

## Trauma Kekerasan Masa Kanak dan Kekerasan dalam Relasi Intim

Margaretha<sup>1\*</sup>, Rahmaniar Nuringtyas, dan Rani Rachim

Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya 60286, Indonesia

\*E-mail: [margret\\_rehulina@yahoo.co.uk](mailto:margret_rehulina@yahoo.co.uk)

---

### Abstrak

Penelitian ini menguji secara empiris hubungan antara trauma kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) masa kanak dengan keterlibatan dalam kekerasan dalam relasi intim, baik sebagai pelaku, maupun korban. Maka, penelitian ini dilakukan dalam dua studi, 1) penelitian hubungan trauma dan tingkat agresivitas pelaku KDRT, dan 2) penelitian hubungan trauma dan tingkat kekerasan yang dialami korban di dalam suatu relasi intim. Studi 1 dilakukan atas 62 pelaku KDRT yang tercatat di Polres Surabaya dan Sidoarjo; sedangkan studi 2 dilakukan atas 21 korban kekerasan dalam relasi intim. Seluruh sampel diukur tingkat traumanya menggunakan *traumatic antecedents questionnaire* (TAQ; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991) dan tingkat kekerasan yang dialami baik sebagai pelaku atau korban menggunakan *conflict tactics scales* (CTS; Straus *et al.*, 1996). Data dianalisis korelasinya dengan SPSS 18. Studi 1 memberikan bukti empiris atas pengaruh negatif jangka panjang trauma menyaksikan dan mengalami KDRT masa kanak. Studi 2 tidak menemukan hubungan antara trauma KDRT dengan pengalaman sebagai korban kekerasan dalam relasi intim, namun dipertimbangkan hubungan ini dapat terjadi secara tidak langsung. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi awal pengembangan studi longitudinal efek trauma terhadap fungsi psikofisik manusia.

### Childhood Trauma of Domestic Violence and Violence in Further Intimate Relationship

#### Abstract

This study examines associations between childhood trauma of domestic violence (DV) with the involvement in intimate relationships violence (IRV), both as perpetrators and victims. The research was conducted in two studies focusing on the relationship between childhood trauma with, 1) aggression of DV perpetrators; and 2) violence experienced by victims of IRV. Study 1 was conducted on 62 male DV perpetrators in Surabaya and Sidoarjo, while the second study on 21 female non-direct DV victims. All samples were measured by using traumatic antecedents questionnaire (TAQ; Van der Kolk, Perry & Herman, 1991) and conflict tactics scales (CTS; Straus *et al.*, 1996). The data is processed by using correlation and regression analyses with SPSS 18. Study 1 provides empirical evidence of long-term negative effects of childhood trauma on male perpetrators. Study 2 did not find a significant relation between traumatic experiences as a victim of DV with violence experienced in their current intimate relationships, but further study should consider this relationship can occur indirectly. It is hoped that this research could serve as a beginning of the development of a longitudinal study on the effects of DV on human psychophysics.

*Keywords: childhood trauma, domestic violence, intimate relationship, perpetrator, victim*

#### Citation

Margaretha, Nuringtyas, R., Rachim, R. (2013). Trauma kekerasan masa kanak dan kekerasan dalam relasi intim. *Makara Seri Sosial Humaniora*, 17(1), 33-42. DOI: 10.7454/mssh.v17i1.1800

---

### 1. Pendahuluan

Anak-anak yang menjadi saksi peristiwa kekerasan dalam lingkup keluarga dapat mengalami gangguan fisik, mental dan emosional (Bair-Merritt, Blackstone & Feudtner, 2006). Ekspos kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) pada anak dapat menimbulkan berbagai

persoalan baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek seperti: ancaman terhadap keselamatan hidup anak, merusak struktur keluarga, munculnya berbagai gangguan mental. Sedangkan dalam jangka panjang memunculkan potensi anak terlibat dalam perilaku kekerasan dan pelecehan di masa depan, baik sebagai pelaku maupun korbannya.

Pengalaman menyaksikan dan mengalami KDRT adalah suatu peristiwa traumatis karena kekerasan dilakukan oleh orang-orang yang terdekat bagi anak, keluarga yang semestinya memberikan rasa aman, justru menampilkan dan memberikan kekerasan yang menciptakan rasa takut serta kemarahan. Pengalaman traumatis anak menyaksikan dan mengalami KDRT sering ditemukan sebagai prediktor munculnya problem psikologis di masa depan, seperti: penelantaran dan pelecehan secara fisik dan psikologis pada anak (McGuigan & Pratt, 2001); problem perilaku eksternal-internal, serta berbagai perilaku beresiko seperti merokok, penyalahgunaan zat dan perilaku seks beresiko (Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003; Skopp, McDonald, Jouriles, & Rosenfield, 2007). Pada jangka panjang, problem-problem ini juga akan menunjukkan pengaruhnya pada masa dewasa, yaitu ketidakmampuan mengembangkan kemampuan *coping* yang efektif. Kebanyakan anak-anak ini akan menjadi orang-orang dewasa yang rentan terhadap depresi dan menunjukkan gejala-gejala traumatis, hingga akhirnya beresiko tinggi menjadi pelaku KDRT atau relasi intim yang mereka jalin ketika dewasa (Robinson, 2007).

Pengalaman menyaksikan KDRT pada masa kanak telah diketahui sebagai salah satu faktor penting yang dapat menjelaskan terjadinya KDRT atau kekerasan dalam relasi intim di masa dewasa. Anak laki-laki yang tumbuh dalam keluarga yang mengalami kekerasan memiliki resiko tiga kali lipat menjadi pelaku kekerasan terhadap isteri dan keluarga mereka di masa mendatang; sedangkan anak perempuan saksi KDRT akan berkembang menjadi perempuan dewasa yang cenderung bersikap pasif dan memiliki resiko tinggi menjadi korban kekerasan di keluarga mereka nantinya (Arrigo, 2005; Holt, Buckley, & Whelan, 2008).

Pengalaman menyaksikan, mendengar, mengalami kekerasan dalam lingkup keluarga menimbulkan pengaruh-pengaruh negatif pada keamanan, stabilitas hidup dan kesejahteraan anak (Carlson, 2000). Pengalaman traumatis KDRT dapat menghasilkan korban langsung (yang langsung mengalami kekerasan) dan korban tidak langsung (yang menyaksikan kekerasan). Keduanya dapat mengalami pengaruh negatif pengalaman kekerasan. Beberapa penelitian sebelumnya menemukan bahwa anak korban langsung kekerasan (pelecehan dan pengabaian) dan korban tidak langsung KDRT sama-sama memiliki kerentanan mengalami trauma; hingga pada akhirnya juga memiliki kemungkinan dapat terlibat dalam relasi intim yang diliputi kekerasan di masa dewasanya (Appel & Holden, 1998; Capaldi *et al.*, 2001; Dauvergne & Johnson, 2001).

Lebih lanjut, penelitian longitudinal oleh Emery (2011) menjelaskan bahwa hubungan antara trauma menyaksikan KDRT dengan munculnya problem

psikologis melemah seiring meningkatnya usia anak pada saat menyaksikan KDRT pertama kali. Atau dengan kata lain kemungkinan munculnya problem perilaku akibat terekspos KDRT menjadi lebih rendah jika anak menyaksikan KDRT pada usia yang lebih tua. Hal ini mengindikasikan bahwa usia dan pemahaman yang lebih matang dapat menjadi faktor protektif atas efek negatif trauma KDRT.

Mengapa korban KDRT masa kanak bisa menjadi pelaku KDRT di masa dewasa? Laki-laki yang menyerang atau berlaku agresif pada pasangannya memiliki kemungkinan yang lebih tinggi melaporkan pernah mengalami kekerasan fisik maupun pelecehan fisik pada masa kanak-kanak di lingkungan keluarganya (Dutton, 2005). Berbagai kajian dalam perspektif Belajar Sosial (*social learning*) menjelaskan bahwa hal ini terjadi karena belajar sosial atau transmisi antar-generasi anak-anak yang mengalami KDRT, yaitu anak-anak mempelajari penyimpangan norma-norma dan perilaku yang dapat direplikasi di dalam hubungan keluarga saat dewasa (Edleson, 1999; Dutton, 2005; Margolin & Gordis, 2000). Dauvergne & Johnson (2001) menjelaskan bagaimana efek belajar sosial terjadi pada anak-anak yang menyaksikan KDRT. Pengalaman KDRT dapat membuat anak-anak saksi KDRT mengembangkan persepsi yang salah tentang kekerasan; bahwa kekerasan adalah salah satu cara yang tepat untuk menyelesaikan masalah. Anak yang menyaksikan dan mengalami KDRT belajar menggunakan kekerasan untuk mengendalikan pasangannya serta untuk mendapatkan kepatuhan dari pasangan dan anggota keluarga lainnya; hal ini pun dapat dilihat dan dipelajari oleh anak-anaknya. Akibatnya hal ini dapat membuat suatu rantai kekerasan yang sulit diputuskan dari generasi ke generasi. Trauma masa kecil juga dapat mengarahkan pada pengembangan gejala trauma kronis pada saat dia dewasa, seperti rentan terhadap depresi dan menunjukkan gejala-gejala traumatis. Ketidakmampuan *coping* inilah yang membuat mereka beresiko tinggi menggunakan kekerasan ketika mereka menghadapi persoalan dalam relasi rumah tangganya ketika dewasa (Robinson, 2007).

Dalam konteks Indonesia, Soeroso (2010) juga menjelaskan bahwa penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga dapat digolongkan menjadi dua faktor, yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal adalah faktor-faktor di luar diri si pelaku kekerasan. Individu yang tidak memiliki perilaku agresif dapat melakukan tindak kekerasan bila berhadapan dengan situasi yang menimbulkan frustrasi, misalnya kesulitan ekonomi yang berkepanjangan atau perselingkuhan yang dilakukan suami atau istri. Faktor internal menyangkut kepribadian dari pelaku kekerasan yang menyebabkan ia mudah sekali melakukan tindak kekerasan bila menghadapi situasi yang menimbulkan

kemarahan dan frustrasi. Kepribadian yang agresif biasanya dibentuk melalui interaksi dalam keluarga atau dengan lingkungan sosial dimasa lalu.

Korban KDRT baik secara langsung maupun korban tidak langsung memiliki kerentanan mengalami trauma (Dauvergne & Johnson, 2001). Secara khusus, korban tidak langsung perempuan, atau anak perempuan yang menyaksikan KDRT pada masa kanaknya, diketahui memiliki kemungkinan posisi yang lebih rentan menjadi korban kekerasan dalam relasi intimnya kelak (Holt, Buckley, & Whelan, 2008). Dalam suatu kajian di Thailand pada tahun 2009, Kerley dan kolega menemukan bahwa wanita Thailand yang pernah mengalami kekerasan di dalam keluarga pada masa kanak-kanak memiliki kemungkinan lebih tinggi menjadi korban kekerasan oleh pasangan di masa dewasa kemudian. Berbagai penelitian yang terkait dengan kekerasan yang terjadi pada perempuan juga banyak menemukan bahwa pengalaman di masa kanak-kanak menyaksikan kekerasan yang terjadi sebelumnya di dalam keluarganya atau sebagai korban tidak langsung dari KDRT (Patterson *et al.*, 2007).

Mengapa korban KDRT masa kanak bisa menjadi korban kekerasan relasi intim pada masa dewasa? Berbagai penelitian di dua dekade ini telah menemukan bahwa anak perempuan yang melihat kekerasan di dalam keluarganya akan menginternalisasikan trauma tersebut ke dalam hidupnya sehingga perempuan lebih berpotensi untuk menjadi korban kekerasan selanjutnya di masa dewasa (Evans, Davies, & Di Lillo, 2008; Kitzmann *et al.*, 2003; Wolfe *et al.*, 2003). Khususnya pada remaja putri yang orangtuanya mengalami KDRT, ditemukan bahwa ketika tumbuh dewasa menganggap pemukulan sebagai bagian dari kehidupan pernikahan.

Penelitian-penelitian tersebut telah memberikan gambaran mengenai efek jangka panjang trauma KDRT masa kanak terhadap perilaku dan gangguan psikologis individu di relasi intim masa dewasa di berbagai negara di luar negeri, terutama di Amerika Serikat. Namun hingga saat ini di Indonesia belum banyak diteliti bagaimana efek menyaksikan KDRT pada perkembangan anak dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Penelitian-penelitian sebelumnya pun lebih banyak fokus menjelaskan efek jangka pendek KDRT dan lebih banyak mengulas akibat KDRT pada korban yang mengalami kekerasan secara langsung. Hanya sedikit yang kita ketahui secara empiris mengenai bagaimana pengalaman anak menyaksikan dan mengalami KDRT dapat berpengaruh secara jangka panjang pada perilakunya kelak di dalam suatu relasi intim.

Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk menguji secara empiris mengenai pengaruh trauma masa kanak terhadap keterlibatan dalam kekerasan

dalam relasi intim di masa dewasa, baik sebagai pelaku, yang akan dilihat melalui tingkat agresivitas pelaku kekerasan dalam rumah tangga di dalam relasi intim; serta sebagai korban yang akan dilihat dari tingkat kekerasan yang dialami di dalam suatu relasi intim. Berdasarkan perspektif siklus kekerasan, diasumsikan bahwa pengalaman melihat KDRT pada masa kanak dapat meningkatkan kemungkinan individu terlibat dalam kekerasan dalam relasi intim di masa depannya, baik dalam hal melakukan kekerasan (pelaku) ataupun mengalami kekerasan (korban). Asumsi-asumsi ini akan diteliti menggunakan laporan diri *retrospective* pelaku KDRT laki-laki dan remaja putri yang pernah menyaksikan KDRT pada masa kanak-kanaknya.

## 2. Metode Penelitian

**Tipe penelitian dan analisa data.** Tipe penelitian yang digunakan didalam penelitian ini adalah penelitian survei eksplanatoris, dimana pendekatan utama dalam mengumpulkan data dengan menggunakan skala. Metode analisis data yang digunakan adalah teknik korelasi. Setiap skala yang digunakan dalam penelitian ini diuji reliabilitas dan konsistensi internal aitemnya. Pengolahan data statistik dilakukan dengan menggunakan bantuan perangkat lunak komputer dan software *SPSS Version 16.0 for Windows*.

**Populasi dan sample.** Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pelaku dan korban tidak langsung KDRT di wilayah Surabaya dan Sidoarjo. Data dalam penelitian ini dikumpulkan dalam Payung Penelitian Kekerasan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga pada tahun 2011. Penelitian ini akan menggunakan populasi pelaku kekerasan dalam rumah tangga yang ada di Kepolisian Resort di wilayah Surabaya dan Sidoarjo, serta lembaga lainnya yang menangani kasus-kasus kekerasan dalam rumah tangga, selain itu populasi juga di dapat dari sebuah daerah pemukiman padat penduduk yang rawan kekerasan di Surabaya.

Sejumlah 62 laki-laki pelaku KDRT menjadi sampel penelitian studi 1 dengan usia berkisar antara 20 hingga 65 tahun, dengan rata-rata usia 43 tahun. Adapun karakteristik sampel dalam studi 1 ini diantaranya adalah: 1) pelaku KDRT di Daerah Provinsi Jawa Timur khususnya daerah Surabaya dan Sidoarjo dan seluruh sampel tercatat baik di kepolisian di Surabaya maupun Sidoarjo sebagai pelaku KDRT; 2) memiliki kemampuan baca dan tulis, hal ini dikarenakan subjek diharapkan dapat mengerti, memahami tentang alat ukur/kuesioner yang diberikan oleh peneliti dan dapat menjawabnya dengan baik; dan 3) berjenis kelamin laki-laki, hal ini dilakukan sebab penelitian ini fokus pada laki-laki yang menyaksikan KDRT pada masa kecilnya karena memiliki potensi lebih tinggi menjadi seorang pelaku KDRT di masa dewasanya.

Sedangkan 21 perempuan menjadi sampel studi 2, berusia 15 hingga 31 tahun, dengan usia rata-rata 19 tahun. Sampel Studi 2 dikumpulkan bersamaan dengan pengambilan pada Studi 1, dimana sebagian besar sampel adalah anak perempuan dari pelaku KDRT yang diteliti di Studi 1. Akan tetapi jumlah sampel anak perempuan dari lingkup KDRT lebih sedikit, karena rendahnya tingkat partisipasi (tidak bersedia untuk mengikuti penelitian) dan ketidaksesuaian dengan batasan usia sampel penelitian (usia anak kurang dari 15 tahun). Sampel memiliki karakteristik: 1) merupakan korban tidak langsung dari peristiwa KDRT di Daerah Provinsi Jawa Timur khususnya daerah Surabaya dan Sidoarjo; 2) memiliki kemampuan baca dan tulis, hal ini dikarenakan subjek diharapkan dapat mengerti, memahami tentang alat ukur/kuesioner yang diberikan oleh peneliti dan dapat menjawabnya dengan baik; dan 3) berjenis kelamin perempuan, karena penelitian ini akan fokus untuk mengetahui apakah perempuan yang menyaksikan KDRT pada masa kanak memiliki potensi yang lebih tinggi menjadi korban dalam relasi intim di masa depannya.

*Alat Ukur: Trauma menyaksikan KDRT.* Trauma masa kanak di dalam penelitian ini didefinisikan sebagai pengalaman dari beberapa peristiwa yang bersifat menekan yang memiliki pengaruh yang kronis dan berkepanjangan sepanjang masa perkembangan, sering bersifat interpersonal yang terjadi pada awal-awal kehidupan (Van der Kolk, 2005). Untuk mengukur trauma masa kanak digunakan TAQ (*Traumatic Antecedents Questionnaire*; Van der Kolk, Perry & Herman 1991 dalam Van der Kolk, 2005). TAQ merupakan alat ukur likert dengan rentang skala 4 (0=tidak pernah ada trauma hingga 4= sering sekali) dengan 42 aitem untuk mengukur 11 dimensi trauma yang dapat terjadi pada masa kanak hingga dewasa. Namun penelitian ini hanya menganalisis 29 aitem yang terkait KDRT dalam 7 dimensi trauma, yaitu: pengabaian, perpisahan, rahasia, kekerasan psikis, kekerasan fisik, kekerasan seksual, dan kesaksian. Contoh aitem kekerasan fisik: "Saya menyaksikan kekerasan fisik di dalam keluarga saya". Keduapuluhsembilan aitem diukur di 3 tahapan usia yang telah dilalui subyek: 1) masa kanak awal (0-6), 2) masa kanak akhir (7-12), dan 3) masa remaja (13-18), sehingga total 87 aitem trauma KDRT yang dilaporkan per-subyek. Penelitian ini menemukan koefisien reliabilitas alpha sebesar 0,97 pada sampel studi 1 dan 0, 95 pada sampel studi 2.

*Agresivitas dalam relasi intim.* Agresi didefinisikan sebagai tindakan yang mengacu pada setiap tindakan jahat, yaitu, perbuatan yang telah dilakukan dengan maksud, atau yang dianggap memiliki niat untuk menyakiti yang lain (Straus, 1979 dalam Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Untuk mengukur agresivitas dalam penelitian kekerasan dalam rumah

tangga ini, penelitian ini menerjemahkan CTS (*Conflict Tactics Scales*) yang dikembangkan oleh Straus dan kolega (1996). CTS sendiri secara konseptual mempunyai dua dimensi yaitu strategi pemecahan masalah (satu indikator yaitu negosiasi) dan kekerasan yang dibagi menjadi empat indikator (yaitu: agresi psikologis, penyerangan fisik, pemaksaan seksual, cedera). CTS terdiri dari 78 aitem skala *likert* dengan rentang skala 8 (0= tidak pernah terjadi kekerasan, 1= sekali dalam 2 tahun terakhir, 2= dua kali dalam 1 tahun terakhir, 3=3-5 kali dalam 1 tahun terakhir, 4= 6-10 kali dalam 1 tahun terakhir, 5= 11-20 kali dalam 1 tahun terakhir, 6= lebih dari 20 kali dalam 1 tahun terakhir, 7= Tidak pada tahun lalu, tetapi hal itu terjadi sebelumnya). CTS merupakan skala obyektif yang banyak digunakan terutama pada penelitian KDRT yang mengukur laporan kekerasan baik sebagai pelaku maupun korban. Contoh aitem kekerasan fisik, sebagai Pelaku: "Saya memukuli pasangan saya"; sebagai korban: "Pasangan saya memukuli saya". Namun dalam penelitian ini hanya akan menganalisis 39 aitem laporan pelaku kekerasan. Dalam penelitian ini ditemukan koefisien reliabilitas alpha sebesar 0, 98 pada sampel studi 1 dan 0, 93 pada sampel studi 2.

*Demografis.* Selain ini, penelitian ini juga mengumpulkan beberapa data demografis seperti: usia dan tingkat pendidikan.

### 3. Hasil dan Pembahasan

*Studi 1.* Analisis data awal menunjukkan bahwa sebaran data trauma KDRT dan agresivitas dalam relasi intim pada sampel pelaku KDRT di penelitian ini tergolong normal. Hal ini ditunjukkan dengan uji normalitas dan linieritas sebagai dasar analisis korelasional. Uji normalitas dalam penelitian ini menggunakan metode *one sample Kolmogorov-Smirnov* dan menemukan nilai 0,20 untuk total CTS dan total trauma TAQ hasil yang diperoleh adalah 0,20 dengan  $p \geq 0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa distribusi data untuk kedua skala adalah normal. Sedangkan hasil analisis linieritas menunjukkan nilai linieritas antara trauma KDRT dan agresivitas dalam relasi intim 0,17 ( $p \leq 0,05$ ).

Sampel pelaku KDRT melaporkan pernah mengalami trauma menyaksikan dan mengalami KDRT namun dengan frekuensi rendah; sedangkan perilaku KDRT yang dilaporkan cukup variatif dengan nilai rata-rata skala yang rendah pula (tabel 1). Lebih lanjut, analisis korelasional menemukan hubungan antara trauma masa kanak-remaja dengan tingkat agresivitas masa dewasa adalah signifikan dan positif ( $r=0,47$ ,  $p < 0,01$ ). Tidak ditemukan hubungan antara trauma dengan usia dan tingkat pendidikan. Pengaruh trauma KDRT juga tampak pada perilaku kekerasan fisik, psikis dan seksual. Dari sebaran hubungan di tabel 2 terlihat bahwa perilaku kekerasan masa dewasa terkait secara menonjol

dengan trauma KDRT bentuk kekerasan psikologis daripada dengan bentuk kekerasan lainnya.

Selanjutnya, dari hasil uji regresi (lihat Tabel 3), ditemukan asosiasi yang signifikan antara trauma dan agresi pelaku kekerasan dalam rumah tangga ( $B = 1,30$ ,  $SE = ,31$ ,  $p < 0,01$ ). Nilai  $F = 16,92$  yang signifikan menunjukkan arah pengaruhnya positif. Koefisien regresi terstandar (Beta) senilai  $0,47$  menunjukkan kekuatannya adalah sedang. Dari uji regresi di dapat pula  $r^2$  adalah  $0,22$  menunjukkan bahwa sekitar  $22\%$  dari hubungan antara trauma dan agresi pelaku kekerasan dalam rumah tangga merupakan sumbangan dari faktor trauma menyaksikan dan mengalami KDRT; sedangkan sisanya sekitar  $74\%$  dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini. Dengan demikian maka dapat dijelaskan bahwa trauma KDRT masa kanak berpengaruh secara signifikan pada tingkat agresi yang dilakukan pelaku KDRT pada saat dewasa.

*Studi 2.* Secara umum, trauma KDRT masa kanak yang dilaporkan korban kekerasan dalam relasi intim dalam penelitian ini adalah rendah, begitupula dengan tingkat kekerasan yang dialami oleh sampel rata-rata intensitasnya rendah (Tabel 4). Analisis data awal

menunjukkan bahwa data trauma KDRT sampel korban tidak langsung KDRT di penelitian ini memiliki distribusi yang tidak normal. Lebih lanjut, nilai *skewness* dan *kurtosis*nya juga melampaui nilai toleransi, hal ini mengindikasikan bahwa data perlu ditransformasi. Transformasi menggunakan formulasi logaritma dan loglinear telah dilakukan dan tidak menghasilkan perubahan yang berarti untuk sebaran data penelitian ini. Maka data awal adalah yang digunakan dalam analisa selanjutnya di dalam penelitian ini. Sedangkan sebaran data pengalaman sebagai korban kekerasan dalam relasi intim yang dialami perempuan dalam sampel ini relatif normal. Hal ini dapat disimpulkan bahwa kebanyakan dari sampel mengalami kekerasan dalam relasi intim walaupun level traumanya relatif rendah.

Sedangkan hasil inspeksi linieritas menunjukkan hubungan antara trauma KDRT dan pengalaman sebagai korban dalam relasi intim sangat lemah. Hubungan antara variabel yang lain juga menunjukkan asosiasi yang tidak signifikan (Tabel 4). Hal ini dapat terjadi karena trauma KDRT pada sampel penelitian ini sebaran datanya tidak normal.

**Tabel 1. Data Deskriptif Studi 1**

Variabel	Data Deskriptif					
	<i>M (SD)</i>	<i>Skewness (SE)</i>	<i>Kurtosis (SE)</i>	Min	Maks	<i>p</i> Normalitas
TAQ	,76 (.41)	,11 (.30)	-,72 (.59)	,02	1,61	,200
CTS	2,66 (1,16)	-,20 (.30)	-,87 (.59)	,25	4,88	,200
Usia	43,97 (11,27)	,05 (.29)	-,85 (.59)	20	65	,200
Pendidikan	2,60 (1,28)	,43 (.29)	-,62 (.59)	1	5	,001

Keterangan:

$n=62$ . TAQ= *Trauma Antecedent Questionnaires* masa kanak-remaja; CTS= *Conflict Tactics Scale* sebagai pelaku. Pendidikan 1= SD, 2= SMP, 3= SMU, 4= Diploma, 5= Sarjana. M= rata-rata skala, SD= standar deviasi, SE= standar error. Normalitas diuji dengan Kolmogorov-Smirnov. \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$  (two-tailed).

**Tabel 2. Korelasi antara Total Trauma, Trauma KDRT dan Pengalaman Pelaku Kekerasan dalam Relasi Intim**

	TAQ total	TAQ fisik	TAQ psikis	TAQ seksual
CTS total	,47**	,07	,56**	,13
CTS fisik	,44**	,10	,52**	,16
CTS psikis	,77**	-,10	,45**	-,13
CTS seksual	,36**	,00	,53**	,10

Keterangan:

$n=62$ . TAQ= *Trauma Antecedent Questionnaires* masa kanak-remaja; CTS= *Conflict Tactics Scale* sebagai pelaku. \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$  (two-tailed).

**Tabel 3. Analisis Regresi untuk Menguji Hubungan antara Trauma KDRT dengan Kekerasan Pelaku KDRT**

Prediktor	Kekerasan KDRT		
	Pengaruh langsung		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Konstanta	1,65	,27	
TAQ	1,30	,31	,47***
Total $R^2$			,22***
Total $F$			16,92***

Keterangan:

n=62. TAQ= *Trauma Antecedent Questionnaires* masa kanak-remaja; CTS= *Conflict Tactics Scale* sebagai pelaku.  
*B*= koefisien regresi,  $\beta$ = nilai betha, *SE*= standar error. \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$  (two-tailed).

**Tabel 4. Data Deskriptif Studi 2**

Variabel	Data Deskriptif					
	M (SD)	Skewness(SE)	Kurtosis (SE)	Min	Maks	$p$ Normalitas
TAQ	,25 (.29)	2,70 (.50)	8,94 (.97)	,03	1,34	,001
CTS	1,88 (1,09)	,21 (.50)	-1,30 (.90)	,50	3,88	,200
Usia	21,19 (4,98)	,52 (.50)	-,72 (.97)	15	31	,200
Pendidikan	3,24 (1,04)	,24 (.50)	-,10 (.97)	1	5	,001

Keterangan:

n=21. TAQ= *Trauma Antecedent Questionnaires* masa kanak-remaja; CTS= *Conflict Tactics Scale* sebagai korban.  
 Pendidikan 1= SD, 2= SMP, 3= SMU, 4= Diploma, 5= Sarjana. M= rata-rata skala, SD= standar deviasi, SE= standar error.  
 Normalitas diuji dengan *Kolmogorov-Smirnov*. \*  $p < ,05$  (two-tailed).

**Tabel 5. Korelasi antara Trauma KDRT dan Pengalaman Korban Kekerasan dalam Relasi Intim**

	TAQ total	TAQ fisik	TAQ psikis	TAQ seksual
CTS total	-,41	,54	,20	-,15
CTS fisik	-,27	-,27	-,14	-,29
CTS psikis	-,02	-,01	-,12	-,14
CTS seksual	,01	,08	,17	-,19

Keterangan:

n=21. TAQ= *Trauma Antecedent Questionnaires* masa kanak-remaja; CTS= *Conflict Tactics Scale* sebagai korban. \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$  (two-tailed).

Studi 1 ini telah memberikan dukungan bukti empiris mengenai pengaruh negatif jangka panjang trauma menyaksikan dan mengalami KDRT masa kanak terhadap kekerasan di dalam relasi intim masa dewasa. Dalam konteks Indonesia, secara khusus di Surabaya dan Sidoarjo, ditemukan bahwa pengalaman anak laki-laki yang menyaksikan dan mengalami KDRT berhubungan dengan perilaku kekerasan terhadap pasangannya kelak.

Hasil penelitian ini dapat dijelaskan dengan kerangka teori Belajar Sosial dan Siklus Kekerasan atau teori

Transmisi Kekerasan antar Generasi (Lichter & McClosky, 2004). Dalam perspektif belajar, anak belajar bertingkah laku agresif melalui imitasi atau model terutama dari orang tua, guru dan anak-anak lainnya. Kekerasan biasanya bersifat turun-temurun, sebab anak-anak akan belajar tentang bagaimana akan berhadapan dengan lingkungan dari orang tua. Pengalaman menyaksikan dan atau mengalami KDRT membuat mereka mengembangkan sikap yang membenarkan penggunaan kekerasan (McClosky, Figuero & Koss, 1995). Anak-anak korban langsung dan korban saksi kekerasan dalam rumah tangga

menjadi terbiasa hidup di dalam keluarga yang melakukan kekerasan, sehingga menurut mereka kekerasan merupakan hal yang biasa saja. Maka kekerasan dapat dianggap sebagai hal yang wajar untuk menyelesaikan sebuah konflik yang terjadi dalam suatu relasi intim. Selain itu, perilaku kekerasan dalam setting keluarga dapat diperparah dengan munculnya faktor resiko seperti adanya penyalahgunaan zat atau alkohol. Maka, penelitian ini dapat dilihat sebagai konfirmasi bahwa KDRT merupakan perilaku hasil belajar sosial di lingkup keluarga karena terkait dengan trauma menyaksikan dan mengalami KDRT masa kanak. Secara khusus, trauma KDRT psikologis anak laki-laki pada masa kanak ternyata dampaknya cukup erat dengan kemunculan perilaku kekerasan fisik, psikis dan seksual di relasi intimnya kelak. Pengalaman menyaksikan dan mendapatkan kekerasan psikis pada masa kanak, seperti: penghinaan dan perlakuan kasar, membuat individu menjadi terbiasa dengan kekerasan di sepanjang kehidupannya. Akibatnya, seseorang yang pernah menyaksikan dan atau mengalami KDRT sepanjang masa hidupnya lebih mungkin menjadi kasar sebagai orang dewasa dibandingkan orang yang tidak pernah KDRT. Namun perlu diperhatikan pula bahwa besar pengaruh yang ditemukan dalam penelitian ini tergolong sedang, artinya masih banyak faktor-faktor kontekstual lain yang perlu dipertimbangkan untuk menjelaskan hubungan antara trauma KDRT masa kanak dengan perilaku kekerasan oleh pelaku KDRT masa dewasa.

Studi 2 tidak menemukan hubungan langsung antara trauma menyaksikan KDRT dengan pengalaman kekerasan dalam relasi intim masa dewasa. Hal ini mengindikasikan bahwa hubungan ini mungkin terjadi secara kompleks, atau dengan kata lain perlu diteliti berbagai kemungkinan terjadinya suatu hubungan tidak langsung antara trauma KDRT dan pengalaman korban. Banyak faktor yang diindikasikan memediasi hubungan antara trauma di masa kanak-kanak dan keterlibatan dalam kekerasan dalam relasi intim di masa dewasa. Sejumlah variabel diidentifikasi sebagai faktor yang berpotensi di dalam respon stress nya. Termasuk di dalamnya usia dan jenis kelamin, *locus of control*, *coping style*, ada tidaknya rasa bersalah, persepsi anak tentang ancaman, dan level emosi *well being* Ibu atau pengasuh (Holt, Buckley, & Whelan, 2008; Wolfe *et al.*, 2003). Popescu dan kolega (2010) menyebutkan bahwa menjadi saksi kekerasan di masa kanak-kanak akan menjadi prediktor pelaku atau korban kekerasan selanjutnya di masa dewasa hanya jika mereka menggunakan *coping* negatif.

Penjelasan lainnya disampaikan oleh McGee (2000) yang menemukan bahwa individu yang pernah menyaksikan dan atau mengalami KDRT pada masa kecilnya memiliki harga diri (*self-esteem*) yang lebih rendah daripada individu yang tidak mengalami KDRT.

Pengaruh negatif trauma KDRT pada harga diri ditemukan terjadi pada perempuan dan laki-laki, namun lebih menonjol terlihat pada perempuan (Holtzworth-Munroe, Smultzler, & Sandin, 1997). McGee (2000) menjelaskan bahwa harga diri anak perempuan yang menyaksikan KDRT cenderung melemah sebagai akibat hidup dengan perasaan malu dan tertekanan atas sikap kejam dan meremehkan pelaku KDRT (yang kebanyakan adalah laki-laki) di rumahnya. Oleh karena itu, harga diri dalam penelitian KDRT sering dilihat sebagai faktor pendukung resiliensi anak yang menjadi korban KDRT. Harga diri anak yang tinggi ditemukan turut mendukung kelekatan (*attachment*) antara anak dan orang-tua pasca peristiwa KDRT dan selanjutnya dukungan sosial dari figur lekatnya akan mempengaruhi kemampuan anak mengelola traumanya (Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro, & Semel, 2003). Maka, untuk ke depannya, penting untuk mengkaji bagaimana hubungan antara trauma KDRT dengan dinamika psikologis baik korban langsung maupun korban tidak langsung, dengan juga memperhatikan faktor-faktor mediator atau moderatornya.

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan penelitian trauma KDRT ke depan dengan mempertimbangkan beberapa kelemahannya. *Pertama*, distribusi usia antara pelaku dan korban dalam penelitian yang kurang setara. Sampel usia pelaku lebih berkisar dewasa awal hingga dewasa akhir sedangkan usia sampel korban yang berkisar remaja hingga dewasa awal. Perbedaan usia ini dapat mempengaruhi respon sampel dan hasil penelitian. *Kedua*, sebaran data dalam penelitian sangat rendah serta sebagian data tidak terdistribusi secara normal. Hal ini terlihat dari nilai rata-rata skala TAQ dan CTS baik pada pelaku KDRT maupun korban KDRT tidak langsung terlihat sangat rendah. Walaupun baik sampel pelaku dan korban dalam penelitian ini sudah jelas terlibat dalam KDRT, namun sepertinya mereka masih mengalami kesulitan dan malu untuk mengungkapkan pengalaman KDRT. Hingga saat ini, KDRT masih dianggap aib secara sosial di masyarakat Indonesia, sehingga baik pelaku dan korban berusaha meminimalisir laporan trauma dan kekerasan yang telah terjadi di lingkungan mereka dengan niat untuk menutupi aib. Dalam penelitian sosial, hal ini disebut sebagai efek harapan sosial (*social desirability effect*). Oleh karena itu, penelitian ke depan sebaiknya memperhatikan sebaran usia, distribusi sampel, serta mengembangkan cara yang paling efektif untuk menggali trauma pada korban namun juga mempertimbangkan efek harapan sosialnya.

#### 4. Simpulan

Penelitian ini menemukan bahwa baik korban maupun pelaku KDRT mengalami trauma KDRT pada masa lalunya. Korban maupun pelaku KDRT terjerat dalam rantai kekerasan karena mengalami trauma KDRT pada

masa kanaknya, sehingga mengembangkan persepsi yang salah tentang kekerasan dan pada akhirnya mempengaruhi ketidakmampuan *coping* atas masalah-masalah pribadi mereka kelak.

Temuan ini dapat dipertimbangkan relevansinya dalam upaya penanganan KDRT di Indonesia, bahwa intervensi KDRT perlu ditargetkan pada anak yang mengalami maupun menyaksikan KDRT agar mereka tidak menyimpan konflik trauma (*unresolved conflict*) dan tidak mengembangkan pemahaman belajar salah mengenai kekerasan dalam relasi intim yang akan mereka bangun kelak. Lebih lanjut, penanganan kasus KDRT juga perlu dilakukan secara terpadu, baik bagi korban secara langsung maupun tidak langsung (dalam hal ini secara khusus anak yang menyaksikan KDRT), dan juga pelaku. Selain upaya penyelesaian trauma masa kanak, perlu pula diupayakan rekonsiliasi hubungan antara pelaku, korban dan keluarga, namun juga tetap menjunjung tinggi azas keselamatan bagi masing-masing pihak terkait (Margaretha, 2007; 2010). Penanganan masalah KDRT terpadu yang menasar akar trauma KDRT dapat menjadi pilihan intervensi KDRT yang lebih menyeluruh dan mendalam dan sesuai dengan konteks kekerasan dalam relasi intim di Indonesia, sebagaimana telah tergambar di dalam penelitian ini.

Terakhir, masih perlu dikembangkan penelitian KDRT mengenai berbagai dinamika faktor-faktor psikologis trauma KDRT masa kanak, baik dari perspektif pelaku dan korban. Hal ini dibutuhkan untuk menyusun program intervensi KDRT dalam rangka mencegah gangguan psikologis lebih lanjut.

## Daftar Acuan

- Appel, A.E., & Holden, G.W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology, 12*, 578-599.
- Arrigo, B.A. & Shipley, S.L. (2005). *Introduction to forensic psychology issues and controversies in crime and justice*. Elsevier. New York.
- Bair-Merritt, M.H., Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006). A systematic review physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence. *Pediatrics, 117*, 278-290.
- Bandura, A. (1976). *On social learning and aggression*. New York: University Press.
- Bauer, N.S., Herrenkohl, T.I., Lozano, P., Rivara, F.P., Hill, K.G., & Hawkins, J. D. (2006). Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence. *American Academy of Paediatrics, 118*, 235-242.
- Belmont, J. (1986). *The individu, marriage, and the family* (6<sup>th</sup> ed.). San Mateo: Lloyd Saxton College.
- Baumeister, R., Smart, L., & Boden, J. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review, 103*, 5-33.
- Baumeister, R., Bushman, B., & Campbell, W. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or threatened egotism? *Current Directions in Psychological Science, 9*, 26-29.
- Benning, S.D., Patrick, C.J., Hicks, B.M., Blonigen, D.M., & Krueger, R.F. (2003). Factor structure of the psychopathic personality inventory: Validity and implications for clinical assessment. *Psychological Assessment, 15*, 340-350.
- Bushman, B., & Baumeister, R. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 219-229.
- Capaldi, D.M., Dishion, T.J., Stoolmiller, M., & Yoerger, K. (2001). Aggression toward female partners by at-risk young men: The contribution of male adolescent friendships. *Developmental Psychology, 37*, 61-73.
- Carlson, B.E. (2000). Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention. *Trauma, Violence and Abuse, 1*, 321-340.
- Dauvergne, M., & Johnson, H. (2001). *Children witnessing family violence*. Juristat. Canadian Centre for Justice Statistics. Statistics Canada Catalogue. No.85-002-XPE, 6, 1-12.
- Dutton, D.G. (1995). Trauma symptoms and PTSD-like profiles in perpetrators of intimate abuse. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 299-316.
- Edleson, J.L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal Interpersonal Violence, 14*, 839-870.
- Emery, C.R. (2011). Controlling for selection effects in the relationship between child behavior problems and exposure to intimate partner violence. *Journal Interpersonal Violence, 26*, 1541-1558.
- Evans, S., Davies, C., & Di Lilo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 131-140.
- Finkelhor, D., Hotaling, G.T, Lewis, I.A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men



and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.

Goldblatt, H. (2003). Strategies of coping among adolescents experiencing interparental violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 532-552.

Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32, 797-810.

Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the literature on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 179-213.

Humphreys, J. (1993). Children of battered women. In: J.C. Campbell, J. Humphreys (Eds.). *Nursing care of survivors of family violence*. St Louis: Mosby.

Huth-Bocks, A.C., Levendosky, A.A., & Semel, M.A. (2001). The direct and indirect effects of domestic violence on young children's intellectual functioning. *Journal of Family Violence*, 16, 269-290.

Kitzmann, K., Gaylord, N., Holt, A., & Kenny, E. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339-352.

Krueger, R.F., Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A., & McGee, R. (1996). Personality traits are differentially linked to mental disorders: A multitrait-multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 299-312.

Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., & Semel, M.A. (2002). Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 206-218.

Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., Shapiro, D.L., & Semel, M.A. (2003). The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschoolage children's functioning. *Journal of Family Psychology*, 17, 275-287.

Lundy, M., & Grossman, S.F. (2005). The mental health and service needs of young children exposed to domestic violence: Supportive data. *Families in Society*, 86, 17-29.

Margaretha (2010). Children exposed to domestic violence: The latent victims. Disampaikan dalam Division of Forensic Psychology Conference from the British Psychological Society, University of Kent, UK.

Margaretha (2007). Hak anak dalam kekerasan dalam rumah tangga: Menilik penjaminan hak anak dan

penyelesaian konflik pada anak yang berada dalam keluarga yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Disampaikan dalam Temu Ilmiah Nasional Psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia.

Margolin, G., & Gordis, E.B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.

McClosky, L.A., Figuerdo, A.J., & Koss, M.P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 1239-1261.

McGee, C. (2000). *Childhood experiences of domestic violence*. London: Jessica Kingsley Publishers.

McGuigan, W., & Pratt, C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 25, 869-883.

Osofsky, J.D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 9, 33-49.

Popescu, L., Drumm, R., Dewan, S., Rusu, C. (2010). Childhood victimization and its Impact on coping behaviors for victims of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 25, 575-585.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L. & Feder G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, BMJ Vol. 325/10 August. Sumber: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=117773&blobtype=pdf>, akses: 27 Agustus 2007.

Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the narcissistic personality inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 890-902. <http://www.columbia.edu/~da358/npi16/raskin.pdf>

Robinson, G.E. (2007) Current concepts in domestic violence gail erlick. Sumber: [http://www.primarypsychiatry.com/asp/article\\_pf.aspx?articleid=1164](http://www.primarypsychiatry.com/asp/article_pf.aspx?articleid=1164), akses: Agustus 2007.

Skopp, N., McDonald, R., Jouriles, E., & Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and children's externalizing problems: Maternal and partner warmth as protective factors. *Journal of Family Psychology*, 21, 459-467.

Soeroso, M.H. (2010). Kekerasan Dalam Rumah Tangga Dalam Perspektif Yuridis-Viktimologis. Jakarta: Sinar Grafika.

Sedikides, C., Rudich E.A., Gregg A.P., Kumashiro M., & Rusbult, C. (2004, September). Are normal

narcissists psychologically healthy?: Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 400-416. Retrieved November 23, 2008, from APA PsychNET database.

Skopp, N., McDonald, R., Jouriles, E., & Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and children's externalizing problems: Maternal and partner warmth as protective factors. *Journal of Family Psychology*, 21, 459-467.

Straus, M.A., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.

Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.

Vernon, A. (2009). *Counseling for children and adolescents*. Denver: Love Publishing Company.

Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P.G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A Meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171-187.