

Artikel Penelitian

Hubungan Faktor Sosiodemografis Korban Kekerasan Seksual Anak dengan Kedatangan ke Poliklinik Stres Pasca-trauma RSCM, 2017-2020

Andika Widianti,* Fransiska Kaligis, Tjhin Wiguna, R. Irawati Ismail

Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta

*Korespondensi: andikawidianti@gmail.com
Diterima 24 April 2022; Disetujui: 23 Agustus 2022
<http://doi.org/10.23886/ejki.10.162.121>

Abstrak

Kedatangan korban kekerasan seksual anak ke layanan kesehatan mental cukup rendah. Keputusan mengakses layanan kesehatan mental dipengaruhi faktor sosiodemografis. Penelitian bertujuan mendapatkan gambaran faktor sosiodemografis korban kekerasan seksual anak dan hubungannya dengan kedatangan ke Poliklinik Stres Pasca Trauma (PSPT) Anak dan Remaja RSCM setelah pemeriksaan awal di Pusat Krisis Terpadu (PKT) RSCM. Studi potong lintang ini melibatkan 90 pasien yang datang ke PKT RSCM pada bulan Februari 2017 – Desember 2020. Kedatangan ke PSPT ditelusuri dari electronic health record. Terdapat 20 sampel (22,22%) korban yang datang, sebagian besar berusia 12-18 tahun (55%), perempuan (95%), dan tidak memiliki riwayat gangguan mental (70%). Pelaku rawat sebagian besar berusia 39-48 tahun (50%), menikah (80%), karyawan swasta (70%), lulusan SMA/SMK (45%), tidak memiliki riwayat gangguan mental (85%), mempunyai ≥ 3 anak (45%), suku Jawa (35%), pendapatan \geq Rp 4.597.078 (70%), dan menggunakan pembiayaan umum (65%). Riwayat gangguan mental pada anak ($p < 0,001$) dan pelaku rawat ($p = 0,010$) berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Disimpulkan faktor sosiodemografi, yaitu riwayat gangguan mental pada anak dan pelaku rawat berhubungan dengan kedatangan ke PSPT.

Kata kunci: anak, kedatangan ke layanan kesehatan mental, kekerasan seksual.

Child Sexual Abuse Victims Sociodemographic Profile Associated with Attendance to Post Traumatic Stress Recovery Outpatient Clinic Cipto Mangunkusumo Hospital: 2017-2020

Abstract

Child sexual abuse victim attendance to mental health services is quite low. Decision to access mental health services is influenced by sociodemographic factors. The aim of this study is to obtain child sexual abuse victim sociodemographic profile and their association with attendance to Cipto Mangunkusumo Hospital's Child and Adolescent Post Traumatic Stress Recovery Outpatient Clinic after initial assessment in Cipto Mangunkusumo Hospital's Integrated Crisis Center. This cross-sectional study involving 90 patients who came to Cipto Mangunkusumo Hospital's Integrated Crisis Center in February 2017 – December 2020. Attendances to Cipto Mangunkusumo Hospital's Post Traumatic Stress Recovery Outpatient Clinic were traced from electronic health record. There were 20 samples (22.22%) who came, majority were 12-18 years old (55%), female (95%), and did not have mental disorders (70%). Most of caregivers were 39-48 years old (50%), married (80%), private employees (70%), high school graduate (45%), do not have mental disorders (85%), have ≥ 3 children (45%), Javanese (35%), income $>$ IDR 4,597,078 (70%), and use out of pocket financing (65%). Mental disorders history in children ($p < 0,001$) and caregivers ($p = 0.010$) had a significant relationship with attendance at Cipto Mangunkusumo Hospital's Child and Adolescent Post Traumatic Stress Recovery Outpatient Clinic. Concluded that sociodemographic factor, that is mental disorders history in children and caregivers had association with attendance to Cipto Mangunkusumo Hospital's Child and Adolescent Post Traumatic Stress Recovery Outpatient Clinic.

Keywords: attendance to mental health services, children, sexual abuse.

Pendahuluan

Kekerasan seksual pada anak merupakan masalah global, dialami oleh 8-13% anak perempuan dan 3-17% anak laki-laki.¹⁻³ Berdasarkan Survei Nasional Pengalaman Anak dan Remaja (SNPHAR) 2018 didapatkan 1 dari 17 anak laki-laki dan 1 dari 11 anak perempuan di Indonesia pernah mengalami kekerasan seksual.⁴ Pada tahun 2018, terdapat 176 kasus kekerasan seksual pada anak yang datang ke Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo (PKT RSCM).⁵

Korban kekerasan seksual pada anak memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami masalah psikososial.⁶ Terapi psikososial terbukti dapat meminimalkan efek negatif kekerasan seksual pada anak, salah satunya dengan terapi kognitif perilaku yang berfokus pada trauma. Terapi tersebut ditujukan untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami anak terkait kekerasan seksual, misalnya masalah kognitif, relasi, emosi, keluarga, serta masalah perilaku.⁷ Manfaat terapi tersebut tidak dapat diperoleh apabila korban kekerasan seksual tidak pernah memulai terapi. Setelah mendapat tata laksana pertama kali di PKT RSCM, korban diberikan rujukan untuk kontrol ke Poliklinik Stres Pasca Trauma (PSPT) Anak dan Remaja Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) sampai dengan 6 bulan setelah kejadian (1 kali tiap bulan).⁸ Pada tahun 2018 dari 176 kasus kekerasan seksual anak yang datang ke PKT hanya 36,93% (65 kasus) yang datang ke PSPT Anak dan Remaja RSCM.⁵

Keputusan untuk menggunakan layanan kesehatan mental berdasarkan *behavioural models of health service use* dipengaruhi oleh faktor predisposisi (karakteristik demografi, struktur sosial dan *health belief*), *enabling factors* (pendapatan keluarga, asuransi kesehatan, dan layanan kesehatan mental), dan *need related factors* (penilaian individu mengenai kemungkinan mengalami masalah kesehatan dan keparahannya).^{9,10} Terdapat keterkaitan antara karakteristik demografis dan struktur sosial dengan kedatangan korban ke fasilitas layanan kesehatan mental, antara lain status sosioekonomi, tingkat pendidikan orangtua, etnis, usia anak, dan pelaku rawat, jenis kelamin anak, dan status pernikahan orang tua.¹¹⁻¹⁴ McPherson et al¹⁵ melaporkan peningkatan *enabling factors* mampu meningkatkan kedatangan korban dan pelaku rawat ke fasilitas layanan kesehatan mental setelah kekerasan seksual.¹⁵

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran sosiodemografis anak korban kekerasan seksual serta hubungannya dengan kedatangan ke PSPT setelah pemeriksaan awal di PKT RSCM. Data ini diharapkan dapat menjadi data dasar bagi pengembangan layanan selanjutnya.

Metode

Penelitian ini telah lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dengan nomor surat lolos kaji etik KET-946/UN2.F1/PPM.00.02/2021. Penelitian ini menggunakan desain potong lintang. Sampel penelitian ini adalah anak usia 0 – 18 tahun yang mengalami kekerasan seksual dan datang ke PKT RSCM pada bulan Februari 2017 – Desember 2020. Data sosiodemografi diambil dari rekam medis kemudian ditelusuri kedatangannya ke PSPT melalui *electronic health record*. Sampel diambil dengan teknik *probability sampling* acak sederhana yaitu mengundi nomor rekam medis menggunakan situs web *random.org* hingga jumlah sampel terpenuhi (perhitungan besar sampel $N=90$). Sampel dieksklusi bila data tidak lengkap.

Profil sosiodemografis terdiri atas usia anak dan pelaku rawat, jenis kelamin anak, status pernikahan pelaku rawat, riwayat gangguan mental pada anak dan pelaku rawat, pendidikan pelaku rawat, pekerjaan pelaku rawat, jumlah anak dalam keluarga, suku, pendapatan, pembiayaan, dan kedatangan ke PSPT. Data diproses menggunakan *Statistical Analysis Software Package for Windows* (SPSS®, IBM, USA) versi 20. Hubungan gambaran sosiodemografis dan kedatangan ke PSPT dianalisis dengan uji *chi square* atau *fisher's exact test*. Hasil penelitian dianggap bermakna bila nilai $p < 0,05$.

Hasil

Dari 623 nomor rekam medis, nomor yang terundi dicatat sampai jumlah sampel terpenuhi yaitu 90; kemudian data sosiodemografis anak dan pelaku rawat diambil dari rekam medis. Saat pengambilan data banyak lembar pengisian pemeriksaan psikososial dan anamnesis psikiatri tidak diisi lengkap sehingga peneliti harus berulang kali melakukan pengacakan.

Faktor Sosiodemografis Anak dan Hubungannya dengan Kedatangan ke PSPT

Tabel 1 menunjukkan gambaran faktor sosiodemografis anak dan hubungannya dengan kedatangan ke PSPT. Dari 90 sampel, terdapat 20 sampel (22,22%) yang datang ke klinik PSPT. Anak

korban kekerasan seksual yang datang sebagian besar berusia 12-18 tahun (55%), perempuan (95%), dan tidak memiliki riwayat gangguan jiwa (70%). Dari 12 anak laki-laki yang datang ke PKT RSCM, hanya satu anak laki-laki yang melanjutkan kontrol ke PSPT.

Sebagian besar anak dengan riwayat gangguan mental (n=6 dari 7) datang ke PSPT. Anak dengan riwayat gangguan mental yang datang memiliki diagnosis depresi ringan dan ciri kepribadian

ambang (n=2), gangguan sikap menentang (n=1), retardasi mental (n=2), dan depresi sedang karena kekerasan seksual berulang (n=1). Anak dengan riwayat gangguan mental yang tidak datang mempunyai diagnosis retardasi mental. Pelaku rawat anak bekerja di rumah sakit yang memiliki layanan psikiatri. Riwayat gangguan mental pada anak berhubungan dengan kedatangan ke PSPT (*Fisher's exact test*, $p < 0,001$).

Tabel 1. Faktor Sosiodemografis Anak (N=90)

Faktor Sosiodemografis	Datang ke PSPT		p
	Ya, n=20 n (%)	Tidak, n=70 n (%)	
Usia anak			
2-7 tahun	4 (20)	20 (28,57)	0,539 ^a
8-11 tahun	5 (25)	21 (30)	
12-18 tahun	11 (55)	29 (41,43)	
Jenis kelamin			
Laki-laki	1 (5)	11 (15,71)	0,287 ^b
Perempuan	19 (95)	59 (84,29)	
Riwayat gangguan mental			
Ya	6 (30)	1 (1,43)	<0,001 ^b
Tidak	14 (70)	69 (98,57)	

^aChi-square; ^bFisher's exact test

Faktor Sosiodemografis Pelaku Rawat dan Hubungannya dengan Kedatangan ke PSPT

Tabel 2 menunjukkan faktor sosiodemografis pelaku rawat dan hubungannya dengan kedatangan ke PSPT. Sebagian besar pelaku rawat dari korban kekerasan seksual anak yang berkunjung ke PSPT berusia 39-48 tahun (50%), menikah (80%), pendidikan SMA/SMK (45%), tidak memiliki riwayat gangguan mental (85%), mempunyai anak ≥ 3 (45%), pendapatan \geq Rp 4.597.078 (70%), dan menggunakan pembiayaan umum (65%).

Hampir seluruh pelaku rawat mempunyai pekerjaan dan hanya dua pelaku rawat yang tidak bekerja. Pekerjaan terbanyak sebagai karyawan swasta (n=51). Pelaku rawat didominasi dari suku Jawa (n=40) dan semua pelaku rawat dengan gangguan mental datang ke PSPT. Seorang pelaku rawat memiliki diagnosis gangguan cemas dan diagnosis dua pelaku rawat dengan riwayat gangguan mental tidak diketahui. Riwayat gangguan mental pada orang tua berhubungan dengan kedatangan ke PSPT ($p=0,010$).

Diskusi Faktor Sosiodemografis Anak dan Hubungannya dengan Kedatangan ke PSPT

Anak yang datang ke PSPT sebagian besar berusia 12-18 tahun, perempuan, dan tidak mempunyai riwayat gangguan mental. Tingus et al¹² melaporkan anak korban kekerasan seksual berusia 7-13 tahun lebih sering terhubung dengan layanan kesehatan mental dibandingkan anak berusia lebih muda atau lebih tua. Burn et al¹⁶ mendapatkan anak usia 2-5 tahun lebih sering menggunakan layanan kesehatan mental saat mengalami kekerasan seksual dibandingkan anak yang lebih tua. Pada penelitian ini, banyaknya anak berusia 12-18 tahun yang datang ke PSPT berkaitan dengan riwayat gangguan mental pada anak dan pelaku rawat. Dari 11 anak yang datang, 5 anak mempunyai riwayat gangguan mental dan 2 anak mempunyai pelaku rawat dengan riwayat gangguan mental.

Pada penelitian ini, anak korban kekerasan seksual sebagian besar perempuan (86,67%)

sesuai dengan gambaran global. WHO menyatakan 1 dari 5 perempuan dan 1 dari 13 laki-laki di dunia pernah mengalami kekerasan seksual saat usia anak atau remaja.¹⁷ SNPHAR 2018 menunjukkan bahwa 1 dari 17 anak laki-laki dan 1 dari 11 anak perempuan di Indonesia pernah mengalami kekerasan seksual.⁴ Martin et al¹⁸ melaporkan anak perempuan mengalami kekerasan seksual 1,5-5,5 kali lebih sering daripada anak laki-laki. Perbandingan tersebut berubah seiring bertambahnya usia. Pada rentang usia 0-7 tahun, kekerasan seksual memiliki prevalensi yang sama pada anak laki-laki dan perempuan. Dengan bertambahnya usia, anak perempuan lebih sering mengalami kekerasan seksual dibandingkan laki-laki dan mencapai puncaknya ketika anak perempuan berusia 13-17 tahun. Dartnall et

al¹⁹ melaporkan anak perempuan memiliki risiko lebih besar menjadi korban kekerasan seksual dibandingkan anak laki-laki dan banyak pelaku dikenal oleh korban serta terjadi di rumah atau sekolah. Hanson et al²⁰ melaporkan anak perempuan (78,1%) lebih sering mengungkapkan kekerasan seksual dibandingkan laki-laki (21,9%). Anak laki-laki secara signifikan lebih kecil kemungkinannya daripada anak perempuan untuk menerima konseling dan dukungan profesional lainnya setelah mengungkapkan kekerasan seksual yang dialaminya.²¹

Pada penelitian ini didapatkan usia dan jenis kelamin tidak berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Simon et al²² melaporkan usia dan jenis kelamin anak tidak berpengaruh terhadap motivasi pelaku rawat untuk menggunakan

Tabel 2. Gambaran Faktor Sosiodemografis Pelaku Rawat (N=90)

Faktor Sosiodemografis	Datang ke PSPT		p
	Ya n=20 n (%)	Tidak n=70 n (%)	
Usia			
19-38 tahun	8 (40)	33 (47,14)	0,643 ^a
39-48 tahun	10 (50)	27 (38,57)	
49-68 tahun	2 (10)	10 (14,29)	
Status pernikahan			
Menikah	16 (80)	54 (77,14)	1,000 ^b
Tidak menikah	4 (20)	16 (22,86)	
Pendidikan			
Tidak sekolah-SD-SMP	7 (35)	20 (28,57)	0,811 ^a
SMA/SMK	9 (45)	37 (52,86)	
D3-Perguruan Tinggi	4 (20)	13 (18,57)	
Riwayat gangguan mental			
Ya	3 (15)	0 (0)	0,010 ^b
Tidak	17 (85)	70 (100)	
Jumlah anak dalam keluarga			
1	4 (20)	12 (17,14)	0,734 ^a
2	7 (35)	29 (41,43)	
≥ 3	9 (45)	29 (41,43)	
Pendapatan per bulan			
≤ Rp 4. 597.078 (rendah)	6 (30)	28 (40)	0,416 ^a
≥ Rp 4. 597.078 (tinggi)	14 (70)	42 (60)	
Pembiayaan			
JKN	7 (35)	14 (20)	0,229 ^b
Umum	13 (65)	56 (78,57)	

^aChi-square; ^bFisher's exact test

layanan kesehatan mental sesudah kekerasan seksual dan persepsi pelaku rawat akan hambatan yang dialami. Riwayat gangguan mental pada anak berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Kerkorian et al²⁴ menyatakan pengalaman pelaku rawat sebelumnya saat mencari pertolongan untuk kesulitan yang dialami oleh anaknya memengaruhi keputusan untuk menggunakan layanan kesehatan mental setelah terjadi kekerasan seksual pada anak. Hal ini berkaitan dengan penilaian pelaku rawat terhadap terapi sebelumnya dalam membantu menyelesaikan masalah anak mereka dan sikap tenaga kesehatan memperlakukan pelaku rawat. Saat pelaku rawat merasa terapi bermanfaat, tenaga kesehatan memperlakukan dengan baik, dan merasa dihormati, pelaku rawat lebih bersedia menggunakan layanan kesehatan mental.²⁴

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan laporan Simon et al,²² yang menyatakan riwayat gangguan mental pada anak sebelum terjadi kekerasan seksual tidak berkaitan dengan motivasi pelaku rawat untuk menggunakan layanan kesehatan mental setelah kekerasan seksual. Anderson et al²⁵ melaporkan diagnosis gangguan mental atau disabilitas yang teridentifikasi sebelum peristiwa kekerasan seksual pada anak tidak meningkatkan penggunaan layanan kesehatan mental secara bermakna. Hal tersebut berkaitan dengan ketidaktahuan pelaku rawat akan adanya layanan kesehatan mental untuk anak dengan kekerasan seksual, walaupun memiliki pengalaman sebelumnya dengan layanan kesehatan mental.²⁵

Faktor Sosiodemografis Pelaku Rawat dan Hubungan dengan Kedatangan ke PSPT

Pelaku rawat dari korban kekerasan seksual anak yang berkunjung ke PSPT paling banyak berasal dari kelompok usia 39-48 tahun. Usia pelaku rawat tidak berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Self-Brown et al,²⁶ sedangkan menurut Dittmer et al²⁷ usia pelaku rawat yang semakin tua berkaitan dengan semakin tingginya partisipasi korban kekerasan seksual pada anak dalam terapi.

Pelaku rawat dari korban kekerasan seksual anak yang berkunjung ke PSPT sebagian besar berstatus menikah, berpendidikan SMA/SMK, dan semuanya bekerja. Status pernikahan dan pendidikan pelaku rawat tidak berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Simon et al²² yang mendapatkan status pernikahan dan tingkat pendidikan pelaku rawat tidak berpengaruh terhadap motivasi

mendapatkan terapi bagi anak korban kekerasan seksual. Motivasi berkaitan dengan keinginan pelaku rawat agar anak berubah, kesiapan pelaku rawat untuk berubah, dan persepsi bahwa ia mempunyai kemampuan untuk berubah. Kedua gambaran sosiodemografi tersebut juga tidak memengaruhi persepsi pelaku terhadap hambatan penggunaan layanan kesehatan mental setelah kekerasan seksual pada anak.²² Haskett et al¹¹ melaporkan tidak terdapat perbedaan bermakna pada status pernikahan pelaku dan tingkat pendidikan pelaku rawat kelompok yang datang dan tidak datang ke layanan kesehatan mental. Zimmerman²⁸ melaporkan korban kekerasan seksual yang memiliki pelaku rawat yang menikah lebih sering menggunakan layanan kesehatan mental. Pelaku rawat yang menikah lebih dapat mengatasi hambatan untuk datang ke layanan kesehatan mental dan mengikuti terapi. Pelaku rawat yang menikah dapat berbagi tugas untuk merawat anak yang lain saat pasangannya mendampingi terapi, mengatasi masalah transportasi, dan menyediakan penghasilan tambahan saat pasangannya tidak bekerja. Self-brown et al²⁶ melaporkan tingkat pendidikan pelaku rawat tidak meningkatkan kemungkinan untuk anak mengikuti terapi.

Tingkat pendidikan pelaku rawat yang tidak datang ke PSPT sebagian besar cukup tinggi, yaitu SMA/SMK dan perguruan tinggi. Tingkat pendidikan tidak memengaruhi penggunaan layanan kesehatan setelah kekerasan seksual pada anak, mungkin karena tidak diberikannya pendidikan seksual secara eksplisit dan komprehensif dalam kurikulum pendidikan di Indonesia. Pendidikan seksual diberikan secara terintegrasi dalam mata pelajaran pendidikan jasmani, kesehatan, dan olah raga, biologi, ilmu pengetahuan sosial, pendidikan agama dan terbatas pada fenomena biologis serta pencegahan penyakit menular seksual. Pengetahuan mengenai kekerasan seksual dan pencarian bantuan saat mengalaminya tidak pernah diberikan.²⁹ Pelaku rawat sering bingung dalam menghadapi korban kekerasan seksual karena tidak memiliki informasi memadai mengenai dinamika kekerasan seksual dan pengungkapan, cara memberikan dukungan kepada korban, proses penyelidikan, konsekuensi jangka panjang kekerasan seksual pada anak, dan implikasi pengungkapan pada keluarga.³⁰

Keluarga yang datang ke PSPT sebagian besar memiliki ≥ 3 anak. Self-Brown et al²⁶ menyatakan jumlah anak yang lebih banyak lebih mungkin menggunakan layanan kesehatan mental karena

berkaitan dengan distres keluarga. Semakin banyak anak, semakin besar distres keluarga dan semakin besar pula kemungkinan menggunakan layanan kesehatan mental. Sebaliknya Zimmerman²⁸ menyatakan banyak anak merupakan hambatan dalam menggunakan layanan kesehatan mental dan berpotensi menimbulkan konflik pemenuhan kebutuhan atau kewajiban anak lain, misalnya perawatan anak.

Seluruh suku pada penelitian ini memiliki kesamaan karakter budaya terkait rasa malu, tabu, status perempuan, kehormatan, keperawanan, dan patriarki serta kesamaan budaya komunal. Masyarakat yang bersifat komunal jarang mencari bantuan profesional karena kebutuhan individu telah dipenuhi oleh keluarga atau masyarakat. Mencari pertolongan di luar jaringan sosial terkadang berpotensi menimbulkan konsekuensi negatif dari masyarakat karena dianggap sebagai sumber rasa malu dan mengungkapkan masalah pribadi kepada orang asing, termasuk terapis dapat menarik perhatian yang tidak diinginkan.^{31,32}

Keluarga yang datang ke PSPT sebagian besar mempunyai pendapatan \geq Rp 4.597.078. Pendapatan keluarga tidak berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Dittmer et al²⁷ dan McPherson et al.^{15,27} Pada penelitian McPherson et al¹⁵ pendapatan pelaku rawat tidak berbeda bermakna dikaitkan dengan prosedur pembiayaan dan sumber dana untuk layanan Kesehatan mental. Layanan kesehatan mental tempat McPherson et al¹⁵ melakukan penelitian menggunakan sistem *sliding fee scale* berdasarkan tingkat pendapatan, menerima berbagai jenis asuransi untuk pembayaran, dan menerima dana tambahan dari *the county mental health board* untuk layanan konseling. Self-Brown et al²⁶ melaporkan bahwa 50% dari keluarga yang tidak datang menyebutkan alasan finansial sebagai hambatan penggunaan layanan kesehatan mental setelah terjadinya kekerasan seksual. Pada keluarga yang datang, kurang dari 25% yang menyebutkan masalah finansial sebagai hambatan untuk mendapatkan layanan kesehatan mental.²⁶

Sebagian besar keluarga yang datang menggunakan pembiayaan umum. Keluarga yang menggunakan pembiayaan umum sebagian besar tidak datang ke PSPT Anak dan Remaja RSCM. Haskett et al¹¹ melaporkan keluarga yang tidak memiliki asuransi atau menggunakan asuransi swasta tidak datang karena tidak dapat mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan anak mereka

karena kurangnya cakupan asuransi atau pembayaran bersama yang mahal. Keikutsertaan keluarga dalam asuransi publik dikaitkan dengan keberhasilan inisiasi penggunaan layanan kesehatan mental.¹⁵

Dari gambaran sosiodemografis pelaku rawat yang dinilai pada penelitian ini, hanya riwayat gangguan jiwa pada pelaku rawat yang berhubungan dengan kedatangan ke PSPT. Self-Brown et al²⁶ menyatakan bahwa pelaku rawat yang pernah mengalami masalah kejiwaan atau mengalami trauma yang sama dan pernah menggunakan layanan kesehatan mental mempunyai sikap yang positif terhadap layanan kesehatan mental bagi anak dan lebih mungkin mengikuti terapi. Pelaku rawat yang tidak mempunyai pengalaman dengan layanan kesehatan mental sebelumnya menganggap terapi akan membangkitkan kembali trauma dan lebih mencederai anak mereka. Pelaku rawat yang pernah menjalani terapi, khususnya terkait peristiwa trauma yang dialami sendiri mempunyai persepsi lebih positif dan kekhawatiran lebih sedikit.²⁶

Penelitian ini memeriksa gambaran sosiodemografi yang merupakan salah satu faktor predisposisi individu untuk menggunakan layanan kesehatan mental. Keputusan untuk menggunakan layanan kesehatan setelah kekerasan seksual dapat dipengaruhi faktor lain, yaitu nilai, sikap dan pengetahuan mengenai kesehatan mental, *enabling factor* terkait dukungan sosial, ketersediaan layanan kesehatan mental serta *need related factor* yang berkaitan dengan persepsi akan kebutuhan layanan kesehatan mental.

Penelitian ini merupakan penelitian pertama yang mengidentifikasi gambaran sosiodemografi korban kekerasan seksual pada anak yang datang dan tidak datang ke PSPT. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan layanan PSPT Anak dan Remaja RSCM.

Kesimpulan

Kedatangan anak korban kekerasan seksual ke PSPT adalah 22,22%, umumnya berusia 12-18 tahun, perempuan, dan tidak memiliki riwayat gangguan jiwa. Pelaku rawat berusia 39-48 tahun, berstatus menikah, karyawan swasta, pendidikan SMA/SMK, tidak ada riwayat gangguan mental, memiliki anak ≥ 3 , suku Jawa, pendapatan \geq Rp 4.597.078, dan menggunakan pembiayaan umum. Riwayat gangguan mental pada anak dan pelaku rawat berhubungan dengan kedatangan ke PSPT Anak dan Remaja RSCM.

Daftar Pustaka

1. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013;58:469–83. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1.
2. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328–38. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007.
3. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16:79–101. doi: 10.1177/1077559511403920.
4. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. Fakta kekerasan terhadap anak di Indonesia. Survey Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja (SNPHAR) tahun 2018. Infografis. 2018.
5. Departemen Forensik dan Medikolegal RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Data korban kekerasan seksual pada anak yang datang ke PKT RSCM selama 2018.
6. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23:321–37. doi: 10.1016/j.chc.2014.01.003.
7. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children. Edisi ke-2. New York: The Guildford Press; 2017.
8. RSUPN Dr. Cipto Cipto Mangunkusumo. Panduan praktik klinis dugaan pencabulan pada anak. Jakarta: RSUPN Dr. Cipto Cipto Mangunkusumo., 2019.
9. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1–10.
10. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2005;83:1–28.
11. Haskett ME, Nowlan NI, Hutcheson JS, Whitworth JM. Factors associated with successful entry into therapy in child sexual abuse cases. *Child Abuse Negl*. 1991;15:467–76. doi: 10.1016/0145-2134(91)90030-h.
12. Tingus KD, Heger AH, Foy DW, Leskin GA. Factors associated with entry into therapy in children evaluated for sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1996;20:63–8. doi: 10.1016/0145-2134(95)00116-6.
13. Horowitz LA, Putnam WF, Noll JG. Factors affecting utilization of treatment services by sexually abused girls. *Child Abuse Negl*. 1997;21:35–48. doi: 10.1016/s0145-2134(96)00129-9.
14. Garcia JA, Weisz JR. When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:439–43.
15. McPherson P, Scribano P, Stevens J. Barriers to successful treatment completion in child sexual abuse survivors. *J Interpers Violence*. 2012;27:23–39. doi: 10.1177/0886260511416466.
16. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:960–70. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
17. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018.
18. Martin EK, Silverstone PH. How much child sexual abuse is “below the surface,” and can we help adults identify it early? *Front Psychiatry*. 2013;4:1–10. doi: 10.3389/fpsy.2013.00058.
19. Dartnall E, Counselling PD, Jewkes R. Best practice & research clinical obstetrics and gynaecology sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:3–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.002>
20. Hanson RF, Kievit LW, Saunders BE, Smith DW, Kilpatrick DG, Resnick HS, et al. Correlates of adolescent reports of sexual assault : findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreat*. 2003;8:261–72. doi: 10.1177/1077559503257087.
21. Leary PO, Easton SD, Gould N. The effect of child sexual abuse on men: toward a male sensitive measure. *J Interpers Violence*. 2015;32:423–45. doi: 10.1177/0886260515586362
22. Simon VA, Smith E, Willis D, Barnett D. Caregivers’ abuse stigmatization and their views of mental health treatment following child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2017;70:331–41. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.06.024
23. LLippert T, Favre T, Alexander C, Cross TP. Families who begin versus decline therapy for children who are sexually abused. *Child Abuse Negl*. 2008;32:859–68. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.005.
24. Kerkorian D, McKay M, Bannon WM. Seeking help for second time: parents/caregiver characterizations of previous experiences with mental health services for their children and perceptions of barriers to future use. *Am J Orthopsychiatry*. 2006;76:161–6. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.161.
25. Anderson GD. Service outcomes following disclosure of child sexual abuse during forensic interviews: an exploratory study abuse during forensic interviews: an exploratory study. *Journal of Public Child Welfare*. 2016;10:477–94. doi: 10.1080/15548732.2016.1206505
26. Self-Brown S, Ashwini SS, Betty T, Sarah L, Kinnish K. Impact of caregiver factors on youth service utilization of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community setting. *J Child Fam Stud*. 2016;25:1871–9. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0354-9>.
27. Dittmer M, Hubel G, Hansen DJ, Dittmer M, Hubel G, Hansen D. Factors associated with participation and retention in a group treatment for child sexual abuse for child sexual abuse. *McNair Sch Res J*.

- 2011;27:745-52.
28. Zimmerman FJ. Social and economic determinants of disparities in professional help-seeking for child mental health problems: evidence from a national sample. *Health research and educational trust*. 2005;1514–33. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00411.x.
29. Pakasi DT, Kartikawati R. Antara Kebutuhan dan tabu : pendidikan seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi remaja di SMA. *Makara Seri Kesehatan*. 2013;17:79–87.
30. Van Toledo A, Seymour F. Caregiver needs following disclosure of child sexual abuse caregiver needs following disclosure of child sexual abuse. *J Child Sex Abus*. 2016;25:403-14. doi: 10.1080/10538712.2016.1156206.
31. Futa KT, Hansen DJ, Futa KT, Hsu E, Hansen DJ. Child sexual abuse in Asian American families: an examination of cultural factors that influence prevalence, identification, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001;8:189-209. doi:10.1093/clipsy.8.2.189
32. Martinez JI, Lau AS. Do social network push families toward or away from youth mental health services? a national study of families in child welfare. *J Emot Behav Disord*. 2011;19:169–81. doi: 10.1177/1063426610377898.