II of the model effectiveness test, which revealed significance values of 0.002 for children and 0.003 for families ($p < 0.05$). It was concluded that the collaborative model of social and spiritual rehabilitation through home-sharing activities affected the PTG of children and families. Efforts are needed to handle post-traumatic victims of sexual violence against children and families holistically, including bio-psycho-socio-spiritual aspects.

Keywords: Children and Families of Victims of Sexual Violence, Models of Post Trauma Management



DAFTAR ISI

DISERTASI.....	i
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN PENGESAHAN	
PERNYATAAN KEASLIAN	
PRAKATA.....	v
ABSTACK.....	viii
ABSTACK.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat.....	7
BAB II.....	9
A. Tinjauan Umum Tentang Kekerasan Terhadap Anak	9
B. Tinjauan tentang konsep rehabilitasi sosial pada korban kekerasan seksual	38
C. Tinjauan tentang konsep rehabilitasi spiritual pada korban kekerasan seksual	43
D. Tinjauan tentang <i>Family Centered Care</i> (FCC)	49
E. Tinjauan tentang pengembangan intervensi dalam kesehatan	50
F. Matriks kajian literature	62
G. Model Konseptual <i>Postrumatic Growth</i> pada anak.....	69

H. Kerangka Teori	70
I. Definisi Operasional	72
J. Hipotesis	73
BAB III	74
A. Tahap I	74
1. Desain Penelitian.....	74
2. Lokasi dan waktu penelitian	75
3. Informan dan sampel penelitian	75
4. Pengumpulan data	75
5. Prosedur Analisis data.....	76
7. Pelaksanaan penelitian tahap I	76
B. Tahap II	78
1. Desain Penelitian	78
2. Lokasi dan waktu penelitian	78
3. Populasi dan sampel	78
4. Pengumpulan data.....	79
5. Prosedur analisis data.....	80
6. Pelaksanaan penelitian tahap II.....	81
BAB IV	90
A. HASIL PENELITIAN	90
1. Hasil penelitian tahap 1.....	90
2. Hasil penelitian tahap 2	103
B. PEMBAHASAN	109
C. KETERBATASAN PENELITIAN	136
D. NOVELTY	137
BAB V	138
A. Kesimpulan	138
B. Saran	138
DAFTAR PUSTAKA	140
Lampiran.....	155

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Matriks Penelitian terkait Posttraumatic Growth	58
2.2 Definisi Operasional	67
3.1 Kriteria kelayakan Buku	71
3.4 Hasil adaptasi instrument <i>Posttraumatic Growth Inventory-Short Form</i> (PTGI-SF) untuk keluarga	82
4.1 Karakteristik Informan wawancara	91
4.2 Karakteristik Informan FGD	91
4.3 Garis Besar Buku Saku	100
4.4 Penilaian Buku Saku	100
4.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Anak	102
4.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga	103
4.7 Distribusi PTG Berdasarkan Karakteristik Anak	104
4.8 Distribusi PTG Berdasarkan Karakteristik Keluarga	104
4.9 Distribusi PTG Berdasarkan Kategorinya	105
4.10 Perbedaan PTG Anak Beserta Keluarga Sebelum dan Sesudah Intervensi	106
4.11 Perbedaan PTG antara anak dan orangtua sebelum maupun sesudah intervensi	107
4.12 Hasil uji regresi logistic berganda	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1	Tim Penanganan Kasus 17
2.2	Tanggapan Pasien 47
2.3	Kerangka Pemulihan Spiritual Korban Kekerasan Seksual Anak 49
2.4	Enam Langkah proses IM dan Tugas Terkait 54
2.5	Kerangka Teori Model Posttraumatic Growth 69
2.6	Kerangka Teori 70
2.7	Kerangka Konsep 71
3.1	Bagan Rancangan Penelitian 74
3.2	Desain Penelitian Pra Ekperimen One Group PreTest And Post Test Design 78
3.3	Alur Penelitian Tahap I 84
3.4	Alur Penelitian tahap II 85
4.1	Hasil Wawancara terstruktur; Word Frecuency Persaaan dan yang masih dirasakan anak sampai saat ini Setelah Kekerasan Seksual terjadi 90
4.2	Hasil Wawancara terstruktur; Word Frecuency Perasaan dan yang Masih dirasakan Orang Tua yang Masih setelah kekerasan Seksual terjadi 92
4.3	Hasil Wawancara terstruktur; Cara Mengatasi Perasaan Tersebut 93
4.4	Hasil FGD; Upaya yang Telah Dilakukan 94
4.5	Hasil FGD; Penanganan yang Belum Optimal dan Rencana yang Belum Terlaksana 94
4.6	<i>Word frequency</i> cara mengatasi perasaan yang muncul 96
4.7	Word Frequency 97
4.8	Word Frequency Penanganan yang Belum Optimal dan Rencana Yang belum Terlaksana 98

DAFTAR LAMPIRAN

Pedoman wawancara terstruktur

Panduan *Focus group Discussion* (FGD)

Kuesioner *Posttraumatic Growth* untuk anak

Kuesioner aspek sosial dan aspek spiritual untuk anak

Kuesioner *Posttraumatic Growth* untuk orang tua

Kuesioner aspek sosial dan aspek spiritual untuk orang tua

Panduan rehabilitasi sosial dan rehabilitasi spiritual pada orang tua

Panduan rehabilitasi sosial dan rehabilitasi spiritual pada anak

Rekomendasi Persetujuan Etik

Surat Izin Penelitian Dinas DP2KBDP3A

Surat Selesai Penelitian UPT P3A

Scopus 1

LoA Scopus 2

Output Hasil Penelitian

Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Anak merupakan pribadi yang memiliki segala keunikan tersendiri sehingga membedakan dirinya dengan orang dewasa. Untuk itu anak perlu mendapatkan perhatian khusus dan kesempatan yang seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang secara wajar dan optimal, baik jasmani, rohani maupun sosial. Perkembangan anak ini erat kaitannya dengan pemenuhan dan hak-hak anak yang diberikan oleh orang tuanya. Dalam diri anak juga melekat harkat dan martabat serta hak-hak sebagai manusia yang harus dijunjung tinggi sehingga tidak ada manusia atau pihak lain yang boleh merampas hak tersebut.

Kebutuhan dan hak-hak anak yang tidak terpenuhi mengakibatkan munculnya berbagai permasalahan dalam diri anak seperti terhambatnya perkembangan dan pertumbuhan anak. Berbagai permasalahan yang terjadi pada anak bukan satu-satunya disebabkan oleh tidak terpenuhinya hak dan kebutuhannya melainkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor kekerasan. Anak merupakan salah satu golongan rentan terhadap kekerasan seksual (Murray et al., 2014).

Kekerasan seksual pada anak adalah segala tindakan berupa ajakan atau paksaan dalam kegiatan seksual dimana anak belum mampu memberikan persetujuan berkaitan dengan hubungan seksual termasuk juga melibatkan anak dalam kegiatan seksual karena perkembangannya belum siap (McKibbin et al., 2017). Kekerasan seksual dapat berupa perlakuan seksual tidak langsung antar anak dengan orang yang lebih besar dengan kata-kata, sentuhan, gambar visual, exhibitionism, maupun perlakuan kontak seksual secara langsung antara anak dengan orang dewasa bisa berupa incest, perkosaan, eksploitasi seksual (Huraerah, 2006). Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kekerasan seksual merupakan segala pelanggaran seksual yang dilakukan terhadap orang muda oleh orang dewasa atau orang lain yang secara sah bertanggung jawab untuknya yang dilakukan dalam bentuk paksaan atau mengancam untuk melakukan hubungan seksual.

Kekerasan seksual pada anak diakui sebagai masalah kesehatan masyarakat yang utama diseluruh dunia (Karayianni et al., 2017; Murray et al., 2014; Stoltenborgh et al., 2011). Setiap tahun angka kejadian terus meningkat baik yang terjadi di negara maju maupun di negara berkembang. Rata-rata angka kejadian kekerasan seksual pada anak di seluruh dunia menunjukkan korban anak perempuan lebih tinggi dibanding anak laki – laki (Tyler et al., 2001).

Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) melalui pengembangan dan Upgrading database perlindungan anak berdasarkan pengaduan dan hasil pengawasan secara e-database berbasis aplikasi online dan SIMEP KPAI tahun 2011 – 2020 menunjukkan bahwa kasus pengaduan anak berdasarkan klaster / bidang pornografi dan cyber crime yang didalamnya termasuk kasus kekerasan seksual tahun 2011 sebanyak 188 kasus, tahun 2012 mengalami penurunan yaitu sebanyak 175 kasus, dan pada tahun 2013 mengalami peningkatan sebanyak 247, tahun 2014 sebanyak 322, tahun 2015 sebanyak 463, tahun 2016 sebanyak 587, tahun 2017 sebanyak 608, tahun 2018 sebanyak 679, tahun 2019 sebanyak 653 dan pada tahun 2020 berjumlah 526, dengan jumlah keseluruhan 4.448 kasus. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kasus cenderung mengalami fluktuatif setiap tahunnya (Komisi Perlindungan Anak Indonesia, 2020).

Berdasarkan laporan UPT PPA Provinsi Sulawesi Selatan terkait kasus kekerasan perempuan dan anak selama tiga tahun diketahui tahun 2019, jumlah kasus di Kota Makassar menempati urutan pertama tertinggi sebanyak 903 kasus, dan Bulukumba termasuk urutan kedua tertinggi sebanyak 107 kasus menyusul Gowa, Pare-Pare dan Soppeng. Pada tahun 2020, Makassar tetap menempati urutan pertama tertinggi sebanyak 1.120 kasus dan Bulukumba urutan kelima tertinggi. Pada tahun 2021, Makassar tetap menempati urutan pertama tertinggi sebanyak 982 kasus

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti didapatkan data kasus kekerasan pada anak di Kabupaten Bulukumba tahun 2019 berjumlah 30 kasus, tahun 2020 berjumlah 19 kasus, tahun 2021 berjumlah 13 kasus. Beberapa bentuk kekerasan seksual yang terjadi antara lain, pemerkosaan, pelecehan seksual serta incest.

Berdasarkan data tersebut diketahui sebagian besar korban berusia remaja dan pelaku mempunyai hubungan yang dekat dengan korban seperti teman sendiri yang melakukan kekerasan seksual saat korban bersilaturahmi dan

kondisi lain saat korban mengerjakan tugas sekolah. Sesuai dengan penelitian Schonbucher (2012) bahwa kebanyakan pelaku berasal dari lingkungan keluarga atau lingkungan sekitar anak itu berada, antara lain di dalam rumahnya sendiri, sekolah, lembaga pendidikan, dan lingkungan sosial anak (Schönbucher et al., 2012).

Kekerasan seksual berdampak terhadap kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, edukatif dan ekonomi korban (Blakemore et al., 2017). Anak yang menjadi korban kekerasan tentu akan mengalami trauma baik fisik maupun psikisnya. Dampak psikologis pada anak-anak akan melahirkan trauma berkepanjangan yang kemudian dapat melahirkan sikap tidak sehat, seperti minder, takut yang berlebihan, perkembangan jiwa terganggu, dan akhirnya berakibat pada keterbelakangan mental. Keadaan tersebut kemungkinan dapat menjadi suatu kenangan buruk bagi anak sebagai korban kekerasan seksual tersebut. Melihat kondisi tersebut, kekerasan seksual yang dialami anak akan menyebabkan keterlambatan perkembangan dalam tumbuh kembang anak. Dampak yang ditimbulkannya tidak hanya pada terganggunya tumbuh kembang pada saat kejadian namun juga berdampak pada terganggunya tugas perkembangan pada tahap berikutnya, termasuk ketika anak tersebut mulai beranjak dewasa. Hal ini disebabkan karena anak yang menjadi korban kekerasan seksual akan menghabiskan waktu, perhatian, dan energinya untuk memikirkan dan menghadapi situasi yang dihadapinya. Hal inilah yang kemudian menimbulkan trauma yang mendalam dalam kehidupan anak.

Hal tersebut sejalan dengan pandangan Endaryono (2017) yang memaparkan bahwa perilaku kekerasan merupakan peristiwa traumatik akibat dari kejadian yang tidak menyenangkan yang dialami oleh anak yang dapat memicu munculnya berbagai masalah emosional seperti rasa takut, cemas dan perasaan khawatir yang berlebihan sehingga mengganggu hidup keseharian anak. Implikasi yang buruk adalah berupa ketidakmampuan anak melupakan peristiwa kekerasan selama masa anak-anak yang dapat mengakibatkan terjadinya gangguan psikologis yang biasa disebut *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD). Kondisi anak pada PTSD antara lain harga diri rendah, depresi, disfungsi sosial dan masalah interpersonal serta risiko bunuh diri di masa dewasa (Mohammadi et al., 2014). Penelitian terkait oleh (Dvir et al., 2018) menggambarkan bahwa banyak anak dan remaja mengalami peristiwa traumatis dengan tingkat prevalensi paparan trauma

dapat mencapai 65%, dan faktor kekerasan seksual meningkatkan risiko PTSD lima kali lipat dibandingkan dengan kejadian bencana alam.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengurangi dampak kekerasan seksual pada anak dan tertuang dalam panduan penanganan kasus anak multidisiplin melalui 10 jenis rehabilitasi seperti rehabilitasi medis, rehabilitasi mental, rehabilitasi psikiatri, rehabilitasi psikologis, rehabilitasi social, rehabilitasi psikososial, rehabilitasi spiritual, rehabilitasi vokasional, rehabilitasi disabilitas dan rehabilitasi pendidikan (KP3A RI, 2019). Rehabilitasi adalah pengembalian terhadap kemampuan yang pernah dimiliki individu seperti sedia kala, dimana seseorang yang kehilangan kemampuannya karena suatu hal atau musibah. Kemampuan yang hilang tersebut yang perlu dikembalikan agar kondisinya seperti sedia kala saat sebelum terjadinya musibah terhadap dirinya. Sehingga rehabilitasi merupakan suatu rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk melakukan aksi pencegahan agar tidak semakin parah atau peningkatannya luka yang diderita korban dan bagian dari penyembuhan serta memulihkan kemampuan bagi individu yang membutuhkan pelayanan khusus (Mufidha, 2019). Secara sederhana, rehabilitasi sosial merupakan tindakan pemulihan dengan pemberian pelayanan baik secara fisik, mental, maupun sosial untuk memulihkan kembali kepercayaan diri seseorang sehingga mereka dapat melakukan aktifitasnya kembali dengan baik.

Namun, dari semua rehabilitasi yang ada, rehabilitasi spiritual terutama pendampingan tokoh agama masih rendah cakupannya yakni 1.7% berdasarkan data melalui Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak (SIMFONI, 2022). Hal ini menunjukkan bahwa intervensi penanganan terhadap korban kekerasan melalui pendekatan spiritual masih sangat kurang. Sedangkan informasi yang didapatkan melalui pendamping korban kekerasan di Kabupaten Bulukumba, didapatkan informasi bahwa penanganan melalui pendekatan spiritual belum berjalan. Selain itu, layanan pendampingan belum berkesinambungan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Shaw dkk dalam (Knapik et al., 2008) menggambarkan bahwa agama dan spiritualitas bermanfaat untuk pemulihan trauma termasuk trauma akibat kekerasan seksual. a

Dari upaya diatas, belum ada pendekatan khusus yang berpusat pada keluarga, mengingat dampak yang ditimbulkan korban kekerasan seksual pada anak, maka keterlibatan keluarga perlu menjadi fokus utama dan sangat dibutuhkan

dengan pendekatan yang optimal. Berlandaskan dari paradigma bahwa semua masalah yang terjadi di dalam keluarga merupakan hasil interaksi sosial dalam suatu sistem. Artinya, bila seorang anggota keluarga mempunyai suatu masalah, maka kondisi ini merupakan reaksi terhadap perilaku anggota keluarga lain, atau sebaliknya. Sehingga perlu adanya penanganan bukan hanya terhadap anak sebagai korban tindak kekerasan melainkan juga kedua orang tuanya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa dukungan orang tua akan memperbaiki gejala psikologis yang dialami anak dengan korban kekerasan seksual (Godbout et al., 2014). Penelitian lain oleh (Zhou et al., 2019) menggambarkan bahwa keterikatan orang tua memiliki hubungan langsung dengan PTG pada anak remaja.

Asgari & Naghavi (2019) menemukan bahwa setiap orang akan menunjukkan emosi yang berbeda setelah terpapar peristiwa traumatis (Asgari & Naghavi, 2019). Namun seiring berjalannya waktu, korban yang mengalami peristiwa traumatis dapat bangkit dan melewati masa trauma. Dapat dimaknai bahwa kejadian traumatis memberikan efek positif pada individu yang dikenal dengan *Post Traumatic Growth* (PTG). PTG merupakan kondisi perkembangan ke arah positif yang dialami individu pasca mengalami kondisi yang berat dalam hidupnya seperti trauma. PTG harus dipertimbangkan setelah trauma dan berguna dalam konteks terapeutik (Somaliagustina & Sari, 2018).

Model pertumbuhan pasca trauma pada anak – anak dan remaja secara konseptual dibuat oleh Meyerson (2011) melalui kajian sistematis pada 25 studi tentang PTG dengan berbagai peristiwa trauma yang melatarbelakangi seperti trauma dari sumber eksternal (banjir/badai, kanker, tsunami, perang, dan gempa bumi) dan sumber internal (kematian orangtua, penyakit terminal seperti kanker). Dari hasil review, Meyerson (2011) merangkumnya dalam sebuah model konseptual *post traumatic growth*. Kelebihan model ini terletak pada berbagai macam peristiwa traumatic yang diamati pada anak namun belum diterapkan pada korban kekerasan seksual pada anak.

Terdapat beberapa kelemahan lainnya dari Model Meyerson yaitu: 1) Tidak membatasi waktu paparan trauma; 2) Proses sosial dan proses psikologi diamati secara alamiah tanpa adanya intervensi. Untuk mengatasi kelemahan dari model Meyerson, peneliti menawarkan intervensi rehabilitasi sosial dan spiritual berbasis keluarga melalui *home sharing* yang diduga dapat meningkatkan kondisi *post*

traumatic growth pada korban sebab intervensi yang tepat dapat menciptakan pertumbuhan pasca trauma yang lebih baik. Model penguatan dukungan sosial berbasis keluarga dipilih karena keluarga merupakan ruang lingkup utama dalam kehidupan anak, sehingga model intervensi yang ditawarkan melalui kegiatan *home sharing*. Kegiatan *home sharing* tersebut antara lain sosialisasi mengenai perlindungan anak, kegiatan peningkatan pengetahuan tentang pengasuhan, dan *sharing* empat aspek dukungan sosial.

Intervensi rehabilitasi sosial dan spiritual melalui *home sharing* yang merupakan bagian dari pengembangan model Meyerson diharapkan dapat meningkatkan perkembangan post trauma. Sesuai dengan penelitian oleh McElheran (2012) yang menggambarkan bahwa mengingat dampak jangka pendek maupun jangka panjang dari kekerasan seksual yang terjadi pada anak maka dibutuhkan upaya rehabilitasi/ pemulihan. Melalui upaya pemulihan individu dapat mengalami perubahan positif pasca trauma (McElheran et al., 2012a).

Berdasarkan hal tersebut, peneliti merasa perlu melakukan pengembangan model agar dapat diterapkan pada korban kekerasan seksual dan melihat pertumbuhan post trauma dengan harapan dapat mengatasi kelemahan dari konsep meyersen dan menjadi pelengkap intervensi penanganan yang telah berjalan.

B. Rumusan masalah

Dukungan sosial dan spiritual sangat dibutuhkan anak dan keluarga korban kekerasan seksual. Model penanganan tersebut diharapkan dapat meningkatkan *Post Traumatic Growth* (PTG) anak dan keluarga. Berdasarkan hal tersebut dirumuskan masalah penelitian dalam bentuk pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana antecedent post trauma dan upaya yang telah dilakukan, penanganan yang belum optimal dan upaya yang belum terlaksana?
2. Bagaimana model penanganan post trauma korban kekerasan seksual pada anak dan keluarga?
3. Bagaimana efektifitas model penanganan post trauma melalui rehabilitasi sosial dan spiritual dalam meningkatkan *Posttraumatic Growth* (PTG) anak dan keluarga korban kekerasan seksual?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengembangkan model penanganan post trauma melalui rehabilitasi sosial & spiritual dalam meningkatkan *posttraumatic growth* (PTG) korban kekerasan seksual pada anak berbasis keluarga di Kabupaten Bulukumba.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi antecedent post trauma dan upaya yang telah dilakukan, penanganan yang belum optimal dan upaya yang belum terlaksana
- b. Mengembangkan model penanganan post trauma berdasarkan hasil asesmen kebutuhan
- c. Menganalisis efektifitas model penanganan post trauma melalui rehabilitasi sosial & spiritual terhadap *posttraumatic growth* (PTG) anak dan keluarga korban kekerasan seksual.

D. Manfaat

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini dapat ditinjau dari dua aspek yaitu:

1. Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat untuk memperkaya khasanah keilmuan yang berkaitan dengan model penanganan post trauma dalam meningkatkan *post traumatic growth* korban kekerasan seksual pada anak .

2. Aspek Praktis

- a. Dinas Pengendalian Penduduk Keluarga Berencana Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (DP2KBP3A) dan UPT PPA
Hasil penelitian ini menjadi masukan dinas DP2KBP3A / UPT P3A dalam menyusun rancangan atau strategi penanganan tindak kekerasan seksual pada anak;
- b. Pendamping/ pekerja sosial
Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pendampingan dalam menangani post trauma anak korban kekerasan seksual;
- c. Korban dan Keluarga

Buku saku yang diberikan diharapkan dapat menambah pengetahuan, dan mengurangi trauma yang dialami akibat korban kekerasan seksual;

d. Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan wawasan dan sebagai bahan pengembangan pada penelitian di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kekerasan Terhadap Anak

1. Kekerasan terhadap Anak

1.1 Pengertian Kekerasan Terhadap Anak

Menurut Undang- Undang Nomor 35 Tahun 2014 kekerasan terhadap anak adalah setiap perbuatan terhadap anak yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan dengan cara melawan hukum. Perlindungan tersebut berupa perlindungan yang diterima oleh anak dalam situasi dan kondisi tertentu duntuk mendapatkan jaminan rasa aman terhadap ancaman yang membahayakan diri dan jiwa dalam tumbuh kembangnya. (Pusdatin Kemenkes RI, 2018).

Kekerasan seksual adalah suatu tindakan yang tidak diinginkan oleh antar seseorang yang mengarah pada ajakan seksual tanpa persetujuan. Ini juga termasuk Tindakan seksual terhadap anak yang dilakukan oleh orang dewasa. Kekerasan seksual merupakan sebuah terminologi yang sarat dengan arti dan makna “derita” baik dikaji dari pandangan psikologi maupun hukum, bahwa di dalamnya terkandung perilaku manusia (seseorang/kelompok orang) yang dapat menimbulkan penderitaan bagi orang lain.

Komite hak anak mengelaborasi arti kekerasan seksual meliputi a). Bujukan atau paksaan terhadap seorang anak untuk terlibat dalam aktivitas seksual yang melanggar hukum atau berbahaya secara psikologis. b). penggunaan anak-anak dalam seks komersial. c). penggunaan anak-anak dalam gambar audio atau visual tentang pelecehan seksual terhadap anak. d). Perbudakan seksual dan pernikahan paksa (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

Kekerasan seksual adalah segala kegiatan yang terdiri dari aktivitas seksual yang dilakukan secara paksa oleh orang dewasa pada anak atau oleh anak kepada anak lainnya.

1.2 Bentuk – Bentuk Kekerasan

Menurut (Gultom, 2013) menyatakan bahwa bentuk kekerasan terhadap anak dan perempuan dimulai dari pengabaian, pemerkosaan sampai pembunuhan dan dapat diklasifikasikan dalam empat macam yaitu.

- a. *Physical Abuse* (Kekerasan Fisik) menunjuk pada cedera yang ditemukan pada seorang anak dan perempuan bukan karena suatu kecelakaan tetapi cedera tersebut adalah hasil dari pemukulan dengan benda atau beberapa penyerangan yang diulang – ulang.
- b. *Physical Neglect* (Pengabaian Fisik), kategori kekerasan ini dapat diidentifikasi secara umum dari kelesuan seorang anak dan perempuan, kepacatan dan dalam keadaan kurang gizi. Anak itu biasanya dalam keadaan yang kotor/ tidak sehat, pakaian yang tidak memadai, dan Kesehatan yang tidak memadai. Namun hal ini juga harus dilihat dari keadaan sosio ekonomi dari suatu keluarga. Contoh dalam sebuah keluarga yang miskin yang walaupun telah memberikan yang terbaik bagi anak mereka tetapi tetap terlihat dalam keadaan seperti di atas dikategorikan sebagai pengabaian secara fisik.
- c. *Emotional Abuse* (kekerasan emosional) and neglect (pengabaian). Menunjuk kepada kasus dimana orang tua / wali gagal untuk menyediakan lingkungan yang penuh cinta kasih kepada seorang anak untuk bisa bertumbuh, belajar dan berkembang. Kegagalan – kegagalan tersebut dapat dimanifestasikan dengan tidak mempedulikan, mendiskriminasikan, meneror, mengancam, atau secara terang terangan menolak anak.
- d. *Sexual Abuse* (kekerasan seksual), kekerasan seksual menunjuk pada setiap aktivitas seksual. Bentuk kekerasan ini dapat berupa penyerangan atau tanpa penyerangan. Termasuk kategori penyerangan apabila seorang anak menderita secara fisik dan trauma emosional yang luar biasa. Dalam kategori kekerasan

seksual tanpa penyerangan anak tidak mengalami cedera fisik tetapi tetap saja menderita secara emosional.

1.3 Penyebab Kekerasan

Menurut Maidin Gultom dalam bukunya 'Perlindungan Hukum Terhadap Anak dan Perempuan', bahwa ada tujuh model yang berhubungan dengan kekerasan yaitu (Gultom, 2012):

- a. *Psychodynamic model*, terjadinya kekerasan disebabkan karena kurangnya *mothering*/jejak ibu. Seseorang yang tidak pernah dirawat atau diasuh oleh seorang ibu secara baik, dia tidak bisa menjadi ibu dan merawat anaknya sendiri.
- b. *Personality or character trait model*, hampir sama dengan *psychodynamic*, namun dalam hal ini tidak terlalu diperhatikan apa yang pernah dialami oleh orang tua sebagai pelaku kekerasan, tetapi menganggap bahwa ini akibat orang tua si anak yang belum cukup dewasa, terlalu agresif, frustrasi/berkarakter buruk.
- c. *Social learning model*, kurangnya kemampuan sosial, yang ditunjukkan dengan perasaan tidak puas karena menjadi orang tua, merasa sangat terganggu dengan kehadiran anak, menuntut anak untuk selalu bersikap orang dewasa.
- d. *Family structure model*, yang menunjuk pada dinamika antar keluarga yang memiliki hubungan kausal dengan kekerasan.
- e. *Environmental stress model*, yang melihat anak dan perempuan sebagai sebuah masalah multidimensional dan menempatkan 'tekanan' sebagai penyebab utamanya. Jika ada perubahan faktor-faktor yang membentuk lingkungan manusia, seperti kesejahteraan, pendidikan yang rendah, tidak adanya pekerjaan, maka akan menimbulkan kekerasan terhadap anak.
- f. *Social-Psychological model*, dalam hal ini "frustrasi" menjadi faktor utama yang menyebabkan terjadinya kekerasan anak. Stress bisa terjadi karena berbagai sebab, seperti konflik rumah tangga, isolasi secara sosial.
- g. *Mental illness model*, kekerasan pada anak terjadi karena kelainan syaraf, penyakit kejiwaan.

Menurut Soeharto (dalam Fauziah, 2010) bahwa kekerasan terhadap anak pada umumnya disebabkan oleh faktor internal yang berasal dari anak itu sendiri maupun faktor eksternal yang berasal dari kondisi keluarga atau masyarakat (Fauziah, 2010).

a. Faktor Internal

1). Berasal dalam diri anak

Terjadinya kekerasan terhadap anak dapat disebabkan oleh kondisi dan tingkah laku anak. Kondisi anak tersebut misalnya: anak mendarita gangguan perkembangan, ketergantungan anak pada lingkungannya, anak mengalami cacat tubuh, retardasi mental, gangguan tingkah laku, anak yang memiliki perilaku menyimpang dan tipe kepribadian dari anak tersebut (Putri et al., 2015).

2). Keluarga / Orang Tua

Faktor orang tua atau keluarga memegang peranan penting terhadap terjadinya kekerasan pada anak. Beberapa contoh seperti orang tua yang memiliki pola asuh membesarkan anaknya dengan kekerasan atau penganiayaan, keluarga yang sering bertengkar mempunyai tingkat tindakan kekerasan terhadap anak yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang tanpa masalah, orangtua tunggal lebih memungkinkan melakukan tindakan kekerasan terhadap anak karena faktor stres yang dialami orang tua tersebut, orang tua atau keluarga belum memiliki kematangan psikologis sehingga melakukan kekerasan terhadap anak, riwayat orang tua dengan kekerasan pada masa kecil juga memungkinkan melakukan kekerasan pada anaknya.

3). Kemiskinan

Kemiskinan adalah salah satu faktor penyebab terjadinya kekerasan terhadap anak. Dengan ekonomi yang memprihatinkan, banyak kebutuhan-kebutuhan anak menjadi tidak bisa terpenuhi sehingga anak terpaksa atau dipaksa bekerja untuk mencari nafkah. Karena kemiskinan, banyak orang tua memaksa anaknya bekerja. Lebih ironis lagi menjadikan anak sebagai pekerja seks komersial.

4). Keberadaan anak yang tidak diinginkan

Anak yang tidak diinginkan oleh orang tuanya, adalah salah satu dari korban kekerasan. Orang tua yang tidak mengharapkan kehamilannya, sejak masih dalam kandungan akan melakukan segala cara untuk melenyapkan janinnya. Fakta yang tidak bisa dipungkiri adalah penghuni panti asuhan kebanyakan adalah anak yang tidak diketahui keberadaan orang tuanya.

b. Faktor Eksternal

1). Lingkungan luar

Kondisi lingkungan adalah salah satu penyebab terjadinya kekerasan terhadap anak, diantaranya seperti kondisi lingkungan yang buruk, terdapat sejarah penelantaran anak, dan tingkat kriminalitas yang tinggi dalam lingkungannya.

2). Media massa

Media massa merupakan salah satu alat informasi. Media massa telah menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari-hari dan media ini tentu mempengaruhi penerimaan konsep, sikap, nilai dan pokok moral. Seperti halnya dalam media cetak menyediakan berita-berita tentang kejahatan, kekerasan, pembunuhan. Kemudian media elektronik seperti radio, televisi, video, kaset, dan film sangat mempengaruhi perkembangan kejahatan yang menampilkan adegan kekerasan, menayangkan film action dengan perkelahian, acara berita kriminal, penganiayaan, kekerasan bahkan pembunuhan dalam lingkup keluarga. Pada hakekatnya media massa memiliki fungsi yang positif, namun kadang dapat menjadi negative.

3). Budaya

Budaya yang masih menganut praktek – praktek dengan pemikiran bahwa status anak yang dipandang rendah sehingga ketika anak tidak dapat memenuhi harapan orangtua maka anak harus dihukum. Bagi anak laki – laki, adanya nilai dalam masyarakat bahwa anak laki – laki tidak boleh cengeng atau anak laki – laki harus tahan uji. Pemahaman itu mempengaruhi dan membuat orangtua ketika memukul, menendang, atau

menindas anak adalah suatu hal yang wajar untuk menjadikan anak sebagai pribadi yang kuat dan tidak boleh lemah.

1.4 Dampak Kekerasan Terhadap Anak

Kekerasan seksual pada anak adalah segala tindakan berupa ajakan atau paksaan dalam kegiatan seksual dimana anak belum mampu memberikan persetujuan berkaitan dengan hubungan seksual termasuk juga melibatkan anak dalam kegiatan seksual karena perkembangannya belum siap (McKibbin et al., 2017).

Kekerasan seksual pada anak dibuktikan dengan aktifitas anak dengan orang dewasa atau anak lain yang bertujuan untuk memuaskan kebutuhan pelaku baik berupa bujukan atau pemaksaan terhadap anak untuk terlibat dalam aktifitas seksual, eksploitatif anak dalam praktik seksual maupun eksploitatif anak dalam pertunjukan pornografi atau produk-produk seksual (Daray et al., 2016).

Ketika seseorang menjadi target tindakan seksual yang tidak diinginkan, hal ini bisa berupa kata-kata (verbal), ekspresi atau orientasi seksual seseorang maka bisa dikatakan seseorang tersebut mendapatkan kekerasan seksual (Burn, 2019).

Kekerasan seksual cenderung menimbulkan dampak traumatis baik pada anak maupun pada orang dewasa. Namun, kasus kekerasan seksual sering tidak terungkap karena adanya penyangkalan terhadap peristiwa kekerasan seksual yang terjadi (Schönbucher et al., 2012). Lebih sulit lagi adalah jika kekerasan seksual ini terjadi pada anak-anak, karena anak-anak korban kekerasan seksual tidak mengerti bahwa dirinya menjadi korban. Korban sulit mempercayai orang lain sehingga merahasiakan peristiwa kekerasannya. Selain itu, anak cenderung takut melaporkan karena mereka merasa terancam akan mengalami konsekuensi yang lebih buruk bila melapor, anak merasa malu untuk menceritakan peristiwa kekerasannya, anak merasa bahwa peristiwa kekerasan seksual itu terjadi karena kesalahan dirinya dan peristiwa kekerasan seksual membuat anak merasa bahwa dirinya mempermalukan nama keluarga. Dampak pelecehan seksual yang terjadi ditandai dengan adanya *powerlessness*, dimana

korban merasa tidak berdaya dan tersiksa ketika mengungkap peristiwa pelecehan seksual tersebut (Noviana, 2015).

Tindakan kekerasan seksual pada anak membawa dampak emosional dan fisik kepada korbannya. Secara emosional, anak sebagai korban kekerasan seksual mengalami stress, depresi, goncangan jiwa, adanya perasaan bersalah dan menyalahkan diri sendiri, rasa takut berhubungan dengan orang lain, bayangan kejadian dimana anak menerima kekerasan seksual, mimpi buruk, insomnia, ketakutan dengan hal yang berhubungan dengan penyalahgunaan termasuk benda, bau, tempat, kunjungan dokter, masalah harga diri, disfungsi seksual, sakit kronis, kecanduan, keinginan bunuh diri, keluhan somatik, dan kehamilan yang tidak diinginkan.

Finkelhor dan Browne (Crosson-Tower, 2005) mengkategorikan 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*).
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
4. *Stigmatization*.
Korban kekerasan seksual merasa bersalah, malu, memiliki gambaran diri yang buruk. Rasa bersalah dan malu terbentuk akibat ketidakberdayaan 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

1.5. Faktor Prediktor Dampak Kekerasan Seksual pada Anak

Dampak kekerasan seksual pada anak bisa menjadi sangat bervariasi, tergantung dari beberapa faktor yang harus dipertimbangkan. Faktor-faktor tersebut dipetakan kedalam tiga faktor utama, yaitu faktor pribadi, faktor keluarga, dan faktor spesifik dari kekerasan (Yancey & Hansen, 2010a).

a. Faktor Keluarga

1). Reaksi Orang tua Terhadap Pengungkapan Kekerasan Seksual

Menurut Elliott dan Charnes dalam (Yancey & Hansen, 2010a), reaksi dari orang tua terhadap pengungkapan kasus kekerasan seksual menjadi penting diperhatikan karena berkaitan dengan penyesuaian diri dari korban. Bentuk reaksi yang suportif merupakan prediktor yang kuat akan terbentuknya penyesuaian diri yang positif dari korban setelah terungkapnya kekerasan seksual. Semakin besar dukungan dari orang tua, semakin sedikit gangguan atau kesulitan perilaku dan emosi yang akan dimunculkan oleh korban. Menurut Elliott dan Charnes dalam (Yancey & Hansen, 2010a) menyatakan bahwa support dari orang tua merupakan satu-satunya prediktor akan relisiensi pasca kekerasan seksual.

Berdasarkan penelitian Bolen & Lamb (2002) mengungkapkan bahwa dukungan dari wali atau orang tua dipengaruhi oleh empat variable yakni karakteristik dari wali, karakteristik dari anak, karakteristik dari kekerasan, dan karakteristik dari pelaku. Orang tua yang lebih suportif cenderung memiliki kelekatan yang kuat dengan korban, dan memiliki dukungan sosial yang baik. Ibu yang bereaksi negative, seperti marah, menghukum atau menghakimi terhadap anak pasca pengungkapan kekerasan seksual cenderung akan memunculkan gangguan perilaku yang lebih parah pada sang anak (Elliott & Carnes, 2001).

Respon orang tua dalam lingkungan keluarga terhadap pengungkapan kekerasan seksual terhadap anak mereka dan

dukungan yang diberikan kepada korban, memiliki potensi pengaruh yang lebih besar pada hasil akhir korban dibandingkan dengan faktor terkait kekerasan itu sendiri. Karena variabel keluarga adalah target potensial dari intervensi, sedangkan karakteristik kekerasan lebih bersifat tidak dapat diubah (Deblinger et al., 1999). Penelitian tersebut bermakna bahwa korban yang menerima dukungan dari orang tua menunjukkan lebih sedikit gejala gangguan dampak kekerasan, jika dibandingkan dengan yang tidak menerima dukungan. Anak dengan orang tua yang menggunakan sistem pengasuhan yang menolak menunjukkan gejala depresi yang lebih besar dibandingkan dengan orang tua yang menerima. Orang tua yang menggunakan perasaan bersalah dan malu dalam strategi pengasuhan juga menunjukkan gejala PTSD yang lebih berat serta menunjukkan gejala yang bersifat eksternal.

Orangtua yang tidak suportif terhadap korban dapat dikarenakan mereka merasakan kemarahan atau menyalahkan korban atau mereka tidak percaya dengan pengakuan korban. Orang tua yang merasakan kemarahan kepada korban dapat dikarenakan berbagai alasan, seperti korban tidak segera melaporkan kepada orang tua, atau karena korban lebih memilih mengungkapkan kekerasan yang dialaminya kepada orang lain. Perasaan marah kepada korban ini membuat orang tua lebih sulit untuk suportif kepada korban. Faktor lain yang membuat orang tua tidak mampu suportif kepada korban adalah korban tidak percaya dengan pernyataan korban.

2). Distress Pengasuhan, Kesehatan Mental dan Koping

Yanchev dan Hansen (2010) menyampaikan beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan orang tua untuk dapat suportif kepada korban, seperti distress yang dirasakan orang tua, status Kesehatan mental mereka, serta kemampuan mereka untuk menghadapi permasalahan. Orangtua yang depresi biasanya mengakibatkan anak korban kekerasan seksual rentan mengalami kecemasan, PTSD serta memunculkan gejala-gejala

yang dieksternalisasi. Hal tersebut karena orang tua yang depresi seringkali tidak mampu memberikan dukungan secara emosional (Deblinger et al., 1999).

Gejala depresi orangtua berkaitan dengan kepuasan orangtua terhadap hubungan dengan anaknya sehingga mempengaruhi kemampuan orangtua untuk menanggulangi permasalahan kekerasan seksual. Orangtua yang tidak mampu menghadapi atau menanggulangi permasalahan bahwa anaknya mengalami kekerasan seksual pada umumnya tidak mempercayai anak, mereka, sehingga mengakibatkan sang anak memiliki penyesuaian diri yang buruk.

3). Tekanan ekonomi dan Hubungan dalam Keluarga

Keluarga yang tertekan dapat mempengaruhi cara penyesuaian diri anak dari kekerasan seksual (Yancey & Hansen, 2010a). Kebanyakan ibu dari keluarga yang anaknya pernah menjadi korban kekerasan seksual melaporkan bahwa hubungan keluarga menjadi renggang. Anak-anak yang berada dalam keluarga yang hubungan anggotanya renggang memiliki kompetensi sosial yang rendah, yang artinya membuat korban memiliki potensi besar untuk tidak mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan baik di dalam atau di luar lingkungan keluarga. Orangtua yang mengalami emosi negative yang berat kemungkinan besar tidak mampu untuk mensupport anaknya, dikarenakan mereka juga membutuhkan energi dan perhatian untuk menanggulangi emosi negative mereka sendiri.

Menurut Fisher dan McDonald dalam (Yancey & Hansen, 2010a) gambaran permasalahan yang dialami oleh keluarga apat menjadi lebih rumit saat ditinjau dari status ekonomi keluarga. Jika sang pelaku adalah figure yang menjadi sumber pendapatan keluarga maka akan ada dampak finansial tambahan, yaitu hilangnya pemasukan keuangan keluarga. Akibatnya korban mungkin disalahkan atas kehilangan pemasukan pendapatan keluarga atau dampak yang muncul dari hilangnya pemasukan keluarga.

4). Penanganan Terhadap Orangtua dan Anggota Keluarga yang Lain

Menurut Grosz dalam (Yancey & Hansen, 2010a) Keterlibatan orangtua dalam penanganan rehabilitasi korban memiliki dampak yang positif terhadap pemulihan korban.

b. Faktor Pribadi

1). Jenis Kelamin

Dampak kekerasan seksual pada remaja berdasarkan gender, yaitu pada remaja perempuan menunjukkan lebih banyak dampak yang lebih bersifat internal seperti depresi, gangguan makan, dan pikiran untuk bunuh diri. Pada remaja laki-laki lebih didominasi oleh dampak yang bersifat eksternal seperti menunjukkan perilaku agresif, permasalahan perilaku, kenakalan remaja, perilaku seksual beresiko hingga penggunaan obat-obat terlarang.

2). Usia

Usia merupakan kurun waktu sejak adanya seseorang diukur menggunakan satuan waktu dipandang dari segi kronologis, individu normal dapat dilihat derajat perkembangan anatomis dan fisiologis sama. Menurut WHO tahun 2020, umur dikategorikan sebagai berikut: Masa balita (0-5 tahun), kanak-kanak (5-11 tahun), remaja awal (12-16 tahun), remaja akhir (17-25 tahun), dewasa awal (26-35 tahun), dewasa akhir (36-45 tahun), lansia awal (46-55 tahun) dan lansia akhir (56-65 tahun).

Seringkali seorang anak korban kekerasan seksual seolah tampak tidak menunjukkan gejala ataupun dampak negatif dari kekerasan. Hal ini berkaitan dengan usia dan perkembangan kognitif dari korban. Pada anak-anak mungkin tidak akan menunjukkan suatu gejala atau dampak buruk dibandingkan dengan remaja, karena anak-anak belum paham dengan kejadian yang dialaminya. Akan tetapi semakin kecil usia korban mengalami kekerasan seksual semakin besar kemungkinan dampak negatif yang dialami korban karena durasi dari kekerasan akan berpotensi menjadi lebih panjang sampai

akhirnya terungkap, sedangkan korban remaja biasanya akan menunjukkan gejala dan dampak negatif yang lebih karena kemungkinan besar disebabkan pelaku menggunakan paksaan dan ancaman untuk menutupi tindakannya (Yancey & Hansen, 2010a).

3). *Developmental Disability*

Menurut Mansell, Sobsey dalam (Yancey & Hansen, 2010a), anak dengan gangguan perkembangan memiliki risiko lebih besar untuk menjadi korban kekerasan seksual dan korban yang juga mengalami gangguan perkembangan menunjukkan gangguan perilaku yang lebih parah ketimbang korban yang tidak mengalami gangguan perkembangan. Selain itu seseorang dengan gangguan perkembangan yang mengalami kekerasan seksual cenderung menunjukkan penurunan dalam kemampuan mental dan fisik.

4). Gaya Atribusi Kesehatan

Anak korban kekerasan seksual yang menunjukkan atribusi yang lebih internal terhadap kekerasan yang dialaminya, yaitu yang menyalahkan diri sendiri atas kekerasan yang dialaminya. Contohnya "semua terjadi karena saya". Mereka menunjukkan gejala seperti memiliki pikiran yang merusak, gejala menghindar, gejala depresi yang tinggi, dan self esteem yang rendah jika dibandingkan dengan memiliki gaya atribusi eksternal. Korban yang memiliki atribusi internal juga memungkinkan menghambat pengungkapan kekerasan seksual Feiring, taska, dan Chen (Yancey & Hansen, 2010a).

5). Penanganan Pasca Kekerasan

Penelitian secara umum menunjukkan korban yang menerima penanganan pasca mengalami kekerasan seksual pada anak akan lebih cepat pulih jika dibandingkan dengan korban yang tidak menerima penanganan apapun.

c. Faktor Spesifik dari Kekerasan

1). Keparahan Tindak Kekerasan

Kendal Tackett dkk (Yancey & Hansen, 2010a) menyatakan keparahan tindak kekerasan seksual terhadap anak berdasarkan jenis dari tindak kekerasannya. Kekerasan seksual yang melibatkan terjadinya penetrasi dapat dikategorikan parah, sedangkan yang tidak melibatkan kontak fisik seperti pemaparan terhadap pornografi atau pornoaksi dapat dikatakan tidak parah. Faktor lain yang perlu diperhatikan untuk menentukan keparahan seksual adalah penggunaan paksaan dalam kekerasan, menyakiti secara fisik dan ancaman kepada korban atau keluarga (Yancey & Hansen, 2010a).

Beitchman (dalam Yanchey dan Hansen, 2010) dalam reviewnya mencatat bahwa semakin parah tindak kekerasan maka semakin parah gejala negatif yang ditunjukkan anak korban kekerasan seksual, terutama kekerasan seksual yang melibatkan terjadinya penetrasi dengan paksaan.

2). Durasi kekerasan

Durasi dari tindak kekerasan hingga terjadinya pengungkapan dapat berpengaruh terhadap dampak yang dialami korban, karena semakin panjang durasi semakin besar kemungkinan korban mengalami dampak negatif yang lebih berat, seperti gejala kecemasan, depresi.

3). Hubungan antara Pelaku dan Korban

Hubungan antara pelaku dan korban dapat digolongkan menjadi dua, yaitu intrafamilial yang berarti pelaku memiliki hubungan darah atau berada dalam system keluarga atau extrafamilial yang berarti pelaku tidak memiliki pertalian darah atau di luar sistem keluarga. Secara garis besar dipercaya bahwa semakin dekat hubungan antara korban dengan pelaku, maka akan semakin parah dampak yang dialami korban.

Pelaku yang dekat hubungannya dengan korban biasanya memiliki akses lebih mudah terhadap korban, sehingga akan berdampak pada keparahan dan durasi dari kekerasan. Kekerasan

intrafamilial seringkali melibatkan korban yang lebih muda, durasi kekerasan yang lebih panjang dan tindak kekerasan yang lebih parah. Korban dari extrafamilial cenderung mengalami kekerasan dalam kurun waktu singkat, kemungkinan tidak berulang, dan berpotensi terungkap lebih cepat. Korban yang mengalami kekerasan oleh orang tua, orangtua tiri, atau anggota keluarga lain menunjukkan gejala PTSD yang lebih berat daripada yang mengalami kekerasan oleh orang asing atau yang bukan anggota keluarga.

Pengalaman kekerasan seksual hampir dapat dipastikan merupakan pengalaman yang membuat stress dan merusak. Tidak hanya meninggalkan dampak yang merusak bagi korban, pengungkapan kasus kekerasan seksual pada anak hampir selalu mengakibatkan penderitaan yang signifikan pada orangtua korban serta berpotensi memicu trauma pada seluruh anggota keluarga. Hal ini dikarenakan keluarga mengalami berbagai tekanan yang disebabkan oleh berbagai perubahan yang menyertai pengungkapan kekerasan seksual. Perubahan keadaan tersebut dapat berupa adanya perubahan atau kehilangan sumber dalam pendapatan keluarga serta dalam hal hubungan dengan keluarga dan teman, tergantung dengan program rehabilitasi anak, gangguan dalam karir, hingga perubahan tempat tinggal. Akhirnya kesemuanya itu mempengaruhi hubungan antara anak dan orang tua.

2. Tinjauan tentang *Posttraumatic Growth*

a. Pengertian *Postraumatic Growth*

Studi yang dilakukan Asgari & Naghavi (2019) menemukan bahwa setiap orang akan menunjukkan emosi yang berbeda setelah terpapar peristiwa traumatis (Asgari & Naghavi, 2019). Peristiwa traumatis yang dialami oleh korban kekerasan seksual dapat mengakibatkan dampak yang signifikan. Seiring berjalannya waktu, korban kekerasan seksual dapat bangkit dan melewati rasa trauma. Hal ini disebut dengan istilah *Posttraumatic Growth* (Rahayu, 2016).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Hensen (2021) menunjukkan bahwa pengalaman traumatis juga dapat menjadi "katalisator" untuk perubahan positif (Henson et al., 2021). Namun setiap individu membutuhkan waktu yang berbeda – beda untuk pulih dari trauma sebelum kembali berfungsi normal (Weir, 2020).

Posttraumatic Growth yang disingkat PTG merupakan kondisi perkembangan kearah positif yang dialami oleh individu pasca mengalami kondisi yang berat dalam hidupnya. Istilah ini pertama kali di populerkan oleh Richard G Tedeschi dan Lawrence G Calhoun pada tahun 1996 dengan melakukan pengukuran perkembangan pasca trauma ((Tedeschi & Calhoun, 1996).

Sebagian besar penelitian berfokus pada reaksi negatif yang dihasilkan dari sebuah peristiwa traumatis, namun Tedeschi & Calhoun memunculkan area penelitian baru dimana reaksi positif dapat muncul dari sebuah peristiwa traumatis yang kemudian dikenal dengan istilah pertumbuhan pasca trauma (Istiqomah, 2015). Sebuah model konseptual pertumbuhan pasca trauma menjelaskan bahwa individu dapat mengalami perubahan positif pasca trauma melalui proses pemulihan (McElheran et al., 2012a).

Almedom (2005) menggambarkan istilah *Resilience*, *Hardiness*, *Sense of Coherence*, and *Postrumatic Growth* secara bersama-sama sebagai jalan menuju perubahan positif setelah mengalami trauma. Saat seseorang mengalami kejadian trauma atau krisis, sangat memungkinkan terjadi “transisi psikologis” menuju positif atau negatif, kesadaran akan peluang untuk “tetap selamat”. Tipe, waktu, dan tingkat dukungan sosial mempengaruhi individu dan kelompok untuk keluar dari masa tersebut (Almedom, 2005).

Tedeschi dan Colhoun (2004) menggunakan *Posttraumatic Growth* sebagai konsep untuk menggambarkan fenomena pasca trauma dikarenakan konsep ini dianggap sesuai dibandingkan konsep lain yang lebih menekankan proses sebagai salah satu cara mengatasi trauma. *Posttraumatic Growth* akan bermakna jika berdampingan dengan kondisi yang mengancam dan menghancurkan bahkan

terkadang hidup berdampingan dengan tekanan psikologis (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Individu tidak hanya berjuang dari permasalahannya tetapi mengubah pengalaman menjadi pengalaman yang berharga dan melampaui kemampuan sebelumnya. *Posttraumatic Growth* merupakan pengalaman untuk lebih baik dan cukup mendalam bagi individu yang berhadapan dengan peristiwa traumatik.

Beberapa penelitian yang mengeksplorasi secara langsung hubungan antara PTG dan peristiwa traumatik. Diharapkan dengan peristiwa tersebut, terapis dapat memediasi untuk menjadi lebih baik atau meningkatkan pertumbuhan pasca trauma. penelitian oleh (Barakat et al., 2006) menggambarkan tentang pertumbuhan pasca trauma setelah kelangsungan hidup anak dengan kanker yang dialami dan hubungannya dengan variabel demografi, tingkat keparahan penyakit dan gejala stress pasca trauma. (Cryder et al., 2006) mengeksplorasi perubahan positif yang dihasilkan dari perjuangan trauma terhadap anak yang mengalami badai Floyd dan banjir. Studi lain oleh (Hafstad et al., 2011) menyelidiki karakteristik lingkungan keluarga dengan pertumbuhan pasca trauma pada anak – anak dan remaja yang terkena tsunami di Thailand.

Studi lainnya oleh (Kimhi et al., 2009) meneliti perbedaan gender dalam gejala stress dan pemulihan setelah terjadinya perang Israel. Hasil menunjukkan bahwa perempuan memiliki gejala stress yang lebih tinggi dan tingkat pemulihan yang lebih rendah. (Yu et al., 2010) menyelidiki pertumbuhan pasca trauma dan mengurangi ide bunuh diri di kalangan remaja Cina satu bulan setelah terjadinya gempa Sichuan.

Posttraumatic Growth merupakan fungsi superior yang ada sebelum trauma muncul yang terdiri dari bermacam domain dari perubahan diri, perubahan persepsi terhadap diri, perubahan pada hubungan dengan orang lain, dan perubahan filosofi kehidupan (Kunst, 2011). Pertumbuhan pasca trauma menuju kearah yang positif butuh dukungan dari lingkungan disekitarnya. Sebagai makhluk sosial yang sesuai dengan tahap perkembangannya remaja sangat ingin diperhatikan, didukung dan diakui keberadaannya.

b. Dinamika pertumbuhan pasca trauma

Pertumbuhan pasca trauma menurut Tedeschi dan Calhoun (2004) terjadi ketika individu mengalami peristiwa yang sangat tidak diinginkan atau tidak menyenangkan. Tingkat stress yang rendah serta proses perkembangan yang normal tidak memiliki hubungan positif dengan pertumbuhan pasca trauma. Selain itu, perubahan pada pertumbuhan pasca trauma terjadi ketika individu melalui perjuangan sehingga mampu menerima masa lalu dan masa depannya setelah mengalami pengalaman traumatis.

Pertumbuhan pasca trauma terjadi ketika individu mengalami tantangan yang berkaitan dengan narasi kehidupan, tekanan emosional yang intens dan ancaman pada keyakinan-keyakinan serta tujuan hidup pada individu (Tedeschi & Calhoun, 2006). Tantangan-tantangan ditanggapi oleh proses kognitif individu baik secara otomatis maupun disengaja melalui proses ruminasi. Ruminasi merupakan proses kognitif dimana individu mengingat terus menerus mengenai peristiwa – peristiwa traumatis yang dialaminya tanpa melakukan apapun untuk mengatasinya (Tedeschi & Calhoun, 2006).

Pertumbuhan pasca trauma tidak otomatis terjadi akibat adanya trauma, akan tetapi dihasilkan oleh proses pemahaman, dan interpretasi secara sadar dalam proses perenungan. Sebelumnya, individu berada di bawah efek yang berkaitan dengan trauma dan tidak dapat mengakomodasi skema interpretasi yang baru. Hal ini yang menyebabkan proses perenungan tersebut menyebabkan stress emosional akibat pemikiran mengenai peristiwa tersebut yang berulang-ulang. Jika proses perenungan ini berlangsung secara terus menerus individu akan menumbuhkan proses ketidakberdayaan terhadap peristiwa traumatis tersebut, bukannya menjadi konstruktif (Dursun & Söylemez, 2020; Tedeschi et al., 2018).

Individu yang telah mampu memproses ruminasi menjadikan pengalamannya tersebut sebagai sesuatu perasaan yang bisa dibagikan atau diungkapkan secara verbal maupun non verbal. Membagikan perasaan secara verbal ataupun non verbal menjadikan individu mampu mengontrol diri mereka sehingga menurunkan

tekanan emosional. Selain itu, individu juga secara tidak sadar mulai mengembangkan wawasan serta kesadaran diri mengenai peristiwa traumatis yang telah dialami atau *self disclosure* (Tedeschi et al., 2018). Pertumbuhan *self disclosure* menggantikan peristiwa–peristiwa yang menyebabkan kemarahan dan kesedihan menjadi sebuah penerimaan.

Perasaan marah dan sedih yang muncul pada individu kemudian dieksternalisasi sehingga individu mampu menganalisis apa yang dibutuhkan. Salah satu cara melalui dukungan sosial dari sekitarnya. Ketika individu mengungkapkan pengalaman traumatis mereka, orang lain akan membantu individu untuk melihat dengan perspektif yang berbeda. Dukungan sosial meningkatkan kualitas emosi, toleransi, dan pengertian dari nilai hubungan sehingga dapat diterima oleh individu. Selain itu, pemahaman mengenai konsep spiritualitas juga berpengaruh dengan efek positif dalam mencapai proses pertumbuhan pasca trauma. Adanya pemahaman mengenai implikasi keseimbangan hidup berdasarkan tantangan dan perjuangan mengatasi peristiwa yang dialami akan bertemu dengan sumber yang tepat (Dursun & Söylemez, 2020; Tedeschi et al., 2018).

Individu yang didukung dengan pemahaman mengenai implikasi serta dukungan sosial dalam memahami kondisi mereka memungkinkan untuk menganalisis diri secara objektif. Proses ini mampu mengonseptualisasikan tantangan yang mereka alami dengan mengungkapkan perasaan serta menerima dukungan sehingga mengubah perspektif mengenai pengalaman traumatis dan menerima skema baru. Skema tersebut menjadikan individu membuat resolusi – resolusi baru dalam dirinya. Resolusi inilah yang menjadi transformasi dari pengalaman yang dihadapi (Dursun & Söylemez, 2020; Tedeschi et al., 2018).

Dukungan sosial dari lingkungan keluarga, sekolah dan teman sebaya merupakan hal terpenting bagi remaja terutama ketika remaja mengalami peristiwa yang traumatis seperti halnya kekerasan. Dukungan keluarga berasal dari keluarga inti seperti ayah, ibu, kakak maupun adik. Keluarga besar adalah lingkungan diluar keluarga inti.

Dukungan dari sekolah diperoleh dari guru maupun teman-teman sebaya serta dukungan dari lingkungan tempat tinggal remaja. Hal ini sejalan dengan penelitian (Hardianti, 2019) yang menjelaskan bahwa dukungan sosial dari keluarga dan lingkungan sekitar sangat mempengaruhi terjadinya *posttraumatic* pada diri seseorang pasca kejadian traumatis. Korban kekerasan seksual yang mengalami *posttraumatic growth* akan merasakan perubahan positif dalam hidupnya. Perubahan positif ini meliputi peningkatan hubungan sosial dengan orang lain, adanya aktivitas baru yang lebih positif, peningkatan spiritual, penerimaan diri, kebermaknaan hidup dan motivasi untuk menjadi lebih baik dari sebelumnya.

Hefferon dan Boniwell (2011) menjelaskan bahwa pertumbuhan pasca trauma seringkali ditemukan pada individu-individu yang mengalami tantangan seperti penyintas perang, pasien penyakit kronis seperti kanker, pasien pasca operasi besar, korban bencana, korban kecelakaan, serta korban kekerasan seksual (Hefferon & Boniwell, 2011).

c. Aspek -Aspek Perkembangan Paska Trauma

Tedeschi and Calhoun (1996) mengembangkan alat ukur *Posttraumatic Growth Inventory*. Didalam pengukurannya *Posttraumatic Growth* berdasarkan 5 aspek yaitu :

- 1) *Improved interpersonal relationship*, ketika seseorang mengalami peristiwa yang mengakibatkan trauma maka menjalin hubungan dengan orang lain sangat dibutuhkan. Keterbukaan untuk membicarakan hal-hal yang telah dialami kepada orang lain yang memiliki kedekatan secara emosional sangat dibutuhkan. Hal ini mampu mengurangi beban hidup yang telah dialami.
- 2) *Openness to new possibilities*, membuka diri untuk menerima kemungkinan-kemungkinan yang positif dalam hidup merupakan hal yang membantu recovery seseorang setelah mengalami masa sulit dalam hidup. Seseorang yang mengalami trauma kemudian berusaha sekuat tenaga berjuang demi masa depan yang lebih baik

akan berdampak pada perkembangan pascatrauma kearah pribadi yang sehat secara mental.

- 3) *A greater appreciation of life* yaitu memberikan penghargaan yang besar pada hidupnya secara umum. Seseorang yang mampu menghargai kehidupan yang ada setelah mengalami masa yang berat atau trauma dalam hidupnya merupakan hal positif untuk membangun kesehatan mental.
- 4) *An increased sense of personal strength*. Seseorang yang mengalami masa trauma umumnya lemah dan tak berdaya. Tetapi beberapa individu mampu melampau masa itu dan mampu meningkatkan kekuatan dalam dirinya agar tetap bertahan demi masa depan yang lebih baik.
- 5) *Spiritual development*. Tidak semua individu mengalami putus asa dan menyalahkan Tuhannya ketika dia menghadapi masalah yang berat dalam hidupnya. Beberapa individu justru mampu bertahan dalam menghadapi masa-masa trauma ketika dia memiliki spiritual yang baik. Pendekatan secara agama dinilai memiliki kontribusi yang signifikan dalam perkembangan kearah yang lebih baik pasca trauma.

Kelima dimensi tersebut menjadi acuan individu mampu mencapai tahap pertumbuhan pasca trauma akibat tantangan yang dialaminya. Individu mampu menjadikan tantangan dalam dirinya sebuah refleksi yang perlu dikembangkan sesuai dengan dimensi serta tantangan yang dihadapinya. Individu yang mampu melewati tantangan dan stress akibat pengalaman traumatis, mampu menunjukkan kelima dimensi tersebut (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Pencapaian individu mencapai pertumbuhan pasca trauma tidak terlepas dari faktor-faktor yang mendukung. Hefferon & Boniwell (2011) menjelaskan bahwa ada tiga faktor pendukung yang mampu mendorong individu mencapai pertumbuhan pasca trauma. Pertama adalah faktor jenis dan waktu, dimana pertumbuhan pasca trauma yang dialami individu tergantung dengan jenis tantangan dan lama individu mengalami tantangan tersebut. Secara umum, semakin berat

tantangan yang dihadapi, individu memiliki waktu yang cukup untuk merenungkan tantangan yang terjadi dalam kehidupannya, sehingga individu mampu untuk mencapai pertumbuhan positif dalam dirinya. Faktor kedua adalah dukungan sosial. Dukungan sosial yang positif baik dari keluarga maupun lingkungan sekitar mampu membantu individu dalam mencapai pertumbuhan pasca trauma. Faktor ketiga adalah faktor strategi koping. Walaupun pertumbuhan pasca trauma bukan merupakan hasil dari koping stress melainkan dari trauma, strategi koping dalam mengatasi tantangan yang dihadapi berpengaruh dalam proses mencapai pertumbuhan pasca trauma.

d. Teori tentang *Posttraumatic Grow*

Terdapat area lain dalam teori maupun riset yang menemukan adanya kecenderungan beberapa individu yang secara sukses dapat mengatasi trauma. Seperti riset tentang resiliensi (*resilience*) terutama pada anak – anak yang beresiko tinggi, riset dalam konstruk kepribadian *hardiness* (tahan banting) dan self koherensi serta riset tentang *stress inoculation* (Urbayatur & Psi, 2012)).

Menurut Reivich dan Shatte (2002) resiliensi merupakan kemampuan untuk bertahan dan beradaptasi ketika keadaan menjadi serba salah. Hal ini berarti individu yang resilien akan mampu menyesuaikan diri saat berada dalam situasi yang tidak menyenangkan dalam hidupnya. Individu akan mampu beradaptasi terhadap kondisi yang terjadi dalam hidupnya dan mampu untuk bertahan dalam kondisi yang kurang menyenangkan.

Aspek-aspek resiliensi antara lain: a). Regulasi emosi yaitu kemampuan untuk tetap tenang dalam kondisi yang penuh tekanan; b). Pengendalian impuls yaitu kemampuan mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan serta tekanan yang muncul dari dalam diri seseorang; c). Optimisme yaitu individu yang memiliki harapan atau impian untuk masa depannya dan percaya bahwa dia dapat mengontrol arah hidupnya; d). Empati menggambarkan bahwa individu mampu membaca tanda-tanda psikologis dan emosi dari orang lain; e). Analisis penyebab masalah merujuk pada kemampuan individu untuk secara akurat mengidentifikasi penyebab-penyebab dari permasalahan

individu; f). Efikasi diri merupakan keyakinan pada kemampuan diri sendiri untuk menghadapi dan memecahkan masalah dengan efektif; g). Menemukan jalan keluar dari permasalahan merupakan kemampuan yang meliputi peningkatan aspek positif dalam hidup.

Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa resiliensi adalah kemampuan untuk bertahan dan tidak berputus asa dari musibah dan bisa mengambil hikmah dari apa yang terjadi untuk bisa bangkit kembali.

1). Teori Humanistik - Eksistensial

Tedeschi dkk menjelaskan bahwa pertumbuhan paska trauma dapat muncul ketika individu mengalami sebuah peristiwa yang traumatis atau sebuah krisis dalam kehidupan. Individu tersebut bisa mengalami sebuah perubahan positif setelah peristiwa negatif yang cukup menyakitkan. Pandangan ini muncul dari tradisi humanistic – eksistensial, dan berada di luar mainstream yang berorientasi pada penyakit atau di luar *disease – oriented framework*. Pandangan humanistic eksistensial muncul sebagai kritik melawan tradisi sebelumnya, yakni pendekatan psikoanalisis dan perlakuan (*behavioral*), yang kurang menekankan pada potensi positif manusia yang sehat, rasional, punya motivasi yang lebih tinggi, sementara pandangan sebelumnya menganggap manusia secara pesimistik, irasional dan mekanistik.

Psikologi eksistensial – humanistic berfokus pada kondisi manusia yang mempunyai sifat yang beragam dan berikut konsep-konsep utama dari eksistensial – humanistic (Corey, 2010).

a). Kesadaran diri

Manusia memiliki kesanggupan untuk menyadari dirinya sendiri, suatu kesanggupan yang unik dan nyata yang memungkinkan manusia mampu berpikir dan memutuskan. Semakin kuat kesadaran diri itu pada seseorang maka akan semakin besar pula kebebasan yang ada pada orang itu. Kebebasan memilih dan bertindak itu disertai tanggung jawab atas keberadaan dan nasibnya.

b). Kebebasan, tanggung jawab dan kecemasan

Kesadaran atas kebebasan dan tanggung jawab bisa menimbulkan kecemasan yang menjadi atribut dasar pada manusia. Kesadaran memiliki arti penting bagi kehidupan individu sekarang, sebab kesadaran tersebut menghadapkan individu pada kenyataan bahwa dia memiliki waktu yang terbatas untuk mengaktualkan potensi – potensinya.

c). Penciptaan makna

Manusia itu unik, dalam arti bahwa dia berusaha untuk menemukan tujuan hidup dan menciptakan nilai – nilai yang akan memberikan makna bagi kehidupan. Menjadi manusia juga berarti menghadapi kesendirian, manusia lahir ke dunia sendirian dan mati sendirian pula. Sesungguhnya pada hakikatnya sendirian, manusia memiliki kebutuhan untuk berhubungan dengan sesamanya dalam suatu cara yang bermakna, sebab manusia adalah makhluk rasional. Manusia juga berusaha untuk mengaktualkan diri, yakni mengungkapkan potensi – potensi manusiawinya.

Teori – teori dalam humanistic eksistensial yang dapat menjelaskan munculnya perubahan positif setelah mengalami suatu kejadian traumatis, antara lain disebutkan oleh Tedeschi dkk (1998) adalah teori Frankl, Maslow, Rogers dan Fromm. Selanjutnya akan dijelaskan beberapa konsep menurut ahli yang akan menjadi dasar akan pertumbuhan paska trauma.

2) Teori Logoterapi Frankl

Teori psikoterapi dari Frankl adalah teori yang dapat menjelaskan pertumbuhan diri dapat dirasakan setelah individu mengalami trauma (Cohen dalam Tedeschi dkk, 1998). Terapi yang dikemukakan oleh Frankl lazim dikenal dengan nama Logoterapi. Logoterapi sendiri merupakan salah satu aliran dalam psikologi dan psikiatri yang mengakui adanya dimensi kerohanian atau spiritual dalam diri manusia serta beranggapan bahwa makna hidup (*the*

meaning of life) dan hasrat untuk hidup bermakna (*the will to meaning*) merupakan motif azasi manusia.

Salah satu prinsip dasar dari logoterapi adalah perhatian utama manusia bukan untuk mencari kesenangan atau menghindari kesedihan, tetapi menemukan makna dalam hidupnya. Makna hidup bisa ditemukan meskipun kita menderita. Dengan kata lain, makna hidup adalah sesuatu yang tanpa syarat, karena dia juga mencakup potensi – potensi yang berbentuk penderitaan yang tidak terhindarkan (Frankl, 2004). Asas – asas dalam logoterapi adalah bahwa hidup itu tetap memiliki makna, baik ketika individu dalam sebuah posisi positif ataupun negatif.

Tedeschi dkk (dalam Urbayatun, 2011) menyatakan bahwa teori Frankl dapat dipakai untuk menjelaskan bahwa manusia dapat mencapai makna hidup melalui kreatifitas, cinta dan penderitaan. Inilah yang mendasari bahwa tidak setiap musibah diartikan negative oleh korbannya tetapi dapat dimaknai secara positif dan hal ini dijadikan landasan filosofis konsep perkembangan paska trauma.

3) Teori Meta-Kebutuhan Maslow

Maslow tidak banyak mengemukakan tentang terapi seperti Frankl tetapi lebih cenderung mengarah pada potensi dan perjuangan hidup manusia yang pada puncaknya disebut aktualisasi diri. Maslow mengembangkan gagasan lebih lanjut dengan sebutan hierarki kebutuhan yang terdiri dari lima lapisan kebutuhan yang lebih luas yang terdiri atas kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan cinta dan rindu, kebutuhan harga diri.

Keempat kebutuhan tadi disebut Maslow kebutuhan deficit atau D-needs. Jika kekurangan sesuatu akan mengalami defisit tetapi kalau sudah memperoleh kebutuhan tersebut maka akan tidak merasakan apa – apa. Tingkat terakhir agak berbeda dengan sebelumnya yang disebut B-needs atau dengan kata lain disebut dengan nilai – nilai hidup atau disebut meta kebutuhanyang akan menjadi dasar individu akan tumbuh. Individu dapat mengalami suatu pengalaman puncak (*peak experience*) yakni suatu periode

dengan emosi yang intens. Ketika individu sungguh-sungguh merasakan apa tujuan untuk terus hidup. Teori Maslow juga menjadi basis pengembangan konsep perkembangan pasca trauma.

4) Carl Rogers

Rogers memandang bahwa setiap makhluk hidup tahu apa yang terbaik bagi dirinya. Diantara berbagai hal yang kita nilai berdasarkan insting adalah perhatian positif. Yang dimaksud adalah perasaan cinta, senang, atensi, kepedulian dan sebagainya. Kebutuhan ini menjadi lebih besar berkembang dan bertumbuh menjadi optimal yang disebut pengembangan. Kebutuhan ini terekspresikan dalam banyak bentuk seperti rasa ingin tahu, eksplorasi, persahabatan dan keyakinan bahwa seseorang dapat mencapai pertumbuhan psikologis dan individu akan menemukan aktualisasi dirinya.

5) Teori Produktif Erich Fromm

Fromm (Feist & Feist dalam Urbayatun, 2012) menyatakan adanya kebutuhan manusiawi atau eksistensial dan yang pertama adalah adanya kebutuhan keterhubungan, yaitu dorongan untuk menyatu dengan sebuah pribadi atau pribadi – pribadi lainnya. Selain kebutuhan keterhubungan manusia juga mempunyai kebutuhan trasedensi, kebutuhan keberakaran, rasa identitas dan kerangka orientasi. Manusia juga mempunyai kebebasan positif, yakni merasa bebas tanpa harus merasa sendirian, independent namun tetap menjadi bagian integral dari umat manusia.

Berdasarkan dari teori – teori sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan pasca trauma memiliki arti dimana sebuah kondisi individu yang telah mengalami peristiwa yang menyengsarakan yang kemudian dari jatuh bangunnya dalam menjalani perjuangan hidup individu mampu bangkit dan mempunyai beberapa aspek yang secara positif dapat menunjang kehidupan barunya yang lebih baik pasca trauma. Perkembangan dan bertumbuh sangat berharga untuk diberi dukungan dan

harapan penuh, karena salah satu dari efek dari kehidupan individual mungkin menjadi kesempatan besar untuk menurunkan pengalaman menyengsarakan. Manfaat dari perkembangan sendiri dapat dirasakan baik individual maupun sosial. Meskipun, implikasi target tidak hanya individu namun juga sosial. Demikian, hal ini juga melibatkan ekspektasi perubahan budaya, membuat kesadaran bahwa trauma tidak hanya hasil dari sakit dan menderita tapi mempunyai pengaruh yang suatu waktu bertransformasi dalam perkembangan individu juga.

e. Faktor yang berpengaruh terhadap pertumbuhan pasca trauma

Penelitian antara studi dari reaksi pasca trauma membuka beberapa faktor risiko untuk mengembangkan reaksi negative yang secara klinis sangat signifikan, jadi penelitian dengan studi kemungkinan lain menunjukkan dengan jelas beberapa faktor yang mungkin berkontribusi pada pengalaman perkembangan pasca trauma.

1. Religiusitas yang hakiki

Secara umum dijelaskan bahwa orientasi religiusitas berhubungan dengan psikologis *well-being*. (Maltby & Day, 2003) menyatakan tiga tipe utama dari orientasi religiusitas yaitu ekstrinsik, instrinsik dan penyelidikan. Hanya religiusitas intrinsik yang secara berulang telah ditemukan yang berhubungan dengan persepsi yang relative stabil dari perkembangan. Di waktu yang sama, orientasi penyelidikan telah dianggap sebagai bisikan dari mekanisme yang mungkin mengarah ke arah keduanya, Ketika orientasi ekstrinsik memproduksi data yang bertentangan, agak mengarah ke maladaptasi. Dalam pengertian ini, beberapa literatur menunjukkan korelasi positif yang signifikan antara personal ekstrinsik dan religiusitas sosial ekstrinsik dan gejala depresi, kecemasan kepribadian, dan harga diri.

Religiusitas intrinsik mengacu pada derajat dimana religiusitas membantu individual dalam memahami sebuah peristiwa, menemukan makna, signifikansi bahkan manfaat dalam hal tersebut. Allport (1996) individu yang menggunakan agama

sebagai kerangka yang memimpin gaya hidup, di waktu yang sama memenuhi fungsi dari motivator terbaik. Kepercayaan agama dalam arti secara global mungkin mengatur tidak hanya perilaku pra trauma terhadap peristiwa negative, tapi juga penilaian awal dari peristiwa, integrasi lebih lanjut dari makna dan signifikansinya dari peristiwa yang baru saja individu perbuat.

2. Kepuasan Dukungan Sosial

Beberapa peneliti menganggap dukungan sosial mempunyai dua karakteristik umum yaitu lingkungan dan personal. Konstruk ini berhubungan dengan kemampuan individu mengenai pendirian atau memelihara jaringan sosial, keterbukaan emosional terhadap yang lain, keinginan untuk menemukan kepercayaan diri. Di waktu yang sama, individu mungkin sadar akan kemampuannya untuk mendukung yang lain, dimana mungkin membantu perkembangan paska trauma dengan menawarkan individu kemungkinan untuk membuat cerita tentang peristiwa tersebut, tentang perubahan yang menjadi penyebab kehidupannya (Neimeyer, 2001).

Persoalan yang lebih spesifik dan sangat penting dalam dukungan sosial adalah dukungan bersama dari penderita yang sama. Di waktu yang sama, jaringan sosial dan cerita penderita memberi kesempatan individu dalam melakukan hubungan interpersonal.

3. Awal peristiwa stress

Frekuensi dan intensitas peristiwa traumatis menentukan individu mengalami gejala distress. Tapi, seperti yang telah disebutkan, ada banyak sekali dari individu yang bahkan jika mengalami pengalaman gejala distress yang sangat ekstrim, mungkin setelah itu sembuh dengan sendirinya dan melaporkan PTG, atau mungkin melaporkan baik PTG dan gejala yang dirasakan

4. Strategi Coping (Penafsiran ulang dan Penerimaan)

Strategi coping ditemukan dalam mencegah pengalaman yang lebih ekstrim, gejala negatif yang bertahan lama. Khususnya penafsiran ulang secara positif menghasilkan korelasi tinggi

dengan perkembangan, kemungkinan karena ahal ini lebih sadar, dan berusaha untuk mencapai perkembangan yang diinginkan. Hasrat “untuk belajar dari pengalaman” memungkinkan individu menemukan hal positif dalam dirinya. Beberapa literatur menjelaskan bahwa koping penerimaan berhubungan dengan perubahan positif dari peristiwa negative (Brooks & Matson, 1982). Baik penafsiran ulang dan penerimaan dari peristiwa menjadi hal pokok dari proses perkembangan.

5. Angka dari peristiwa hidup positif

Review dari beberapa literatur menunjukkan bahwa angka dari peristiwa hidup positif yang bersamaan mungkin mempresentasikan faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan. Penelitian akhir – akhir ini mensugestikan bahwa siapa yang sejajar dengan pengalaman peristiwa negatif maupun positif, atau mampu menerjemahkan peristiwa kecil sebagai hal positif, akan lebih sering melaporkan perkembangan.

Sejauh ini penelitian yang melaporkan PTG, penderitaan yang dihasilkan dari peristiwa negatif mempresentasikan kesempatan untuk membangun yang baru, struktur hidup yang superior, mereka mungkin merasa dirinya lebih kuat, lebih baik, lebih empati dan lain sebagainya. Tapi di waktu yang sama mungkin juga melaporkan variabel derajat dari stress selama proses perkembangan pasca trauma.

f. Kajian Islam Tentang Pertumbuhan Pasca Trauma

Seperti yang telah dibahas sebelumnya bahwa pertumbuhan pasca trauma adalah sebuah kondisi individu yang telah mengalami peristiwa yang menyengsarakan yang kemudian dari jatuh bangunnya dalam menjalani perjuangan hidup individu mampu bangkit dan mempunyai beberapa aspek yang secara positif dapat menunjang kehidupan barunya yang lebih baik pasca trauma.

Dalam Alqur’an Surah Al Baqarah ayat 155 dan 156 dijelaskan Ayat (155) “dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah –

buahan, dan berikanlah berita gembira kepada orang – orang yang sabar.

Ayat (156) “ (yaitu) orang – orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan “Inna Lillaahi wa innaa ilahi raaji’uun

Cobaan – cobaan yang diberikan oleh Allah SWT adalah dengan tujuan untuk menguji keimanan hambanya. Dalam kajian pertumbuhan pasca trauma individu mampu untuk mengembangkan aktifitas atau kemampuan baru setelah menghadapi peristiwa traumatis. Seperti yang dijelaskan dalam Alqur’an Surah Az zumar ayat 49 bahwa Allah SWT menguji keimanan manusia untuk menjadi lebih baik lagi.

Ayat 49 yang artinya” Maka apabila manusia ditimpa bahaya ia menyeru Kami, kemudian apabila Kami berikan kepadanya nikmat dari kami ia berkata:”Sesungguhnya aku diberi nikmat itu hanyalah karena kepintaranku”. Sebenarnya itu adalah ujian, tetapi kebanyakan mereka itu tidak mengetahui.

Dari ayat tersebut dapat dipahami bahwa kondisi sulit atau bahkan menyengsarakan adalah ujian dari Allah SWT untuk menjadikan seorang individu menjadi lebih baik seperti yang dikehendaki oleh Allah SWT. Manusia selayaknya harus berusaha menjadi lebih baik dan tidak boleh putus asa ketika ditimpa musibah seberat apapun, tidak hanya pasrah atas ujian dan cobaan yang diberikan.

B. Tinjauan tentang konsep rehabilitasi sosial pada korban kekerasan seksual

1. Pengertian

Secara umum rehabilitasi berasal dari dua kata yaitu “re” yang berarti kembali dan “habilitasi” yang berarti kemampuan. Menurut arti katanya, rehabilitasi berarti mengembalikan kemampuan. Sedangkan, kata sosial berarti segala sesuatu mengenai masyarakat yang didalamnya terdapat individu - individu yang terlibat suatu kegiatan bersama.Rehabilitasi sosial adalah sebuah proses kegiatan pengobatan secara terpadu bertujuan untuk memulihkan kondisi fisik anak, baik anak sebagai korban dan/atau anak sebagai saksi. Oleh karena itu, yang dimaksud dengan rehabilitasi sosial adalah sebuah

kegiatan proses pemulihan secara terpadu baik secara fisik, mental, maupun sosial agar anak – anak sebagai korban dan/atau anak – anak sebagai saksi dapat kembali melaksanakan fungsi sosial dalam kehidupan di dalam masyarakat (Aprilianda, 2017).

Menurut Supriadi, rehabilitasi sosial merupakan segenap upaya yang ``ditujukan untuk mengintegrasikan kembali seseorang ke dalam kehidupan masyarakat dengan cara membantunya menyesuaikan diri dengan tuntutan keluarga, komunitas, dan pekerjaan sejalan dengan pengurangan setiap beban sosial dan ekonomi yang dapat merintang proses rehabilitasi (Ramadhani et al., 2017).

Rehabilitasi juga diartikan suatu pemulihan seperti pada kondisi semula, yang mana kondisi yang kurang baik perlu dilakukan penanganan yang baik agar kembali pada kondisi semula (Rusyidi et al., 2019). Apabila diartikan secara menyeluruh maka rehabilitasi sosial dapat diartikan secara menyeluruh adalah sebuah proses pemulihan yang diberikan kepada seseorang atau lebih yg tidak hanya pada seseorang yang mengalami permasalahan fisik, mental, jiwa, tetapi juga kepada orang yang mengalami ketidakberfungsian sosial dalam lingkungan masyarakatnya. Hal ini apabila ditinjau dari kamus psikologi, bahwasanya rehabilitasi proses pemulihan dengan memberikan atau menunjukkan ekspresi, perhatian hingga perlakuan kepada seseorang agar mampu menjalankan keberfungsian sosialnya dalam masyarakat, agar mampu bercampur baur dengan masyarakat yang ada di lingkungannya. Secara garis besar rehabilitasi adalah suatu proses pemulihan yang melalui berbagai macam tahap yang dibutuhkan bagi yang membutuhkan mulai dari rehabilitasi untuk para pengguna narkoba, untuk disabilitas, anak berbadan hukum hingga rehabilitasi untuk anak maupun perempuan korban kekerasan seksual. Optimal atau tidak hasil rehabilitasi adalah tergantung bagaimana yang melakukan rehabilitasi terhadap korban. Proses pemulihan dengan menunjukkan ekspresi dan perhatian dalam bentuk yang bermacam – macam dan variasi itu sangat dibutuhkan untuk menunjang proses rehabilitasi atau penyembuhan untuk korban rehabilitasi hingga

akhirnya dengan rehabilitasi korban mampu menyembuhkan dirinya sendiri dan kembali kepada keadaan yang semula serta keadaan yang lebih baik lagi.

Dari beberapa definisi rehabilitasi sosial yang telah diuraikan sebelumnya, penulis mengambil kesimpulan bahwa rehabilitasi sosial adalah upaya yang dilakukan terhadap seseorang, baik anak sebagai korban maupun anak sebagai saksi, untuk memulihkan kembali keadaan fisik, mental, dan kehidupan sosial seperti sedia kala.

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2019 tentang kesejahteraan sosial pada Bab 3 Pasal 7 yang berbunyi bahwasanya Rehabilitasi sosial dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Berdasarkan kedua penjelasan di atas bahwasanya rehabilitasi sosial adalah suatu proses pemulihan agar mampu menjalankan kembali keberfungsian sosialnya yang sebelumnya keberfungsian sosialnya berjalan kurang baik atau bahkan tidak berfungsi sebagaimana fungsinya. Peningkatan keberfungsian sosial sangat penting untuk melakukan aktifitas sehari-hari, mulai dari kontak verbal dengan keluarga, masyarakat, lingkungan kerja, hingga lingkungan yang lebih luas lagi.

2. Bentuk – bentuk rehabilitasi sosial

Berdasarkan Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 tentang program rehabilitasi sosial anak bahwasanya rehabilitasi sosial diberikan dalam bentuk - bentuk, yaitu :

a. Motivasi dan diagnosis sosial

Adalah memberikan suatu dorongan ataupun tenaga untuk memperbaiki kondisi psikologis korban menjadi sediakala atau bahkan lebih baik, sedangkan pada diagnosis sosial adalah penyimpulan melalui pencarian data awal untuk mengetahui permasalahan psikologis akibat masalah sosial yang dihadapi korban.

b. Perawatan dan pengasuhan

Perawatan dan pengasuhan ini merupakan perawatan fisik maupun non fisik, dalam artinya perawatan yang menyesuaikan kebutuhan korban seperti apabila kekerasan seksual yang dilakukan oleh pelaku kepada korban dapat melukai tangan atau hingga melukai kelamin maka perlu adanya perawatan kepada korban. Juga perlu untuk mendapatkan pengasuhan kepada korban agar dapat menjalankan keberfungsian sosialnya seperti sedia kala.

c. Pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan

Sebuah usahah pemberian keterampilan kepada penerima pelayanan agar mampu hidup mandiri dan//produktif. Sebuah pemberian keterampilan untuk menyatukan koban, untuk memperbaiki antara korban dengan keluarga, pekerjaan dan masyarakat. Sehingga korban mampu menyesuaikan kembali kondisinya dengan masyarakat, pekerjaan, dan keluarga.

d. Bimbingan mental spiritual

Bimbingan mental spiritual dilakukan untuk membimbing dan memberikan asupan pengetahuan tentang agama untuk memperbaiki dan merubah sikap dan perbuatan yang kurang atau bahkan tidak baik dalam kehidupannya sehari - hari.

e. Bimbingan fisik

Adalah suatu proses bimbingan yang dilakukan untuk memelihara, dan menyembuhkan korban yang telah mengalami luka fisik, sehingga kondisi jasmani akan lebih sehat.

f. Bimbingan sosial dan konseling psikososial

Merupakan suatu bimbingan yang dilakukan untuk mengetahui serta mengatasi masalah-masalah sosial yang sedang dihadapi korban. Jadi persoalan yang berhubungan dengan masyarakat, interaksi dengan sesama, sehingga korban mampu menyesuaikan diri kembali dengan masyarakat yang ada di lingkungannya karena mampu mengatasi sendiri permasalahan - permasalahan sosial yang dihadapi.

g. Pelayanan aksesibilitas

Pelayanan aksesibilitas merupakan hak untuk mengakses kebutuhan mendasar mana pemerintahlah yang menyediakan. Aksesibilitas untuk perlindungan misalnya.

h. Bantuan dan asistensi sosial

Bantuan dan asistensi sosial merupakan suatu tindakan berupa bantuan sosial dan pendampingan sosial yang dilakukan kepada korban terhadap permasalahan - permasalahan korban yang dihadapi di dalam hidupnya.

i. Bimbingan resosialisasi

Bimbingan resosialisasi merupakan sebuah bimbingan mnyayatukan serta memahamkan kembali kepada masyarakat yang ada di lingkunganya.

j. Bimbingan tindak lanjut

Bimbingan lanjutan ini meanyesuaikan bimbingan yang dibutuhkan oleh korban setelah melakukan bimbingan awal.

k. Rujukan

Merupakan sebuah tindakan rujukkan kepada tempat lain lebih lanjut yang diilakukan kepada korban untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

3. Tahapan Rehabilitasi Sosial

Rehabilitasi sosial yang dilakukan oleh lembaga penyelenggara rehabilitasi sosial dilaksanakan dengan menggunakan metode pekerjaan sosial, yang terdiri dari beberapa tahap, antara lain: (1). Tahapan Pendekatan Awal: Pada tahap pendekatan awal dilaksanakan kegiatan sosialisasi program penjangkauan/penjangkauan calon klien, seleksi calon klien, penerimaan dan registrasi, serta konferensi kasus; (2). Tahap Pengungkapan dan Pemahaman Masalah: Pada tahap ini dilaksanakan kegiatan analisis kondisi klien, keluarga, lingkungan, karakteristik masalah, sebab dan implikasi masalah, kapasitas mengatasi masalah dan sumber daya serta konferensi kasus; (3). Tahap Penyusunan rencana Pemecahan Masalah: Pada tahap ini dilaksanakan kegiatan penetapan tujuan pelayanan, penetapan jenis pelayanan yang dibutuhkan oleh klien dan sumber daya yang akan

digunakan; (4).Tahap Pemecahan Masalah; (5). Tahap Resosialisasi / reintegrasi; (6). Tahap Terminasi; (7). Tahap Bimbingan Lanjut.

C. Tinjauan tentang konsep rehabilitasi spiritual pada korban kekerasan seksual

1. Defenisi Spiritual

Spiritual merupakan komitmen tertinggi individu, prinsip yang paling komprehensif, tentang argument yang sangat kuat terhadap pilihan yang dibuat dalam hidup (Koezier Barbara, 1979). Menurut Koernig (2001), spiritual diartikan sebagai pencarian pribadi untuk memahami makna kehidupan, hubungannya dengan transendensi yang mungkin atau tidak mungkin mengarah pada pengembangan praktik keagamaan atau pembentukan komunitas keagamaan.

Keyakinan spiritual adalah keyakinan yang menunjukkan dalam hubungannya dengan yang maha kuasa dan pencipta. Sebagai contoh seseorang yang percaya pada Allah sebagai pencipta atau sebagai Maha Kuasa (Hall, 2015). Keyakinan dan praktik spiritual adalah faktor yang berperan dalam mengatasi penyakit dan mempengaruhi jangkauan dan kualitas hubungan sosial. Seseorang akan kembali pada spiritual atau spiritualitas saat menghadapi kondisi kronis dan kelelahan.

Pendekatan spiritual atau agama dapat mempengaruhi kesehatan mental. Spiritual membantu mendorong orang lain meningkatkan emosi positif. Spiritualitas mendorong kebajikan manusia, kejujuran, pengampunan, rasa terima kasih, kesabaran, meningkatkan emosi positif dan menetralkan emosi negatif (H. G. Koenig et al., 2012).

Model pendekatan spiritual yang dikembangkan dalam penelitian ini diharapkan menjadi *novelty* yaitu dilakukannya intervensi spiritual melalui kegiatan *home sharing*. Kegiatan ini dilakukan pada anak dan keluarga korban kekerasan seksual.

2. Hubungan spiritual dengan kesehatan

Sejak tahun 1960-an studi epidemiologi mulai menunjukkan dampak spiritualitas bagi kesehatan pasien dan memicu penelitian tentang hal tersebut. Agama dilihat oleh banyak orang sebagai hal yang bermanfaat dan bertanggungjawab atas hasil klinis sehingga memotivasi istilah “Spiritualitas Berbasis Bukti” (Lucchetti et al., 2012).

Kesehatan spiritual merupakan keharmonisan dimensi kehidupan. Dimensi ini termasuk didalamnya menemukan arti, tujuan, menderita, kematian, kebutuhan akan harapan dan keyakinan hidup, dan kebutuhan akan keyakinan pada diri sendiri dan Tuhan.

Ada 5 dasar kebutuhan spiritual manusia yaitu: arti dan tujuan hidup, perasaan misteri, pengabdian, rasa percaya dan harapan di waktu kesusahan (Hawari, 2015). Keharmonisan menunjukkan hubungan baik antara individu dengan dirinya, antara diri individu dengan Allah, individu dengan orang lain. Keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan, dan sistem keyakinan mereka dengan hubungan mereka didalam diri dengan orang lain (Videbeck, 2004). Setiap individu mempunyai tiga kebutuhan spiritual yang harus dipenuhi untuk mencapai sehat secara spiritual, tiga kebutuhan tersebut adalah kebutuhan akan arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan berhubungan serta kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan (Hawari, 2015).

3. Peran Spiritual terhadap Kondisi Psikologis

Orang yang merasa dirinya dekat dengan Tuhan, diharapkan akan timbul rasa tenang dan aman, yang merupakan salah satu ciri sehat mental yaitu:

- a). Mengatur pola hidup individu dengan kebiasaan hidup sehat
- b). Memperbaiki persepsi ke arah positif
- c). Memiliki cara penyelesaian masalah yang spesifik
- d). Mengembangkan emosi positif
- e). Mendorong kepada kondisi yang lebih sehat

Penelitian oleh Kolomboy (2021) menggambarkan bahwa keterampilan spiritual seseorang ditunjukkan dengan senantiasa

menghadirkan Allah dalam segala aktivitasnya (Kolomboy et al., 2021). Keterampilan spiritual dimaknai sebagai keterampilan yang menggunakan aspek Ilahi untuk memungkinkan pencapaian tujuan dan pemecahan masalah.

Pakar yang berorientasi fisikalistik mendapatkan bukti bahwa perkataan yang baik dan halus sebagaimana perkataan orang yang sedang berdoa dapat mengubah partikel air menjadi kristal heksagonal yang indah, dan selanjutnya bermanfaat dalam upaya kesehatan secara umum. Hal tersebut menggambarkan peran yang cukup mendasar tentang peran keagamaan terhadap perubahan fisik biologik. Penelitian yang dilakukan oleh Irfangi (2015) membuktikan bahwa mereka yang melaksanakan shalat tahajjud secara rutin, setelah empat minggu akan menunjukkan peningkatan kadar limfosit dan kadar immunoglobulin, dan terus meningkat sampai minggu kedelapan. Dengan peningkatan kadar limfosit dan immunoglobulin menunjukkan makin tingginya daya tahan tubuh secara imunologik (Irfangi, 2015).

Dalam "*Handbook of Religion in Health*" dijelaskan bahwa lebih 700 studi meneliti hubungan antara agama, kesejahteraan dan kesehatan mental. Mereka menemukan bahwa keyakinan agama dan praktik dikaitkan dengan tingkat depresi, tingkat bunuh diri dan penyalahgunaan zat yang lebih sedikit, tingkat kecemasan yang lebih rendah dan pemulihan yang lebih cepat. Selain itu juga dikaitkan dengan kesejahteraan, harapan dan optimisme, lebih banyak memaknai hidup, kepuasan dan stabilitas pernikahan yang lebih besar, serta dukungan sosial yang lebih tinggi (H. G. Koenig, 2004; H. G. Koenig et al., 2001). Ringkasan penelitian tentang hasil kesehatan fisik menemukan bahwa keyakinan agama dan aktivitas dikaitkan dengan fungsi kekebalan yang lebih baik, tingkat kematian penderita kanker yang lebih rendah, hasil jantung yang lebih baik, menurunkan tekanan darah, menurunkan kolesterol, perilaku kesehatan yang lebih baik dan tidur yang lebih baik.

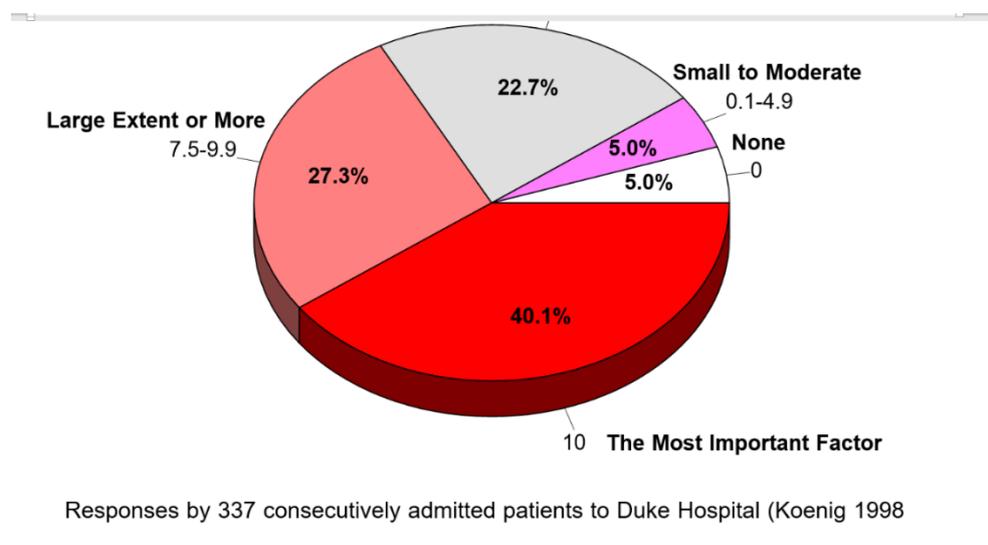
Beberapa penelitian lain telah mempelajari hubungan antara spiritualitas dengan kelangsungan hidup. Tiga meta analisis

menemukan bahwa keyakinan spiritual yang tinggi dapat menurunkan angka kematian (penurunan bervariasi dari 18 sampai 25%). Studi ini menemukan bahwa spiritualitas memainkan peran yang cukup besar dalam pengurangan angka kematian disbanding dengan konsumsi buah dan sayuran dan terapi statin (Chida et al., 2009; McCullough et al., 2000; Miller & Thoresen, 2003).

Penelitian lain menunjukkan bahwa spiritualitas pasien meningkatkan coping dan kualitas hidup selama sakit, dapat menjadi sumber identitas, makna, tujuan, harapan, kepastian dan transendensi, serta dapat mengurangi ketidakpastian penyakit. Berdasar hal tersebut, pasien menganggap kesehatan spiritual dan kesehatan fisik sama penting (Mueller et al., 2001).

America's coping respons mengidentifikasi cara mengatasi stress antara lain melalui berbicara dengan orang lain (98%), beralih ke agama (90%), memeriksa keamanan keluarga/teman(75%), berpartisipasi dalam kegiatan kelompok (60%), menonton televisi (39%) dan memberikan donasi (36%). Data tersebut menunjukkan bahwa coping religius menempati urutan tertinggi kedua dalam mengatasi stress yang dialami individu (H. G. Koenig, 2004).

Berikut tanggapan pasien yang dirawat inap tentang coping religius.



Gambar 2.2 Tanggapan Pasien

4. Rehabilitasi Spiritual

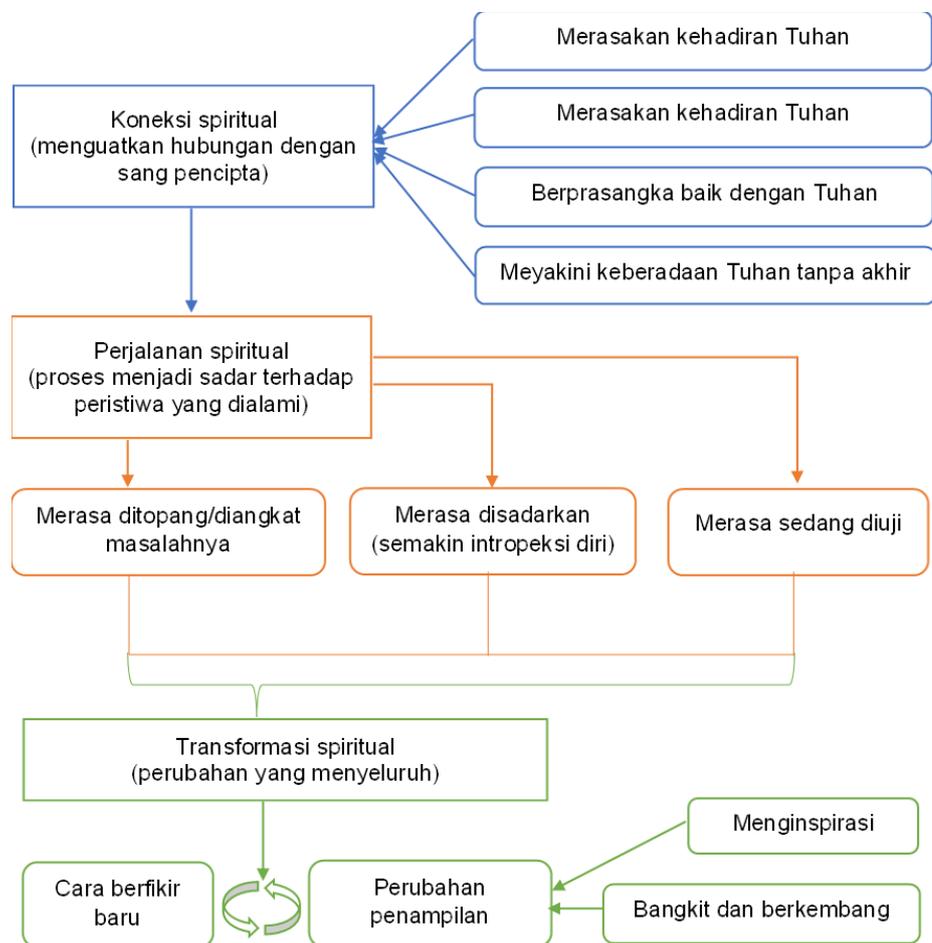
Suatu bentuk rehabilitasi yang menggunakan pendekatan spiritual dengan tetap memelihara dan memupuk modal spiritual. Menurut (Adi, 2008), modal spiritual mempunyai beberapa fungsi, salah satunya adalah menjadi pelindung terhadap penyimpangan. Bentuk pendekatan seperti ini biasanya digunakan di Lembaga berbasis agama tertentu. Dalam jurnal ilmiahnya, “Muhtar” mengatakan terapi yang dilakukan menggunakan pendekatan spiritual islami, dengan pengedepanan aspek ibadah (berhubungan dengan Allah) untuk memperoleh bimbingan, petunjuk dan Ridho-Nya dengan melakukan sebanyak banyaknya: shalat, doa, zikir, puasa dan aktivitas keagamaan lainnya. Menurut Darajat (1970), setiap Tindakan atau aktivitas keagamaan membawa pengaruh terhadap kesadaran beragama (*religious consciousness*) dan pengalaman agama (*religious experience*) pada diri seseorang. Kesadaran agama adalah bagian dari segi agama yang hadir dalam pikiran dan dapat diuji melalui introspeksi, atau dapat dikatakan bahwa ia adalah aspek mental dari aktivitas agama. Sedangkan pengalaman agama adalah unsur perasaan yang membawa kepada keyakinan yang dihasilkan oleh Tindakan (amaliyah) (KP3A RI, 2019).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan langsung yang signifikan antara trauma dengan PTG; namun, baik jalur tidak langsung (trauma, spiritualitas, dan PTG serta trauma, self-compassion, dan PTG) ditemukan signifikan. Hasil penelitian ini mendukung model mediasi serial Trauma dan PTG melalui spiritualitas dan self-compassion. Ini menyiratkan bahwa trauma akan mengarah pada spiritualitas yang pada gilirannya akan mengarah pada self-compassion dan yang pada akhirnya akan menghasilkan PTG (Khursheed & Shahnawaz, 2020).

Sebuah kerangka teori “ *Being Delivered*” kekerasan seksual menggambarkan tiga dimensi yaitu koneksi spiritual, perjalanan spiritual dan transformasi spiritual dalam penggunaan spiritualitas korban untuk pulih dari kekerasan seksual (Knapik et al., 2008). Dimensi pertama dalam kerangka tersebut adalah koneksi spiritual yaitu kondisi dimana korban mengungkapkan menghubungkan atau mencoba menghubungkan dengan sang pencipta yang mempunyai kekuatan tertinggi. Hal ini dilakukan

dengan berdoa setiap hari. Dimensi kedua adalah perjalanan spiritual yang bermakna proses menjadi sadar terhadap peristiwa yang dialami. Korban menggambarkan cara berfikir baru, melihat kebenaran dan waktu untuk melakukan introspeksi diri. Dimensi ketiga adalah transformasi spiritual yang didefinisikan sebagai perubahan yang menyeluruh. Korban percaya bahwa kekerasan seksual yang dialami, meskipun traumatis namun memiliki tujuan penting dalam hidup mereka.

Berikut disajikan kerangka pemulihan spiritual korban kekerasan seksual.



Gambar 2.3 Kerangka pemulihan spiritual korban kekerasan seksual

D. Tinjauan tentang *Family Centered Care* (FCC)

1. Pengertian family Centered care

Family Centered Care didefinisikan oleh *Association for the care of Children's Health* (ACHH) sebagai filosofi dimana pemberi perawatan mementingkan dan melibatkan peran penting dari keluarga, dukungan keluarga akan membangun kekuatan, membantu untuk membuat suatu pilihan yang terbaik, dan meningkatkan pola normal yang ada dalam kesehariannya selama anak sakit dan menjalani penyembuhan. Stower (1992 dalam Fretes, 2012) *family centered care* merupakan suatu pendekatan yang holistik. Pendekatan family centered care tidak hanya memfokuskan asuhan keperawatan kepada anak sebagai klien atau individu dengan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (biopsikososiospiritual) tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian yang konstan dan tidak bisa dipisahkan dari kehidupan anak.

Family centered care merupakan pendekatan inovatif untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pasien, keluarga, dan penyedia layanan yang mengakui pentingnya keluarga dalam hidup (Dudley et al., 2015).

2. Tujuan *Family Centered care*

Tujuan penerapan konsep family centered care dalam perawatan anak, menurut Brunner & Suddarth (1986 dalam Fretes 2012) adalah memberikan kesempatan bagi orang tua untuk merawat anak mereka dengan pengawasan dari perawat sesuai aturan yang berlaku. Selain itu family centered care juga bertujuan untuk meminimalkan trauma selama perawatan anak di rumah sakit dan meningkatkan kemandirian sehingga peningkatan kualitas hidup dapat tercapai.

3. Elemen family centered care

Menurut Shelton (1987, dalam Fretes 2012) terdapat beberapa elemen family centered care yaitu:

- a. Perawat menyadari bahwa keluarga bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara system layanan dan anggota dalam layanan system tersebut berfluktuasi.

- b. Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat di semua tingkat layanan Kesehatan.
 - c. Menghormati keanekaragaman ras, etnis budaya dan social budaya dalam keluarga.
 - d. Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperhatikan perbedaan mekanisme coping dalam keluarga.
 - e. Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orang tua dan secara berkelanjutan dengan dukungan penuh.
 - f. Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung.
 - g. Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan anak ke dalam system perawatan Kesehatan
 - h. Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program – program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
 - i. Merancang system perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga
4. Prinsip family Centered Care
- Menurut Potter & Perry (2007) prinsip family centered care sebagai berikut:
- a. Martabat dan kehormatan
 - b. Berbagi informasi
 - c. Partisipasi
 - d. Kolaborasi

E. Tinjauan tentang pengembangan intervensi dalam kesehatan

Pengembangan intervensi promosi kesehatan yang efektif seringkali memerlukan tinjauan literatur yang relevan, penerapan teori, pengumpulan data baru, dan keterlibatan para ahli, anggota masyarakat, dan pemangku kepentingan dalam proses perencanaan. Menerapkan informasi dari berbagai sumber ini untuk menginformasikan pengembangan intervensi menghadirkan tantangan bahkan bagi praktisi promosi kesehatan yang terlatih. Fernandez et al (2019) memberikan gambaran tentang pemetaan Intervensi, kerangka kerja untuk perencanaan program promosi kesehatan

berbasis teori dan bukti, dan untuk menyoroti contoh penerapan *Intervention Mapping* (IM).

IM adalah kerangka kerja perencanaan yang menyediakan proses sistematis dan protokol terperinci untuk pengambilan keputusan langkah demi langkah yang efektif untuk pengembangan, implementasi, dan evaluasi intervensi (Fernandez, Ruiters, et al., 2019). Hal ini didasarkan pada metode penelitian partisipatif berbasis masyarakat untuk memastikan bahwa intervensi sesuai dengan kebutuhan populasi prioritas dan konteks intervensi. IM mengambil pendekatan ekologi untuk memahami masalah kesehatan dan untuk campur tangan di berbagai tingkatan (misalnya, individu, interpersonal, organisasi, dan masyarakat) dan dengan demikian memandu pengembangan intervensi multi-level.

IM memberikan pedoman dan alat untuk memastikan program promosi kesehatan didasarkan pada bukti empiris dan teori yang kuat. IM juga digunakan untuk perencanaan dan pengembangan strategi implementasi untuk adopsi, implementasi, dan pemeliharaan program (Bartholomew et al., 2016). Mengikuti proses IM menghasilkan panduan dan dokumentasi keputusan pada setiap langkah, memetakan peta dari langkah awal mengenali kebutuhan atau masalah melalui evaluasi dan diseminasi. Dibandingkan dengan protokol lain dalam perencanaan promosi kesehatan, seperti PRECEDE-PROCEED (Green, 2005), *Behavior Centered Design* (Aunger & Curtis, 2016), dan COMBI (Hosein et al., 2016), IM membantu perencana untuk menerapkan teori dengan menghubungkan faktor penentu sosial-kognitif perilaku dengan metode untuk perilaku dan perubahan lingkungan dan dengan menghubungkan metode untuk perubahan perilaku untuk aplikasi praktis yang mengoperasionalkan metode ini.

1. Langkah Pemetaan Intervensi

Proses pengembangan intervensi IM memiliki enam langkah (Bartholomew et al., 2016): (1) Menetapkan pemahaman rinci tentang masalah kesehatan, populasi berisiko, penyebab perilaku dan lingkungan, dan faktor penentu kondisi perilaku dan lingkungan ini; dan, menilai sumber daya yang tersedia; (2) Mendeskripsikan hasil perilaku dan lingkungan, membuat tujuan untuk perubahan dalam faktor penentu perilaku dan penyebab lingkungan, dan menentukan target program intervensi; (3)

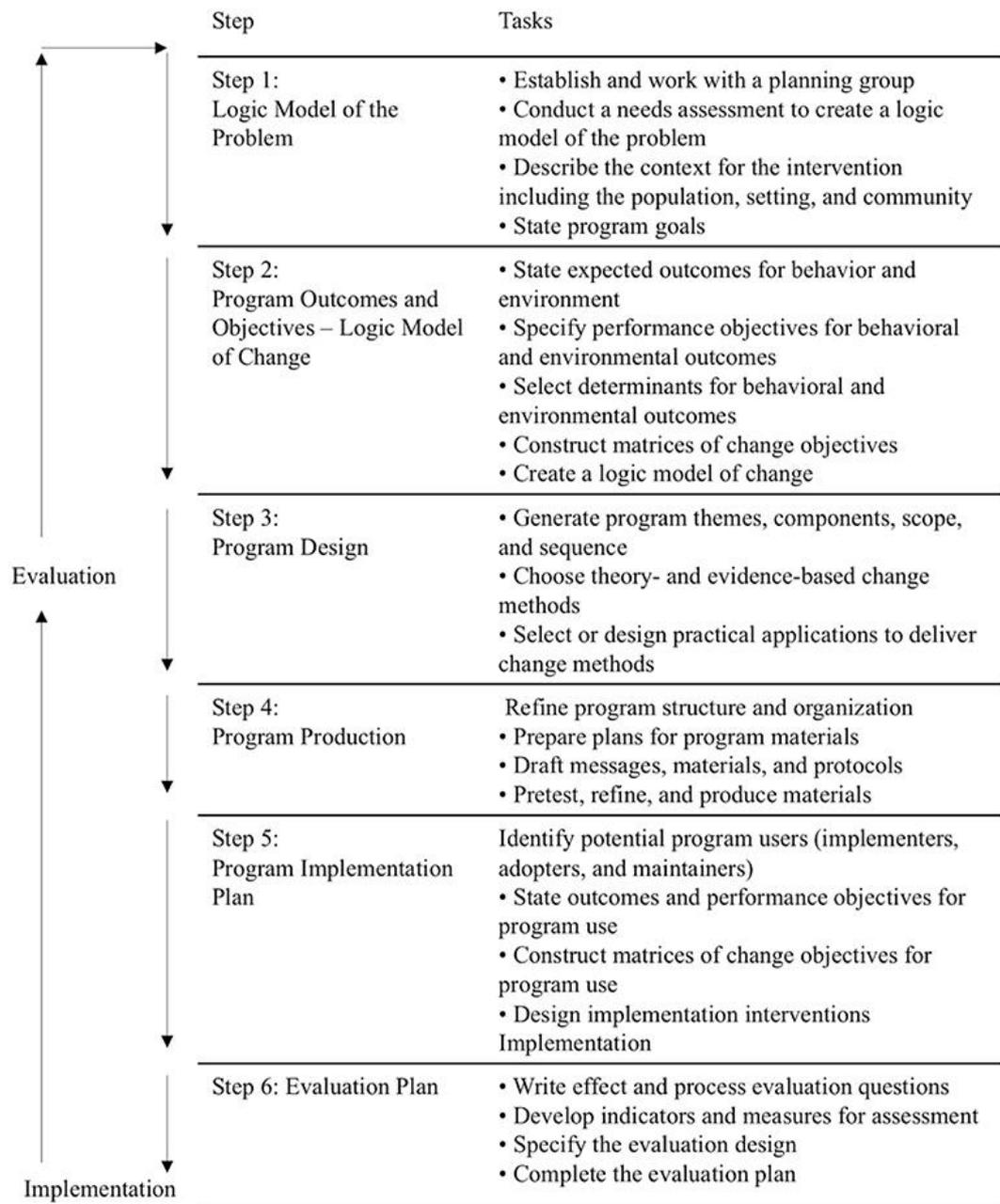
Mengidentifikasi metode perubahan perilaku berbasis teori dan bukti yang mempengaruhi determinan dan menerjemahkannya ke aplikasi praktis yang sesuai dengan konteks intervensi; (4) Menggabungkan komponen intervensi ke dalam program koheren yang menggunakan saluran penyampaian yang sesuai dengan konteks; (5) Mengembangkan strategi implementasi untuk memfasilitasi adopsi, implementasi, dan pemeliharaan program; dan (6) Merencanakan baik proses dan evaluasi hasil untuk menilai pelaksanaan program, dan kemanjuran atau efektivitas.

IM dengan demikian mendefinisikan dan menjelaskan jalur interaktif dari identifikasi masalah ke pemecahan masalah atau mitigasi. Masing-masing dari enam langkah terdiri dari beberapa tugas, dan penyelesaian tugas-tugas ini menciptakan landasan untuk langkah berikutnya. Penyelesaian keenam langkah menghasilkan *blue print* untuk merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi intervensi.

Pendekatan IM dicirikan oleh tiga perspektif, diterapkan selama proses perencanaan program: perencanaan partisipatif, penggunaan teori eklektik, dan pendekatan ekologi dan sistem untuk memahami masalah kesehatan dan melakukan intervensi untuk mengatasinya (Green, 2005). Perspektif partisipatif menekankan kesetaraan dalam pengambilan keputusan dan keterlibatan masyarakat serta pemangku kepentingan dalam semua fase perencanaan (Coughlin et al., 2017; Israel et al., 2005). Dari perspektif ini, semua aspek pengambilan keputusan harus melibatkan populasi prioritas dan pelaksana program untuk memastikan bahwa program tersebut memenuhi kebutuhan masyarakat secara memadai. IM memberikan panduan di setiap langkah tentang cara melakukannya. Selain itu, IM memandu penggunaan teori untuk memahami penyebab perilaku dan lingkungan dari masalah kesehatan, mengidentifikasi determinannya, dan memilih metode perubahan untuk mengatasinya.

Teori adalah abstraksi dari kenyataan dan mungkin hanya memberikan sebagian penjelasan untuk memahami penyebab masalah kesehatan (Buunk et al., 2021; Kok & Ruiter, 2014). Dalam perencanaan program, tidak mungkin satu teori dapat menjelaskan secara memadai pengaruh terhadap kesehatan dan memberikan panduan untuk mengatasi penyebabnya. Oleh karena itu, banyak teori yang sering digunakan. IM

menyediakan kerangka kerja untuk menggabungkan beberapa teori selama perencanaan intervensi. Akhirnya, perspektif ekologi dan sistem mengakui bahwa kondisi lingkungan sosial dan fisik mungkin memiliki dampak yang lebih kuat pada perilaku daripada faktor yang berhubungan dengan individu (Whittingham et al., 2008).



Gambar 2.4 enam langkah proses IM dan tugas terkait (Bartholomew et al., 2016)

Beberapa langkah, tugas IM dan sorotan makalah utama tentang IM yang memberikan contoh bagaimana IM telah diterapkan dijabarkan sebagai berikut (Fernandez, Ruiters, et al., 2019):

Langkah 1. Model Logika Masalah

Langkah 1, yang didasarkan pada model PRECEDE (Green, 2005), adalah deskripsi yang cermat dari masalah yang akan memungkinkan perencanaan intervensi. Kelompok perencana program melakukan analisis kesehatan dan kualitas hidup, perilaku, dan kondisi lingkungan yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan secara langsung atau terhadap perilaku berisiko. Kelompok tersebut juga mengidentifikasi faktor (determinan) yang mempengaruhi perilaku berisiko dan kondisi lingkungan bermasalah yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan. Langkah ini membantu perencana membedakan antara perilaku, kondisi lingkungan, dan determinannya, membantu mereka mengartikulasikan dengan lebih baik dan mendokumentasikan perubahan yang diperlukan dan hasil yang diinginkan pada Langkah 2.

Langkah 2. Model Logika Perubahan

Pada Langkah 2, kelompok perencanaan mengartikulasikan perilaku promosi kesehatan yang diinginkan dan kondisi lingkungan. Kelompok tersebut kemudian menentukan tujuan kinerja (atau sub-perilaku) untuk kelompok berisiko dan bagi mereka yang bertanggung jawab untuk membuat perubahan di lingkungan. Kelompok perencanaan menetapkan tujuan kinerja yang memecah setiap perilaku dan kondisi lingkungan menjadi subkomponen dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan tertentu: "Apa yang perlu dilakukan orang tersebut untuk mencapai perilaku tersebut?" dan "Apa yang perlu dilakukan oleh agen lingkungan untuk menciptakan perubahan lingkungan?" Mereka kemudian mengidentifikasi faktor-faktor penentu perilaku mempromosikan kesehatan dan kondisi lingkungan dengan bertanya: "Mengapa seseorang melakukan perilaku ini?" dan "Mengapa seseorang membuat perubahan lingkungan ini?"

Untuk membuat keputusan tentang determinan penting yang harus ditargetkan dengan intervensi, IM memandu perencana melalui empat

proses inti (Bartholomew et al., 2016): (1) melibatkan perwakilan dari populasi target, pemangku kepentingan, dan pelaksana untuk brainstorming dalam kelompok perencanaan; (2) mencari melalui literatur empiris untuk determinan perilaku atau kondisi lingkungan; (3) mengidentifikasi dan menerapkan teori-teori terkait pada determinan-determinan yang mempengaruhinya; dan (4) melakukan penelitian kualitatif dan kuantitatif untuk menggali pertanyaan-pertanyaan yang belum terjawab. Dengan menggunakan informasi yang dihasilkan, kelompok perencanaan menetapkan prioritas dan memilih daftar akhir dari determinan yang akan ditargetkan (Crutzen et al., 2017). Kelompok kemudian membuat matriks tujuan perubahan melalui penggabungan tujuan kinerja dan determinan. Proses inti yang sama ini digunakan dalam setiap langkah proses IM.

IM memberikan panduan tentang bagaimana menggunakan teori untuk menginformasikan proses pengembangan. Kelompok perencanaan dapat mengidentifikasi teori yang sesuai dengan (1) mencari literatur tentang topik kesehatan, (2) mencocokkan ide dari proses brainstorming dengan konstruksi teoritis, dan (3) menerapkan teori yang sering digunakan (Buunk et al., 2021). Teori dapat memandu identifikasi determinan dan, selanjutnya, pemilihan metode (dalam Langkah 3) untuk mempengaruhi determinan ini. Misalnya, saat menjawab, "Mengapa seseorang melakukan perilaku ini?" kelompok perencanaan mungkin melakukan brainstorming, "Orang tersebut memiliki keyakinan bahwa dia bisa melakukannya," yang menunjuk pada konstruk teoretis "kemandirian diri" dalam teori kognitif sosial (Kelder et al., 2015). Pelabelan jawaban atas pertanyaan "mengapa", menggunakan konstruksi psikososial berbasis teori, mengarah pada pemilihan metode perubahan yang sesuai (misalnya, pemodelan).

Langkah 3. Desain Program

Pada Langkah 3, kelompok perencanaan mendiskusikan ide awal untuk program dan memilih metode perubahan perilaku berbasis teori dan bukti berdasarkan pada determinan yang perlu mereka ubah (Bartholomew et al., 2016). Sejumlah tinjauan sistematis dan meta-analisis program promosi kesehatan menunjukkan bahwa penggunaan yang wajar dari

metode berbasis teori meningkatkan efektivitas intervensi dalam mengubah perilaku (Albarracín et al., 2005; de Bruin et al., 2010; Fisher et al., 2002; Peters et al., 2013; Van Achterberg et al., 2011). Pada langkah ini, tujuan program disusun atau dikelompokkan berdasarkan determinan. Metode teoritis yang dapat membantu mencapai tujuan program diidentifikasi, dan kemudian diterjemahkan ke dalam aplikasi atau strategi praktis. Metode perubahan berbasis teori adalah teknik untuk mengubah penentu perilaku individu atau agen lingkungan, sedangkan aplikasi praktis adalah strategi khusus yang memberikan metode dengan cara yang sesuai dengan kebutuhan kelompok prioritas dan pengaturan program. Beberapa metode dapat digunakan untuk beberapa determinan, sementara yang lain hanya bekerja untuk determinan tertentu.

Ada minat yang berkembang dalam deskripsi sistematis intervensi promosi kesehatan, metode teoretisnya, dan faktor penentu metode ini diharapkan berubah. Abraham & Michie (2008) misalnya, menciptakan taksonomi *Behavior Change Technique* (BCT), yang digunakan untuk mengidentifikasi konten intervensi (Michie & West, 2013). IM menjelaskan parameter metode yang penting untuk mengidentifikasi metode yang berhasil dalam literatur dan untuk mengembangkan komponen intervensi (Kok & Ruiters, 2014). Misalnya, pemodelan hanya efektif jika diperkuat dan ketika pengamat memperhatikan, memiliki efikasi diri dan keterampilan yang memadai, mengidentifikasi dengan model, dan mengamati model koping (Kelder et al., 2015). Setiap metode teoretis memiliki kondisi efektivitasnya sendiri; misalnya, penetapan tujuan hanya efektif jika tujuan yang dipilih menantang tetapi dapat dicapai (Latham & Locke, 2007). Kebangkitan rasa takut membutuhkan harapan efikasi diri yang tinggi tentang perilaku (Peters et al., 2013), yang dapat menjadi sulit karena sifat kompleks dari sebagian besar pengaturan perubahan perilaku.

Langkah 4. Produksi Program

Pada Langkah 4, berbagai aplikasi yang dipilih pada Langkah 3 diatur dan diproduksi. Kelompok perencanaan program memutuskan keseluruhan struktur, tema, saluran, dan sarana program. Mereka merancang dan memproduksi materi yang relevan dan menarik secara budaya, bekerja dengan pemangku kepentingan lain, dan menguji coba

elemen program yang terkait. Kelompok perencanaan program bertanggung jawab untuk menerjemahkan metode teoretis ke dalam aplikasi praktis dengan benar, menggunakan parameter metode. Untuk tujuan ini, kelompok perencanaan program dan profesional produksi (penulis, produser video, seniman grafis) harus bekerja sama untuk memastikan bahwa produk akhir program menarik dan dapat diakses serta mencerminkan metode utama, aplikasi praktis, dan pesan yang dikembangkan selama proses perencanaan. Langkah 4 mencakup pra-pengujian dan memastikan pelaksanaan materi program yang efektif dan program yang sesuai dengan konteks dan populasi tertentu. Biasanya, selama pretesting maka dinilai berbagai hal termasuk pemahaman, daya tarik, penerimaan, kepercayaan, motivasi, dan indikasi awal efektivitas, dan rekomendasi untuk perbaikan juga disediakan. Pretesting harus dilakukan setelah konsep dan desain pesan serta pengembangan materi tetapi sebelum materi diselesaikan (Brown et al., 2008; Escalada, 2007). Ini dapat dilakukan dengan menggunakan desain penelitian eksperimental (Whittingham et al., 2008), FGD maupun wawancara terstruktur.

Langkah 5. Rencana Pelaksanaan Program

Program pendidikan dan promosi kesehatan yang efektif dapat kehilangan dampaknya jika tidak digunakan sebelum dampak kesehatan yang diinginkan tercapai (Brownson et al., 2015; Durlak & DuPre, 2008; Rogers et al., 2014). IM menyediakan proses sistematis untuk pengembangan strategi implementasi baik untuk penggunaan awal program atau untuk peningkatan dan penyebaran program berbasis bukti yang telah dikembangkan dan diuji. Penggunaan IM untuk mengembangkan strategi implementasi memberikan artikulasi yang jelas tentang mekanisme yang terkandung dalam strategi ini dan kesenjangan dalam literatur ilmu implementasi (Davies et al., 2010; Powell et al., 2017; Proctor & BJ, 2013). Langkah 5 memandu pengembangan pendekatan implementasi, juga dikenal sebagai strategi atau intervensi. Langkah ini memandu kelompok perencanaan melalui pemikiran tentang adopsi, implementasi, dan pemeliharaan serta siapa yang harus melakukan apa pada setiap tahap ini dan mengapa. Memahami faktor-faktor yang

mempengaruhi implementasi sangat penting untuk pemilihan metode dalam mengatasi faktor-faktor ini.

Pelaksana program adalah orang-orang yang bertanggung jawab atas penyampaian program dan dapat mencakup pemimpin organisasi yang bertanggung jawab untuk adopsi dan pemeliharaan program serta mereka yang bertanggung jawab atas penyampaian materi dan kegiatan program kepada peserta. Misalnya, perawat akan mempresentasikan program kepada pasien, dan guru akan menyampaikan program pendidikan kesehatan kepada siswa. Orang lain dalam organisasi atau lingkungan, meskipun mereka bukan pelaksana program, mungkin bertanggung jawab untuk membuat keputusan tentang apakah program tersebut diadopsi atau tidak dan untuk mengidentifikasi individu yang akan menyampaikan program tersebut. Misalnya, kepala sekolah mungkin tidak menyampaikan kurikulum pendidikan kesehatan; namun, dukungan mereka untuk adopsi dan pemeliharaan program sangat penting.

IM Langkah 5 dapat digunakan tidak hanya untuk merencanakan implementasi saat pertama kali suatu program dikembangkan dan digunakan, tetapi juga dapat digunakan untuk mengembangkan rencana guna meningkatkan dan menyebarkan intervensi berbasis bukti yang ada. Kelompok perencanaan program dapat mengatasi determinan pribadi pelaksana program, seperti harapan pengetahuan dan hasil untuk program dan *self-efficacy* untuk memberlakukan kegiatan program di tingkat individu dengan metode, seperti komunikasi persuasif dan pemodelan. Namun, implementasi hampir selalu melibatkan perubahan organisasi, yang berarti kelompok perencanaan program juga harus menerapkan metode di tingkat lingkungan (Rütten et al., 2009; Weiner et al., 2009).

Langkah 6. Rencana Evaluasi

Evaluasi efek dan proses akan memverifikasi tujuan yang dipilih pada Langkah 2 dan 5 telah tercapai, dan perlu direncanakan dengan hati-hati. Langkah-langkah IM sebelumnya membantu menginformasikan rencana evaluasi karena perilaku, lingkungan, sub-komponennya, dan determinannya dijabarkan dengan jelas Fernandez, Ten Hoor, et al (Fernandez, Ten Hoor, et al., 2019) menjelaskan penggunaan pemetaan

Intervensi untuk merencanakan strategi implementasi yakni sebuah proses yang disebut pemetaan Implementasi .

Pemetaan Intervensi secara empiris

Fernandez, Ten Hoor, et al (Fernandez, Ten Hoor, et al., 2019) dan Fernandez et al (2021) memberikan contoh penerapan IM pada berbagai topik. Ada beberapa contoh penggunaan IM untuk pengembangan intervensi *eHealth*. Shegog & Begley (2017) menggunakan IM, melibatkan kelompok perencanaan yang beragam dan kelompok penasihat penyedia layanan bagi pasien untuk mengembangkan alat pendukung keputusan (DST) guna meningkatkan manajemen diri di antara pasien epilepsi dan penyedia perawatan. Alat ini digunakan untuk meningkatkan kesadaran dan kemandirian perilaku manajemen diri di antara pasien epilepsi dan penyedia layanan kesehatan dan untuk meningkatkan komunikasi selama kunjungan klinik.

Pot et al (2018) menyajikan penerapan IM dalam pengembangan berbasis web, intervensi disesuaikan untuk mempromosikan penerimaan vaksinasi HPV. Dalam studi mereka, ibu adalah kelompok sasaran dan secara sistematis terlibat dalam proses pembangunan. Para ibu bersikap ambivalen tentang vaksinasi HPV, dan intervensi berfokus pada pengambilan keputusan yang terinformasi. Kebutuhan, hasil perilaku, dan determinan yang ditargetkan secara hati-hati termasuk contoh, dan matriks penuh tujuan perubahan ditemukan dalam materi tambahan. Intervensi web menggabungkan kebebasan memilih dengan *tunneling* dan asisten virtual yang memberikan umpan balik. Intervensi telah diuji coba.

Serra et al (2017) menerapkan IM untuk merencanakan intervensi dalam meningkatkan skrining kanker kolorektal (CRCS) di Puerto Rico. Penulis mengembangkan penilaian kebutuhan yang mencakup tinjauan faktor-faktor yang mempengaruhi CRCS dengan mempertimbangkan preferensi kelompok sasaran, dan mengumpulkan data. Mereka menggambarkan tujuan pada tingkat perilaku (tujuan kinerja) dan penentu (tujuan perubahan). Materi intervensi termasuk aplikasi berbasis tablet interaktif, materi cetak, rencana aksi, dengan panggilan telepon sebagai tindak lanjut untuk menentukan dan mengatasi hambatan yang tersisa.

Fassier et al (2018) menjelaskan penggunaan IM dalam pengembangan intervensi untuk membantu penderita kanker payudara di Prancis untuk bias kembali bekerja setelah perawatan. Penulis menekankan pentingnya mengambil perspektif ekologi untuk perencanaan dan mencatat bahwa IM dapat membantu mengidentifikasi dan mendokumentasikan pengaruh interpersonal, organisasi, komunitas, dan sosial. Mereka juga menjelaskan perkembangan kelompok yang mencakup beragam pemangku kepentingan yang membantu mengidentifikasi prioritas, dan kondisi lingkungan yang memengaruhi kembalinya pekerjaan. Makalah ini memberikan contoh penggunaan IM pada tahap awal pengembangan program untuk memahami masalah di berbagai tingkat, mengembangkan model logika perubahan, dan memandu penilaian.

Ten Hoor et al (2017) menggunakan IM dalam mengembangkan intervensi untuk mencegah obesitas di kalangan remaja Belanda. Menggunakan pendekatan sosioekologi yang mendasari proses IM, mereka mengidentifikasi kontributor penting untuk aktivitas fisik dalam konteks sosial remaja, yang didasarkan pada determinasi sosial dan teori perbandingan sosial. Mereka juga memperluas teori peluang (TEO) untuk aktivitas fisik seperti penggabungan latihan beban ke dalam program aktivitas fisik berbasis sekolah. Makalah ini adalah contoh bagaimana IM dapat membantu dalam memasukkan unsur-unsur dari perspektif teoretis yang berbeda untuk menginformasikan pengembangan program.

Vissenberg et al (2017) menggunakan IM untuk mengembangkan intervensi berbasis jaringan sosial untuk manajemen diri diabetes yang ditargetkan untuk keluarga Belanda, Suriname, Maroko, dan Turki yang tinggal di Belanda. Para penulis mencatat bahwa tantangan yang mendasari perilaku manajemen diri di antara populasi ini adalah faktor budaya dan status sosial ekonomi. Sejalan dengan IM, mereka merekomendasikan keterlibatan yang lebih besar dari populasi prioritas dan pemangku kepentingan lainnya dalam proses perencanaan. Artikel ini memberikan contoh model logika yang diturunkan dari proses IM.

Mester et al (2018) menggunakan IM untuk menganalisis intervensi yang efektif untuk mempromosikan pemberian ASI pada bayi yang berisiko

asma. Para penulis mencatat bahwa literatur menyarankan determinan demografis, biologis, dan sosial tertentu pada tiga periode waktu: pranatal, inisiasi pascakelahiran, dan kelanjutan pascakelahiran. IM digunakan untuk menggambarkan kinerja dan untuk mengembangkan tujuan perubahan. Faktor lingkungan termasuk pasangan ibu (suami). Mester et al (Mesters et al., 2018) memberikan contoh bagaimana proses penulisan tujuan kinerja dapat memaksa perencana program untuk menjelaskan secara rinci tindakan yang diperlukan, yang pada akhirnya mengarah pada konten penting dan strategi efektif dengan menyertakan pasangan ibu (suami). Evaluasi program menunjukkan bahwa hal itu menghasilkan perubahan perilaku yang positif.

F. Matriks kajian literature

Tabel 2.1 Matriks kajian literature yang relevan

No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil
1	Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. <i>Child Abuse and Neglect</i> , 38(2), 317–325. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001	Mengkaji peran orang tua dalam penyesuaian psikologis anak dengan korban pelecehan seksual.	Analisis Jalur	Orang tua yang tidak memberikan dukungan terhadap korban pelecehan seksual pada anak dilaporkan memiliki hubungan yang lebih tinggi terhadap gejala psikologis dan penyesuaian yang buruk terhadap anak.
2	Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. <i>Journal of Pediatric Psychology</i> , 31(4), 413–419.	Menggambarkan Pertumbuhan Pasca Trauma setelah kelangsungan hidup anak dengan kanker	Retrospektif	Mayoritas remaja, ibu serta ayah melaporkan PTG setelah melalui ancaman hidup (menderita kanker)
3	Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> , 76(1), 65–69.	Mengidentifikasi perubahan positif yang dihasilkan dari perjuangan terhadap trauma pada anak yang mengalami badai Floyd dan banjir.	Retrospektif	Lingkungan sosial yang mendukung dan pemikiran ruminatif berhubungan dengan keyakinan dan perubahan yang positif

No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil
4	Hafstad, G. S., Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2011). Posttraumatic adjustment and posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents to the 2004 Tsunami. <i>Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy</i> , 3(2), 130–138.	Menyelidiki karakteristik lingkungan keluarga dengan pertumbuhan pasca trauma pada anak dan remaja yang terkena tsunami di Thailand	Prospektif longitudinal	Unsur – unsur fungsi orang tua dapat mempengaruhi adaptasi positif anak -anak setelah bencana
5	Yu, X., Lau, J. T. F., Zhang, J., Mak, W. W. S., Choi, K. C., Lui, W. W. S., & Chan, E. Y. Y. (2010). Posttraumatic growth and reduced suicidal ideation among adolescents at month 1 after the Sichuan Earthquake. <i>Journal of Affective Disorders</i> , 123(1–3), 327–331.	Menyelidiki pertumbuhan pasca trauma dan mengurangi ide bunuh diri di kalangan remaja Cina pada satu bulan setelah terjadinya gempa Shicuan	Retrospektif	Dukungan yang diberikan oleh guru, isi laporan media mengurangi ide bunuh diri kalangan remaja
6	Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. <i>Clinical Psychology Review</i> , 31(6), 949–964.	Menguji hubungan Post Traumatic Growth (PTG) dengan variabel yang relevan termasuk karakteristik lingkungan, respon distress, proses sosial dan proses psikologis, demografis.	Tinjauan sistematis	Variabel karakteristik lingkungan, respon distress, proses sosial dan proses psikologis, demografis mempunyai korelasi positif terhadap PTG
7	McElheran, M., Briscoe-Smith, A., Khaylis, A., Westrup, D., Hayward, C., & Gore-Felton, C. (2012). A conceptual model of	Menggambarkan model konseptual pertumbuhan pasca	Menyajikan model pertumbuhan pasca trauma dengan	Penelitian telah memberikan bukti

No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil
	post-traumatic growth among children and adolescents in the aftermath of sexual abuse. <i>Counselling Psychology Quarterly</i> , 25(1), 73–82.	trauma pada anak – anak dan remaja pasca pelecehan seksual	mempertimbangkan faktor sosial, psikologis dan kognitif.	empiris untuk mendukung model di antara orang dewasa dan anak yang selamat dari beragam jenis trauma.
8	Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., & Taku, K. (2009). Use of the revised posttraumatic growth inventory for children. <i>Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies</i> , 22(3), 248–253.	Untuk menggambarkan Post Traumatic Growth pada anak – anak yang terkena dampak badai katrina	Menginventarisasi pertumbuhan pasca trauma pada anak – anak (PTG C-R) yang dinilai pada titik rentang waktu T1 (12 bulan), dan (T2) 22 bulan pasca trauma	Temuan menunjukkan bahwa PTGI-C-R dapat membantu upaya untuk memahami tanggapan anak-anak pascatrauma
9	Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> , 76(1), 65–69.	Memperluas model pertumbuhan pasca trauma yang dihasilkan dari perjuangan dengan trauma, pada anak-anak dengan mengeksplorasi konstruksi di antara anak-anak yang mengalami Badai Floyd dan banjir berikutnya.	Mengeksplorasi hipotesis hubungan antara PTG dan dukungan sosial, keyakinan kompetensi, dan pemikiran ruminatif.	Hasil menunjukkan bahwa keyakinan kompetensi berhubungan dengan PTG dan bahwa lingkungan sosial yang mendukung dan pemikiran ruminatif berhubungan dengan keyakinan kompetensi yang positif. Berlawanan dengan harapan, dukungan sosial tidak berhubungan dengan perenungan.

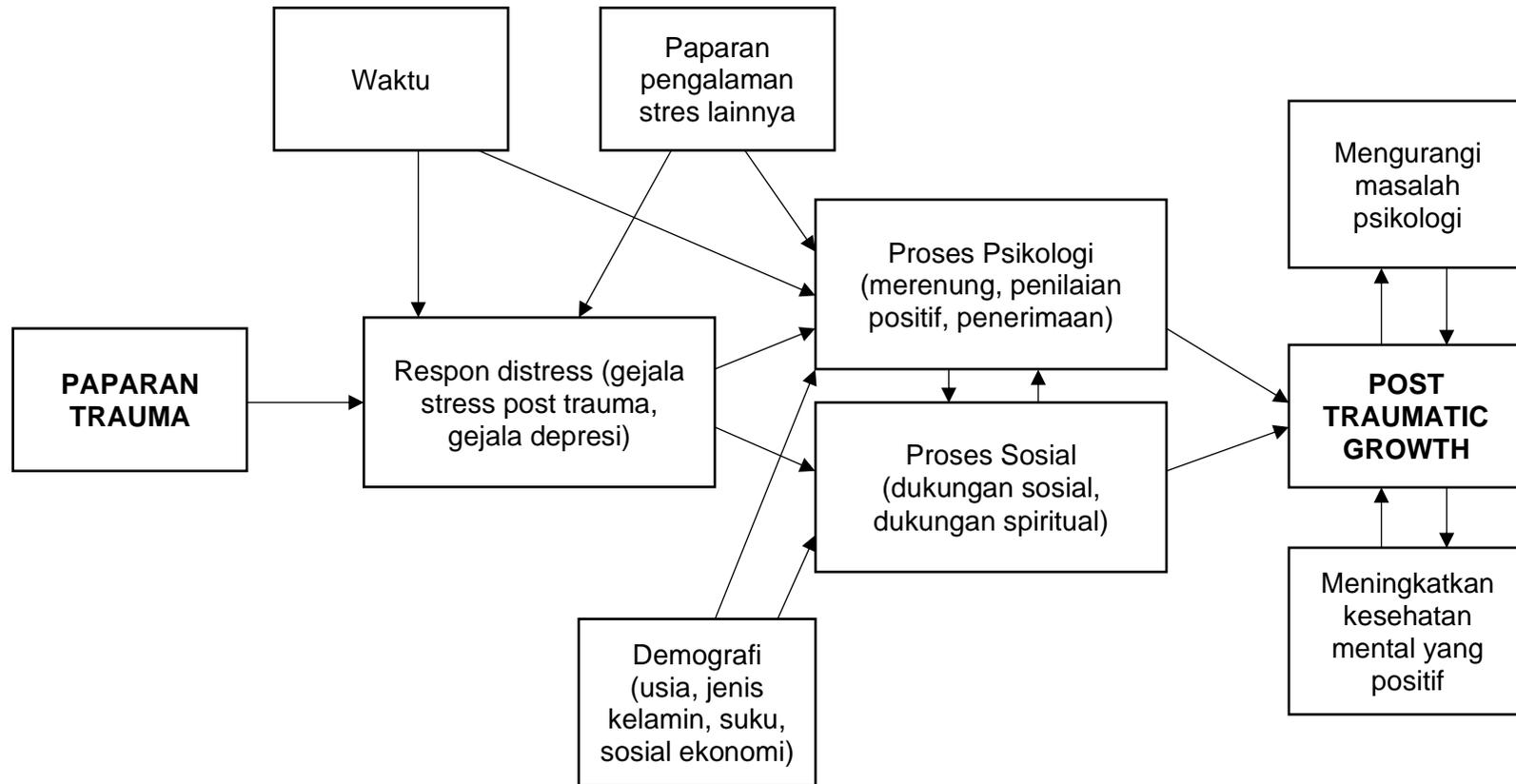
No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil
10	Kunst, M. J. J. (2011). Affective personality type, post-traumatic stress disorder symptom severity and post-traumatic growth in victims of violence. <i>Stress and Health</i> , 27(1), 42–51.	Mengeksplorasi hubungan diferensial antara tipe kepribadian afektif, tingkat keparahan gejala gangguan stres pasca-trauma (PTSD), dan pertumbuhan pasca-trauma (PTG) pada korban kekerasan	Semua korban yang memenuhi syarat untuk berpartisipasi diundang untuk mengisi kuesioner internet tentang tipe kepribadian afektif, keparahan gejala PTSD, dan PTG	Hasil penelitian menunjukkan bahwa gaya kepribadian destruktif diri dan afektif tinggi sangat terkait dengan peningkatan keparahan gejala PTSD. Tipe kepribadian afektif tinggi ditemukan sebagai satu-satunya prediktor PTG yang signifikan.
11	Rahayu, D. (2016). Posttraumatic growth korban kekerasan pada anak dan remaja (studi di kota Samarinda). <i>Journal of Psychology & Humanity</i> .	Mengetahui bagaimana Posttraumatic Growth pada remaja korban kekerasan di Kota Samarinda, serta Faktor-faktor apa saja yang berhasil membuat mereka mampu menjadi remaja hidup berdampingan dengan pengalaman traumatik?	Metode kualitatif dengan wawancara terstruktur dan observasi.	Hasil dan Pembahasan wawancara mendalam dan observasi yang dilakukan di shelter diperoleh subjek yang memenuhi kriteria PTG selanjutnya diperoleh bahwa untuk mencapai PTG terdapat beberapa faktor antara lain trauma exposure, social support, attachment style orang tua dan keterbukaan individu untuk bercerita baik secara lisan maupun tulisan saat konseling.

No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil
12	Asgari, Z., & Naghavi, A. (2019). Explaining post-traumatic growth: Thematic synthesis of qualitative research. <i>Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology</i> , 25(2), 222–234. https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.222	Penelitian ini bertujuan untuk menggunakan pendekatan sintesis tematik untuk menanggapi pertumbuhan pasca trauma	Tinjauan sistematis	Setelah menganalisis hasil penelitian, tiga tema utama dan 7 kategori Diperoleh Tema pertama adalah reaksi terhadap trauma dengan kategori emosi primer; tema kedua adalah persyaratan untuk memulai PTG dengan dua kategori termasuk waktu dan realitas ; dan tema ketiga adalah munculnya pertumbuhan pasca trauma dengan empat kategori termasuk-perkembangan individu, sosial, psikologis, dan spiritual
13	Khursheed, M., & Shahnawaz, M. G. (2020). Trauma and Post-traumatic Growth: Spirituality and Self-compassion as Mediators Among Parents Who Lost Their Young Children in a Protracted Conflict. <i>Journal of Religion and Health</i> , 59(5), 2623–2637. https://doi.org/10.1007/s10943-020-00980-2	Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk menguji apakah spiritualitas dan self-compassion memediasi hubungan antara trauma dan PTG.	Skala Duka Traumatik Prigerson et al. (dalam Am J Psychiatry 154:616–623, 1997), Skala Spiritualitas Harian (Underwood dan Teresi, Ann Behav Med 24(1):22–33, 2002), Skala Welas Asih (Raes et al., Clin Psychol Psychoth 18:250–255, 2011), dan PTG	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan langsung yang signifikan antara trauma dengan PTG; namun, baik jalur tidak langsung (trauma, spiritualitas, dan PTG serta trauma, self-compassion, dan PTG) ditemukan signifikan.

No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil
			Inventory (Tedeschi and Calhoun, J Trauma Stress 9(3):455–471, 1996) masing-masing digunakan untuk mengukur trauma, spiritualitas, self-compassion, dan PTG.	
14	Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. <i>European Journal of Trauma & Dissociation</i> , 5(4), 100195.	Untuk mengetahui faktor apa saja yang berpengaruh terhadap PTG	Tinjauan sistematis	Beberapa faktor yang mendorong PTG termasuk berbagai emosi negatif, pemrosesan kognitif atau perenungan, strategi koping positif (misalnya penilaian ulang positif), ciri-ciri kepribadian (misalnya keramahan), mengalami berbagai sumber trauma, sentralitas peristiwa, ketahanan, dan tindakan pertumbuhan. Faktor lainnya adalah mediator PTG daripada influencer langsung (misalnya, mencari dukungan sosial, koping, dukungan sosial, optimisme, dll.).

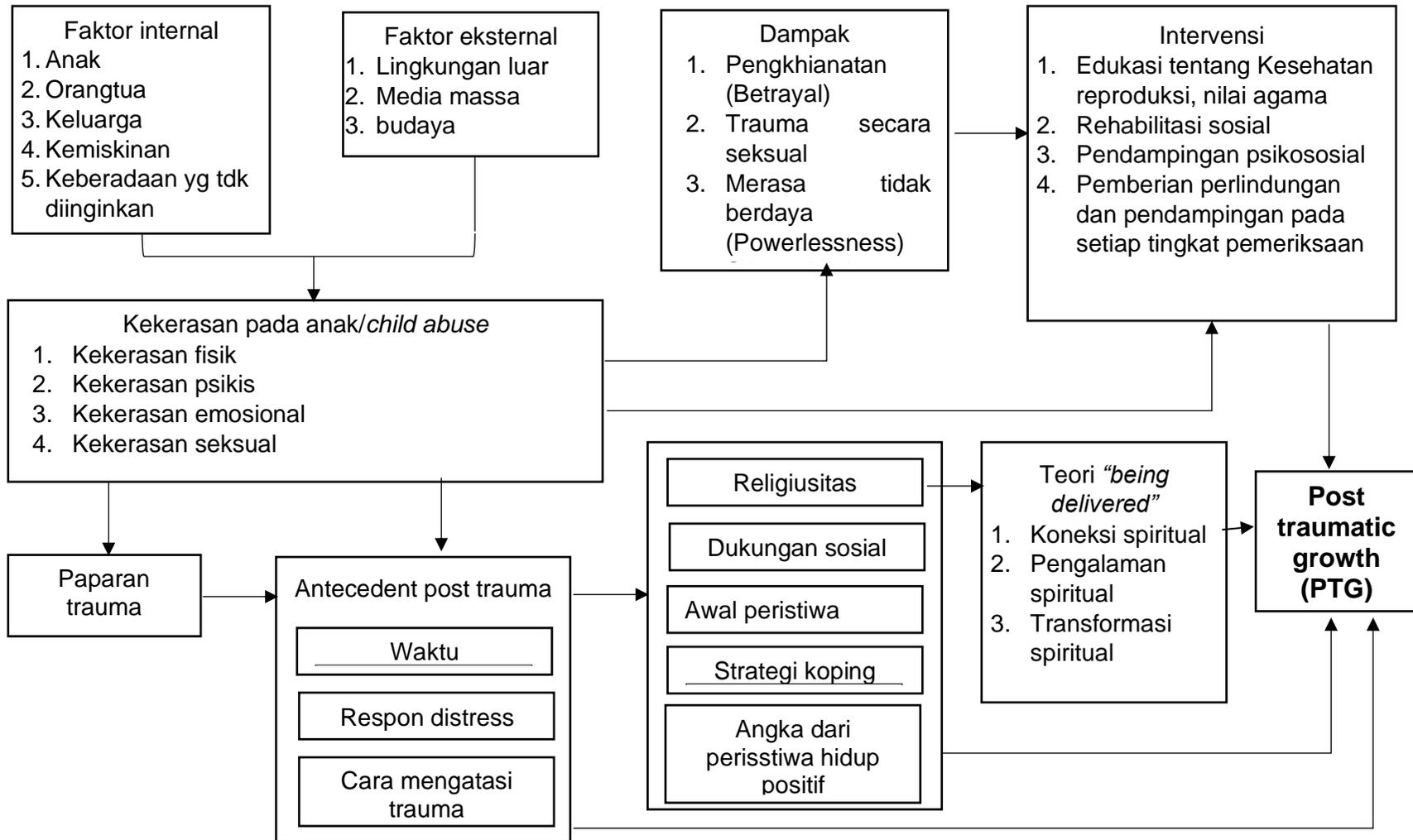
No.	Penulis, judul	Tujuan	Metode	Hasil

G. Model Konseptual *Posttraumatic Growth* pada anak



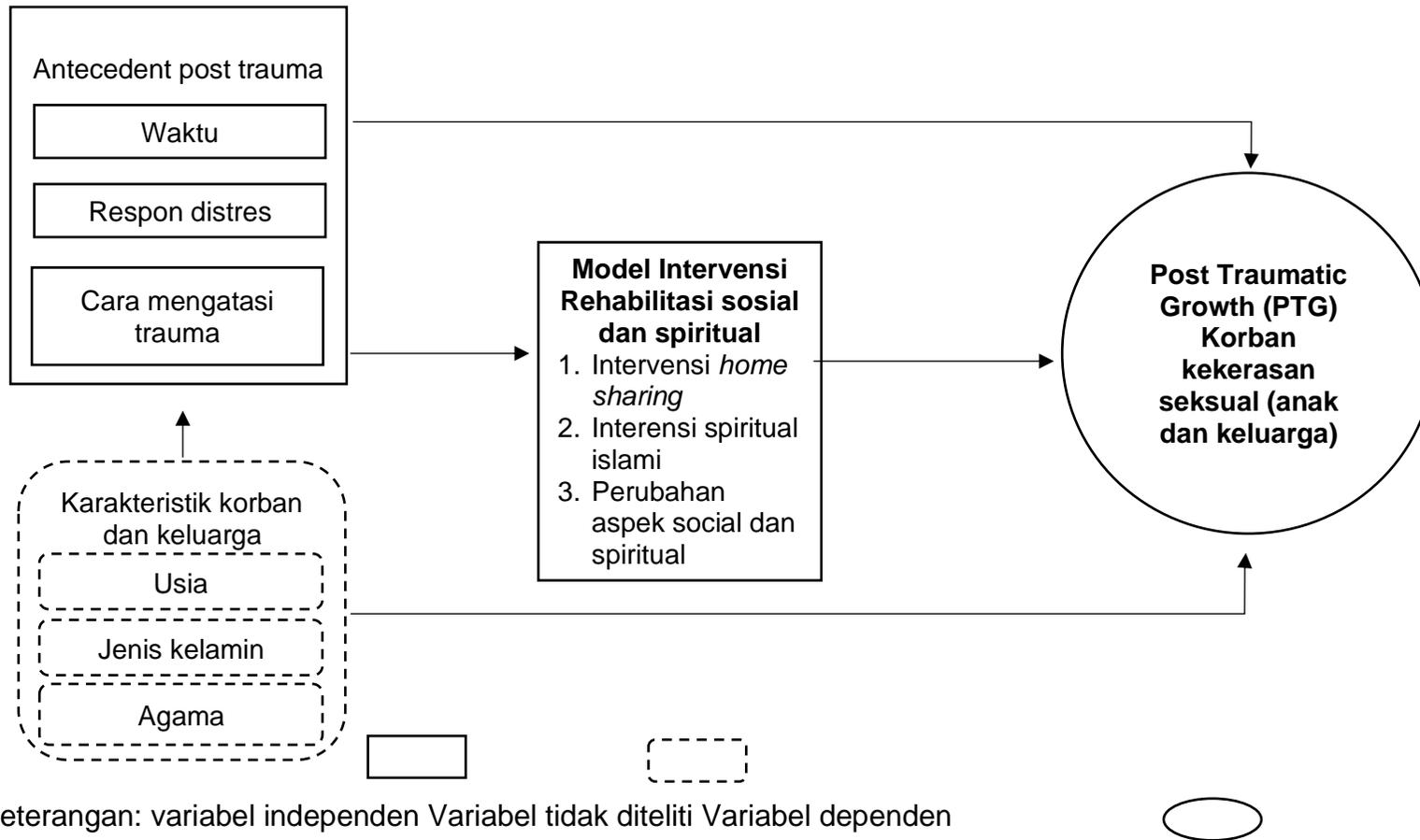
Gambar 2.5 Kerangka teori model *posttraumatic growth* (Meyerson et al., 2011)

H. Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka teori (Meyerson et al., 2011); Being Delivered tentang spiritualitas pada korban kekerasan seksual (Knapik, 2008)

G. Kerangka Konsep



Gambar 2.7 Kerangka konsep penelitian

I. Definisi Operasional

Tabel 2.2 Definisi operasional

Variabel	Definisi	Cara pengukuran	Skala data	Hasil Ukur
Variabel independen				
Antecedent post trauma	Peristiwa kekerasan seksual yang terjadi sebelum anak dan keluarga mengalami trauma meliputi waktu kejadian, respon distres sesaat setelah peristiwa terjadi dan pada saat ini serta cara anak dan keluarga mengatasi trauma.	Diukur menggunakan pedoman <i>focus group discussion</i> (FGD) dengan melibatkan beberapa kalangan yaitu: 1) kelompok korban (anak dan keluarga); 2) pekerja sosial; 3) tokoh agama; 4) tokoh masyarakat	-	
Model Penanganan Post Trauma	Pendekatan terstruktur dalam meningkatkan perkembangan korban kekerasan seksual melalui intervensi social dan spiritual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman rehabilitasi sosial dan spiritual untuk anak 2. Pedoman rehabilitasi sosial dan spiritual untuk keluarga 	Rasio	
Variabel dependen				
<i>Post Traumatik Growth</i> (PTG)	Kondisi perkembangan anak dan keluarga kearah positif (bangkit dan melewati rasa trauma) pasca anak mengalami peristiwa kekerasan seksual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. PTG anak diukur menggunakan kuesioner <i>Posttraumatic Growth Inventory for Children-Revised</i> (PTGI-CR) (Kilmer et al., 2009). Terdiri dari 10 pernyataan. 2. PTG keluarga diukur menggunakan <i>Posttraumatic Growth Inventory-Short Form</i> (PTGI-SF) (Cann et al., 	Rasio	<ol style="list-style-type: none"> a. Menurun: Skor pre lebih besar dari skor post b. Meningkatkan: Skor pre lebih kecil dari skor post c. Menetap: Skor pre sama dengan skor post

Variabel	Definisi	Cara pengukuran	Skala data	Hasil Ukur
		2010). Terdiri dari 10 pernyataan.		

J. Hipotesis

Terdapat pengaruh model penanganan post trauma melalui rehabilitasi sosial dan spiritual terhadap *post traumatic growth* (PTG) korban kekerasan seksual pada anak berbasis keluarga di Kabupaten Bulukumba.