



Peran Strategi Regulasi Emosi Kognitif terhadap Gejala PTSD Korban Kekerasan dalam Pacaran

Estherina Yaneta Tantom¹, Zamralita^{2✉}

^{1,2}Universitas Tarumanagara

zamralita@fpsi.untar.ac.id

Abstract

Dating violence is a phenomenon that often occurs around us. Victims of dating violence can experience deep trauma which will develop into severe and prolonged psychological disorders, one of which is posttraumatic stress disorder (PTSD). One contributor to the development of PTSD symptoms is cognitive emotion regulation strategies. Cognitive emotion regulation strategy is a cognitive process in managing information that can arouse emotions. This study aims to determine the role of cognitive emotion regulation strategies on PTSD symptoms and the role of each dimension of cognitive emotion regulation strategies on each PTSD symptom according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V (DSM V) namely intrusion, avoidance, negative changes related to cognition and mood, and changes in arousal and reactivity. The participants were 116 Indonesian college students aged 18 to 24 years who had experienced dating violence. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ- Short) were used to measure cognitive emotion regulation strategies and The PTSD Checklist for DSM 5 (PCL-5) to measure PTSD symptoms. The results obtained were a significant role of cognitive emotion regulation strategies on PTSD symptoms by 39.5% ($R = 0.628$, $p < 0.005$). The dimension of negative cognition about self has the greatest role on PTSD symptoms by 35% ($\beta = 0.490$, $t = 4.309$, $p = 0.000 < 0.05$). The results of this study can be used as one of the references in the preparation of psychological interventions to treat trauma in victims of violence in dating relationships.

Keywords: cognitive emotion regulation strategy, PTSD symptoms, dating violence, emerging adulthood, Indonesia

Abstrak

Kekerasan dalam pacaran merupakan salah satu fenomena yang sering terjadi di sekitar kita. Korban kekerasan dalam pacaran dapat mengalami trauma yang mendalam yang kemudian akan berkembang menjadi gangguan psikologis yang parah dan berkepanjangan salah satunya *posttraumatic stress disorder* (PTSD). Salah satu kontributor dalam berkembangnya gejala PTSD adalah strategi regulasi emosi kognitif. Strategi regulasi emosi kognitif merupakan proses kognitif dalam mengelola informasi yang dapat membangkitkan emosi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD dan peran tiap dimensi strategi regulasi emosi kognitif terhadap tiap gejala PTSD sesuai dengan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* (DSM V) yakni intrusi, penghindaran, perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati, dan perubahan gairah dan reaktivitas pada korban kekerasan dalam pacaran. Partisipan penelitian ini berjumlah 116 mahasiswa di Indonesia berusia 18 hingga 24 tahun yang pernah mengalami kekerasan dalam hubungan berpacaran. *The Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI) dan *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-Short) digunakan untuk mengukur strategi regulasi emosi kognitif dan *The PTSD Checklist for DSM 5* (PCL-5) untuk mengukur gejala PTSD. Hasil yang diperoleh adalah adanya peran strategi regulasi emosi kognitif yang signifikan terhadap gejala PTSD sebesar 39.5% ($R = 0.628$, $p < 0.005$). Dimensi kognisi negatif mengenai diri memiliki peran paling besar terhadap gejala PTSD sebesar 35% ($\beta = 0.490$, $t = 4.309$, $p = 0.000 < 0.05$). Hasil penelitian ini dapat dijadikan salah satu acuan dalam penyusunan intervensi psikologis untuk menangani trauma pada korban kekerasan dalam hubungan berpacaran.

Kata kunci: strategi regulasi emosi kognitif, gejala PTSD, kekerasan dalam pacaran, masa transisi, Indonesia

Psyche 165 Journal is licensed under a Creative Commons 4.0 International License.



1. Pendahuluan

Kekerasan dalam pacaran (KDP) merupakan salah satu peristiwa traumatis yang dapat dialami berulang, yang disebabkan oleh pengkhianatan interpersonal, dan dapat mengancam jiwa [1]. Catatan Tahunan Komnas Perempuan mencatat dalam 5 tahun terakhir, KDP selalu menempati 3 besar jenis kekerasan yang paling

banyak terjadi di Indonesia [2]. Korban terbanyak yang mengalami KDP berada pada rentang usia 18-24 tahun dan berstatus sebagai pelajar/mahasiswa. Rentang usia 18-24 tahun merupakan tahap *emerging adulthood* yang dikarakteristikan dengan eksplorasi identitas pada area cinta, pekerjaan, dan pandangan mengenai dunia [3]. Eksplorasi cinta pada *emerging adulthood* menjadi lebih intim dan serius, lebih pada keintiman secara

emosi dan fisik. Selain itu, di masa *emerging adulthood*, individu memasuki dunia perkuliahan sebagai seorang mahasiswa.

Salah satu dampak psikologis yang dialami oleh korban KDP adalah berkembangnya gejala PTSD [1]. *Posttraumatic stress disorder* (PTSD) merupakan reaksi terhadap pengalaman kejadian traumatik secara emosional yang dianggap mengancam kehidupan atau fisik diri sendiri atau orang lain [4]. Menurut DSM-V, PTSD dapat dialami oleh individu yang menyaksikan atau mengalami langsung trauma seperti peristiwa yang mengancam kematian, penyakit yang serius, atau kekerasan seksual. PTSD memiliki empat gejala yakni, intrusi atau mengalami kembali ingatan peristiwa tersebut, perilaku menghindar, perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati, serta perubahan dalam gairah dan reaktivitas [5].

Berdasarkan teori pemrosesan emosional PTSD berkembang karena adanya struktur rasa takut yang patologis [6]. PTSD diwakili oleh rangsangan patologis, respons meliputi kognitif, emosional, perilaku, fisiologis, dan makna terhadap rangsangan tersebut [7]. Ketika individu mengalami peristiwa traumatis, mereka akan menciptakan struktur rasa takut dalam ingatan mereka untuk menghindari bahaya [6].

PTSD mencerminkan memori trauma yang mengandung elemen patologis tertentu [8]. Pertama, memiliki sejumlah besar stimulus yang secara keliru dikaitkan dengan arti bahaya. Kedua, struktur rasa takut berhubungan dengan PTSD yang mengandung representasi gairah fisiologis dan reaksi perilaku. Struktur rasa takut ini sebagai pusat pengalaman PTSD yang mencakup dua dasar kognisi yang disfungsi yakni dunia benar-benar berbahaya dan diri sendiri sama sekali tidak kompeten [9], [10].

Adanya perbedaan dari pemaknaan personal terhadap trauma dan bagian-bagiannya pada individu yang mengembangkan PTSD [11]. Beberapa orang dapat melihat trauma sebagai sesuatu yang terbatas waktu, pengalaman traumatis tersebut tidak memiliki implikasi negatif terhadap masa depan, dan beberapa orang dapat menemukan elemen-elemen dari perkembangan diri karena trauma ini. Individu dengan PTSD dikarakteristikan dengan adanya penilaian negatif terhadap peristiwa traumatis, bagian-bagiannya, atau keduanya. Penilaian negatif ini merupakan pemikiran untuk mengembangkan PTSD dengan cara memproduksi rasa terancam yang disertai dengan intrusi, gairah, dan emosi kuat seperti kecemasan, kemarahan, rasa malu, rasa bersalah, atau kesedihan. Penilaian negatif ini juga mendorong serangkaian disfungsi kognitif dan respon perilaku yang memiliki tujuan jangka pendek untuk menurunkan distress namun memiliki konsekuensi jangka panjang untuk mencegah perubahan kognitif menjadi lebih positif dan kemudian memelihara gangguan tersebut.

Paparan di atas menunjukkan bahwa proses kognitif dapat membantu individu untuk mengelola emosi dan tetap mengontrol emosi sehingga tidak menjadi kewalahan. Proses kognitif mengelola asupan informasi yang dalam hal ini adalah pengalaman traumatis yang membangkitkan emosi disebut dengan strategi regulasi emosi kognitif. Strategi regulasi emosi kognitif merupakan suatu upaya untuk mengekstraksi informasi dan beradaptasi dengan tuntutan lingkungan eksternal [12]. Strategi regulasi emosi kognitif menjadi dua yakni strategi regulasi emosi kognitif yang adaptif dan maladaptif [13].

Strategi regulasi emosi kognitif yang adaptif meliputi *acceptance, refocus on planning, positive refocusing, positive reappraisal*, dan *putting into perspective*, sedangkan strategi regulasi emosi yang maladaptif meliputi *self-blame, blaming others, rumination, catastrophizing*, kognisi negatif mengenai diri, dan kognisi negatif mengenai dunia. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa individu yang mengalami KDP dan kemudian mengembangkan gejala PTSD memiliki strategi regulasi emosi kognitif yang maladaptif. Individu yang mengembangkan strategi regulasi emosi kognitif yang adaptif tidak akan mengembangkan gejala PTSD yang menetap dan akan kembali pulih.

Peneliti melakukan kajian dari beberapa penelitian terdahulu mengenai strategi regulasi emosi kognitif yang berkaitan dengan PTSD. Penelitian sebelumnya meneliti mengenai hubungan disfungsi kognitif dengan gejala depresi dan PTSD pada 82 perempuan dewasa yang melaporkan pernah mengalami dua atau lebih pengalaman dikuntit selama sebulan terakhir [14]. Didapat hasil bahwa kognisi negatif yang lebih tinggi mengenai diri berhubungan dengan tingkat gejala depresi yang lebih tinggi dan tidak dengan gejala PTSD, kognisi negatif yang lebih tinggi mengenai dunia berhubungan dengan tingkat gejala depresi dan PTSD yang lebih tinggi, dan *self-blame* tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan gejala depresi maupun PTSD.

Hubungan antara strategi regulasi emosi kognitif dengan gejala PTSD sesuai DSM V juga diteliti terhadap 366 personil militer aktif berusia 18 hingga 65 tahun (88% laki-laki) [15]. Hasil yang diperoleh adalah gejala perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati berhubungan dengan disfungsi kognitif yakni kognisi negatif mengenai diri, kognisi negatif mengenai dunia, *self-blame*, dan *catastrophizing*. Tidak ditemukannya hubungan substansial antara gejala perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati dengan *other-blame*. Ditemukan juga hubungan positif yang unik antara gejala intrusi dengan *catastrophizing*. Hal ini mungkin menunjukkan adanya hubungan antara ingatan yang sering mengganggu dengan interpretasi negatif yang berlebihan dari ingatan tersebut. Selain itu, ditemukan bahwa strategi regulasi emosi kognitif yang adaptif yakni *acceptance* dan *positive refocusing* berhubungan

negatif dengan gejala perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati.

Strategi regulasi emosi kognitif dan gejala PTSD juga diteliti pada 67 korban banjir [16]. Ditemukan tidak adanya hubungan antara *self-blame* dan *other-blame* dengan gejala PTSD, namun hubungan ditemukan antara *catastrophizing* dan *rumination* dengan gejala PTSD. Selain itu, hubungan ditemukan antara *positive reappraisal* dan *putting into perspective* dengan gejala PTSD, namun tidak ditemukan hubungan yang negatif antara *acceptance*, *positive refocusing*, dan *planning refocusing* dengan gejala PTSD. Pada penelitiannya yang lain terhadap 79 korban banjir, tidak ditemukan adanya hubungan antara seluruh strategi regulasi emosi kognitif yang adaptif terhadap gejala PTSD [17]. Namun, ditemukan hubungan antara *rumination*, *catastrophizing*, dan *other-blame* terhadap gejala PTSD.

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan, strategi regulasi emosi kognitif seperti kognisi negatif mengenai diri, dunia, *self-blame*, *catastrophizing*, *rumination*, *other-blame*, *acceptance*, *positive refocusing*, dan *putting into perspective* berhubungan dengan gejala PTSD secara keseluruhan. Meskipun demikian, masih terdapat inkonsistensi dalam hubungan gejala PTSD dengan kognisi negatif mengenai diri, dunia, *self-blame*, *other-blame*, *acceptance*, *positive refocusing*, *positive reappraisal* dan *putting into perspective*. Hal ini mungkin karena adanya perbedaan dalam pengukuran gejala PTSD. Penelitian sebelumnya menggunakan DSM-IV untuk gejala PTSD yang mana gejala PTSD hanya terdapat tiga gejala yakni pemikiran intrusi, penghindaran/mati rasa, dan perubahan gairah. Dalam DSM-IV, gejala penghindaran dan efek mati rasa berada dalam satu gejala, sehingga individu dapat mengalami salah satunya. Sedangkan penelitian lain mengukur gejala PTSD berdasarkan kriteria DSM-V yang mana ada empat gejala PTSD yakni pemikiran intrusif, penghindaran, perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati, dan perubahan gairah sehingga individu harus mengalami gejala penghindaran dan juga perubahan suasana hati.

Selain itu, inkonsistensi hasil pada penelitian-penelitian sebelumnya mungkin karena adanya variasi dalam jenis trauma yang dialami. Dengan demikian, mungkin adanya perbedaan dalam pemaknaan terhadap jenis peristiwa traumatis yang dialami. Kekerasan oleh pasangan intim dan bencana alam berhubungan dengan kognitif negatif terkait diri dan orang lain dibandingkan dengan individu yang mengalami perang [18]. Secara spesifik, PTSD menjadi masalah kesehatan mental yang paling umum dialami dan berkembang pada individu korban kekerasan oleh pasangan intim [19].

Berdasarkan paparan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk meneliti strategi regulasi emosi kognitif baik adaptif maupun maladaptif terhadap gejala PTSD pada mahasiswa berusia 18 hingga 24 tahun di

Indonesia yang pernah mengalami kekerasan dalam hubungan berpacaran. Dengan demikian, pertanyaan utama dalam penelitian ini adalah apakah strategi regulasi emosi kognitif berperan terhadap gejala PTSD pada mahasiswa yang pernah mengalami KDP di Indonesia.

2. Metodologi Penelitian

Desain penelitian ini adalah kuantitatif non eksperimental studi *cross sectional* dengan pengolahan data menggunakan IBM SPSS Statistics 24. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yakni *purposive sampling* untuk memilih partisipan sesuai dengan karakteristik partisipan, yaitu mahasiswa di Indonesia berusia 18-24 tahun dan pernah mengalami kekerasan dalam hubungan berpacaran.

2.1. Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 116 partisipan yakni mahasiswa di Indonesia berusia 18 hingga 24 tahun dan pernah mengalami kekerasan dalam hubungan berpacaran. Gambaran mengenai partisipan dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran Partisipan

		(N = 116) n (%)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	15 (12.9)
	Perempuan	101 (87.1)
Usia		M = 21.14, SD = 1.74
Pulau Domisili	Sumatra	8 (6.9)
	Jawa	102 (87.9)
	Bali	1 (0.7)
	Kalimantan	4 (3.4)
	Sulawesi	1 (0.9)
Lama Hubungan Berpacaran	< 1 tahun	36 (31)
	≤ 1 - < 2 tahun	37 (31.9)
	≤ 2 - < 3 tahun	21 (18.1)
	≤ 3 - < 4 tahun	11 (9.5)
	≤ 4 - < 5 tahun	7 (6)
	≤ 5 - < 6 tahun	2 (1.7)
Lama KDP yang Dialami	≥ 6 tahun	2 (1.7)
	< 1 tahun	99 (85.3)
	1 - 2 tahun	11 (9.5)
	3 - 4 tahun	3 (2.6)
Status Hubungan Berpacaran	5 tahun	1 (0.9)
	Tidak diketahui	2 (1.7)
	Masih berpacaran	42 (36.2)
Bentuk KDP	Sudah tidak berpacaran	74 (63.8)
	KDP psikis	116 (100)
	KDP fisik	76 (65.5)
	KDP seksual	72 (62.1)
	KDP ekonomi	52 (44.8)

Partisipan terbanyak berada pada usia 21 tahun yakni 28 partisipan (24.1%). Rata-rata usia partisipan adalah 21.14 (SD=1.74) dan 87.1% merupakan perempuan. Berdasarkan pulau domisili, partisipan dalam penelitian ini berasal dari Pulau Sumatra, Jawa, Bali, Kalimantan, dan Sulawesi. Partisipan terbanyak berasal dari Pulau Jawa, yaitu 102 partisipan (87.9%).

Berdasarkan lamanya hubungan berpacaran, diketahui ada yang kurang dari 1 tahun hingga di atas 6 tahun. Partisipan dengan lama hubungan berpacaran terbanyak

berada pada rentang 1 tahun hingga kurang dari 2 tahun yakni 37 partisipan (31.9%). Berdasarkan lamanya KDP yang dialami, diketahui ada yang mengalami selama kurang dari 1 bulan hingga 5 tahun. Partisipan dengan durasi KDP terbanyak berada pada rentang 3 sampai 6 bulan yakni 48 partisipan (41.4%). Berdasarkan status hubungan romantis saat ini ada yang masih berhubungan dan ada yang sudah tidak berhubungan. Partisipan terbanyak sudah tidak dalam hubungan tersebut yakni sebanyak 74 partisipan (63.8%).

2.2. Instrumen Penelitian

Strategi regulasi emosi kognitif diukur menggunakan *The Posttraumatic Cognitive Inventory (PTCI)* dan *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short (CERQ-Short)*. PTCI berbentuk *self-report* terdiri dari 33 item dengan 7 pilihan jawaban dari 1 hingga 7 yaitu sama sekali tidak setuju, sangat tidak setuju, sedikit tidak setuju, netral, sedikit setuju, setuju, dan sangat setuju [8]. PTCI mengukur kognisi negatif mengenai diri, kognisi negatif mengenai dunia, dan *self-blame*. Uji reliabilitas dan validitas dilakukan dan diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* keseluruhan sebesar 0.948 > 0.70 dengan *Corrected Item-Total Correlation* tiap butir di atas 0.20 yakni 0.226 hingga 0.754.

CERQ-Short berbentuk *self-report* terdiri dari 16 item dengan tidak mengikutsertakan dimensi *self-blame* karena sudah direpresentasikan oleh alat ukur PTCI [20]. CERQ-Short mengukur *acceptance, positive refocusing, refocus on planning, positive reappraisal, putting into perspective, rumination, catastrophizing, dan other blame* dengan 5 pilihan jawaban dari 1 hingga 5 yaitu hampir tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, dan hampir selalu. Uji reliabilitas dan validitas dilakukan dan diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* keseluruhan sebesar 0.810 > 0.70 dengan *Corrected Item-Total Correlation* di atas 0.20 yakni 0.289 hingga 0.588. *Scoring* dilakukan dengan menghitung rata-rata skor tiap subskala.

Gejala PTSD diukur menggunakan *The PTSD Checklist for DSM 5 (PCL-5)* [21]. PCL-5 berbentuk *self-report* dengan 5 pilihan jawaban dari 0 hingga 4 yaitu tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, dan sangat sering. PCL-5 mengukur gejala PTSD yakni gejala intrusi, gejala penghindaran, gejala perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati. Skor total dari PCL-5 memiliki rentang 0-80. Uji reliabilitas dan validitas dilakukan dan diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* keseluruhan sebesar 0.904 > 0.70 dengan *Corrected Item- Total Correlation* butir di atas 0.20, yaitu 0.299 hingga 0.688.

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Uji Normalitas

Pada penelitian dilakukan uji normalitas terhadap dua variabel penelitian, yakni strategi regulasi emosi kognitif dan gejala PTSD menggunakan *One-Sample Kolmogorov- Smirnov Test*. Hasil uji normalitas

Diperoleh bahwa data residual berdistribusi normal dengan nilai $p = 0.097 > 0.05$ dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Uji Normalitas

Variabel	Monte Carlo Sig.	Keterangan
Strategi Regulasi Emosi Kognitif	0.671	Distribusi Normal
Gejala PTSD	0.304	Distribusi Normal

3.2. Uji Hubungan

Peneliti melakukan uji hubungan antar variabel. Berdasarkan uji korelasi didapatkan bahwa strategi regulasi emosi kognitif berhubungan positif yang signifikan dengan nilai $r = 0.628, p = 0.000 < 0.01$, artinya kuat saling berhubungan. Semakin tinggi strategi regulasi emosi kognitif, semakin tinggi juga gejala PTSD yang dialami.

Uji korelasi dilakukan pada strategi regulasi emosi kognitif maladaptif dan adaptif terhadap gejala PTSD. Diperoleh hasil bahwa strategi regulasi emosi kognitif maladaptif berhubungan positif lebih besar dengan gejala PTSD secara signifikan dengan nilai $r = 0.733, p = 0.000 < 0.01$ yang berarti semakin tinggi strategi regulasi emosi kognitif maladaptif, semakin tinggi juga gejala PTSD.

Strategi regulasi emosi kognitif adaptif ditemukan berhubungan positif dengan gejala PTSD secara signifikan dengan nilai $r = 0.198, p = 0.000 < 0.05$ yang berarti semakin tinggi strategi regulasi emosi kognitif adaptif, semakin tinggi gejala PTSD. Uji hubungan dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Uji Hubungan

Variabel	1	2	3	4
Strategi Regulasi Emosi Kognitif	-	.729**	.870**	.628**
Strategi Regulasi Emosi Kognitif Adaptif		-	.296**	.198*
Strategi Regulasi Emosi Kognitif Maladaptif			-	.733**
Gejala PTSD				-
M	3.73	3.61	3.82	54.81
SD	0.65	0.74	0.85	14.21

3.3. Uji Regresi

Berdasarkan data yang diperoleh, dilakukan uji peran antara variabel strategi regulasi emosi kognitif dan gejala PTSD secara keseluruhan. Diperoleh hasil adanya hubungan yang signifikan pada strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD dengan nilai regresi sebesar $R = 0.628, p = 0.000 < 0.05$ dengan koefisien determinasi $R^2 = 0.395$, nilai ini diperoleh dari pengkuadratan dari koefisien korelasi (0.628×0.628). Hasil ini menunjukkan bahwa strategi regulasi emosi berkontribusi sebesar 39.5% terhadap gejala PTSD sedangkan 60.5% sisanya dipengaruhi oleh faktor lain.

Selanjutnya, dari analisis regresi dapat diamati bahwa nilai $F = 74.353$ dan $p = 0.000 < 0.05$ yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif secara bersama-sama berperan secara signifikan terhadap gejala PTSD

dan H0 ditolak. Dari analisis regresi juga dapat diamati nilai $t=8.623 > t \text{ tabel} = 1.98$ dan $p=0.000 < 0.05$ artinya H0 ditolak. Dengan demikian, terdapat peran strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD pada mahasiswa yang pernah mengalami kekerasan dalam hubungan pacaran. Uji regresi strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Uji Regresi

Variabel	R	F	β	T	Sig.
Strategi Regulasi Emosi Kognitif	0.628	74.353	0.628**	8.623	0.000
R ²	39.5%				

Berdasarkan data yang diperoleh, dilakukan analisis regresi pada strategi regulasi emosi kognitif adaptif dan maladaptif terhadap gejala PTSD. Dari hasil regresi strategi regulasi emosi kognitif adaptif, diketahui bahwa besarnya peran dengan melihat nilai $R^2=0.203$ dan nilai $F=5.612$ ($p = 0.000 < 0.05$) yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif adaptif secara bersama-sama berperan terhadap gejala PTSD. Besarnya peran strategi regulasi emosi kognitif adaptif terhadap gejala PTSD sebesar 20.3% dan sisanya dipengaruhi oleh faktor. Dimensi strategi regulasi emosi kognitif adaptif yang berperan paling besar yakni *acceptance* sebesar 11% ($\beta=0.310$, $t=3.302$, $p=0.001 < 0.05$) dan berhubungan secara positif.

Hasil ini tidak selaras dengan penelitian terdahulu yang mengungkapkan bahwa *acceptance* berhubungan secara negatif dengan gejala perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati [16]. Semakin mahasiswa yang pernah mengalami KDP memiliki pemikiran untuk menerima dan memasrahkan apa yang telah terjadi, maka semakin parah gejala PTSD yang dialami. Peneliti menduga bahwa pemikiran untuk menerima dan memasrahkan peristiwa KDP yang dialami bersifat seolah-olah menerima dan masih menyimpan emosi negatif yang mendalam sehingga tidak diiringi oleh hal-hal yang positif yang kemudian menyebabkan gejala PTSD tetap berkembang.

Berdasarkan hasil regresi strategi regulasi emosi kognitif maladaptif, diketahui bahwa besarnya peran dengan melihat nilai $R^2=0.576$ dan nilai $F=24.667$ ($p=0.000 < 0.05$) yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif maladaptif secara bersama-sama berperan terhadap gejala PTSD. Besarnya peran strategi regulasi emosi kognitif maladaptif sebesar 57.6% dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Dimensi strategi regulasi emosi kognitif maladaptif yang berperan paling besar yakni kognisi negatif mengenai diri sebesar 35% ($\beta = 0.490$, $t=4.309$, $p=0.000 < 0.05$).

Hasil ini membuktikan bahwa semakin tinggi strategi regulasi emosi kognitif yang maladaptif pada mahasiswa yang pernah mengalami KDP, maka semakin parah pula gejala PTSD yang dialami. Hasil ini juga selaras dengan teori pemrosesan emosi bahwa individu yang mengembangkan gejala PTSD memiliki

struktur rasa takut yang patologis [7]. Struktur rasa takut yang patologis meliputi adanya penilaian yang keliru mengenai KDP yang dialami dikaitkan dengan arti bahaya yang dikemas dalam strategi regulasi emosi kognitif yang maladaptif yang kemudian mengembangkan gejala intrusi, penghindaran, perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati, serta perubahan gairah dan reaktivitas.

Hasil ini juga sesuai dengan model kognitif yang menunjukkan bahwa individu menilai peristiwa traumatis sebagai peristiwa yang memiliki efek terhadap masa depan sehingga memproduksi rasa terancam dan kemudian disertai dengan gejala-gejala PTSD [11]. Gejala-gejala PTSD ini awalnya sebagai koping untuk menurunkan distres jangka pendek namun memiliki konsekuensi jangka panjang untuk mencegah perubahan kognitif menjadi lebih positif yang akhirnya memelihara gejala PTSD tersebut. Hal ini berarti mahasiswa yang pernah mengalami KDP menilai peristiwa KDP memiliki efek terhadap masa depan mereka sehingga timbulnya rasa terancam yang kemudian berkembang menjadi gejala-gejala PTSD.

Analisis regresi dilakukan pada berbagai dimensi strategi regulasi emosi kognitif dengan berbagai gejala PTSD. Analisis regresi dilakukan pada tiap dimensi strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD intrusi. Dari hasil regresi diketahui bahwa besarnya peran dengan melihat nilai $R^2=0.426$ dan nilai $F=7.010$ ($p = 0.000 < 0.05$) yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif secara bersama-sama berperan terhadap gejala PTSD intrusi. Besarnya peran strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD intrusi sebesar 42.6% sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Dimensi strategi regulasi emosi kognitif yang paling besar perannya yakni *catastrophizing* sebesar 18.4% ($\beta=0.324$, $t=3.268$, $p=0.001 < 0.05$).

Hasil ini menunjukkan bahwa semakin mahasiswa yang pernah mengalami KDP memiliki pemikiran negatif yang berlebihan untuk menekan teror dari pengalaman kekerasan yang dialami, maka mahasiswa tersebut semakin mengalami ingatan yang berulang, hingga mimpi yang berulang yang tidak disengaja mengenai peristiwa traumatis tersebut. Individu juga akan mengalami distres dari mimpi tersebut, adanya reaksi disosiatif seperti merasa seolah-olah peristiwa kekerasan tersebut terjadi kembali, bahkan dapat dialaminya reaksi fisiologis terhadap isyarat internal maupun eksternal yang menyerupai peristiwa kekerasan tersebut. Hasil ini juga selaras dengan penelitian sebelumnya bahwa adanya hubungan antara ingatan yang mengganggu dengan interpretasi negatif yang berlebihan dari ingatan tersebut [17].

Analisis regresi dilakukan pada tiap dimensi strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD penghindaran. Dari hasil regresi diketahui bahwa besarnya peran dengan melihat nilai $R^2=0.179$ dan nilai $F=2.059$ ($p=0.030 < 0.05$) yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif secara bersama-sama

berperan terhadap gejala PTSD penghindaran. Besarnya peran strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD penghindaran sebesar 17.9% dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Dimensi strategi regulasi emosi kognitif yang paling besar sebesar 8.5% ($\beta=0.251, t=1.917, p=0.058 >0.05$).

Hasil ini selaras dengan model kognitif peneliti sebelumnya bahwa ketika individu menilai dunia sebagai tempat yang berbahaya, individu akan mengembangkan emosi negatif yakni ketakutan yang akan mengarah pada perilaku penghindaran atau usaha untuk menghindari ingatan, pemikiran, atau perasaan yang menekan yang berkaitan dengan peristiwa kekerasan tersebut [10]. Mahasiswa tersebut juga semakin menghindari tempat, situasi, orang, suatu aktivitas, percakapan yang dapat membangkitkan ingatan maupun perasaan yang berkaitan dengan peristiwa kekerasan yang dialami.

Analisis regresi dilakukan pada tiap dimensi strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati. Dari hasil regresi diketahui bahwa besarnya peran dengan melihat nilai $R^2=0.483$ dan nilai $F=8.837$ ($p=0.000 <0.05$) yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif secara bersama-sama berperan terhadap gejala PTSD perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati. Besarnya peran strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD perubahan negatif terkait kognisi dan suasana hati sebesar 48.3% sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Dimensi strategi regulasi emosi kognitif yang paling besar perannya yakni kognisi negatif mengenai diri sebesar 31.9% ($\beta=0.480, t=3.417, p = 0.001 <0.05$).

Analisis regresi dilakukan pada tiap dimensi strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD perubahan gairah dan reaktivitas. Dari hasil regresi diketahui bahwa besarnya peran dengan melihat nilai $R^2=0.531$ dan nilai $F=10.686$ ($p = 0.000 <0.05$) yang berarti seluruh dimensi strategi regulasi emosi kognitif secara bersama-sama berperan terhadap gejala PTSD perubahan gairah dan reaktivitas. Besarnya peran strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD perubahan gairah dan reaktivitas sebesar 53.1% sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Dimensi strategi regulasi emosi kognitif yang paling besar perannya yakni kognisi negatif mengenai diri sebesar 43.7% ($\beta = 2.246, t = 4.815, p = 0.000 <0.05$).

Hasil ini menunjukkan semakin mahasiswa yang pernah mengalami KDP memiliki keyakinan bahwa dirinya tidak kompeten dan tidak berharga, mahasiswa tersebut semakin tidak mampu untuk mengingat aspek penting dari peristiwa kekerasan tersebut, memiliki keyakinan negatif yang menetap atau ekspektasi mengenai diri, orang lain, atau dunia, semakin memiliki kognisi yang terdistorsi mengenai penyebab atau konsekuensi dari peristiwa kekerasan tersebut. Individu juga semakin memiliki emosi negatif yang menetap seperti ketakutan, kengerian, kemarahan, rasa bersalah, atau rasa malu.

Selain itu, individu juga semakin mengalami penurunan minat, perasaan terlepas dari orang lain, tidak mampu untuk mengalami emosi positif, mudah tersinggung, mengalami ledakan amarah, adanya perilaku sembrono atau merusak diri, rasa waspada dan respon terkejut yang berlebihan, adanya masalah dengan konsentrasi, hingga timbulnya gangguan tidur.

Dimensi *refocus on planning* ditemukan berhubungan positif dan signifikan dengan gejala PTSD, secara khusus pada gejala intrusi dan perubahan gairah dan reaktivitas. Hasil ini menunjukkan semakin mahasiswa yang pernah mengalami KDP memiliki pemikiran mengenai langkah yang akan diambil dan bagaimana mengatasi pengalaman KDP, maka semakin parah gejala PTSD. Peneliti menduga mungkin partisipan dalam penelitian ini menganggap bahwa langkah yang akan diambil dan cara mengatasi lebih kepada situasi secara umum dan tidak terpusat pada pengalaman KDP yang dialami sehingga menghasilkan adanya hubungan yang positif. Adanya hubungan yang positif antara *acceptance* dan *refocus on planning* dengan gejala PTSD merupakan suatu kebaruan dalam penelitian ini.

Dimensi *positive refocusing, positive reappraisal, dan planning on perspective* tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan. Hasil ini selaras dengan penelitian sebelumnya bahwa gejala PTSD mungkin lebih berhubungan dengan tingginya strategi regulasi emosi kognitif yang maladaptif daripada rendahnya strategi regulasi emosi kognitif yang adaptif [21]. Berdasarkan hasil hubungan beberapa dimensi dengan gejala-gejala PTSD, diperoleh ada yang tidak selaras dengan penelitian sebelumnya. Adanya perbedaan yang terjadi mungkin karena perbedaan budaya, bentuk trauma yang dialami, serta faktor-faktor lainnya.

Dengan demikian, kebaruan dalam penelitian ini yakni secara khusus meneliti strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD pada korban KDP yang berusia 18 hingga 24 tahun dan berstatus sebagai mahasiswa. Pada penelitian ini juga ditemukan hasil baru yakni adanya hubungan positif antara *acceptance* dan *refocus on planning* dengan gejala PTSD.

Penelitian ini juga memiliki beberapa keterbatasan. Penelitian ini dilakukan pada korban KDP berjenis kelamin perempuan dan laki-laki dengan jumlah laki-laki jauh lebih sedikit dibandingkan perempuan. Peneliti menduga tidak adanya laporan dari korban yang berjenis kelamin laki-laki karena adanya budaya patriarki sehingga laki-laki yang menjadi korban KDP tidak berani untuk melaporkan kekerasan yang dialami [22]. Keterbatasan selanjutnya adalah penelitian ini hanya meneliti pada kelompok usia 18 hingga 24 tahun yang menjadi korban KDP sehingga tidak dapat digeneralisasikan pada kelompok usia dan bentuk trauma lainnya.

4. Kesimpulan

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan mengenai strategi regulasi emosi kognitif dan gejala

PTSD, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan positif dan peran yang signifikan dari strategi regulasi emosi kognitif terhadap gejala PTSD pada mahasiswa yang pernah mengalami KDP di Indonesia sebesar 39.5%. Semakin tinggi strategi regulasi emosi kognitif terutama yang maladaptif, semakin parah gejala PTSD yang dialami.

Daftar Rujukan

- [1] Bernard, N. K., Yalch, M. M., Lannert, B. K., & Levendosky, A. A. (2019). Interpersonal Style and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Female Victims of Dating Violence. *Violence and Victims, 34*(3), 522–535. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-18-00095>.
- [2] Ratnawati, A. D. & Nurhayati, E. (2023). Training the Assertiveness of Adolescent Victims of Dating Violence. *PSIKOSTUDIA: Jurnal Psikologi, 12*(4), 476-481. <http://dx.doi.org/10.30872/psikostudia.v12i4.11332>.
- [3] McCain, K. D., & Matkin, G. S. (2019). Emerging Adults Leadership Identity Development Through Family Storytelling: a Narrative Approach. *Journal of Leadership Education, 18*(2). <https://doi.org/10.12806/v18/i2/t3>.
- [4] Rehman, Y., Sadeghirad, B., Guyatt, G. H., McKinnon, M. C., McCabe, R. E., Lanius, R. A., Richardson, D. J., Couban, R., Sousa-Dias, H., & Busse, J. W. (2019). Management Of Post-Traumatic Stress Disorder: A Protocol for A Multiple Treatment Comparison Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine, 98*(39). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017064>.
- [5] Kaysen, D., Rhew, I. C., Bittinger, J., Bedard-Gilligan, M., Garberson, L. A., Hodge, K. A., Nguyen, A. J., Logan, D. E., Dworkin, E. R., & Lindgren, K. P. (2021). Prevalence and factor structure of PTSD in DSM-5 versus DSM-IV In A National Sample of Sexual Minority Women. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(21–22), 1–23. <https://doi.org/10.1177/0886260519892960>.
- [6] Şimşek, M. K. (2023). Cognitive Models Explaining Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive Therapy Methods Frequently Used in Trauma Victims. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 15*(4), 631–643. <https://doi.org/10.18863/pgy.1209460>.
- [7] Alpert, E., Hayes, A. M., Yasinski, C., Webb, C., & Deblinger, E. (2021). Processes Of Change in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youths: An Approach Informed By Emotional Processing Theory. *Behavior Research and Therapy, 9*(2). <https://doi.org/10.1177/2167702620957315>.
- [8] Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>.
- [9] Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged Exposure Therapy for Ptsd: Emotional Processing of Traumatic Experiences (2nd ed.)*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>.
- [10] Murray, H., & Ehlers, A. (2021). Cognitive Therapy for Moral Injury in Post-Traumatic Stress Disorder. *The Cognitive Behaviour Therapist, 14*, 1–19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000040>.
- [11] Beierl, E. T., Böllinghaus, I., Clark, D. M., Glucksman, E., & Ehlers, A. (2020). Cognitive Paths from Trauma to Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study of Ehlers and Clark’s Model in Survivors of Assaults or Road Traffic Collisions. *Psychological Medicine, 50*(13), 2172–2181. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002253>.
- [12] Xue, M., Cong, B., & Ye, Y. (2023). Cognitive Emotion Regulation for Improved Mental Health: A Chain Mediation Study of Chinese High School Students. *Frontiers in Psychology, 13*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1041969>.
- [13] Extremera, N., Sánchez-Álvarez, N., & Rey, L. (2020). Pathways Between Ability Emotional Intelligence and Subjective Well-Being: Bridging Links Through Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Sustainability, 12*(5). <https://doi.org/10.3390/su12052111>.
- [14] Bailey, B., & Morris, M. C. (2021). Longitudinal Associations Among Negative Cognitions and Depressive and Posttraumatic Stress Symptoms in Women Recently Exposed to Stalking. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(11–12), 5775–5794. <https://doi.org/10.1177/0886260518807905>.
- [15] Thompson, C. J., & Martin-Wagar, C. A. (2024). *Cognitive Flexibility and Emotion Regulation in Eating Disorder Patients with Comorbid Generalized Anxiety and Posttraumatic Stress Symptoms*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4326208/v1>.
- [16] Puechlong, C., Weiss, K., Le Vigouroux, S., & Charbonnier, E. (2020). Role Of Personality Traits and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Among Flood Victims. *International Journal of Disaster Risk Reduction, 50*. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101688>.
- [17] Puechlong, C., Charbonnier, E., & Weiss, K. (2021). Study of the Links Between Emotional Regulation Strategies and Sense of Place in the Expression of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Flood Victims. *Journal of Environmental Psychology, 76*. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2021.101656>.
- [18] Sezgin, A. U., & Punamäki, R. L. (2021). Type of Traumatic Events, Mental Health Problems, and Posttraumatic Cognitions Among Eastern Anatolian Women. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(17–18), NP9501–NP9525. <https://doi.org/10.1177/0886260519858385>.
- [19] Fernández-Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez-García, M., Teva, I., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD In Survivors of Intimate Partner Violence: Risk Factors Related to Symptoms and Diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>.
- [20] Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - Development of A Short 18-Item Version (CERQ-Short). *Personality and Individual Differences, 41*(6), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>.
- [21] Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Lewis, C. E., Downes, A. J., & Bisson, J. I. (2021). Psychometric Properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a Sample Of Trauma Exposed Mental Health Service Users. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863578>.
- [22] Asikin, A. S., Aipipidely, D., & Kiling, I. Y. (2021). Experience of Dating Violence’s Victims in Indonesia: A Photovoice Study. *Interpersona, 15*(2), 183–196. <https://doi.org/10.5964/IJPR.4303>.