

**ANALISIS HUBUNGAN KEKERASAN PASANGAN INTIM
TERHADAP LUARAN KEHAMILAN**

ANALYSIS THE CORRELATION OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE
ON PREGNANCY OUTCOMES

NURSTIASRI



**DEPARTEMEN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**ANALISIS HUBUNGAN KEKERASAN PASANGAN INTIM
TERHADAP LUARAN KEHAMILAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat menyelesaikan program pendidikan dokter
spesialis dan mencapai gelar spesialis

Program Studi
Pendidikan Dokter Spesialis Bidang Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Disusun dan diajukan Oleh

NURSTIASRI

Kepada

**DEPARTEMEN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-1
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2021

TESIS**ANALISIS HUBUNGAN KEKERASAN PASANGAN INTIM
TERHADAP LUARAN KEHAMILAN**

Disusun dan diajukan oleh

NURSTIASRI

Nomor Pokok C055171012

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

pada tanggal 17 Desember 2021

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

Prof. Dr. dr. John Rambulangi, Sp. OG(K)
Pembimbing Utama

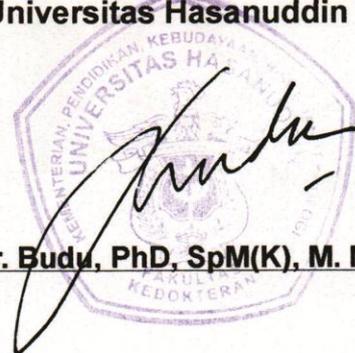
dr. Nurbani Bangsawan, Sp. OG(K)
Pembimbing Anggota

Ketua Program Studi Pendidikan
Dokter Spesialis-1 (PPDS-1)
Departemen Obstetri dan Ginekologi
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Nugraha U.P, Sp. OG(K)

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Prof. dr. Budu, PhD, SpM(K), M. Med.Ed

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Nurstiasri

No. Pokok : C055171012

Program studi : Pendidikan Dokter Spesialis-1

Bidang Ilmu Obstetri dan Ginekologi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Desember 2021

Yang menyatakan,



Nurstiasri

PRAKATA

Dengan memanjatkan puji dan syukur kepada Allah SWT, atas segala berkat, karunia serta perlindungan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagaimana mestinya sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 pada Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis bermaksud memberikan informasi ilmiah mengenai Analisis Hubungan Kekerasan Pasangan Intim Terhadap Luaran Kehamilan yang dapat menjadi bahan rujukan untuk penelitian selanjutnya.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada **Prof.Dr.dr. John Rambulangi, Sp.OG(K)** sebagai pembimbing I, **dr. Nurbani Bangsawan, Sp.OG(K)** sebagai pembimbing II dan **dr. Kristian Liaury, Ph.D, Sp.KJ** sebagai pembimbing III serta **DR.dr. Isharyah Sunarno, Sp.OG(K)** Sebagai pembimbing statistik atas bantuan dan bimbingan yang telah diberikan mulai dari pengembangan minat terhadap permasalahan penelitian ini, pelaksanaan sampai dengan penulisan tesis ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada **Dr.dr. Fatmawati Madya, Sp.OG(K)** dan **DR.dr. Rina Previana, Sp.OG(K)** sebagai penyanggah yang memberikan kritik dan saran dalam menyempurnakan penelitian ini.

Penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kepala Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin **Prof. Dr. dr. Syahrul Rauf, Sp.OG(K); Dr. dr. Deviana Soraya Riu, SpOG (K)** sebagai Ketua Program Studi sebelumnya, Ketua Program Studi **Dr. dr. Nugraha Utama Pelupessy, Sp.OG(K)**; seluruh staf pengajar beserta pegawai di Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang memberikan arahan, dukungan dan motivasi kepada penulis selama pendidikan.
2. Penasihat akademik **DR.dr. Siti Nur Asni , Sp.OG** dan Koordinator penelitian **DR.dr. Efendi Lukas, SpOG(K)** yang selalu mendukung dan memberikan arahan selama mengikuti proses pendidikan dan penelitian untuk karya tulis ini.
3. Teman sejawat peserta PPDS-1 Obstetri dan Ginekologi khususnya angkatan Juli 2017 Congenital Squad atas bantuan, dukungan dan kerjasamanya selama proses pendidikan.
4. Paramedis dan staf Departemen Obstetri dan Ginekologi di seluruh rumah sakit jejaring atas kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Kedua orang tua penulis Ayahanda Almarhum **Drs. H. Alimuddin Kanto**, dan Ibunda **Hj. Saenab Dasong, SKM. M.Kep.** suami terkasih **Wildhan Said, ST,MM**, Ananda sholehah dan sholeh penulis **Kirana Alisa** dan **Muhammad Azka Al Fatih**, Tante Ibu **Hj.Rukiah** yang telah memberikan restu untuk penulis melanjutkan pendidikan, disertai dengan doa, kasih sayang, pengertian dan dukungan yang luar biasa selama penulis menjalani pendidikan.

6. Kepada bidan-bidan terutama Nurul Izzah yang bertugas di RS.Jejaring yang telah membantu dalam proses pengumpulan sampel, pendataan serta pendampingan sampel selama penelitian ini berlangsung.
7. Seluruh responden yang telah bersedia menjadi subjek penelitian ini, sehingga penelitian dapat berjalan sebagaimana mestinya.
8. Semua pihak yang namanya tidak tercantum namun telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga tesis memberikan manfaat dalam perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya serta Ilmu Obstetri dan Ginekologi pada khususnya di masa yang akan datang.

Makassar, Desember 2021

Nurstiasr

ABSTRAK

NURSTIASRI. ANALISIS HUBUNGAN KEKERASAN PASANGAN INTIM TERHADAP LUARAN KEHAMILAN (dibimbing oleh John Rambulangi, Nurbani Bangsawan, Kristian Liaury, Ishariah Sunarno, Fatmawati Madya, Rina Previana)

Latar Belakang : Kekerasan oleh pasangan intim (Intimated Partner Violence/IPV) adalah kekerasan fisik, seksual, psikis atau emosional yang menimpa wanita maupun pria. Di Indonesia pada tahun 2018 terdapat 406.178 kasus dan 25% - 45% korban ini dalam kondisi hamil. Hal tersebut dapat menyebabkan kelahiran bayi berat badan lahir rendah, prematur, hingga kematian janin.

Tujuan : Membuktikan adanya hubungan kekerasan pasangan intim terhadap luaran kehamilan

Metode : Penelitian ini menggunakan metode *case control*. Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan Rumah Sakit jejaring pendidikan. Penelitian dilakukan sejak Februari hingga oktober 2021. Populasi penelitian sebanyak 210 pasien dengan pasien sampel dan kontrol.

Hasil : Penelitian menunjukkan kejadian IPV positif berdasarkan karakteristik pasien sering terjadi pada pendidikan SMP (26,4%), tidak bekerja (58,2%), primigravida (50,5%), dan dirawat di kelas III (48,4%). IPV yang sulit didistributifkan dengan kejadian jenis IPV yang dapat terjadi bersamaan. IPV positif tidak berhubungan dengan luaran kehamilan preterm ($p = 0,531$; OR = 1,242; CI 95% = 0,630-2,448). IPV positif tidak berhubungan dengan luaran kehamilan KJDR ($p = 0,910$; OR = 0,953; CI 95% = 0,415-2,188). IPV positif tidak berhubungan dengan luaran kehamilan BBLR ($p = 0,864$; OR = 1,115; CI 95% = 0,572-2,715). IPV positif tidak berhubungan dengan luaran kehamilan aterm ($p = 0,844$; OR = 0,944; CI 95% = 0,529-1,682)

Kesimpulan : IPV positif selama kehamilan tidak berhubungan dengan luaran kehamilan yaitu preterm, BBLR, KJDR, ataupun aterm karena Sebagian besar kekerasan bukan hanya berupa fisik yang akan berdampak langsung pada kondisi kehamilan.

Kata Kunci : IPV, luaran kehamilan, preterm, BBLR, KJDR, aterm

ABSTRACT

NURSTIASRI. ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP OF INTIMATED PARTNER VIOLENCE TO PREGNANCY OUTCOMES (supervised by John Rambulangi, Nurbani Bangsawan, Kristian Liaury, Ishariah Sunarno, Fatmawati Madya, Rina Previana)

Background : Intimate Partner Violence (IPV) is physical, sexual, psychological or emotional violence againsts women and men. In Indonesia in 2018 there were 406,178 cases and 25% - 45% of these victims were pregnant. This can cause low birth weight, premature births and fetal death.

Objective: To prove the existence of intimate partner violence relationship to pregnancy outcome

Methods: This study uses a case control method. This research was conducted at Dr. RSUP. Wahidin Sudirohusodo and the educational network Hospital. The research was conducted since februari until Oktober 2021 and the sample was sufficient. The research population was 210 patients who were divided into two groups, namely the sample and control groups.

Results: The study showed that the incidence of positive IPV based on patient characteristics often occurred at junior high school education (26.4%), not working (58.2%), primigravida (50.5%), and treated in class III (48.4%). The type of IPV difficult to known as distributive because it can happen at the same time. Positive IPV was not associated with preterm pregnancy outcomes ($p = 0.531$; OR = 1.242; 95% CI = 0.630-2.448). Positive IPV was not associated with pregnancy outcome intra uterin fetal death ($p = 0.910$; OR = 0.953; 95% CI = 0.415-2.188). Positive IPV was not associated with low birth weight pregnancy outcomes ($p = 0.864$; OR = 1.115; 95% CI = 0.572-2.715). Positive IPV was not associated with pregnancy outcome at term ($p = 0.844$; OR = 0.944; 95% CI = 0.529-1.682).

Conclusion: Positive IPV during pregnancy is not related to pregnancy outcomes, such us preterm, low birth weight, intrauterin fetal death, or aterm because most of violence is not physical which will have a direct impact on the condition of pregnancy.

Keywords: IPV, pregnancy outcome, preterm, low birth weight, IUDF, aterm

DAFTAR ISI	
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
ABTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Kekerasan Pasangan Intim	8
B. Trauma Dalam Kehamilan	13
C. Dampak <i>Intimate Partner Violence</i> pada Neonatus	15
D. Patomekanisme Preterm pada IPV	17

E. Patomekanisme Berat Bayi Lahir Rendah pada IPV	18
F. Mortalitas Bayi pada IPV	19
G. Penanganan <i>Intimate Partner Violence</i>	22
H. Kerangka Teori	32
I. Kerangka Konsep	33
J. Variabel Penelitian	34
K. Hipotesis	34
L. Definisi Operasional	34
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	38
A. Desain Penelitian	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian	38
C. Populasi, Jumlah Sampel, dan Teknik Penelitian	38
D. Kriteria Sampel dan Kontrol	39
E. Instrumen dan Cara Kerja Penelitian	40
F. Pengumpulan dan Pengolahan Data	41
G. Analisis Data	42
H. Penyajian Data	43
I. Aspek Etis	43
J. Alur Penelitian	44
K. Jadwal Penelitian	45
L. Personalia Penelitian	45

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	46
A. Hasil Penelitian	46
B. Pembahasan	53
BAB VI PENUTUP	70
A. Kesimpulan	70
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN - LAMPIRAN	80

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Data WHO Dampak Kesehatan dari IPV selama Kehamilan	16
2. Checklist Identifikasi IPV	24
3. HITS Tool	26
4. AAS Tool	27
5. SAFE Tool	29
6. Roda Pedoman Penanganan IPV	30
7. Karakteristik Demografi Ibu yang mengalami IPV selama Kehamilan	48
8. Jenis-jenis IPV selama Kehamilan	49
9. Hubungan Luaran Kehamilan dengan Kejadian IPV	51

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Halaman
1. Siklus Kekerasan Pasangan Intim	12
2. Kerangka teori	32
3. Kerangka konsep	33
4. Alur penelitian	44

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Halaman
1. Naskah penjelasan untuk responden	80
2. Formulir Persetujuan Mengikuti Penelitian	83
3. Kuisisioner penelitian	85
4. Rekomendasi persetujuan etik	94
5. Hasil Analisis Data SPSS	95
6. Uji Validitas SPSS	107
7. Tabel Induk Penelitian	110
8. Tabel induk Uji Validasi	116

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang / singkatan	Arti dan keterangan
IPV	<i>Intimate Partner Violence</i>
KDRT	Kekerasan Dalam Rumah Tangga
Komnas	Komisi Nasional
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah
KJDR	Kematian Janin Dalam Rahim
HPA	<i>Hypothalamic Pituitary Adrenal</i>
CRH	<i>Corticotropic Releasing Hormon</i>
DHEAS	<i>Dehydroepiandrosterone Sulfat</i>
ACTH	<i>Adrenocorticotropin Hormon</i>
IUGR	<i>Intra Uterine Growth Restriction</i>
ACOG	<i>American Collage of Obstetrics and Gynecology</i>
US	<i>United State</i>
RADAR	<i>Routinely Ask Document Assess Review</i>
HITS	<i>Hurt Insult Threaten Scream</i>
AAS	<i>Abuse Assessment Screen</i>
SAFE	Stress Afraid Friends Emergency
RSUP	Rumah Sakit Umum Pendidikan
RS	Rumah Sakit
SPSS	<i>Statical Program for Social Science</i>
KPD	Ketuban Pecah Dini

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Kekerasan oleh pasangan intim (*intimated partner violence/IPV*) adalah kekerasan yang dilakukan dalam bentuk fisik, seksual, psikis atau emosional dan dapat menimpa perempuan maupun pria tanpa memandang usia, etnis, status ekonomi, agama maupun orientasi seksual. Di Amerika Serikat diperkirakan setiap tahun ada 1,5 juta perempuan yang mengalami kekerasan yang dilakukan oleh pasangan intimnya dan ada 324.000 perempuan yang mengalami kekerasan tersebut saat hamil, bahkan ada 8,6 % dari 1,5 juta tersebut yang mengalami kekerasan berulang. Di Australia, Denmark, Kamboja dan Filipina kejadian kekerasan pada pasangan intim sekitar 2 % dan di Uganda berkisar 13,5 %. Angka rata rata diperkirakan sekitar 3,8-8,8%, prevalensi yang lebih tinggi ditemukan di negara negara Afrika dan Amerika Latin (Devries *et al.*, 2010; Shidhaye *et al.*, 2014).

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan jumlah penduduk perempuan tahun 2015 sebanyak 127.094.968 orang, jumlah ibu hamil 5.285.759, dan jumlah ibu yang bersalin atau nifas yaitu 5.007.191. Di Indonesia sendiri tercatat kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dari Komnas perempuan meningkat 13,32% di tahun 2016 sebanyak 119.107 kasus, dan hingga 2018 mencapai 406.178 kasus.

Kekerasan terhadap perempuan juga terjadi sepanjang 2010 hingga Oktober 2011 tercatat sebanyak 632 kasus dengan korban sebanyak 1.277 perempuan dan 34 diantaranya meninggal dunia. Sekitar 25% - 45% perempuan korban kekerasan ini berada dalam kondisi hamil dan mengalami kekerasan fisik, psikologis, dan seksual. Menurut catatan Komnas Mitra Perempuan, hanya 15,2% perempuan yang mengalami KDRT menempuh jalur hukum, sedangkan mayoritas (45,2%) memutuskan pindah rumah dan 10,9% memilih diam. Kekerasan dalam rumah tangga diatur dalam Pasal 1 Ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga menyatakan bahwa: "Kekerasan dalam rumah tangga adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga". Ketentuan pidana terhadap kekerasan fisik dalam rumah tangga pun diatur pada pasal 44 undang-undang nomor 23 tahun 2004, tentang penghapusan kekerasan dalam rumah tangga dan ketentuan pidana terhadap kekerasan psikis diatur pada pasal 45 undang-undang nomor 23 tahun 2004, serta kekerasan seksual dalam rumah tangga diatur dalam pasal 8, penelantaran rumah tangga pada pasal 9 undang-undang nomor 23 tahun 2004. Berdasarkan pada fakta ini, maka kekerasan terhadap perempuan

bukan lagi merupakan masalah *private* melainkan sudah masuk dalam ranah publik (Anggarawaty, 2006; Octavia, 2008; Evarisan, 2011; Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2016; Kemenkes RI, 2016).

Sementara penduduk perempuan di Sulawesi Selatan tahun 2015 sebanyak 8.520.304 orang, jumlah perempuan usia subur 1.693.727, jumlah ibu hamil 166.479, jumlah ibu bersalin atau nifas 154.956. Menurut data dari Polrestabes makassar tahun 2014 terdapat 71 kasus kekerasan oleh pasangan intim dan sebanyak 30 kasus dicabut, serta pada tahun 2016 tercatat sebanyak 45 kasus yang dilaporkan dan ada tujuh kasus yang dicabut, sedangkan data dari pemberdayaan perempuan dan anak justru tercatat 896 kasus kekerasan dalam rumah tangga oleh pasangan intim terkhusus untuk wilayah Makassar pada tahun 2015 dilaporkan ada lima kasus kematian ibu. Adapun angka kematian neonatal di Sulawesi Selatan pada tahun 2015 adalah sebanyak 917 kasus atau 6,12 per 1.000 kelahiran hidup dan terkhusus untuk wilayah Makassar angka kematian neonatal mengalami fluktuasi dari tahun ke tahun (Evarisan, 2011; Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2016; Kemenkes RI, 2016).

Kehamilan merupakan masa yang unik untuk dapat mendeteksi dan melakukan skrining terhadap kekerasan oleh pasangan intim, karena kehamilan merupakan fase yang cukup panjang yang memungkinkan terjadinya kontak antara ibu hamil dan pelayan kesehatan. Pasangan intim yang dimaksud bisa pasangan saat ini maupun mantan pasangan, menikah atau tidak menikah, suami atau pacar yang memiliki jenis kelamin

sama atau berbeda. Kekerasan seksual yang dalam bentuk pemaksaan untuk melakukan hubungan seksual yang sering disertai dengan kekerasan fisik dan ancaman, termasuk pemaksaan untuk melakukan penetrasi ke vagina, anus, mulut, dan sentuhan fisik lainnya (Shidhaye *et al.*, 2014; Van Parys *et al.*, 2014; Johnson, 2015).

Kekerasan psikis dan emosional juga dapat memberikan dampak negatif bagi korban namun sering diabaikan, dan pelayan kesehatan sering tidak memandang kekerasan psikis dan emosional sebagai bentuk kekerasan. Berbagai bentuk kekerasan psikis dan emosional misalnya: kata-kata kasar, penghinaan, sumpah serapah dan segala bentuk upaya untuk mengontrol dan mengancam korban tergolong pada tindak kekerasan. Masalah yang sering muncul pada korban kekerasan selama kehamilan antara lain tertundanya kunjungan antenatal, penambahan berat badan selama kehamilan kurang mencukupi, infeksi vagina hingga infeksi panggul, abortus, kelahiran preterm, gawat janin, hingga perdarahan. Ibu hamil yang mengalami pemukulan akan memiliki resiko yang lebih besar dibandingkan ibu yang tidak mengalami kekerasan selama hamil (Shidhaye *et al.*, 2014; Johnson, 2015).

Dari *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 4% hingga 8% dari perempuan hamil dilaporkan mengalami kekerasan selama kehamilan. Dari 15 penelitian yang dilakukan untuk melihat dampak dari kekerasan terhadap pasangan intim pada hasil luaran kehamilan, ada lima penelitian yang melaporkan adanya hubungan antara

kekerasan pada pasangan intim dengan kejadian berat badan lahir rendah dan preterm. Kejadian berat badan lahir rendah 1,5 - 2,5 kali lebih tinggi pada perempuan yang mengalami kekerasan dibandingkan dengan yang tidak mengalami kekerasan dan kejadian persalinan preterm 2,5 - 4 kali lebih tinggi (Johnson, 2015).

Penelitian Janssen *et al.*, pada beberapa rumah sakit di beberapa kota di Kanada melaporkan dari 52 perempuan yang mengalami kekerasan sebelum kehamilan, ada 36 orang (69,2%) yang mengalami kekerasan dalam masa kehamilan, sayangnya, perempuan yang teraniaya cenderung tetap tinggal bersama penganiayanya, mereka cenderung datang terlambat ataupun sudah harus mendapatkan perawatan (Janssen *et al.*, 2003). Penelitian lainnya melaporkan depresi pada masa kehamilan maupun sesudah persalinan dimana pelecehan terhadap ibu selama kehamilan memberikan dampak dengan mekanisme langsung ataupun tidak langsung. Trauma fisik langsung pada perut atau penetrasi paksaan dapat menyebabkan cedera plasenta hingga *solusio, uterus kontraktil*, ketuban pecah dini dan infeksi genitourinaria. Kekerasan baik melalui trauma fisik dan seksual atau melalui pelepasan hormon yang berhubungan dengan stres dapat menyebabkan kelahiran preterm dan berat lahir rendah, dengan adanya saluran neuroendokrin pada poros *hipotalamus-hipofisis-adrenal* yang mulai memproduksi hormon kortisol secara bersamaan pada ibu dan janin (Devries *et al.*, 2010; Cunningham *et al.*, 2014).

Secara preventif, *American Academy of Pediatrics* dan *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2012) merekomendasikan *skrining* universal untuk kekerasan pasangan intim pada kunjungan pranatal awal di setiap trimester, dan berikutnya lagi pada kunjungan postpartum. Adapun lainnya merekomendasikan pendekatan penemuan kasus berdasarkan kecurigaan klinis. (Cunningham *et al.*, 2014; Berek and Novac, 2019)

B. RUMUSAN MASALAH

Insiden Kekerasan pada pasangan intim cukup tinggi baik di negara maju maupun negara berkembang, dan sering tidak terdeteksi karena hanya sebagian kecil korban yang melaporkan. Bahkan sering kali kekerasan berlanjut atau terjadi pada masa kehamilan namun tidak terdeteksi.

Kekerasan oleh pasangan intim diduga mempengaruhi perkembangan janin dan memberikan dampak terhadap hasil luaran kehamilan. Pada penelitian ini kami ingin menilai: Apakah ada hubungan antara kejadian kekerasan pasangan intim terhadap luaran kehamilan.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Membuktikan adanya hubungan kekerasan pasangan intim terhadap luaran kehamilan.

2. Tujuan Khusus

- a. Membuktikan adanya hubungan antara kekerasan oleh pasangan intim terhadap kejadian persalinan Preterm .
- b. Membuktikan adanya hubungan antara kekerasan oleh pasangan intim terhadap kejadian berat badan lahir rendah/ BBLR.
- c. Membuktikan adanya hubungan antara kekerasan oleh pasangan intim terhadap kejadian Kematian janin dalam Rahim/KJDR.
- d. Membuktikan adanya hubungan antara kekerasan oleh pasangan intim terhadap hasil luaran Aterm/normal.
- e. Membandingkan hasil luaran antara kejadian kekerasan pasangan intim dengan yang tidak mendapat kekerasan pasangan intim.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya mengenai kekerasan oleh pasangan intim dalam hubungannya dengan hasil luaran kehamilan.

2. Manfaat Praktis

Apabila terbukti ada hubungan antara kekerasan oleh pasangan intim dengan hasil luaran kehamilan maka diharapkan dilakukan skrining terhadap kejadian kekerasan oleh pasangan intim pada setiap kehamilan, dan memberikan edukasi kepada ibu hamil dan pasangan agar kejadian kekerasan ini dapat dicegah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kekerasan Pasangan Intim

Kekerasan atau agresi yang terjadi dalam hubungan dekat. Istilah "pasangan intim" termasuk pasangan saat ini dan mantan atau pasangan kencan. *Intimate Partner Violence (IPV)* dapat bervariasi dalam frekuensi dan tingkat keparahan dan terjadi secara kontinyu, mulai dari satu episode yang mungkin atau mungkin tidak memiliki dampak yang bertahan lama, hingga episode kronis dan parah selama periode tahun. *IPV* mencakup empat jenis perilaku: (CDC, 2017)

1. Kekerasan Fisik

Ketika seseorang menyakiti atau mencoba melukai pasangan dengan memukul, menendang, meninju, mencekik, menyerang dengan senjata, atau menggunakan jenis kekuatan fisik lain; mengikat atau menahan, meninggalkan orang itu di tempat yang berbahaya, dan menolak untuk membantu ketika orang tersebut sakit atau terluka (Harway *et al.*, 2001; Chambliss, 2008; CDC, 2017).

2. Kekerasan Seksual

Memaksa atau berusaha memaksa pasangan untuk mengambil bagian dalam tindakan seks, sentuhan seksual, atau peristiwa seksual non-fisik (mis., *Sexting*) ketika pasangan tidak atau tidak bisa menyetujui. Kekerasan seksual terjadi dalam berbagai bentuk

hubungan, termasuk di dalam perkawinan, kencan, dan perkosaan kenalan. Tiga elemen utama mencirikan definisi hukum pemerkosaan: tidak adanya persetujuan penetrasi, tidak peduli seberapa kecil atau *independen* dari apakah ejakulasi terjadi dan partisipasi yang memaksa dengan paksa, ancaman cedera tubuh, atau dengan seseorang yang tidak mampu memberikan persetujuan karena keracunan atau ketidakmampuan mental. Serangan seksual juga termasuk tindakan seperti degradasi seksual, sengaja melukai seseorang saat berhubungan seks, menyerang alat kelamin, termasuk penggunaan benda intravaginal, oral, atau anal, mengajak seks ketika seseorang tidak sepenuhnya sadar atau takut untuk mengatakan tidak, dan memaksa seseorang untuk berhubungan seks tanpa perlindungan terhadap kehamilan atau penyakit menular seksual. Paksaan reproduksi juga termasuk sabotase atau kontrol kehamilan atasnya, hingga ancaman meninggalkan jika tidak hamil ataupun hamil (Harway *et al.*, 2001; Chambliss, 2008; CDC, 2017).

3. Menguntit

Pola berulang dengan perhatian yang tidak diinginkan dan kontak oleh pasangan yang menyebabkan rasa takut atau kekhawatiran untuk keselamatan seseorang atau keselamatan seseorang yang dekat dengan korban. Tindakan memonitor pasangan, mengikutinya, tiba-tiba tanpa persetujuan muncul di rumah atau tempat kerja atau bisnis seseorang, membuat panggilan telepon

melecehkan, meninggalkan pesan atau objek tertulis, atau merusak propertinya (Harway *et al.*, 2001).

4. Agresi Psikologis

Penggunaan komunikasi verbal dan non-verbal dengan maksud untuk melukai orang lain secara mental (emosional) dan / atau melakukan kontrol terhadap orang lain. Tindakan seperti degradasi, penghinaan, intimidasi dan ancaman bahaya, kritik yang intens, menghina, meremehkan, menertawakan, dan menyebut nama yang memiliki efek membuat seseorang percaya bahwa mereka tidak berharga dan menjaga mereka di bawah kendali pelaku; ancaman verbal pelecehan, isolasi fisik dan sosial yang memisahkan seseorang dari jaringan dukungan sosial, sangat cemburu dan posesif, tuduhan perselingkuhan, ancaman pengabaian berulang, perceraian, atau memulai perselingkuhan jika individu tersebut gagal memenuhi keinginan pelaku (Harway *et al.*, 2001; CDC, 2017).

5. Penyalahgunaan Ekonomi

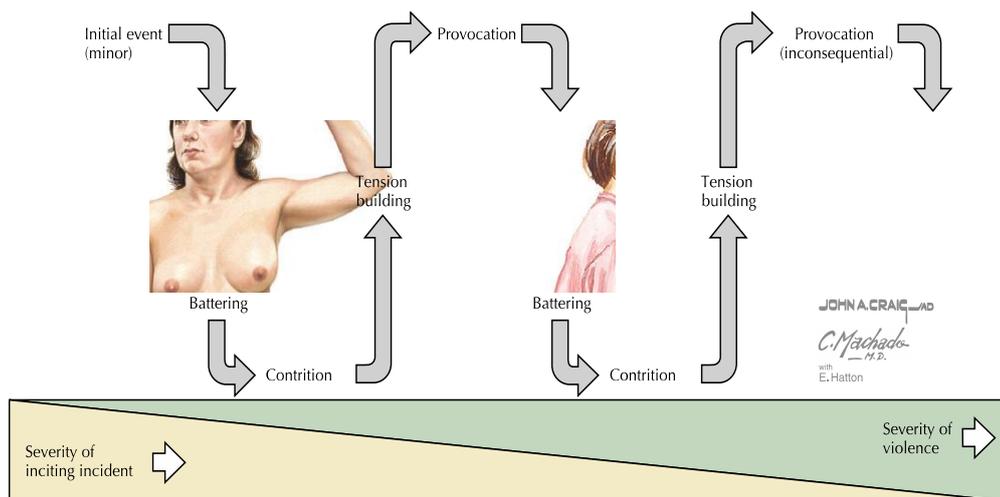
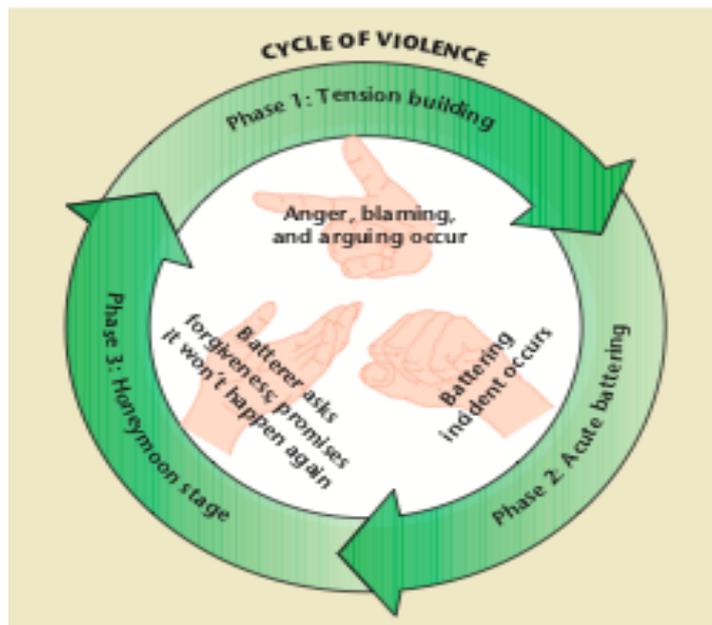
Melibatkan pembatasan akses ke sumber daya seperti rekening bank, pengeluaran uang, dana untuk pengeluaran rumah tangga, komunikasi telepon, transportasi, atau perawatan medis (Chambliss, 2008).

Beberapa jenis *IPV* dapat terjadi bersamaan. *IPV* dikaitkan dengan beberapa faktor risiko dan perlindungan. Definisi luas telah diakui atau diadopsi oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit untuk

pengawasan dan pemantauan kekerasan terhadap perempuan. Mereka menunjukkan pemulihan hubungan pendekatan feminis dan arus utama empiris terhadap kekerasan terhadap penelitian perempuan. Ini terkait dengan bentuk-bentuk kekerasan lainnya, dan menyebabkan konsekuensi kesehatan dan ekonomi yang serius. Dengan menggunakan pendekatan kesehatan masyarakat yang membahas faktor-faktor risiko dan perlindungan untuk berbagai jenis kekerasan, *IPV* dan bentuk-bentuk kekerasan lainnya dapat dicegah (Harway *et al.*, 2001; Chambliss, 2008; CDC, 2017).

IPV ada di semua lingkungan dan di antara semua kelompok sosial ekonomi, agama, dan budaya. Beban global *IPV* yang sebagian besar ditanggung oleh perempuan. Kekerasan terjadi dalam berbagai bentuk di lingkungan yang berbeda seperti sekolah/ perguruan tinggi, tempat kerja dan masyarakat, tetapi kekerasan keluarga, atau yang disebut kekerasan dalam rumah tangga adalah bentuk kekerasan yang paling umum. Kekerasan keluarga muncul dalam berbagai jenis, seperti kekerasan pada anak-anak, pria, perempuan dan orang tua, tetapi kekerasan antara pasangan, dan khususnya kekerasan pada perempuan, adalah salah satu jenis paling umum dari kekerasan dalam rumah tangga. Adanya siklus atau fase kekerasan terdiri dari; pertama, pertengkaran (*tension building phase*) yaitu peningkatan ketegangan karena adanya kata-kata kasar lalu dapat diredam sehari-hari hingga berbulan ataupun beberapa tahun lalu kemudian terjadi fase kekerasan (*the acute battering incident*) dapat

terjadi 2 hingga 24 jam, lalu terjadi penyesalan dan memberi kelakuan kembali menyayangi sehingga mendapatkan proses dimaafkan lalu kembali memperbaiki hubungan adalah hal yang lazim pada siklus dan akhirnya terjadinya kekerasan yang berulang bahkan dengan intensitas yang lebih sering (Chambliss, 2008).



Cycle of abuse is characterized by progressively smaller incidents inciting progressively greater violence interspersed with periods of remorse.

Gambar 1. Siklus Kekerasan Pasangan Intim

(Deshpande and Lewis-O'connor, 2013; Roger, 2018)

Kekerasan dalam rumah tangga selama kehamilan, selain ibu, dapat secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kesehatan janin, hasil *outcome* buruk, termasuk abortus, ketuban pecah dini, skor apgar rendah, persalinan preterm, berat badan lahir rendah, rujukan tertunda untuk perawatan prenatal, penggunaan obat-obatan berlebihan, preeklamsia, hingga kematian janin dalam rahim dan depresi pasca persalinan. Studi mengungkapkan efek jangka panjang dari IPV dengan *outcome* bayi preterm dan berat lahir rendah dimana anak-anak tersebut umumnya memiliki defisit kognitif, keterlambatan motorik termasuk *cerebral palsy*, kesulitan akademis, keterlambatan pemahaman bahasa, dan meningkatnya tingkat masalah perhatian, kesulitan perilaku dan masalah psikologis. Suatu bentuk kekerasan fisik yang mengkhawatirkan selama kehamilan adalah ketika pasangan pelaku kekerasan menargetkan di bagian perut perempuan yang dapat menyebabkan trauma *abdomen* dan berpotensi membahayakan kehamilan (Chambliss, 2008; Han and Stewart, 2014; Adhikari and Wagle, 2018; Ghazanfarpour *et al.*, 2018)

B. Trauma dalam Kehamilan

Berdasarkan akibat yang ditimbulkan, trauma bisa diklasifikasi sebagai trauma mayor dan trauma minor. Trauma mayor adalah trauma yang dampaknya mengancam kehidupan, memerlukan perawatan intensif di rumah sakit, menimbulkan cacat fisik yang permanen sampai disabilitas

atau menyebabkan kehidupan janin terganggu. Beberapa tanda klinis untuk sebuah trauma mayor antara lain adalah adanya gejala *shock maternal* hingga ke penurunan kesadaran. Trauma mayor dapat terjadi karena beberapa kejadian seperti luka tusuk atau ledakan, luka tumpul yang keras baik di luar regio abdomen maupun hingga cedera intra abdomen, pukulan yang mengenai tulang belakang, luka bakar >20%, kecelakaan lalu lintas, fraktur tulang panggul atau tulang panjang lebih dari dua regio, jatuh dari ketinggian >3 meter, terkena ledakan, atau terkena proyektil. Trauma minor adalah trauma yang tidak memenuhi kriteria mayor atau trauma yang hanya berdampak ringan seperti luka memar, lecet, nyeri, atau luka tajam yang penanganannya selesai dengan penjahitan dan tidak memerlukan perawatan lanjut. Pada trauma minor, perhatian utama adalah pada kesejahteraan janin (*fetal wellbeing*). Bila rekaman kardiotokografi normal, kondisi ibu stabil, tidak ada kontraksi, hasil pemeriksaan laboratorium juga dalam batas normal, tidak ada perdarahan pervaginam, tidak ada rembesan air ketuban maka ibu dapat dipulangkan (Cunningham *et al.*, 2014; Han and Stewart, 2014).

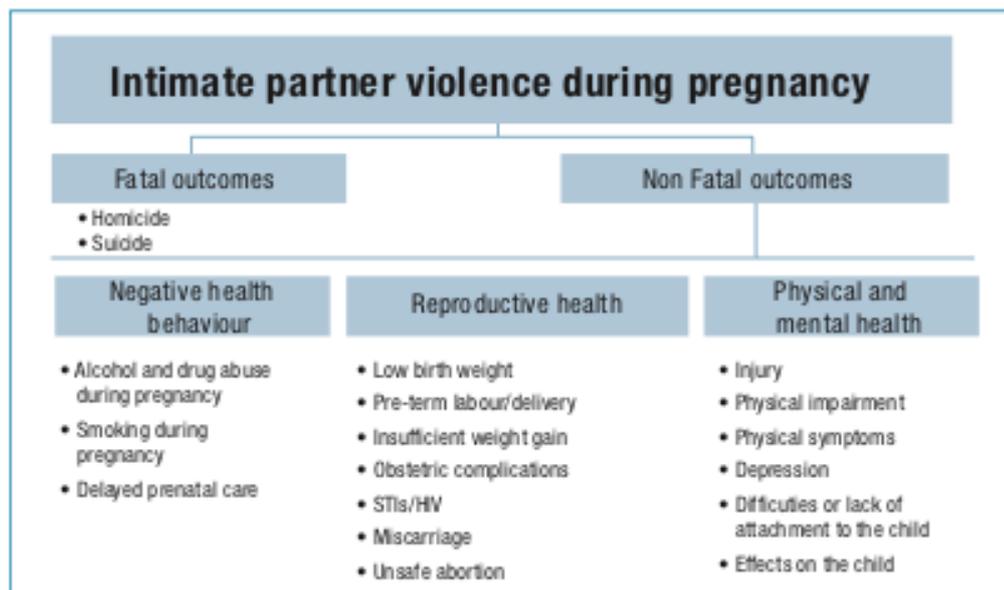
Klasifikasi lain berdasar kejadian benturannya, maka trauma dapat diklasifikasi sebagai trauma tumpul dan trauma tajam. Trauma tumpul adalah trauma yang terjadi karena benturan atau tekanan benda tumpul, jatuh ataupun serangan kekerasan, sedang trauma tajam adalah trauma yang terjadi karena tekanan benda tajam seperti pisau, panah, senjata api dll. Akibat yang timbul dari sebuah trauma tergantung pada umur

kehamilan, jenis, intensitas (berat atau ringan) dan letak trauma. Diagnosis ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisis dan ultrasonografi. Terapi tergantung kondisi klinis ibu dan hasil konsepsi (Onoh *et al.*, 2013; Cunningham *et al.*, 2014; Han and Stewart, 2014)

Prioritas terapi adalah evaluasi dan stabilisasi cedera ibu. Perhatian dan penilaian janin selama evaluasi akut dapat mengalihkan fokus dari cedera ibu yang mengancam nyawa. Dilakukan tindakan-tindakan dasar untuk resusitasi termasuk memastikan ventilasi, menghentikan perdarahan dan mengatasi hipovolemia (Cunningham *et al.*, 2014).

C. Dampak *Intimate Partner Violence* pada Neonatus

Beberapa penelitian telah melaporkan bahwa prevalensi kelahiran preterm, berat badan lahir rendah, kematian perinatal dan neonatal secara signifikan lebih tinggi di antara perempuan yang mengalami *IPV*, hal ini disebabkan karena kekurangan perawatan prenatal, abrupsy berulang akibat trauma, atau stres psikologis pada ibu yang mengakibatkan peningkatan kortisol pada janin (Jain *et al.*, 2017; Ashenafi *et al.*, 2020). *IPV* juga dapat menyebabkan stres pada ibu dan memicu penyalahgunaan zat yang dapat berdampak pada kesehatan janin secara tidak langsung yang merugikan seperti berat lahir rendah dan pertumbuhan janin terhambat (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).



Tabel 1. Data WHO

Dampak kesehatan dari IPV selama kehamilan (Octavia, 2008)

Bukti terbaru dari *National Institutes of Health* menganalisis data lebih dari lima juta perempuan hamil di *California* selama 10 tahun menunjukkan bahwa perempuan hamil yang diserang oleh pasangan intim memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat badan rendah. Penelitian ini menemukan bahwa bayi yang lahir dari perempuan yang dirawat di rumah sakit karena cedera dari kekerasan selama kehamilan rata-rata berat lahir bayinya adalah 163 gram atau sepertiga pound dibandingkan berat bayi yang dilahirkan oleh perempuan yang tidak dirawat di rumah sakit pada trimester pertama. IPV selama kehamilan dapat memperburuk masalah kronik seperti hipertensi dan diabetes kehamilan, yang keduanya memiliki implikasi untuk hasil bayi baru lahir (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

D. Patomekanisme Preterm pada IPV

Kekerasan psikologi yang dialami dapat menjadi stressor yang meningkatkan kadar kortisol dan disregulasi aksis *hypothalamic – pituitary – adrenal (HPA)* yang dapat memicu terjadinya persalinan preterm oleh karena terjadinya vasokonstriksi pembuluh darah sehingga perfusi uteroplasental menurun (Alhusen *et al.*, 2014). Konsentrasi *CRH (Corticotropic Releasing Hormon)* dalam plasma janin, cairan amnion dan plasma ibu mengalami peningkatan dibanding dengan kadar pada kehamilan normal. Plasenta kemungkinan besar sumber peningkatan *CRH*. Peningkatan produksi *CRH* plasenta berperan meningkatkan produksi kortisol janin untuk menghasilkan umpan balik positif sehingga plasenta lebih banyak menghasilkan *CRH*. *CRH* merangsang adrenal janin membentuk steroid. *CRH* secara langsung atau tidak langsung akan meningkatkan pengeluaran androgen yaitu *dehydroepiandrosterone sulfat (DHEAS)* melalui pelepasan *pituitary adrenocorticotropin (ACTH)*. Androgen dikonversi di plasenta menjadi estrogen. Meningkatnya produksi estrogen akan menggeser rasio estrogen terhadap progesteron dan mendorong ekspresi serangkaian kontraktile di miometrium menyebabkan berakhirnya masa tenang uterus. Tingginya kadar *CRH* akan memodulasi kontraksi miometrium melalui interaksi dengan isoform reseptor *CRH* sehingga meningkatkan respon kontraksi miometrium. Kortisol juga mempengaruhi miometrium secara tidak langsung dengan merangsang membran janin meningkatkan sintesis prostaglandin yang juga

menstimulasi pelepasan *CRH* di plasenta, selaput ketuban dan desidua akibat jalur balik (*feedback loop*). Dengan demikian akan dimulainya persalinan, adanya kontraksi uterus dan pecah ketuban (Cunningham *et al.*, 2014; Herlina, Desmiwati and Desmiwati, 2016)

E. Patomekanisme Berat Bayi Lahir Rendah Pada IPV

Berat bayi lahir rendah (BBLR) didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (*WHO*) sebagai berat lahir kurang dari 2500 gram (5,5 pon) dianggap sebagai faktor risiko paling sering untuk kematian neonatal. Bayi yang lahir dengan BBLR lebih rentan terkena infeksi, malnutrisi, perkembangan kognitif yang buruk, risiko lebih tinggi mengalami pertumbuhan terhambat pada usia dua tahun yang mengarah pada luaran yang tidak dapat diubah setelah usia tiga tahun, yaitu pendek pada saat dewasa, menurunkan fungsi kekebalan tubuh, meningkatkan risiko penyakit kronis dan komplikasi reproduksi di kemudian hari, serta produktivitas yang lebih rendah dalam berbagai kegiatan pendidikan dan ekonomi. Penyebab utama dari berat lahir rendah adalah persalinan preterm atau pertumbuhan intrauterin terhambat (*IUGR*) atau keduanya. Beberapa faktor dilaporkan terkait dengan BBLR, salah satunya adalah kekerasan oleh pasangan intim atau *IPV*, didukung karena status gizi buruk ibu, anemia, jarak kelahiran, status sosial ekonomi, di negara-negara berkembang terutama di Asia Selatan (Ferdos and Mosfegur, 2017).

Kejadian *IPV* fisik memiliki konsekuensi merugikan langsung, seperti trauma perut atau berpengaruh pada pelepasan prostaglandin yang berhubungan dengan persalinan preterm dan BBLR. Kejadian *IPV* fisik pada ibu hamil dapat mempengaruhi berat lahir bayi secara tidak langsung dengan beberapa cara. Stres bisa menjadi faktor mediasi dari hubungan antara kejadian *IPV* dan BBLR dengan mengaktifkan poros neuroendokrin, menyebabkan pelepasan katekolamin, beta endorfin dan kortisol yang mengakibatkan vasokonstriksi, hipoksia janin, dan pertumbuhan janin terhambat. Selain itu perempuan yang mengalami *IPV* mengalami gangguan psikologis seperti gejala depresi, keinginan bunuh diri, kecemasan, tingkat stres yang tinggi, menghadiri lebih sedikit kunjungan perawatan prenatal, membuat pilihan makanan yang buruk, dan mengisolasi diri mereka yang pada gilirannya mengakibatkan berat bayi lahir rendah (Laelago, Belachew and Tamrat, 2017).

F. Mortalitas Bayi pada IPV

Risiko kematian pada bayi atau sebelum usia 5 tahun, enam kali lebih besar jika ibu hamil mengalami kekerasan fisik dan seksual oleh pasangan, bahkan setelah disesuaikan dengan pendidikan, paritas, area residensi, dan tingkat penilaian kebutuhan dasar. Terdapat beberapa penjelasan untuk menjelaskan hubungan kekerasan fisik dan seksual terhadap ibu hamil dengan peningkatan risiko kematian bayi dan balita.

Pertama, kekerasan selama kehamilan meningkatkan risiko bayi berat lahir rendah hingga kematian bayi. Berat badan lahir rendah bisa menjadi konsekuensi langsung dari kekerasan, misalnya dalam kasus persalinan preterm yang dipicu oleh trauma abdomen langsung. Namun kekerasan juga dapat mempengaruhi berat lahir secara tidak langsung, melalui perubahan fisiologi (peningkatan kadar hormon stres) dan karena faktor imunologis serta mekanisme perilaku (Åsling-Monemi *et al.*, 2003).

Penelitian kasus rujukan berbasis rumah sakit di Leon, Nikaragua yang menemukan bahwa setelah menyesuaikan dengan faktor risiko berat bayi lahir rendah lain, kekerasan fisik dan seksual terhadap perempuan hamil meningkatkan risiko mortalitas bayi. Stres ibu karena kekerasan dapat meningkatkan kemungkinan perempuan untuk menerapkan kesehatan negatif atau perilaku koping, seperti merokok dan penyalahgunaan zat. Kekerasan juga dapat bertindak sebagai penekan dalam dirinya sendiri yang mempengaruhi kemampuan perempuan untuk mendapatkan nutrisi, istirahat, olahraga, dan perawatan medis yang memadai. Beberapa penelitian telah mengindikasikan bahwa perempuan yang mengalami kekerasan fisik dan seksual selama kehamilan lebih mungkin untuk memperoleh perawatan antenatal di akhir kehamilan dan melaporkan kehamilan yang tidak diinginkan (Åsling-Monemi *et al.*, 2003).

Kedua, kekerasan dapat berdampak pada kesehatan anak dengan mengurangi akses perempuan ke materi serta sumber daya internal yang diperlukan untuk menjaga kesehatan anak-anak mereka. Perempuan

yang mengalami kekerasan fisik atau seksual cenderung menderita berbagai gangguan kesehatan mental, termasuk depresi, kecemasan, dan sindrom stres pasca-trauma. Selain itu kekerasan fisik sering disertai dengan perasaan tidak berdaya, isolasi sosial, dan ketergantungan ekonomi. Di Nikaragua kekerasan terhadap perempuan telah dilaporkan terkait erat dengan kontrol perilaku pasangan. Kekerasan dapat mengganggu kapasitas pengasuhan ibu melalui tekanan emosional atau karena mereka secara fisik dicegah mendapatkan perawatan untuk anak-anak mereka. Sebuah penelitian yang dilakukan di India menemukan bahwa anak-anak dari perempuan yang mengalami kekerasan fisik dan seksual lebih cenderung mengalami kekurangan gizi dan menerima makanan lebih sedikit dibandingkan dengan perempuan yang tidak mengalaminya (Åsling-Monemi *et al.*, 2003).

Ketiga, kematian anak bisa terjadi karena trauma langsung. Ellsberg *et al.* menemukan bahwa anak-anak dari ibu yang mengalami kekerasan fisik dan seksual hampir tujuh kali lebih berisiko mengalami pelecehan fisik dan seksual sendiri. Dalam penelitian kami hanya lima (4%) dari 110 kematian yang dijelaskan karena trauma dan evaluasi selanjutnya dari penyebab kematian menunjukkan bahwa perawatan atau pengabaian yang tidak memadai lebih mungkin menjadi penyebab kematian daripada trauma langsung. Dalam sebuah studi prospektif acak dari lebih dari 16.000 pasien, Yost *et al* menskrining perempuan yang mengalami IPV selama kehamilan. Dalam sampel ini, risiko kematian neonatal sebesar

0,2% pada perempuan yang tidak mengalami *IPV* dan 1,5% pada mereka yang mengalami *IPV* (Åsling-Monemi *et al.*, 2003).

G. Penanganan *Intimate Partner Violence*

Institusi kedokteran merekomendasikan bahwa skrining dan konseling *IPV* sudah menjadi bagian dari kunjungan kesehatan perempuan dan seorang dokter obgin memegang posisi unik yang penting untuk menskrining dan menyediakan perawatan untuk perempuan yang terkena *IPV*. *American Collage of Obstetrics and Gynecology (ACOG)* merekomendasikan beberapa contoh pertanyaan skrining dan kartu edukasi pasien tentang *IPV* dan pemaksaan reproduksi, tercatat bahwa walaupun perempuan tersebut tidak dapat mengakui penyalahgunaan paksaannya, tetapi akhirnya dia dapat mengetahui aturan benarnya. *ACOG* merekomendasikan dokter seharusnya rutin skrining universal untuk *IPV* secara *private*, tidak menghakimi, dan aman tanpa tekanan pasangan, teman, keluarga ataupun penjaga. Kerahasiaan harus terjamin, nomor pengaduan dan informasi rujukan dengan fasilitas penanganan yang tersedia. Skrining rutin *IPV* meningkatkan deteksi dari 5,6%-30% (Johnson, 2015; Berek and Berek, 2019).

Antenatal care/ANC merupakan jendela peluang mendeteksi *IPV*. Bukan hanya karena kesempatan bertemu ataupun kontak langsung tetapi juga adanya kemungkinan untuk *follow-up* dimana akan didapatnya informasi tentang beberapa tipe kekerasan dan adanya siklus kekerasan

itu sendiri. Dengan demikian akan mendukung pengembangan hubungan yang sehat, saling menghormati, dan tanpa kekerasan memiliki potensi untuk mengurangi terjadinya *IPV* dan mencegah dampaknya yang berbahaya pada individu, keluarga, dan komunitas tempat mereka tinggal. ACOG mendorong dilakukannya skrining secara rutin dan regular kepada semua perempuan, berdasarkan rekomendasi dari *the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* di adaptasi checklist singkat dan dikembangkan paket teknis dengan berbagai strategi dan pendekatan yang idealnya akan digunakan pendekatan multi-level, multi-sektor untuk mencegah *IPV* (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

Step 1: Review Medical History for Warning Signs of Intimate Partner Violence
<ul style="list-style-type: none"> • Previous medical visits for injuries • History of abuse or assault • Repeated visits • Chronic pelvic pain, headaches, vaginitis, irritable bowel syndrome • History of depression, substance use, suicide attempts, anxiety
Step 2: Review Medical History for Pregnancy-related Factors
<ul style="list-style-type: none"> • Unintended pregnancy • Unhappiness about being pregnant • Young maternal age • Single marital status • Higher parity • Late entry into prenatal care/missed appointments • Substance use or abuse (tobacco, alcohol, drugs)
Step 3: Observe Woman's Behavior
<ul style="list-style-type: none"> • Flat affect • Fright, depression, anxiety • Post-traumatic stress disorder symptoms <ul style="list-style-type: none"> ○ Dissociation, psychic numbing, startle responses • Overcompliance • Excessive distrust
Step 4: Observe Partner's Behavior
<ul style="list-style-type: none"> • Being overly solicitous • Answering questions for the patient • Being hostile or demanding • Never leaving the patient's side • Monitoring the woman's responses to questions
Step 5: Ask Directly
<ul style="list-style-type: none"> • Ask questions in private apart from male partner, family, or friends • Explain issues of confidentiality • Be aware of mandatory reporting laws in your state and inform the woman of them • Face-to-face talk more effective than written questionnaires • Ask caring and empathetic questions • Be prepared to hear your patient's answer

Figure 2. Identifying intimate partner violence in the healthcare setting. Adapted from Centers for Disease Control and Prevention.²³

Tabel 2. Checklist identifikasi *IPV* (Deshpande and Lewis-O'Connor, 2013)

Daftar periksa ini mencakup item-item khusus untuk dieksplorasi oleh dokter dalam riwayat medis pasien dan perilaku mereka selama kunjungan. Konsisten dengan penekanan CDC pada pencegahan primer, paket mencakup beberapa strategi yang dimaksudkan untuk menghentikan *IPV* sebelum dimulai selain pendekatan yang dirancang

untuk memberikan dukungan kepada para korban dan mengurangi bahaya jangka pendek dan jangka panjang dari *IPV* (Octavia, 2008; Deshpande and Lewis-O'connor, 2013; Adhikari and Wagle, 2018)

Alat skrining *IPV* yang lainnya dan lebih spesifik dengan gambaran kuesioner adalah *RADAR*, *HITS*, *AAS* dan *SAFE tool*. *RADAR* dikembangkan di *Massachusetts Medical society* tahun 1992 yang membantu merangkum langkah aksi dari dokter untuk mengenali dan memperlakukan pasien yang terkena *IPV*. Langkah-langkah **RADAR** meliputi yang berikut: (1) **(Routinely)** Lakukan skrining pada pasien dewasa secara rutin, (2) **(Ask)** Ajukan pertanyaan langsung, (3) **(Document)** Dokumentasikan temuan Anda, (4) **(Assess)** Kaji keselamatan pasien, dan (5) **(Review)** Tinjau opsi dan rujukan. Metode *RADAR* telah menjadi skrining yang sangat populer yang telah diadopsi secara nasional di berbagai organisasi medis, berbasis masyarakat, kesehatan mental, dan hukum. Tujuannya adalah untuk memperkuat perawatan, dukungan, dan kepercayaan dalam hubungan pasien dengan penyedia layanan, memastikan perawatan tindak lanjut yang tepat dalam kunjungan pasien berikutnya, dan memperbaiki pendidikan dan keahlian dokter yang sedang berlangsung (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

HITS tool adalah alat skrining lain yang semakin banyak digunakan dalam praktik klinis untuk menilai *IPV*. Selama penilaian *HITS*, penyedia layanan menanyakan kepada pasien hal berikut: Seberapa sering pasangan anda secara fisik **(Hurt)** Menyakiti anda, **(Insult)** Menghina atau

berbicara merendahkan anda, **(Threaten)** Mengancam anda dengan bahaya, dan **(Scream)** berteriak atau mengutuk anda?, Setiap kategori dinilai pada skala 1 (tidak pernah) sampai 5 (sering) dan jumlah semua kategori dihasilkan. Skor total 10 adalah *IPV* (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

The HITS Screening Tool for Domestic Violence*					
How Often Does Your Partner	Never	Rarely	Sometimes	Fairly Often	Frequently
Physically hurt you	1	2	3	4	5
Insult or talk down to you	1	2	3	4	5
Threaten you with harm	1	2	3	4	5
Scream or curse at you	1	2	3	4	5

Tabel 3. *HITS Tool* (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

AAS Tool, salah satu alat skrining IPV yang paling banyak digunakan dalam populasi hamil adalah alat *Abuse Assessment Screen* (AAS). Lima pertanyaan yang melibatkan pertanyaan terbuka berikut:

1. Apakah anda pernah dilecehkan secara emosional atau fisik oleh pasangan anda atau seseorang yang penting bagi anda?
2. Sejak saya melihat anda terakhir ini, pernahkah anda dipukul, ditampar, ditendang, atau secara fisik terluka oleh seseorang?

Jika YA, oleh siapa? Jumlah/berapa kali? waktu? sifat cedera?

3. Sejak anda hamil, apakah anda dipukul, ditampar, ditendang, atau dilukai secara fisik oleh seseorang? Jika YA, oleh siapa? berkali-kali? Sifat cedera?
4. Dalam setahun terakhir ada orang yang membuat anda melakukan sesuatu yang bersifat seksual yang tidak ingin anda lakukan? Jika YA, lalu siapa?
5. Apakah anda takut pada pasangan anda atau orang lain?

Abuse Assessment Screen (Circle YES or NO for each question)						
1.	Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?.....				YES	NO
2.	Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?.....				YES	NO
	If YES, by whom (circle all that apply)					
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Stranger	Other	Multiple
	Total No. of times _____					
3.	Since you've been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?.....				YES	NO
	If YES, by whom (circle all that apply)					
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Stranger	Other	Multiple
	Total No. of times _____					
	Mark the area of injury on a body map					
	Score each incident according to the following scale:					
	1 = Threats of abuse, including use of a weapon					
	2 = Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain					
	3 = Punching, kicking, bruises, cuts, and/or continuing pain					
	4 = Beaten up, severe contusions, burns, broken bones					
	5 = Head, internal, and/or permanent injury					
	6 = Use of weapon, wound from weapon					
	(If any of the descriptions for the higher number apply, use the higher number)					
4.	Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities?.....				YES	NO
	If YES, by whom (circle all that apply)					
	Husband	Ex-husband	Boyfriend	Stranger	Other	Multiple
	Total No. of times _____					
5.	Are you afraid of your partner or anyone you listed above?.....				YES	NO

Tabel 4. *AAS Tool* (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

Lima pertanyaan AAS meningkatkan tingkat deteksi adanya pemukulan baik sebelum dan selama kehamilan lebih dari wawancara pasien standar. Dengan demikian, poin terstruktur dari IPV dapat lebih baik memungkinkan dokter untuk mendeteksi IPV lebih awal dan memberikan kesempatan untuk intervensi.

Skrining cepat lainnya adalah *The Structured Analysis Family Evaluation (SAFE)*. Sebuah evaluasi atas **(Stress/Safety)** Perasaan aman dengan hubungannya, **(Afraid/Abused)** Pernahkah anda disakiti. **(Friends/Family)** Apakah teman/keluarga mengetahui anda disakiti?. **(Emergency plan)** Apakah ada tempat aman untukmu jika membutuhkan bantuan keselamatan.

Alat paling efektif dalam pengaturan klinis, mereka harus digunakan secara longitudinal selama kunjungan pada setiap trimester dan juga pada pemeriksaan postpartum. IPV dapat terjadi kapan saja sebelum, selama, atau setelah kehamilan sehingga penggunaan metode penyaringan yang konsisten akan menghasilkan tingkat deteksi dan pencegahan tertinggi.

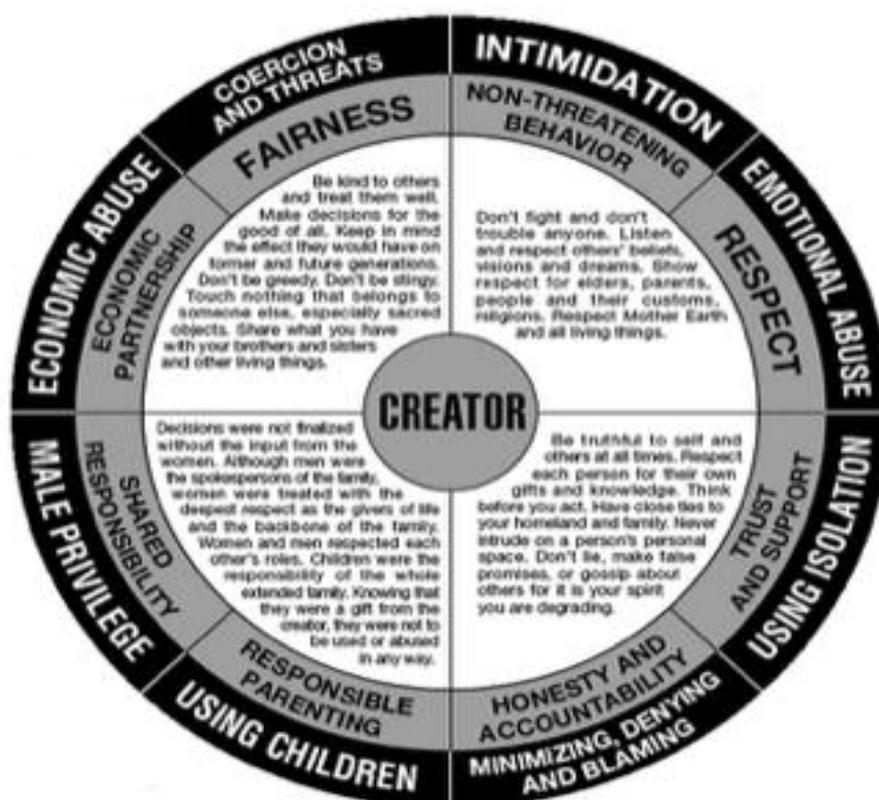
Langkah berikutnya adalah penyaringan dan deteksi, kadang-kadang bahkan setelah mengambil langkah-langkah yang sesuai untuk penyaringan dan edukasi pasien, pasien anda mungkin masih memilih untuk tidak memberi tahu anda keadaannya atau mungkin merespons secara negatif terhadap pertanyaan anda tentang IPV.

Structured Analysis Family Evaluation Questionnaire
<ul style="list-style-type: none"> • Stress/safety : <i>Do you feel safe in your relationship?</i> Apakah anda merasa aman dalam hubungan anda
<ul style="list-style-type: none"> • Afraid/abused : <i>Have you ever been in a relationship in which you were threatened, hurt or afraid?</i> Apakah anda pernah merasa terancam, disakiti, ataupun takut terhadap hubungan anda?
<ul style="list-style-type: none"> • Friends/family : <i>Are your friends or family aware that you have been hurt? Could you tell them, and would they be able to give you support?</i> Apakah ada teman atau keluarga anda mengetahui bahwa anda pernah disakiti? apakah anda memberitahunya dan akankah mereka membantumu?
<ul style="list-style-type: none"> • Emergency plan : <i>Do you have a safe place to go and the resources you need in an emergency?</i> Apakah anda punya tempat aman dan kelengkapan yang anda butuhkan saat keadaan darurat?

Tabel 5. SAFE Tool (Johnson, 2015)

Dalam skenario ini, sangat penting untuk tetap mendokumentasikan temuan anda secara konsisten, menyatakan kesediaan anda untuk membahas pertanyaan atau kekhawatirannya tentang IPV. Beberapa perempuan percaya bahwa IPV memiliki undang-undang pelaporan wajib,

tetapi hanya ada beberapa negara di mana ini benar, dan menjadi akrab dengan undang-undang negara. Ada keadaan lain di mana pasien dapat merespon dengan tegas tetapi tidak mau membahas atau berbagi rincian lebih lanjut, dalam situasi ini, yang paling bermanfaat adalah mengekspresikan dukungan, anda dapat menggunakan roda bantu untuk mengevaluasi dan memberi penanganan secara visual dan secara skematis membandingkan perilaku hubungan yang sehat dan berpusat kesetaraan untuk mengendalikan, perilaku yang buruk, dan perilaku hubungan yang tidak sehat dan menunjukkan kepadanya bahwa ia layak mendapatkan kemitraan yang lebih setara (Johnson, 2015).

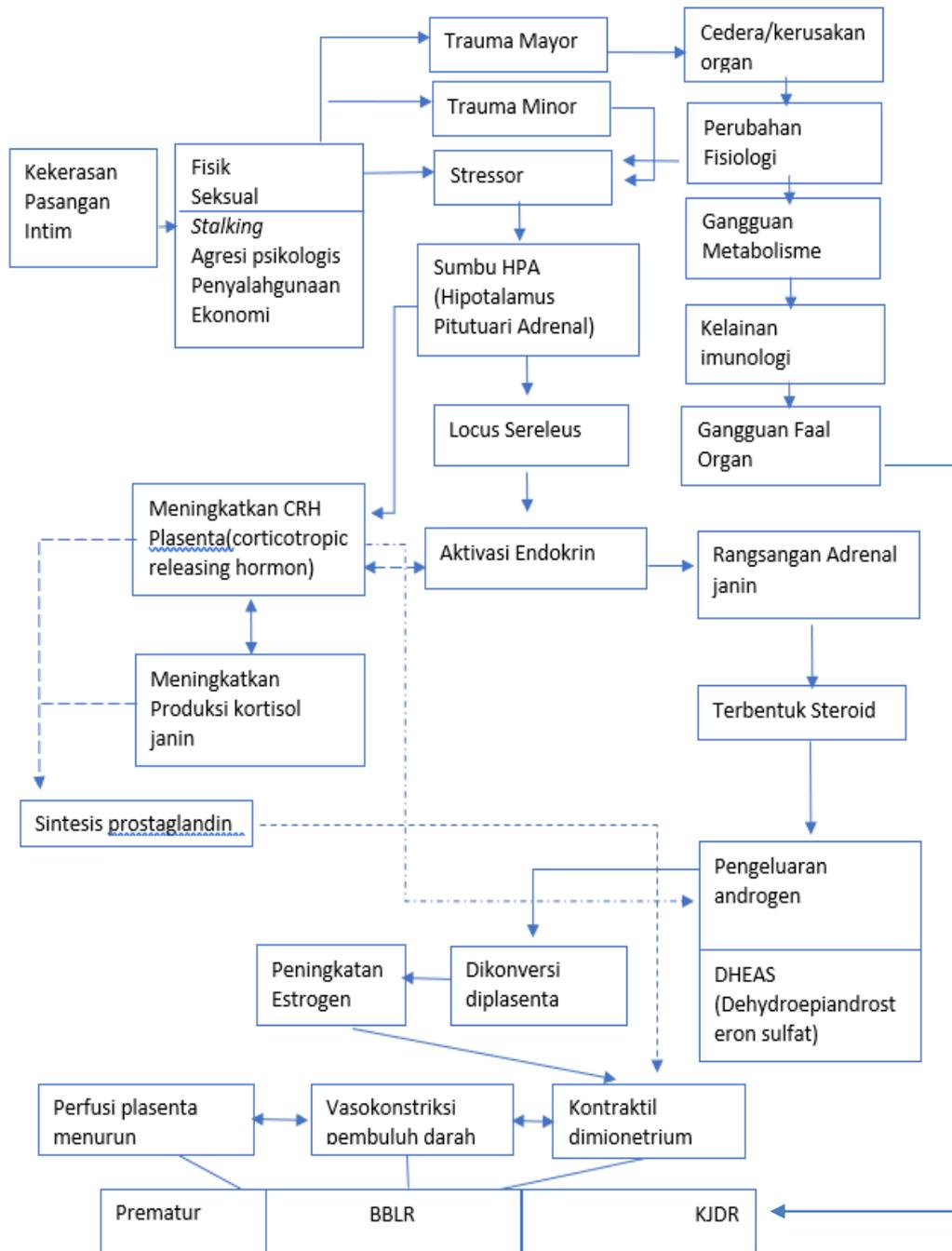


Tabel 6. Roda Pedoman Penanganan *IPV* (Deshpande and Lewis-O'Connor, 2013).

Tanyakan padanya bagaimana cara terbaik untuk mendukungnya. Jika komentar anda kuat, mendorong, dan mendukung, maka dapat merangsang dialog dan pasien anda untuk mempertimbangkan mengubah situasinya. Ingatlah untuk selalu menjadi penasihat pasien anda dan tetap berada di sisinya (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013; Johnson, 2015).

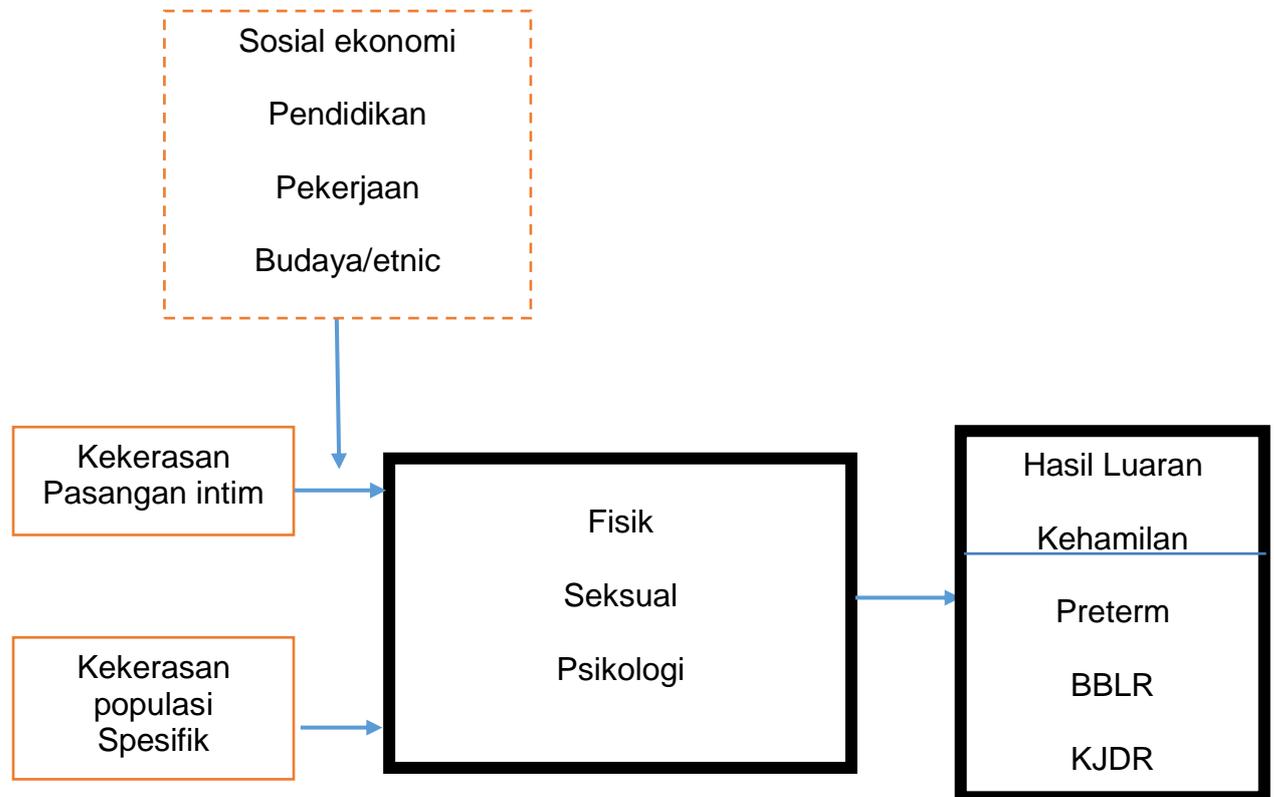
Dalam keadaan dimana seorang pasien mengungkapkan dan menjelaskan contoh spesifik dari *IPV*, menjadi perlu untuk mendokumentasikan temuan dalam grafik pasien dengan kata-katanya sendiri. Anda dapat memilih untuk memberikan kuesioner skrining lebih lanjut, atau menyertakan foto pasien dengan persetujuan. Pada titik ini, sangat penting untuk melakukan penilaian keselamatan dan / atau mengembangkan rencana keselamatan dengan pasien anda. Anda dapat memilih untuk menghubungkan pasien anda dengan seorang perawat, pekerja sosial, *advokat*, sumber daya masyarakat, atau pekerja perawatan kesehatan yang secara khusus dilatih dalam pencegahan kekerasan. Dengan mengembangkan keakraban dengan pasien adalah kunci yang utama, menyatakan kebijakan pelaporan *IPV*, metode skrining, dan baik tanda dan gejala *IPV* langsung dan tidak langsung, dokter spesialis kandungan dapat memainkan peran penting dalam pencegahan dini dan pengurangan *IPV* pada pasien mereka (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013).

H. KERANGKA TEORI

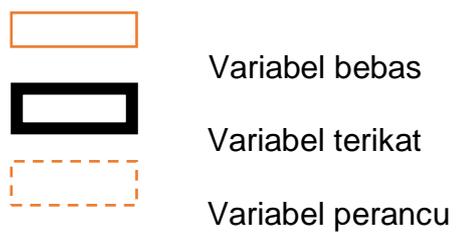


Gambar 2. Kerangka Teori

I. KERANGKA KONSEP



Keterangan:



Gambar 3. Kerangka Konsep

J. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen

Variabel Independen pada penelitian ini adalah *Intimated Partner Violence* (IPV) yang dialami perempuan selama masa kehamilan. Kekerasan dapat berupa kekerasan fisik, seksual, maupun kekerasan psikologi atau emosional.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah luaran kehamilan dari perempuan hamil yang terindikasi mengalami IPV.

K. Hipotesis penelitian

1. Hipotesis Alternatif

Kejadian *IPV* selama masa kehamilan berdampak pada luaran kehamilan yang kurang baik dalam hal ini Preterm, BBLR, KJDR.

2. Hipotesis Nol

Kejadian *IPV* selama masa kehamilan tidak berdampak pada luaran kehamilan.

L. Definisi Operasional

Pada penelitian ini definisi dari variabel:

1. *Intimated Partner Violence* (IPV) didefinisikan menurut *World Health Organization* (WHO) yaitu kekerasan oleh pasangan intim, kekerasan yang dilakukan dalam bentuk fisik, seksual, psikis atau emosional

serta kontrol dari pasangan. Kekerasan antara lain sebagai berikut :
(Shidhaye *et al.*, 2014)

- a. Kekerasan fisik merupakan perbuatan yang disengaja atau tidak disengaja yang menyebabkan potensi cedera. Contoh kekerasan fisik antara lain menampar, mendorong, memukul, membakar, melukai dengan benda tajam lainnya.
- b. Kekerasan seksual melibatkan setiap kontak seksual yang tidak diinginkan disertai ancaman dan kekerasan fisik yang terlibat dapat berupa penetrasi ke rongga mulut, anus, maupun vagina.
- c. Kekerasan psikologis merupakan kekerasan emosional yang melibatkan tindakan nonfisik yang berdampak negatif pada korban.
- d. Stalking yaitu perhatian yang tidak diinginkan.
- e. Penyalahgunaan ekonomi melibatkan materi rumah tangga.

IPV dinilai dari kuesioner yang diisi oleh responden. Data mengenai hal ini termasuk skala data ordinal. Kategorinya adalah sebagai berikut : (Deshpande and Lewis-O'connor, 2013)

- a) Positif, bila nilai responden yang diperoleh ≥ 10
 - b) Negatif, bila nilai responden yang diperoleh < 10
2. Luaran kehamilan dinilai beberapa indikator dikategorikan dengan pre-partum dan luaran post partum.
- a. Komponen Luaran Pre Partum, yang dapat menjadi pertimbangan
 - 1) Hipertensi dalam kehamilan
 - 2) Penyakit Metabolik

- 3) Perdarahan Antepartum
- 4) Ketuban Pecah Dini
- 5) Riwayat abortus
- 6) Riwayat Partus preterm sebelumnya
- 7) Riwayat Partus berat badan lahir rendah sebelumnya
- 8) Riwayat Partus kematian janin dalam rahim sebelumnya

b. Komponen Luaran Post Partum yang Diteliti

- 1) Kelahiran Preterm: Kelahiran yang terjadi pada usia kehamilan < 37 minggu. Preterm dinilai dari usia kehamilan berdasarkan hasil ultrasonografi. Data mengenai hal ini termasuk skala data ordinal. Kategorinya adalah sebagai berikut : (Cunningham *et al.*, 2014).
 - a) Ya : kelahiran preterm
 - b) Tidak : kelahiran aterm/post term
- 2) Berat Badan : Berat badan lahir rendah apabila bayi lahir dengan <2500 gram. Berat badan dinilai dari berat badan ketika penimbangan sesat setelah lahir menggunakan timbangan bayi. Data mengenai hal ini termasuk skala data ordinal. Kategorinya adalah sebagai berikut : (Cunningham *et al.*, 2014).
 - a) Ya : berat badan lahir rendah
 - b) Tidak : berat badan lahir cukup/berlebih

- 3) Kematian Janin Dalam Rahim adalah janin mati sebelum dilahirkan atau mati di dalam rahim. KJDR ini dilihat dari hasil pemeriksaan Ultrasonografi dan tidak didapatkannya denyut jantung janin selain itu dinilai dari Apgar Score yaitu Penilaian keadaan umum bayi pada saat dilahirkan. Asfiksia berat 0-3, Asfiksia sedang 4-6, Bayi sehat 7-10, ataupun derajat maserasi bayi. Data mengenai hal ini termasuk skala data ordinal. Kategorinya adalah sebagai berikut : (Cunningham *et al.*, 2014).
- a) Ya : janin mati dalam rahim
 - b) Tidak : janin mati di luar rahim
- 4) Aterm : Aterm adalah bayi lahir cukup bulan, berat badan normal. Dinilai dari usia kehamilan berdasarkan HPHT, berat badan saat ditimbang, dan penilaian apgar. Data mengenai hal ini termasuk skala data ordinal. Kategorinya adalah sebagai berikut : (Cunningham *et al.*, 2014).
- a) Ya : lahir cukup bulan, berat badan normal.
 - b) Tidak : Preterm atau Posterm