

Analisis Pengaruh Trauma Masa Kanak-Kanak Terhadap Gambaran Klinis *Borderline Personality Disorder* (BPD) di RSUD Dr. Saiful Anwar

Firda Salsabillah Prima^{1*}, Ratri Istiqomah², Siswidiyati³

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) merupakan gangguan kepribadian yang ditandai oleh ketidakstabilan emosi, impulsivitas, dan pola hubungan interpersonal yang disfungsi. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa trauma masa kanak-kanak berperan penting dalam terbentuknya variasi gejala BPD. Namun, bukti empiris di Indonesia, khususnya di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, masih terbatas. Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh trauma masa kanak-kanak terhadap gambaran klinis BPD pada pasien yang menjalani perawatan di poliklinik kesehatan jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar. Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional dengan subjek penelitian sebanyak 50 dari 52 pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Keparahan gejala BPD diukur menggunakan *Borderline Symptoms List-23* (BSL-23), sedangkan tingkat trauma masa kanak-kanak dievaluasi menggunakan *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF). Analisis dilakukan menggunakan regresi linear sederhana dan uji korelasi Spearman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa trauma masa kanak-kanak berpengaruh signifikan terhadap keparahan gejala BPD ($p = 0,021$) dengan kontribusi sebesar 10,6% ($R^2 = 0,106$). Jenis trauma yang paling sering dialami responden adalah kekerasan emosional (44%) dan pengabaian emosional (46%). Di antara seluruh jenis trauma, kekerasan emosional menunjukkan hubungan signifikan dengan keparahan BPD ($r_s = 0,324$; $p = 0,019$), sedangkan kekerasan fisik, kekerasan seksual, pengabaian emosional, dan pengabaian fisik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik. Penelitian ini mengonfirmasi bahwa trauma masa kanak-kanak, khususnya kekerasan emosional, berperan penting dalam membentuk keparahan gambaran klinis BPD.

Kata kunci: *Borderline Personality Disorder* (BPD), trauma masa kanak-kanak, BSL-23, CTQ-SF, korelasi Spearman.

1. Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia
2. Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya; RSUD Dr. Saiful Anwar, Malang, Indonesia
3. Departemen Radiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya; RSUD Dr. Saiful Anwar, Malang, Indonesia

* ✉ email: firdasalsa@student.ub.ac.id

INTRODUCTIONS

Gangguan kepribadian merupakan pola perilaku serta cara berpikir yang menyimpang dari standar sosial atau budaya tempat seseorang berada. Pola tersebut umumnya mulai tampak pada masa remaja atau dewasa muda dan cenderung menetap seiring waktu. Individu yang mengalaminya sering mengalami kesulitan menyesuaikan diri dengan lingkungan atau orang lain, sehingga dapat memicu tekanan psikologis maupun hambatan dalam pekerjaan, hubungan interpersonal, dan aktivitas harian¹. Salah satu jenis gangguan kepribadian yang paling banyak ditemui adalah *Borderline Personality Disorder* (BPD).

Borderline Personality Disorder (BPD) merupakan salah satu gangguan kepribadian yang paling kompleks dan memiliki dampak klinis signifikan.¹ Gangguan ini ditandai oleh ketidakstabilan emosi, impulsivitas, distorsi citra diri, serta pola hubungan interpersonal yang fluktuatif^{2,3}. Prevalensi BPD di populasi umum diperkirakan berkisar 1,6–5,9%, namun angka ini meningkat hingga 10–20% pada populasi psikiatri rawat inap^{2,4}.

Salah satu faktor yang paling konsisten ditemukan dalam literatur sebagai prediktor perkembangan BPD adalah trauma masa kanak-kanak, terutama bentuk kekerasan emosional⁵, kekerasan fisik, kekerasan seksual⁶, pengabaian emosional, dan pengabaian fisik. Pengalaman traumatis pada masa perkembangan dini berdampak pada pembentukan sistem regulasi emosi, respons stres, dan integrasi identitas^{5,7-10}. Berbagai studi neurobiologis menunjukkan bahwa trauma dapat mengubah fungsi amigdala, hipokampus, dan prefrontal cortex yang merupakan area yang berperan dalam kontrol emosi dan impulsivitas¹¹. Selain itu, teori psikodinamik dan model perkembangan relasi objek menjelaskan bahwa pola pengasuhan yang tidak konsisten atau merusak membentuk representasi diri dan orang lain yang disfungsi, yang pada

akhirnya memunculkan pola hubungan interpersonal khas pada BPD¹²⁻¹⁴.

Walaupun hubungan antara trauma masa kanak-kanak dan BPD telah dibuktikan di banyak negara, data empiris di Indonesia masih terbatas, terlebih di RSSA. Selain itu, perbedaan jenis trauma dapat menghasilkan gambaran klinis yang bervariasi, namun temuan mengenai jenis trauma mana yang paling berpengaruh masih menunjukkan hasil yang tidak konsisten.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh trauma masa kanak-kanak terhadap gambaran klinis BPD di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Fokus utama penelitian mencakup tingkat keparahan trauma secara keseluruhan dan kontribusi masing-masing jenis trauma terhadap variasi gejala klinis. Pendekatan ini diharapkan dapat memberi bukti empiris yang dapat mendukung pengembangan intervensi berbasis trauma di layanan kesehatan jiwa, sekaligus memperkaya literatur nasional mengenai etiologi dan presentasi klinis BPD.

METHODS

Penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan cross-sectional untuk mengevaluasi hubungan antara tingkat trauma masa kanak-kanak dan keparahan gambaran klinis BPD. Kriteria inklusi: pasien yang didiagnosis BPD di RSSA dan pasien yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Sedangkan, pasien yang memiliki komorbid dengan penyakit fisik yang dapat berpengaruh pada kondisi mental (SLE, hipertiroid, epilepsi, dll), pasien yang aktif dalam penyalahgunaan zat aktif, dan pasien yang tidak mengisi kuesioner dengan lengkap akan dieksklusikan dari penelitian ini.

Data penelitian merupakan data primer yang diperoleh langsung melalui pengisian kuesioner BSL-23 dan CTQ-SF dalam bentuk formulir cetak yang dilakukan sejak Juli-September 2025 di poli jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar. Data yang diperoleh akan dianalisis dan diolah menggunakan uji korelasi

spearman untuk mencari hubungan antara trauma masa kanak-kanak terhadap keparahan gambaran klinis BPD.

RESULTS

Data penelitian terkumpul sebanyak 50 pasien dengan diagnosis BPD yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik subjek penelitian merupakan gambaran umum partisipan yang terlibat dalam penelitian ini, meliputi jenis kelamin dan usia.

Berdasarkan Tabel 1, mayoritas subjek penelitian berjenis kelamin perempuan, dengan distribusi data perempuan sebanyak 40 orang (75,0%), sedangkan partisipan laki-laki sebanyak 10 orang (25,0%). Dari segi usia, sebagian besar partisipan berada pada rentang usia 21-30 tahun, dengan distribusi data 29 orang (72,5%).

Data Penelitian

Penelitian ini terdiri atas dua variable utama, yaitu keparahan gambaran klinis BPD dan trauma masa kanak-kanak. Tingkat keparahan BPD diukur dengan *Borderline Symptom List-23* (BSL-23), sedangkan trauma masa kanak-kanak diukur dengan *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF).

Berdasarkan tabel 2, hasil analisis deskriptif menunjukkan bahwa skor variabel berada pada rentang 1 hingga 3,91. Skor terendah (1) muncul pada beberapa partisipan, sedangkan skor tertinggi (3,91) juga dicapai oleh sejumlah partisipan. Rata-rata skor partisipan adalah 2,04 dengan standar deviasi sebesar 1,11, yang mengindikasikan adanya keragaman skor yang cukup besar antar individu. Secara umum, sebagian besar partisipan berada pada kategori skor menengah.

Tabel 1. Karakteristik Usia dan Jenis Kelamin Subjek Penelitian

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	40	75,0
Laki-laki	10	25,0
Usia		
11-20 tahun	10	25,0
21-30 tahun	29	72,5
31-40 tahun	9	18,0
>40 tahun	2	4,0

Tabel 2. Gambaran Tingkat Keparahannya BPD dan Trauma Masa Kanak-Kanak

Variabel	Mean	SD	Skor Tertinggi	Skor Terendah
Keparahan BPD	2,04	1,11	3,91	1,00
Trauma Masa Kanak-Kanak	65,2	17,3	104	33

Berdasarkan tabel 3, dapat diketahui bahwa mayoritas partisipan penelitian menunjukkan tingkat keparahan BPD pada kategori sangat tinggi, yaitu sebanyak 15 orang (30,0%) dan tingkat trauma masa kanak-kanak pada kategori sedang, yaitu sebanyak 20 orang (40%). Selain itu, trauma

masa kanak-kanak yang paling sering dialami oleh partisipan adalah kekerasan emosional dan pengabaian emosional pada tingkat sedang, yaitu sebanyak 22 orang (44,0%) dan 23 orang (46,0%), sedangkan kekerasan fisik, kekerasan seksual, dan pengabaian fisik umumnya rendah atau tidak pernah dialami.

Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan program *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versi 25. Metode analisis utama yang digunakan adalah regresi linear sederhana (*simple linear regression*) untuk menilai pengaruh skor total trauma masa kanak-kanak terhadap skor

total gambaran klinis BPD. Pendekatan regresi ini digunakan untuk melihat sejauh mana variasi trauma masa kanak-kanak dapat memprediksi variasi keparahan gejala BPD. Sebelum analisis regresi dilakukan, diuji terlebih dahulu asumsi-asumsi dasar regresi, yaitu uji normalitas.

Tabel 3. Data Penelitian

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Keparahan BPD		
Tidak Ada/Ringan	3	6,0
Rendah	7	14,0
Sedang	8	16,0
Tinggi	14	28,0
Sangat Tinggi	15	30,0
Trauma Masa Kanak		
Tidak ada/sedikit	0	0,0
Ringan	12	24,0
Sedang	20	40,0
Parah	18	36,0
Kekerasan emosional		
Tidak ada/sedikit	10	20,0
Ringan	18	36,0
Sedang	22	44,0
Parah	0	0,0
Kekerasan fisik		
Tidak ada/sedikit	42	84,0
Ringan	3	6,0
Sedang	5	10,0
Parah	0	0,0
Kekerasan seksual		
Tidak ada/sedikit	39	78,0
Ringan	5	10,0
Sedang	4	8,0
Parah	2	4,0
Pengabaian emosional		
Tidak ada/sedikit	14	28,0
Ringan	13	26,0
Sedang	23	46,0
Parah	0	0,0
Pengabaian fisik		
Tidak ada/sedikit	39	78,0
Ringan	7	14,0
Sedang	4	8,0
Parah	0	0,0

Berdasarkan tabel 4, hasil analisis regresi linear sederhana menunjukkan bahwa trauma masa kanak-kanak secara signifikan memprediksi keparahan gejala BPD ($F =$

5.703, $p = 0.021$). Nilai koefisien determinasi ($R^2 = 0.106$) menunjukkan bahwa trauma masa kanak-kanak menjelaskan sebesar 10,6% variasi gejala BPD. Nilai koefisien

determinasi yang relatif rendah ($R^2 = 0.106$) menunjukkan bahwa trauma masa kanak-kanak bukan satu-satunya faktor yang memengaruhi keparahan BPD, sehingga faktor lain seperti kerentanan biologis dan lingkungan sosial kemungkinan memiliki kontribusi yang lebih besar. Koefisien regresi ($B = 0.020$, $p = 0.021$) mengindikasikan bahwa setiap peningkatan satu unit skor trauma masa kanak-kanak berhubungan dengan peningkatan rata-rata 0.020 poin

pada skor gejala BPD. Dengan demikian, terdapat hubungan linear yang signifikan antara tingkat trauma masa kanak-kanak dan gambaran klinis BPD.

Hasil analisis hubungan dari masing-masing jenis trauma masa kanak juga dihitung menggunakan korelasi spearman untuk melihat arah dan kekuatan hubungan dari masing-masing jenisnya.

Berdasarkan tabel 5, didapatkan bahwa hanya kekerasan emosional yang memiliki

Tabel 4. Hasil Analisis Regresi Linear Sederhana Trauma Masa Kanak terhadap Keparahan BPD

Variabel	B	SE	Beta	t	p
Constant	0.834	0.557	–	1.498	0.141
Trauma Masa Kanak	0.020	0.008	0.326	2.388	0.021

F=5.703, $R^2=0.106$, $*p<0.05$

Tabel 5. Hubungan Keparahan BPD dengan Jenis Trauma Masa Kanak-Kanak Melalui Metode Analisis Korelasi Spearman

Jenis Trauma Masa Kanak-Kanak	Keparahan BPD	
	r_s	p
Kekerasan emosional	0,324	0,019
Kekerasan fisik	-0,005	0,973
Kekerasan seksual	0,244	0,081
Pengabaian emosional	0,231	0,099
Pengabaian fisik	0,219	0,119

korelasi signifikan yaitu sebesar 0.019 ($p < 0.05$). Sebaliknya, kekerasan fisik, kekerasan seksual, pengabaian emosional, dan pengabaian fisik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik terhadap skor BSL-23. Kekerasan fisik memiliki nilai *correlation coefficient* negatif ($r_s = -0,005$) yang menandakan bahwa peningkatan pengalaman kekerasan fisik tidak berhubungan secara signifikan dengan peningkatan maupun penurunan tingkat keparahan gejala BPD.

DISCUSSIONS

Berdasarkan analisis statistika yang dilakukan, ditemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara keparahan BPD dan trauma masa kanak-kanak. Temuan ini menunjukkan bahwa trauma masa kanak-

kanak dapat menjadi salah satu prediktor yang berkontribusi terhadap munculnya gejala BPD secara positif. Hasil ini menunjukkan bahwa adanya trauma masa kanak-kanak dapat diikuti dengan adanya BPD dan semakin berat trauma masa kanak-kanak yang dialami, semakin berat pula gejala-gejala BPD yang ditunjukkan. Hal ini sejalan dengan beberapa penelitian terdahulu yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara trauma masa kanak-kanak dan keparahan BPD^{3,15,16}. Namun demikian, hubungan yang ditemukan dalam penelitian ini bersifat asosiatif dan tidak dapat diinterpretasikan sebagai hubungan kausal mengingat desain penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional*.

Nilai koefisien determinasi ($R^2 = 0,106$) menunjukkan bahwa trauma masa kanak-kanak hanya menjelaskan sebagian kecil variasi keparahan gejala BPD. Hal ini mengindikasikan bahwa BPD merupakan kondisi yang bersifat multifaktorial, di mana faktor lain seperti kerentanan genetik, temperamen individu, pola kelekatan (*attachment*), serta komorbiditas psikiatri kemungkinan memiliki kontribusi yang lebih besar terhadap manifestasi klinis^{17,18}. Temuan ini sejalan dengan *biosocial model* yang menjelaskan bahwa interaksi antara predisposisi biologis dan lingkungan invalidatif menjadi dasar utama perkembangan BPD.

Trauma yang terjadi saat masa kanak-kanak menyebabkan anak membangun persepsi yang negatif mengenai dirinya sendiri dan orang lain¹⁶. Pada tahap perkembangan, pengalaman traumatis dapat mengganggu pembentukan konsep diri, kelekatan emosional, serta regulasi afek yang sehat. Anak yang mengalami trauma cenderung menginternalisasi pengalaman negatif tersebut sebagai bukti bahwa dirinya tidak berharga atau tidak layak dicintai, dan bahwa lingkungan di sekitarnya tidak aman ataupun tidak dapat dipercaya^{17,19}. Trauma masa kanak-kanak sendiri dibagi menjadi lima jenis yaitu kekerasan emosional, kekerasan fisik, kekerasan seksual, pengabaian emosional, dan pengabaian fisik.

Dalam penelitian ini, analisis statistik menunjukkan bahwa kekerasan emosional memiliki korelasi paling kuat dengan tingkat keparahan BPD dibandingkan dengan jenis trauma masa kanak-kanak lainnya. Temuan ini mengindikasikan bahwa pengalaman kekerasan emosional seperti penghinaan, penolakan, manipulasi psikologis, atau perlakuan verbal menyakitkan dari figur yang signifikan memiliki dampak mendalam terhadap perkembangan regulasi emosi dan pembentukan konsep diri individu²⁰. Anak yang tumbuh dalam lingkungan emosional yang tidak aman cenderung menginternalisasi citra diri negatif serta

mengalami kesulitan dalam mempercayai orang lain, yang kemudian berkontribusi pada pola hubungan interpersonal yang tidak stabil dan impulsif khas BPD. Penelitian Hasya (2023) dan Kanj (2023) juga menjelaskan mengenai hal tersebut. Dijelaskan bahwa kekerasan emosional bisa menumbuhkan persepsi negatif dari dirinya sendiri dan kesulitan untuk merespon perubahan lingkungan^{16,19}. Beberapa penelitian menegaskan bahwa kekerasan emosional yang berulang pada masa perkembangan awal dapat mengganggu sistem neurobiologis yang mengatur emosi dan stres. Penelitian neuroimaging menunjukkan bahwa individu dengan riwayat kekerasan emosional memiliki hiperaktivitas pada amigdala dan gangguan konektivitas antara amigdala dengan *prefrontal cortex*, yang berperan dalam pengendalian impuls dan regulasi emosi^{21,22}. Aktivasi kronis sumbu stres di *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) akibat paparan stres emosional berkelanjutan dapat menyebabkan disregulasi kortisol sehingga individu menjadi lebih sensitif terhadap stres dan cenderung mengalami reaksi emosional ekstrem sebagaimana terlihat pada pasien BPD²³.

Secara empiris, sejumlah penelitian memperkuat keterkaitan ini. Penelitian Kanj (2023) menemukan bahwa hubungan keparahan BPD dan kekerasan emosional dimediasi oleh kesulitan dalam regulasi emosi¹⁹. Hal tersebut menjelaskan bahwa dampak utama kekerasan emosional bukan hanya pada luka psikologis langsung, tetapi juga pada kerusakan kemampuan dalam mengelola emosi. Selain aspek biologis dan psikologis, kekerasan emosional juga membentuk pola interpersonal yang abnormal. Anak yang sering mendapatkan kritik dan penghinaan cenderung meniru pola komunikasi agresif atau manipulatif dari pengasuhnya¹³. Ketika dewasa, mereka mengalami kesulitan membangun hubungan yang stabil dan cenderung mengalami siklus konflik, penolakan, serta ketakutan akan

ditinggalkan yang membentuk suatu pola khas hubungan interpersonal pada BPD¹⁴.

Selain kekerasan emosional, jenis trauma lain seperti kekerasan seksual, pengabaian emosional, dan pengabaian fisik juga menunjukkan hubungan positif terhadap keparahan BPD, meskipun tidak secara signifikan dan dengan kekuatan korelasi yang relatif lebih lemah. Kekerasan seksual di masa kanak-kanak berpotensi menimbulkan rasa malu yang mendalam, kehilangan kendali atas tubuh, serta gangguan pada pembentukan *sense of self*, yang pada akhirnya dapat memperburuk instabilitas identitas dan perasaan diri yang kosong khas BPD^{15,24}. Sementara itu, pengabaian emosional menyebabkan kurangnya kehangatan dan validasi afektif dari pengasuh, yang berujung membentuk attachment yang aman¹². Pengabaian fisik juga memiliki dampak psikologis yang tidak dapat diabaikan, karena lingkungan pengasuhan yang minim perhatian dan perlindungan dapat memunculkan perasaan tidak berharga, rendah diri, serta defisit rasa aman yang memperlemah regulasi diri dan daya tanggap terhadap stres^{25,26}. Temuan ini mempertegas bahwa BPD merupakan hasil interaksi kompleks dari berbagai bentuk trauma, dengan kekerasan emosional sebagai prediktor utama namun bukan satu-satunya faktor etiologis.

Menariknya, hasil penelitian ini juga memperlihatkan bahwa kekerasan fisik justru memiliki korelasi negatif terhadap keparahan BPD. Fenomena ini dapat dijelaskan oleh beberapa kemungkinan. Pertama, kekerasan fisik lebih sering menimbulkan respons adaptif berbasis ketakutan atau kewaspadaan yang berasosiasi dengan gangguan kecemasan dan stres pasca trauma, dibandingkan dengan disfungsi afektif yang khas pada BPD^{21,27}. Kedua, kekerasan fisik biasanya lebih mudah diidentifikasi secara eksternal, sehingga korban dapat mengaitkan sumber penderitaannya pada pelaku atau situasi luar melalui mekanisme koping tertentu yang

bersifat eksternal atau defensif, sehingga gejala emosional yang khas pada BPD menjadi tidak terlalu menonjol²⁸. Dengan demikian, walaupun kekerasan fisik tetap merupakan bentuk trauma serius, dampaknya terhadap pembentukan kepribadian BPD tidak tampak langsung dibandingkan bentuk trauma yang menyerang aspek afektif dan identitas diri secara mendalam.

Secara keseluruhan, hasil-hasil ini konsisten dengan model etiopatogenik BPD, yang menekankan interaksi antara kerentanan biologis dan pengalaman lingkungan yang merugikan (*biosocial model*). Lingkungan pengasuhan yang penuh kekerasan atau pengabaian emosional berpotensi memperkuat disfungsi sistem neurobiologis yang terlibat dalam regulasi emosi, terutama hiperaktivitas amigdala dan penurunan kontrol korteks prefrontal terhadap impuls^{21,29}. Dengan kata lain, trauma masa kanak-kanak, terutama dalam bentuk pelecehan emosional, tidak hanya meninggalkan bekas psikologis tetapi juga membentuk dasar neurobiologis yang memperkuat ketidakstabilan emosional dan pola hubungan maladaptif yang khas pada BPD hingga dewasa.

Implikasi klinis dari penelitian ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan BPD perlu dilakukan dengan pendekatan yang lebih komprehensif dan berorientasi pada riwayat perkembangan individu. Stresor yang berkontribusi terhadap muncul dan beratnya gejala BPD tidak hanya berasal dari permasalahan psikososial yang dialami pasien pada masa kini, tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman trauma masa kanak-kanak yang bersifat jangka panjang dan menetap. Oleh karena itu, pemahaman terhadap riwayat trauma masa kanak-kanak menjadi komponen penting dalam asesmen klinis pasien BPD, guna menghindari pendekatan yang semata-mata berfokus pada gejala permukaan atau stresor situasional.

Temuan penelitian ini menegaskan bahwa trauma masa kanak-kanak, khususnya kekerasan emosional, memiliki peran penting dalam memperberat gejala BPD. Oleh karena itu, penatalaksanaan pasien BPD perlu diarahkan pada terapi yang berfokus pada pemrosesan trauma dan peningkatan regulasi emosi, seperti *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) atau pendekatan *trauma-focused Cognitive behavioural therapy* (CBT). Selain itu, pasien dengan tingkat trauma lebih tinggi kemungkinan memerlukan perawatan lebih intensif dan dukungan jangka panjang, sehingga kolaborasi multidisipliner dan edukasi keluarga menjadi komponen penting dalam perbaikan hasil klinis.

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang berkaitan dengan metode pengumpulan data yang digunakan. Data diperoleh melalui instrumen kuesioner, yaitu CTQ-SF dan BSL-23, yang mengandalkan kemampuan responden dalam mengingat serta melaporkan pengalaman masa lalu dan kondisi psikologisnya secara subjektif. Ketergantungan pada ingatan responden tersebut berpotensi menimbulkan *recall bias*, terutama terkait pengalaman traumatis pada masa kanak-kanak, sehingga informasi yang disampaikan mungkin tidak sepenuhnya akurat. Selain *recall bias*, penggunaan instrumen *self-report* juga berpotensi menimbulkan *social desirability bias* serta *mood-congruent memory bias*, di mana kondisi emosional saat ini dapat memengaruhi cara responden mengingat dan melaporkan pengalaman traumatis³⁰. Oleh karena itu, hasil penelitian ini perlu diinterpretasikan secara hati-hati, serta menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya dengan metode pengukuran yang lebih objektif.

CONCLUSIONS

1. Mayoritas pasien BPD di RSUD Dr. Saiful Anwar memiliki riwayat trauma masa kanak-kanak, dengan trauma emosional sebagai bentuk yang paling dominan.

2. Variasi gambaran klinis pasien BPD terlihat dari perbedaan tingkat keparahan gejala, dengan sebagian pasien menunjukkan gejala lebih berat seiring tingginya skor trauma yang dimiliki.
3. Trauma masa kanak-kanak terbukti memiliki pengaruh signifikan terhadap keparahan gambaran klinis BPD, di mana kekerasan emosional menjadi faktor yang paling kuat hubungannya dengan beratnya gejala.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association, "PSYCHODYNAMIC PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE," 2014.
2. N. L. K. R. Sari, H. Hamidah, dan A. Marheni, "Dinamika Psikologis Individu dengan Gangguan Kepribadian Ambang," *J. Psikol. Udayana*, vol. 7, no. 2, Sep 2020, doi: 10.24843/jpu.2020.v07.i02.p02.
3. C. Wibhowo, K. A. DS So, Siek, dan J. G. Santoso, "Trauma Masa Anak, Hubungan Romantis, dan Kepribadian Ambang," *J. Psikol.*, vol. 46, no. 1, hal. 63, 2019, doi: 10.22146/jpsi.22748.
4. American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder," 2013.
5. I. Alberdi-Paramo, M. D. Saiz-Gonzalez, M. Diaz-Marsa, dan J. L. Carrasco-Perera, "Bullying and childhood trauma events as predictive factors of suicidal behavior in borderline personality disorder: Preliminary findings," *Psychiatry Res.*, vol. 285, 2020, doi: 10.1016/j.psychres.2019.112730.
6. L. F. de Aquino Ferreira, F. H. Queiroz Pereira, A. M. L. Neri Benevides, dan M. C. Aguiar Melo, "Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review," *Psychiatry Res.*, vol. 262, hal. 70–77, Apr 2018, doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.043.
7. H. Antila, R. Arola, H. Hakko, K. Riala, P. Riipinen, dan L. Kantojärvi, "Bullying involvement in relation to personality disorders: a prospective follow-up of 508

- inpatient adolescents,” *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 26, no. 7, hal. 779–789, Jul 2017, doi: 10.1007/s00787-017-0946-6.
8. M. P. Crismayanti, M. Dwidiyanti, dan Anggorowati, “PSYCHOLOGICAL IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA ON ADOLESCENTS: A SCOPING REVIEW,” *Indones. J. Glob. Heal. Res.*, vol. 2, no. 4, hal. 367–380, 2019, doi: 10.37287/ijghr.v2i4.250.
 9. K. C. Runions, J. Wong, G. Pace, dan I. Salmin, “Borderline Personality Disorder and Peers: A Scoping Review of Friendship, Victimization and Aggression Studies,” *Adolesc. Res. Rev.*, vol. 6, no. 4, hal. 359–389, Des 2021, doi: 10.1007/s40894-020-00137-y.
 10. A. F. Quenneville *et al.*, “Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder,” *Psychiatry Res.*, vol. 284, hal. 112688, Feb 2020, doi: 10.1016/j.psychres.2019.112688.
 11. A. Kuhlmann, K. Bertsch, I. Schmidinger, P. Thomann, dan S. Herpertz, “Morphometric differences in central stress-regulating structures between women with and without borderline personality disorder,” *J. Psychiatry Neurosci.*, vol. 38, no. 2, hal. 129–137, Mar 2013, doi: 10.1503/jpn.120039.
 12. L. R. Midolo *et al.*, “Childhood trauma, attachment and psychopathology: A correlation network approach,” *Mediterr. J. Clin. Psychol.*, vol. 8, no. 2, hal. 1–25, 2020, doi: 10.6092/2282-1619/mjcp-2418.
 13. A. Bandura, *Social Learning Theory*. General Learning Press, 1977.
 14. K. F. Hecht, D. Cicchetti, F. A. Rogosch, dan N. R. Crick, “Borderline personality features in childhood : The role of subtype , developmental timing , and chronicity of child maltreatment,” vol. 26, hal. 805–815, 2014, doi: 10.1017/S0954579414000406.
 15. Y. Wu, Y. Zheng, J. Wang, dan T. Zhang, “Specific type of childhood trauma and borderline personality disorder in Chinese patients,” *Front. Psychiatry*, vol. 13, no. July, hal. 1–11, 2022, doi: 10.3389/fpsy.2022.936739.
 16. N. H. Hasya, “the Impact of Childhood Trauma on Borderline Personality Disorder,” *J. Psychiatry Psychol. Behav. Res.*, vol. 4, no. 2, hal. 33–36, 2023, doi: 10.21776/ub.jppbr.2023.004.02.9.
 17. P. Bozzatello, P. Rocca, L. Baldassarri, M. Bosia, dan S. Bellino, “The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective,” *Front. Psychiatry*, vol. 12, no. September, hal. 1–13, 2021, doi: 10.3389/fpsy.2021.721361.
 18. K. S. Kendler *et al.*, “The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for DSM-IV Personality Disorders,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 65, no. 12, hal. 1438, Des 2008, doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1438.
 19. G. Kanj, S. Hallit, dan S. Obeid, “The relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder : the mediating role of difficulties in emotion regulation among Lebanese adults,” vol. 0, hal. 1–12, 2023.
 20. G. Akyuz, V. Sar, N. Kugu, dan O. Doğan, “Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population,” *Eur. Psychiatry*, vol. 20, no. 3, hal. 268–273, Mei 2005, doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.01.002.
 21. A. C. Ruocco, S. Amirthavasagam, L. W. Choi-kain, dan S. F. Mcmain, “Neural Correlates of Negative Emotionality in Borderline Personality Disorder: An Activation-,” *BPS*, vol. 73, no. 2, hal. 153–160, 2012, doi: 10.1016/j.biopsych.2012.07.014.
 22. P. Bozzatello, C. Blua, C. Brasso, P. Rocca, dan S. Bellino, “The Role of Cognitive Deficits in Borderline Personality Disorder with Early Traumas: A Mediation Analysis,” *J. Clin. Med.*, vol. 12, no. 3, hal. 787, Jan 2023, doi: 10.3390/jcm12030787.
 23. R. W. Carpenter dan T. J. Trull, “Components of Emotion Dysregulation in

- Borderline Personality Disorder: A Review,” 2013, doi: 10.1007/s11920-012-0335-2.
24. M. C. Zanarini, “Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder,” *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 23, no. 1, hal. 89–101, 2000, doi: 10.1016/S0193-953X(05)70145-3.
25. X. Duque-Alarcón, R. Alcalá-Lozano, J. J. González-Olvera, E. A. Garza-Villarreal, dan F. Pellicer, “Effects of childhood maltreatment on social cognition and brain functional connectivity in borderline personality disorder patients,” *Front. Psychiatry*, vol. 10, no. MAR, hal. 1–11, 2019, doi: 10.3389/fpsy.2019.00156.
26. S. G. S. Safari, Y. Ratnasari, dan I. S. Mulya, “Pengelolaan Diri dan Regulasi Emosi dengan Pendekatan Dialectical Behavior Therapy (DBT) Kelompok pada Gangguan Mood,” *Guid. J. Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan. dan Konseling*, vol. 13, no. 4, hal. 854, 2023, doi: 10.24127/gdn.v13i4.7816.
27. R. Syed Sheriff, M. Van Hooff, G. Malhi, B. Grace, dan A. McFarlane, “Associations Among Childhood Trauma, Childhood Mental Disorders, and Past-Year Posttraumatic Stress Disorder in Military and Civilian Men,” *J. Trauma. Stress*, vol. 32, no. 5, hal. 712–723, Okt 2019, doi: 10.1002/jts.22450.
28. L. Hamilton, V. Micol-foster, dan M. Muzik, “Childhood Maltreatment Trauma: Relevance for Adult Physical and Emotional Health. A Review,” *Trauma Cases Rev.*, vol. 1, no. 003, hal. 1–7, 2015.
29. S. Lars, S. Christian, dan N. Inga, “Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis,” *Biol. Psychiatry*, vol. 79, no. 2, hal. 97–106, 2015, doi: 10.1016/j.biopsych.2015.03.027.
30. J. R. Baldwin, A. Reuben, J. B. Newbury, dan A. Danese, “Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment,” *JAMA Psychiatry*, vol. 76, no. 6, hal. 584, Jun 2019, doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0097.