

GAMBARAN KESEHATAN MENTAL REMAJA YANG TERPAPAR KDRT

Lelita Larashati¹ & Naomi Soetikno²

¹Program Studi Magister Psikologi, Universitas Tarumanagara, Jakarta

Email: lelita.717172001@stu.untar.ac.id

²Fakultas Psikologi, Universitas Tarumanagara, Jakarta

Email: naomis@fpsi.untar.ac.id

Masuk : 11-12-2019, revisi: 16-07-2022, diterima untuk diterbitkan : 23-07-2023

ABSTRACT

Domestic violence is recognized as a cause of psychological disorders in victims, perpetrators, and their children. Literature reviews indicate that the negative effects of domestic violence adversely impact development during childhood and adolescence. However, most studies focus primarily on victims and perpetrators, leaving research on the psychological conditions of adolescents who witness domestic violence limited. Although children may not be direct victims of violence, exposure to such violence has been reported to potentially lead to behavioral disturbances in adolescents. Therefore, this study aims to provide a specific overview of the mental health of adolescents exposed to domestic violence. This research employs a quantitative approach with purposive sampling methods. The instruments used are the Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed at them (HITS) scale to assess the types and frequency of domestic violence, as well as the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) to measure the mental health of the subjects. A total of 50 samples were successfully collected, comprising 15 males (30%) and 35 females (70%). The findings reveal that the 50 participants, aged between 15 and 19 years, exhibit indications of depression, anxiety, and/or stress disorders, with anxiety disorders being the most commonly identified among the participants. This study presents a descriptive analysis based on 50 participants without in-depth testing of correlations and a comprehensive population analysis.

Keyword: *domestic violence, depression, anxiety, stress, adolescent*

ABSTRAK

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) dikenal sebagai penyebab gangguan psikologis pada korban, pelaku dan anak-anak mereka. Studi literatur menunjukkan bahwa efek negatif dari KDRT memiliki dampak buruk pada perkembangan di masa kanak-kanak dan remaja. Namun, sebagian besar studi berfokus pada korban dan pelaku. Penelitian terkait kondisi psikologis remaja yang menyaksikan KDRT ditemukan masih cukup terbatas. Padahal, meskipun anak tidak menjadi korban langsung dari Tindakan KDRT, paparan terhadap KDRT dilaporkan tetap berpotensi membuat remaja menunjukkan gangguan perilaku. Karena itu, penelitian ini dilakukan untuk melihat gambaran kesehatan mental remaja yang terpapar KDRT secara spesifik. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode pengambilan sampel *purposive sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah skala *Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed at them* (HITS) untuk melihat gambaran tipe dan frekuensi KDRT, serta *Depression Anxiety Stress Scales-21* (DASS-21) untuk mengukur kesehatan mental subjek. Data yang berhasil dikumpulkan berjumlah 50 sampel dengan rincian 15 orang berjenis kelamin laki-laki (30%) dan 35 orang berjenis kelamin perempuan (70%). Hasilnya, 50 partisipan yang memiliki rentang usia 15 hingga 19 tahun menunjukkan indikasi gangguan depresi, kecemasan dan stress. Gangguan kecemasan merupakan gangguan yang paling banyak ditemukan pada partisipan. Penelitian ini hanya memberikan gambaran berdasarkan 50 orang partisipan, tanpa pengujian mendalam terhadap korelasi dan populasi secara menyeluruh.

Kata kunci: Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT), depresi, kecemasan, stres, remaja

1. PENDAHULUAN

Menurut Olson dan DeFrain (2003), pernikahan adalah sebuah komitmen emosional dan hukum dalam kehidupan sepasang individu. Data survei Waite dan Gallagher (2000, dalam Olson & DeFrain, 2003) menyimpulkan bahwa banyak orang memilih untuk menikah karena banyaknya keuntungan pernikahan. Hal tersebut diukur dari aspek kebahagiaan terbesar yang ditemukan pada kelompok orang-orang yang sudah menikah. Namun, pada kenyataannya, data pengadilan agama mencatat 245.548 kasus kekerasan dalam pernikahan terhadap istri yang berakhir dengan perceraian (Lestari, 2017). Sumber yang sama mencatat 903 dari 1022 kasus yang diajukan ke

Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) merupakan kasus kekerasan rumah tangga.

Kekerasan Dalam Rumah Tangga atau yang sering disingkat menjadi KDRT didefinisikan sebagai perilaku menyakiti dengan dampak fisik, seksual atau psikologis dalam keluarga. Perilaku yang dimaksud meliputi perilaku agresi secara fisik, hubungan seksual secara paksa, kekerasan secara psikologis dan perilaku mengontrol (Heise & Garcia-Moreno, 2002 dalam Onanubi et al. 2017). Dalam Undang-Undang Republik Indonesia (UU RI) No. 23 tahun 2004, KDRT diartikan sebagai perbuatan terhadap seseorang, terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga. Menurut Gibbons (2011), secara umum, tanda-tanda seseorang mengalami KDRT dapat dilihat dari bekas luka-luka atau memar (secara fisik), sikap panik/takut/cemas (secara psikologis), tanda-tanda kekerasan seksual, dan kecenderungan pasangan yang sangat obsesif.

Beberapa studi literatur membuktikan bahwa meskipun laki-laki dapat mengalami KDRT, perempuan lebih sering dilaporkan menjadi korban dan menderita dampak dari KDRT. Johnson dan Leone (2000, dalam Johnson & Ferraro, 2000) menuliskan bahwa perempuan yang menjadi korban KDRT sering kali mengalami efek negatif seperti luka-luka, cacat fisik, dan permasalahan psikologis yang meliputi trauma, stress, depresi, dan hilangnya percaya diri. Hal ini dipandang sangat memprihatinkan karena selain memberikan dampak pada dirinya sendiri, perempuan yang mengalami KDRT juga dapat menyebabkan dampak gangguan mental dan perilaku pada anak. Menurut Hooker et al. (2016), perempuan yang mengalami KDRT memiliki kemampuan mengasuh yang kurang efektif dan hubungan negatif terhadap anak. Padahal, dalam masa perkembangan anak dan remaja, kasih sayang orangtua, khususnya ibu, menjadi faktor kebutuhan utama yang menolong anak dan remaja dari gangguan kesehatan mental dan fisik (Chen et al., 2017). Tidak hanya secara tidak langsung, KDRT terbukti memiliki pengaruh langsung terhadap kesehatan anak dan remaja. Anak dan remaja yang terpapar KDRT dilaporkan mengalami risiko yang lebih tinggi untuk memiliki gangguan dari perlakuan penganiayaan yang mereka terima atau lihat (Finkelhor et al., 2013). Anak-anak dan remaja yang menjadi saksi KDRT juga menunjukkan gangguan perilaku (Brockie et al., 2015) dan memiliki kemungkinan besar untuk tumbuh menjadi pelaku atau korban dari KDRT (Onanubi et al., 2017).

Secara perkembangan, remaja tergolong pada rentan usia 14-19 tahun dan memiliki karakteristik di mana seorang anak berusaha mencari identitas dirinya sendiri (Papalia et al., 2009). Perubahan fisik, emosi dan identitas sosial remaja menjadi faktor pemicu stress yang dapat ditanggulangi dengan hubungan relasi keluarga. Sebaliknya, relasi keluarga yang penuh dengan konflik dan kekerasan menghasilkan kesehatan yang buruk semasa hidup anak atau remaja (Chen et al., 2017). Menurut Collins & Laursen, (2004 dalam Chen et al., 2017), kebutuhan akan relasi keluarga yang masih muncul pada masa remaja meliputi: (a) kebutuhan akan orang tua, khususnya ibu, sebagai sosok pemberi kasih sayang utama; (b) kebutuhan akan keberadaan orang tua sebagai sumber kenyamanan di masa stres; dan (c) kebutuhan akan keberadaan orang tua sebagai sumber monitoring perilaku eksternal.

Menilik besarnya pengaruh KDRT pada anak dan remaja, peneliti melakukan studi literatur dan menemukan bahwa sebagian besar artikel jurnal penelitian KDRT berfokus kepada korban atau pelaku. Meskipun beberapa literatur menyebutkan dampak negatif dari pemaparan KDRT terhadap anak dan remaja, penelitian yang menggambarkan kondisi kesehatan mental mereka

secara spesifik masih terbatas. Sebagai tanggapan terhadap teori perkembangan, dampak KDRT, dan minimnya data penelitian yang ada, peneliti bermaksud untuk melihat gambaran kesehatan mental remaja yang terpapar KDRT.

2. METODE PENELITIAN

Partisipan Penelitian

Kriteria subjek penelitian ini adalah remaja berusia 14 hingga 19 tahun dan memiliki orang tua yang melakukan KDRT kepada pasangannya. Pemilihan subjek penelitian dilakukan dengan metode *purposive sampling* yang berarti peneliti memilih sampel dengan kategori dan tujuan tertentu. Sementara itu, jumlah sampel yang didapatkan merupakan jumlah di atas jumlah minimal sampel penelitian menurut Anastasi dan Urbina (1997), yaitu di atas 30 sampel. Kuesioner disebar menggunakan Google Form dengan jumlah sampel akhir yang terkumpul sebanyak 50 sampel.

Instrumen Penelitian

Untuk melihat gambaran tipe dan frekuensi KDRT yang disaksikan subjek, peneliti menggunakan skala *Hurt, Insulted, Threatened with harm, and Screamed at them* (HITS) (Sherin et al., 2003). Pertanyaan yang terdapat pada skala HITS meliputi: (a) Seberapa sering orang tua anda menyakiti pasangannya secara fisik; (b) Seberapa sering orang tua anda menghina atau merendahkan pasangannya; (c) Seberapa sering orang tua anda mengancam pasangannya dengan kekerasan; (d) Seberapa sering orang tua anda berteriak atau memaki pasangannya.

Untuk mengukur kesehatan mental subjek, peneliti menggunakan skala *Depression Anxiety Stress Scales-21* (DASS-21). DASS-21 merupakan versi lebih singkat dari DASS-42 (Lovibond & Lovibond, 1995) yang mengukur depresi, kecemasan dan stres. DASS-21 memiliki nilai reabilitas dan validitas yang baik dilihat dari *internal consistency reliability* dengan Alpha Cronbach skala total 0.93 (Rambod dkk, 2018) dan *convergent validity* mendekati nilai 1 (Tearne dkk, 2016). Peneliti juga melakukan uji reabilitas alat ukur DASS-21 melalui *internal consistency*. Hasil *Cronbach's alpha* yang ditemukan meliputi; 0.911 untuk depresi, 0.852 untuk kecemasan, dan 0.893 untuk stres. Ketiga domain tersebut memiliki *internal consistency* yang tinggi dilihat dari skor yang mendekati nilai 1, sehingga peneliti memutuskan untuk melanjutkan penelitian gambaran dampak pemaparan KDRT terhadap kesehatan mental remaja menggunakan alat ukur DASS-21. Beberapa contoh butir DASS-21 meliputi: (a) Saya merasa hidup itu tidak berarti; (b) Saya merasa takut tanpa alasan yang baik; dan (c) Saya tidak toleran terhadap apa pun yang membuat saya tidak bisa melanjutkan apa yang sedang saya lakukan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran partisipan penelitian pertama terlihat dari jenis kelamin partisipan. Berdasarkan data yang diperoleh dari 50 orang partisipan, terdapat 15 orang (30%) partisipan berjenis kelamin laki-laki dan 35 orang (70%) partisipan berjenis kelamin perempuan. Gambaran partisipan penelitian kedua terlihat dari usia partisipan. Berdasarkan data yang diperoleh dari 50 orang partisipan, terdapat 5 orang (10%) partisipan berusia 15 tahun, 5 orang (10%) partisipan berusia 16 tahun, 5 orang (10%) partisipan berusia 17 tahun, 15 orang (30%) partisipan berusia 18 tahun, dan 20 orang (40%) partisipan berusia 19 tahun. Gambaran partisipan penelitian ketiga terlihat dari status pendidikan partisipan. Berdasarkan data yang diperoleh dari 50 orang partisipan, terdapat 17 orang (34%) partisipan berstatus pelajar SMA, 32 orang (64%) berstatus mahasiswa S1, dan 1 orang (2%) partisipan berstatus pelajar SMP.

Hasil Gambaran KDRT

Berdasarkan hasil pengujian data melalui SPSS 23.0, ditemukan hasil data statistik deskriptif HITS yang dapat dilihat pada Tabel 1. Dari empat *item* HITS, ditemukan bahwa: (1) *Item 1 (Hurt)* mengenai kekerasan fisik memiliki skor rata-rata 2.10, dengan standar deviasi terendah, yaitu 1.19, (2) *Item 2 (Insulted)* mengenai kekerasan psikologis memiliki skor rata-rata tertinggi, yaitu 3.04 dengan standar deviasi tertinggi, yaitu 1.51, (3) *Item 3 (Threatened with harm)* mengenai ancaman kekerasan memiliki skor rata-rata 2.06, dengan standar deviasi 1.20, (4) *Item 4 (Screamed at them)* mengenai kekerasan verbal memiliki skor rata-rata 3.02, dengan standar deviasi 1.42. Tingginya rendahnya standar deviasi serta skor minimum dan maksimum menandakan data respon yang variatif dari partisipan.

Tabel 1

Gambaran Statistik Deskriptif HITS

<i>Item</i>	N	Mean	Std. Deviasi	Minimum	Maksimum
1 (Kekerasan Fisik)	50	2.1000	1.19949	1.00	5.00
2 (Kekerasan Psikologis)	50	3.0400	1.51132	1.00	5.00
3 (Ancaman Kekerasan)	50	2.0600	1.20221	1.00	5.00
4 (Kekerasan Verbal)	50	3.0200	1.42127	1.00	5.00

Gambaran skor *item 1* mengenai kekerasan fisik yang terpapar oleh remaja dapat dilihat pada Tabel 2. Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat 22 orang (44%) partisipan yang tidak pernah melihat orang tuanya menyakiti pasangan secara fisik, 10 orang (20%) partisipan yang jarang melihat orang tuanya menyakiti pasangan secara fisik, 11 orang (22%) partisipan yang kadang-kadang melihat orang tuanya menyakiti pasangan secara fisik, 5 orang (10%) partisipan yang cukup sering melihat orang tuanya menyakiti pasangan secara fisik dan 2 (4%) partisipan yang sering melihat orang tuanya menyakiti pasangan secara fisik.

Tabel 2

Gambaran Skor Kekerasan Fisik

Skor	Frekuensi	Persentase (%)
1 (Tidak pernah)	22	44.0
2 (Jarang)	10	20.0
3 (Kadang-kadang)	11	22.0
4 (Cukup Sering)	5	10.0
5 (Sering)	2	4.0
Total	50	100.0

Gambaran skor *item 2* mengenai kekerasan psikologis yang terpapar oleh remaja dapat dilihat pada Tabel 3. Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat 11 orang (22%) partisipan yang tidak pernah melihat orang tuanya menghina atau merendahkan pasangan, 10 orang (20%) partisipan yang jarang melihat orang tuanya menghina atau merendahkan pasangan, 7 orang (14%) partisipan yang kadang-kadang melihat orang tuanya menghina atau merendahkan pasangan, 10 orang (20%) partisipan yang cukup sering melihat orang tuanya menghina atau merendahkan pasangan dan 12 (24%) partisipan yang sering melihat orang tuanya menghina atau merendahkan pasangan.

Tabel 3

Gambaran Skor Kekerasan Psikologis

Skor	Frekuensi	Persentase (%)
1 (Tidak pernah)	11	22.0
2 (Jarang)	10	20.0
3 (Kadang-kadang)	7	14.0
4 (Cukup Sering)	10	20.0
5 (Sering)	12	24.0
Total	50	100.0

Gambaran skor *item* 3 mengenai ancaman kekerasan yang terpapar oleh remaja dapat dilihat pada Tabel 4. Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat 23 orang (46%) partisipan yang tidak pernah melihat orang tuanya mengancam pasangan dengan kekerasan, 11 orang (22%) partisipan yang jarang melihat orang tuanya mengancam pasangan dengan kekerasan, 7 orang (14%) partisipan yang kadang-kadang melihat orang tuanya mengancam pasangan dengan kekerasan, 8 orang (16%) partisipan yang cukup sering melihat orang tuanya mengancam pasangan dengan kekerasan dan 1 (2%) partisipan yang sering melihat orang tuanya mengancam pasangan dengan kekerasan.

Tabel 4

Gambaran Skor Ancaman Kekerasan

Skor	Frekuensi	Persentase (%)
1 (Tidak pernah)	23	46.0
2 (Jarang)	11	22.0
3 (Kadang-kadang)	7	14.0
4 (Cukup Sering)	8	16.0
5 (Sering)	1	2.0
Total	50	100.0

Gambaran skor *item* 4 mengenai kekerasan verbal yang terpapar oleh remaja dapat dilihat pada Tabel 5. Berdasarkan data yang diperoleh, terdapat 12 orang (24%) partisipan yang tidak pernah melihat orang tuanya berteriak atau memaki pasangan, 5 orang (10%) partisipan yang jarang melihat orang tuanya berteriak atau memaki pasangan, 11 orang (22%) partisipan yang kadang-kadang melihat orang tuanya berteriak atau memaki pasangan, 14 orang (28%) partisipan yang cukup sering melihat orang tuanya berteriak atau memaki pasangan dan 8 (16%) partisipan yang sering melihat orang tuanya berteriak atau memaki pasangan.

Tabel 5

Gambaran Skor Kekerasan Verbal

Skor	Frekuensi	Persentase
1 (Tidak pernah)	12	24.0
2 (Jarang)	5	10.0
3 (Kadang-kadang)	11	22.0
4 (Cukup Sering)	14	28.0
5 (Sering)	8	16.0
Total	50	100.0

Berdasarkan gambaran KDRT yang dilaporkan dalam alat ukur HITS di atas, dapat disimpulkan bahwa KDRT yang paling sering terpapar oleh 50 partisipan remaja dalam penelitian ini adalah kekerasan dalam bentuk psikologis. Kekerasan dalam bentuk psikologis yang dimaksud meliputi perilaku menghina atau merendahkan pasangan. Sementara itu, bentuk KDRT yang paling sedikit terpapar oleh remaja adalah ancaman kekerasan.

Berdasarkan Catatan Tahunan (CATAHU) yang dilaporkan oleh Komnas Perempuan (2020), bentuk kekerasan yang paling banyak dialami oleh perempuan dalam rumah tangga pada tahun 2019 adalah kekerasan psikis, dengan jumlah laporan mencapai 823 kasus. Pada penelitian ini, kekerasan psikis dibagi menjadi dua kategori terpisah: kekerasan psikologis (yang mencakup menghina atau merendahkan pasangan) serta ancaman kekerasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekerasan psikologis (yakni perilaku menghina atau merendahkan pasangan) adalah bentuk KDRT yang paling sering disaksikan oleh remaja, sementara ancaman kekerasan adalah bentuk yang paling sedikit terpapar. Meskipun terdapat perbedaan dalam kategorisasi bentuk KDRT, temuan ini sejalan dengan data Komnas Perempuan yang menunjukkan tingginya prevalensi kekerasan psikis dalam rumah tangga.

Menurut Yuyuk (2014, dalam Nisa & Rahmita, 2018), kekerasan psikologis sering kali dianggap biasa selama tidak ada kekerasan secara fisik. Padahal, kekerasan psikologis juga memiliki dampak serius pada kesehatan mental, khususnya perempuan. Jewkes (2010) menyatakan bahwa kekerasan psikologis dapat menyebabkan kerusakan psikologis yang signifikan, yang sering kali mengakibatkan rasa takut, cemas, dan hancurnya sistem pendukung sosial seseorang. Kekerasan psikologis juga dapat mengurangi rasa harga diri seseorang, serta dapat membuat mereka merasa terisolasi dan tidak berdaya. Penelitian Follingstad et al. (1990) menyoroti bahwa kekerasan psikologis atau emosional dapat memiliki dampak negatif yang mendalam dan bertahan lama pada korban. Sebanyak 159 dari 234 perempuan (72%) yang mengaku bahwa kekerasan emosional atau psikologis memiliki dampak yang lebih besar dibandingkan kekerasan fisik cenderung percaya bahwa perilaku kasar itu dapat dibenarkan. Artinya, mereka menganggap hinaan dan ancaman yang mereka terima itu wajar atau pantas. Keyakinan inilah yang menjadikan dampak kekerasan psikologis cukup merusak, karena dapat memperkuat rasa takut, ketidakberdayaan, dan harga diri yang rendah dalam diri korban.

Hasil Gambaran Pengukuran Kesehatan Mental

Berdasarkan hasil pengujian data melalui SPSS 23.0.0.0, ditemukan hasil data statistik deskriptif DASS-21 yang dapat dilihat pada Tabel 6. Dari tiga dimensi DASS-21, ditemukan bahwa; (1) Depresi memiliki skor rata-rata terendah, yaitu 8.56, dengan standar deviasi tertinggi, yaitu 6.09, (2) Kecemasan memiliki skor rata-rata 9.90 dengan standar deviasi terendah, yaitu 5.30, (3) Stres memiliki skor rata-rata tertinggi, yaitu 10.48, dengan standar deviasi 5.47. Tingginya standar deviasi menandakan bahwa depresi memiliki skor data yang paling bervariasi, sementara kecemasan memiliki rata-rata skor data yang tidak jauh satu dengan yang lain. Selain itu, data statistik deskriptif juga menunjukkan bahwa ketiga dimensi DASS-21 pada partisipan memiliki minimum skor 0 dan maksimum skor 21. Besarnya rentan skor tersebut menunjukkan data yang sangat bervariasi dari partisipan.

Tabel 6

Gambaran Statistik Deskriptif DASS-21

Dimensi	N	Mean	Std. Deviasi	Minimum	Maksimum
Depresi	50	8.5600	6.09503	.00	21.00
Kecemasan	50	9.9000	5.30402	.00	21.00
Stres	50	10.4800	5.47066	.00	21.00

Gambaran skor dimensi depresi, kecemasan, dan stres yang dimiliki oleh remaja dapat dilihat pada Tabel 7. Dimensi depresi memiliki 7 item dengan skor minimum 0 dan skor maksimum 21. Skoring DASS-21 mengkategorikan skor 11 keatas dalam kategori individu yang memiliki depresi. Berdasarkan hasil penelitian, 30 orang (60%) partisipan mendapat skor dibawah 11 dan 20 orang (40%) partisipan mendapat skor 11 keatas. Selanjutnya, dimensi kecemasan memiliki 7

item dengan skor minimum 0 dan skor maksimum 21. Skoring DASS-21 mengkategorikan skor 8 keatas dalam kategori individu yang memiliki kecemasan. Berdasarkan hasil penelitian, 17 orang (34%) partisipan mendapat skor dibawah 8 dan 33 orang (66%) partisipan mendapat skor 8 keatas. Terakhir, dimensi stres memiliki 7 item dengan skor minimum 0 dan skor maksimum 21. Skoring DASS-21 mengkategorikan skor 13 keatas dalam kategori individu yang memiliki stres. Berdasarkan hasil penelitian, 31 orang (62%) partisipan mendapat skor dibawah 13 dan 19 orang (38%) partisipan mendapat skor 13 keatas.

Berdasarkan gambaran kesehatan mental dengan alat ukur DASS-21, dapat disimpulkan bahwa gangguan kesehatan mental yang paling banyak dialami adalah gangguan kecemasan dengan jumlah 33 orang. Depresi berada pada urutan kedua terbanyak dengan jumlah 20 orang. Sementara itu, stres berada pada urutan ketiga dengan jumlah 19 orang.

Tabel 7

Gambaran Skor DASS-21

Skor per Dimensi	Frekuensi	Persentase (%)
Depresi		
Di bawah 11	30	60.0
Di atas 11 (Memiliki depresi)	20	40.0
Kecemasan		
Di bawah 8	17	34.0
Di atas 8 (Memiliki kecemasan)	33	66.0
Stress		
Di bawah 13	31	62.0
Di atas 13 (Memiliki stres)	19	38.0

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan kesehatan mental yang paling banyak dialami remaja adalah gangguan kecemasan, diikuti oleh depresi dan stres. Anak-anak dan remaja yang terpapar kekerasan berisiko lebih tinggi mengalami berbagai gejala psikologis, termasuk peningkatan masalah perilaku, kecemasan, depresi, dan PTSD. Gejala umum yang muncul akibat paparan kekerasan meliputi kesulitan tidur, peningkatan tingkat kemarahan/agresi, kecemasan, serta penarikan diri/apatis. Selain itu, mereka juga dapat mengalami pikiran, ingatan, dan kekhawatiran yang mengganggu, serta peningkatan perilaku nakal atau antisosial (Augustyn, 2005; Edleson, 1999). Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa anak-anak yang menyaksikan perilaku KDRT terhadap ibu mereka memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami gejala tersebut (Brockie et al., 2015).

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan bahwa gambaran pemaparan KDRT dan kesehatan mental remaja sangat bervariasi. Alat ukur DASS-21 terbukti dapat menggambarkan jenis kesehatan mental pada remaja yang terpapar KDRT, sebagaimana sebelumnya telah digunakan untuk menggambarkan jenis kesehatan mental pada korban dan pelaku KDRT. Variasi bentuk pemaparan KDRT dan jenis kesehatan mental menunjukkan bahwa jenis dan frekuensi KDRT yang terpapar pada 50 partisipan remaja tidak menunjukkan spesifikasi gangguan kesehatan tertentu. Namun, sesuai dengan tujuan penelitian, ditemukan bahwa gangguan kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, dan stres ditemukan pada remaja yang terpapar KDRT. Hasil pengukuran menunjukkan bahwa gangguan kecemasan paling banyak ditemukan di antara 50 partisipan remaja.

Penelitian ini merupakan penelitian yang hanya memberikan gambaran berdasarkan 50 orang partisipan. Penelitian berpusat kepada kondisi kesehatan mental sampel tanpa pengujian

mendalam terhadap korelasi dan populasi secara menyeluruh. Pada penelitian lebih lanjut, peneliti menyarankan adanya uji beda dengan kelompok kontrol dan uji korelasi antara kesehatan mental dengan jenis KDRT. Selain itu, populasi remaja yang lebih variatif dari domisili dan perekonomian yang berbeda mungkin dapat dipertimbangkan untuk menambah kekayaan data penelitian.

Ucapan Terima Kasih (*Acknowledgement*)

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada para partisipan yang bersedia terlibat dalam penelitian ini.

REFERENSI

- Anastasi, A. & Urbina S. (1997). *Psychological testing*. Prentice-Hall.
- Augustyn, M., & Groves, B. M. (2005). Training clinicians to identify the hidden victims: Children and adolescents who witness violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5), 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.08.023>
- Brockie, T. N., Dana-Sacco, G., Wallen, G. R., Wilcox, H. C., & Campbell, J. C. (2015). The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based Native American adolescents and young adults. *American Journal of Community Psychology*, 55, 411-421.
- Chen, E., Brody, G., & Miller, G. (2017). Childhood close family relationships and health. *American Psychologist*, 72(6), 555-566. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000067>
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839-870. <https://doi.org/10.1177/088626099014008004>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614-621.
- Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S., & Polek, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 5(2), 107-120.
- Gibbons, L. (2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, 19(4), 12-17.
- Hooker, L., Samaraweera, N., Agius, P., & Taft, A. (2016). Intimate partner violence and the experience of early motherhood: a cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood. *Midwifery*, 34, 88-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.011>
- Jewkes, R. (2010). Emotional abuse: A neglected dimension of partner violence. *The Lancet*, 376, 851-852. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61079-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61079-3)
- Johnson, M. P., & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 948-963. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00948.x>
- Komnas Perempuan (2020). *Kekerasan meningkat: Kebijakan penghapusan kekerasan seksual untuk membangun ruang aman bagi perempuan dan anak perempuan* (CATAHU: Catatan Tahunan Kekerasan terhadap Perempuan Tahun 2019). <https://komnasperempuan.go.id/download-file/361>
- Lestari, S. (2017, Maret 7). KDRT tertinggi dalam kekerasan atas perempuan di Indonesia. *BBC Indonesia*. <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-39180341>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and

- anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Nisa, H., & Rahmita, N. R. (2018). Menilik bentuk perilaku kekerasan dalam rumah tangga. *Musāwa Jurnal Studi Gender dan Islam*, 17(2), 107-122. <https://doi.org/10.14421/musawa.2018.172.107-122>
- Olson, D. H., & DeFrain, J. (2003). *Marriage and families: Intimacy, diversity, and strengths*. McGraw-Hill.
- Onanubi, K. A., Olumide, A. O., & Owoaje, E. T. (2017). Prevalence and predictors of intimate partner violence among female youth in an urban low-income neighborhood in Ibadan, South-West Nigeria. *SAGE Open*, 1-11, <https://doi.org/10.1177/2158244017715673>
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *Human development* (11th ed.). McGraw-Hill.
- Rambod, M., Sharif, F., Molazem, Z., Khair, K., & Mackensen, S. (2018). Health-related quality of life and psychological aspects of adults with hemophilia in Iran. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 24(7), 1073-1081. <https://doi.org/10.1177/1076029618758954>
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.
- Tearne, J. E., Robinson, M., Jacoby, P., Li, J., Allen, K. L., Cunningham, N. K., & Mclean, N. J. (2016). Older maternal age is associated with depression, anxiety, and stress symptoms in young adult female offspring. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 1-10.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga. Indonesia.