

TESIS

**KAJIAN KESEHATAN MENTAL DAN STRATEGI KOPING PADA
PEREMPUAN AKIBAT MENGALAMI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA
(KDRT) DI KOTA MAKASSAR**

*Mental Health and Coping Strategies in Women Experiencing
Domestic Violence in Makassar*

Disusun dan diajukan oleh

**NURUL ILMI
K012191043**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS
KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**KAJIAN KESEHATAN MENTAL DAN STRATEGI KOPING PADA
PEREMPUAN AKIBAT MENGALAMI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA
(KDRT) DI KOTA MAKASSAR**

**Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS
KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

**KAJIAN KESEHATAN MENTAL DAN STRATEGI KOPING PADA PEREMPUAN AKIBAT
MENGALAMI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT) DI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh


**NURUL ILMI
K012191043**


Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 27 Februari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,


Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Dr. Suriah, SKM., M. Kes.
NIP. 197405202002122001


Sudirman Nasir, S.Ked., MWH., Ph.D
NIP. 197312312008011037


Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat


Ketua Program Studi S2
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP. 19720529 200112 1 001

Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurul Ilmi
NIM : K012191043
Program studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan tesis yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan tesis/disertasi.

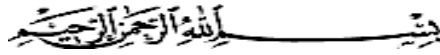
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 24 Januari 2023

Yang menyatakan


Nurul Ilmi

PRAKATA



Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah rabbil alamin. Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, limpahan atas karunia, berkat, rahmat, dan kemudahan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “*Kajian Kesehatan Mental dan Strategi Koping pada Perempuan Akibat Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Kota Makassar*”. Sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat konsentrasi Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan tesis ini jauh dari kesempurnaan. Namun karena adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik berupa dukungan materil maupun dorongan moril, akhirnya penyusunan tesis ini dapat diselesaikan.

Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada yang terhormat Ibu **Dr. Suriah, SKM, M.Kes.** sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Bapak **Sudirman Nasir, S.Ked., MWH, Ph.D** sebagai Sekretaris Komisi Penasihat sekaligus sebagai Pembimbing Akademik penulis yang senantiasa meluangkan waktu, tenaga, pemikiran, memberikan arahan, dorongan dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Anggota Komisi Penasihat yang terhormat atas masukan, saran dan koreksinya dalam

pembuatan hasil penelitian tesis ini yakni, Bapak **Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M.Sc**, Bapak **Prof. Yahya Thamrin, SKM., M. Kes., MOHS, Ph.D**, dan Bapak **Ansariadi, SKM., M.Sc.PH., Ph.D**. Semoga apa yang diberikan akan dibalas oleh Allah SWT dengan limpahan rahmat dan ridho-Nya.

Penyusunan hasil penelitian tesis ini juga tidak lepas dari bantuan dan dukungan banyak pihak. Terima kasih tak terhingga kepada suami penulis Imam Aprianto dan ananda Anindya Gau Bestari yang menemani perjalanan penyelesaian tesis yang tidak mudah ini. Terima kasih pula kepada kedua orang tua dan keluarga penulis, Muh. Ali Mantung & Nurlina Nara atas untaian doa dan penerimaan tanpa syarat yang mengantarkan penulis hingga sampai pada tahap ini.

Selanjutnya, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Prof. Sukri Palutturi., SKM., M.Kes., M.Sc. PH., Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M. Kes., M.Med. Ed sebagai ketua Prodi S3 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

5. Bapak Prof. Dr. Atjo Wahyu, SKM., MKM selaku guru besar pada Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, serta Prof. Dr. Hj. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc selaku guru besar pada Departemen Biostatistik dan KKB.
6. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
7. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada Bapak Rahman, Ibu Venni dan Ibu Ati atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.
8. Kepada Pimpinan dan jajaran Staf Pemerintah Kota Makassar, Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Makassar yang telah bekerja sama dan membantu dalam proses pengumpulan data selama proses penelitian.
9. Seluruh informan dalam penelitian ini, semoga Allah SWT membalas kebaikan Ibu semua dengan kebaikan dan kebahagiaan di dunia dan akhirat.
10. Teman-teman seperjuangan Reflection Psikologi Unhas 2012, khusunya kepada St Shaqylla Syahnaz, Khaerunnisa Muhiro Bachtiar, Wirda Khaeriyah, Jauri Rakasiwi dan Erman Shabriyanto.

11. Teman-teman pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya kelas A dan teman-teman Departemen Promosi Kesehatan yang selalu setia menjadi teman untuk berdiskusi dan bertukar pikiran.
12. Semua pihak yang telah membantu penyusunan tesis ini.

Akhir kata semoga hasil penelitian tesis ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua, Aamiin.

Makassar, Januari 2023

Penulis

ABSTRAK

NURUL ILMI. Kajian Kesehatan Mental dan Strategi Koping pada Perempuan yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Kota Makassar. (Dibimbing oleh **Suriah** dan **Sudirman Nasir**).

Kondisi kesehatan mental yang baik memungkinkan setiap orang untuk mengaktualisasikan potensi diri, mengatasi tekanan hidup, hidup produktif sehingga mampu berkontribusi dalam masyarakat. Salah satu isu kesehatan mental dalam masyarakat berkaitan dengan kekerasan, khususnya pada perempuan. Tujuan penelitian ini ialah mengkaji kondisi kesehatan mental pada perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di kota Makassar.

Informan dalam penelitian ini terdiri atas 6 orang penyintas KDRT yang telah melaporkan diri pada UPT P2TP2A kota Makassar. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Peneliti menggunakan metode wawancara mandalam semi-terstruktur dengan tujuan mendapatkan informasi secara mendalam dari informan dengan menggunakan pedoman wawancara. Wawancara dilakukan secara langsung (tatap muka) kepada informan yang memenuhi kriteria.

Hasil penelitian ini adalah gambaran riwayat KDRT yang dialami informan sejak awal pernikahan, berupa kekerasan fisik, verbal dan penelantaran. Dampak dari KDRT pada informan berefek pada aspek biopsikososial seperti lebam, cedera fisik, gangguan makan, gangguan tidur, gangguan emosi, gejala psikosomatis hingga depresi dan keinginan bunuh diri. Selain itu, KDRT yang dialami juga mempengaruhi hubungan sosial informan dengan anak, keluarga hingga lingkungan tempat tinggal.

Strategi koping yang dilakukan oleh informan antara lain bergabung dalam organisasi atau komunitas, meminimalisir interaksi dan konflik dengan pasangan, meminta dukungan keluarga atau sebaliknya menutupi masalah dari keluarga, mencari bantuan hukum, tenaga medis atau lembaga sosial. Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa strategi koping bersifat dinamis, dapat berubah sesuai kebutuhan dan kondisi informan. Jika strategi koping dianggap membantu bagi informan maka akan berpengaruh pada kondisi kesehatan mentalnya. Kepada pihak UPT P2TP2A agar program rumah aman dapat tersedia di semua kelurahan disertai dengan sosialisasi sebagai layanan pengaduan yang mudah dijangkau bagi para korban KDRT.

Kata Kunci: Kekerasan, KDRT, Kesehatan Mental, Strategi Koping, Rumah Aman

ABSTRACT

NURUL ILMI. Study of Mental Health and Coping Strategies in Women Experiencing Domestic Violence (KDRT) in Makassar City. (Advised by **Suriah** and **Sudirman Nasir**).

A good mental health condition allows everyone to actualize their potential, overcome the pressures of life, and live productively so that they can contribute to society. One of the mental health issues in society is related to violence, especially against women. The purpose of this study was to examine the condition of mental health in women who experienced domestic violence (KDRT) in the city of Makassar.

The informants in this study consisted of 6 domestic violence survivors who had reported themselves to the UPT P2TP2A in Makassar city. This research uses qualitative methods with a case study approach. Researchers use a semi-structured interview method to obtain in-depth information from informants using interview guidelines. Interviews are conducted directly (face-to-face) with informants who meet the criteria.

The results of this study are a description of the history of domestic violence experienced by informants since the beginning of marriage, in the form of physical, and verbal violence and neglect. The impact of domestic violence on informants affects biopsychosocial aspects such as bruises, physical injuries, eating disorders, sleep disorders, emotional disorders, psychosomatic symptoms of depression and suicidal ideation. In addition, domestic violence experienced also affects the social relationship of informants with children, families and the living environment.

Coping strategies carried out by informants include joining an organization or community, minimizing interactions and conflicts with a partner, asking for family support or otherwise covering up problems from the family, and seeking legal help, medical personnel or social institutions. The results of this study concluded that coping strategies are dynamic, and can change according to the needs and conditions of informants. If coping strategies are considered helpful for informants, it will affect their mental health condition. To the UPT P2TP2A so that the safe house program can be available in all urban villages accompanied by socialization as a complaint service that is easily accessible for victims of domestic violence.

Keywords: Violence, Domestic Violence, Mental Health, Coping Strategies, Safe House

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
PRAKATA	v
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL & GAMBAR	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Pertanyaan Penelitian	9
D. Tujuan Penelitian	10
E. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Kesehatan Mental.....	12
B. Koping Strategi.....	18
C. Kekerasan Dalam Rumah Tangga	19
D. Sintesa Penelitian	29
E. Landasan Teori Penelitian	35
F. Kerangka Konsep	43
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	45
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	45
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	46
C. Instrumen Penelitian	46
D. Pemilihan Informan	47
E. Teknik Pengumpulan Data	47
F. Teknik Pengolahan & Analisis	49
G. Teknik Keabsahan Data	50

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	51
B. Hasil Penelitian	65
C. Pembahasan	70
D. Keterbatasan Penelitian	88
BAB V PENUTUP.....	89
A. Kesimpulan	89
B. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA	92
LAMPIRAN.....	101

DAFTAR TABEL DAN GAMBAR

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian	29
Tabel 3.1 Teknik Pengumpulan Data	48
Tabel 4.1 Karakteristik Informan Penelitian RL	53
Tabel 4.2 Karakteristik Informan Penelitian AM	56
Tabel 4.3 Karakteristik Informan Penelitian AP	57
Tabel 4.4 Karakteristik Informan Penelitian SIS	60
Tabel 4.5 Karakteristik Informan Penelitian IND	61
Tabel 4.6 Karakteristik Informan Penelitian YN	63
Tabel 4.7 Hasil Observasi	69

DAFTAR ISTILAH

<i>Well Being</i>	: Kondisi sejahtera secara psikologis
<i>Domestic Violence</i>	: Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)
<i>Gender Based Violence</i>	: Kekerasan berbasis gender
KtR	: Kekerasan terhadap Perempuan
<i>Mental Health</i>	: Kesehatan mental
<i>Mental disorder</i>	: Gangguan atau kecacauan fungsi mental dalam sejumlah kriteria tertentu

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Informed Consent</i>	102
Lampiran 2 Data Diri	104
Lampiran 3 Pedoman Wawancara Informan Utama	105
Lampiran 4 Pedoman Wawancara Informan Kunci.....	107
Lampiran 5 Pedoman Wawancara Informan Pendukung	108
Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data Awal.....	109
Lampiran 7 Rekomendasi Etik Penelitian.....	110
Lampiran 8 Dokumentasi	111
Lampiran 9 Biodata Mahasiswa	116

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan mental merupakan salah satu komponen kesehatan. Sebagaimana definisi sehat yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai kondisi sehat secara fisik, mental dan kesejahteraan sosial serta tidak adanya penyakit atau kecacatan. Kondisi kesehatan mental yang baik memungkinkan setiap orang untuk mengaktualisasikan potensi diri, mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja dengan produktif sehingga mampu berkontribusi secara optimal di dalam masyarakat (WHO, 2005). Sayangnya isu kesehatan seringkali mengabaikan aspek kesehatan mental, padahal kesehatan fisik dan kesehatan mental merupakan komponen yang saling melengkapi satu dan lainnya (Santoso, 2019). Kesehatan mental menjadi suatu komponen dalam mewujudkan kondisi sehat secara holistik (Ayuningtyas et al., 2018).

Salah satu isu kesehatan mental dalam kesehatan masyarakat banyak dikaitkan dengan kekerasan, khususnya pada perempuan. Tindakan kekerasan semakin sering terjadi belakangan ini. Kekerasan terhadap perempuan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di dunia (Yussar et al., 2019), hal ini menjadi perhatian serius karena berkaitan dengan aspek kesehatan perempuan serta pelanggaran hak manusia (Liyew et al., 2022). Terdapat dua istilah yang kerap digunakan, kekerasan terhadap perempuan (*gender based violence*) yang berarti kekerasan terhadap perempuan secara umum dan kekerasan dalam rumah

tangga (*domestic violence*) (Aisyah & Parker, 2014). Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dapat dialami oleh laki-laki maupun perempuan baik usia dewasa maupun anak-anak dimana paparan kekerasan tersebut bersumber dari anggota keluarga. Namun pada kenyataannya, KDRT lebih sering dialami oleh perempuan dan anak (Aisyah & Parker, 2014).

Dalam suatu penelitian di India, menunjukkan bahwa 56% wanita yang terlibat dalam penelitian tersebut dan memperoleh paparan kekerasan rumah tangga mengalami kondisi kesehatan mental yang buruk (Inman & Rao, 2018). Hasil temuan dari studi yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa wanita di Asia Tenggara seperti India, Maldives, Sri Lanka, Thailand, Bhongladesh dan Timor Leste mengalami kekerasan dalam rumah tangga dari pasangannya lebih sering dibandingkan dengan perempuan di Eropa, Amerika dan lainnya (WHO, 2013).

Data kekerasan yang dilaporkan mengalami peningkatan signifikan sepanjang lima tahun terakhir. Catatan Tahunan dari Komnas Perempuan menyimpulkan bahwa dalam kurun waktu 12 tahun, kekerasan terhadap perempuan meningkat sebanyak 792%, artinya kekerasan terhadap perempuan di Indonesia selama 12 tahun meningkat hampir 8 kali lipat (Perempuan, 2020). Data Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) menyimpulkan bahwa 2 dari 3 kasus kekerasan yang dilaporkan merupakan kasus KDRT (Susiana, 2020). Bahkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) salah satu tujuan yang hendak dicapai pada tahun 2030 ialah mengakhiri kekerasan terhadap

perempuan yang dapat terjadi kapan dan dimana saja (Mutmainnah et al., 2019).

KDRT dapat dialami oleh berbagai perempuan di penjuru dunia tanpa melihat latar belakang budaya, bahasa, keyakinan dan kelas sosialnya. Di Indonesia sendiri, Provinsi Nusa Tenggara Timur tercatat sebagai provinsi dengan jumlah KtP (Kekerasan terhadap Perempuan) tertinggi (Susanty & Qurniati, 2019). Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) erat kaitannya dengan angka kematian bayi yang menjadi salah satu prioritas dari kesehatan masyarakat. Peningkatan jumlah kematian bayi juga dipengaruhi oleh paparan kekerasan yang diterima oleh ibu dan/atau kondisi mental yang diakibatkan dari kekerasan tersebut selama kehamilan (Ferraro et al., 2017).

Data yang diperoleh dari Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (selanjutnya disebut dengan DPPPA) Provinsi Sulawesi Selatan, kasus kekerasan pada perempuan di kota Makassar tahun 2019 mencapai 523 kasus . Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Kota Makassar mencatat kasus kekerasan pada perempuan pada tahun 2019 sebanyak 622 kasus dan sepanjang tahun 2020 mencapai 31 kasus. Jumlah kasus ini didominasi oleh kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) (D. P. P. & P. A. K. Makassar, 2020).

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) kini menjadi suatu isu yang ramai dibicarakan. Studi yang dilakukan pada tahun 2016 di kota Makassar,

untuk data yang dihimpun terkait kasus kekerasan dalam rumah tangga mencapai 1.443 kasus dengan faktor yang mempengaruhi KDRT ini antara lain faktor ekonomi dan faktor perilaku (Rahmah, 2017). Data nasional pada tahun 2019 tercatat 431.471 kasus kekerasan terhadap perempuan yang 421.752 diantaranya bersumber dari data kasus/perkara yang ditangani oleh pengadilan agama, 14.719 kasus yang ditangani lembaga mitra pelayanan yang tersebar di sepertiga provinsi di Indonesia dan 1419 kasus dari Unit Pelayanan dan Rujukan (UPR) yang dibentuk oleh Komnas Perempuan untuk menerima pengaduan, baik yang datang langsung maupun yang melalui saluran telepon (Perempuan, 2020).

Menurut pasal 1 UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (PKDRT), kekerasan dalam rumah tangga merupakan setiap perbuatan terhadap seseorang, khususnya 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 (Indonesia, 2019). Berdasarkan pasal tersebut, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dapat menimbulkan cedera fisik dan masalah mental. Kekerasan terhadap perempuan, khususnya dalam rumah tangga tak hanya memberi dampak pada kesehatan fisik, namun juga berdampak pada psikisnya (Joseph et al., 2018).

Pada umumnya, jenis kekerasan yang paling sering muncul adalah

kekerasan fisik diikuti kekerasan seksual, kekerasan psikologis dan kekerasan ekonomi atau penelantaran dalam rumah tangga. Masalah mental yang dapat timbul akibat kekerasan dalam rumah tangga antara lain depresi, penyalahgunaan NAPZA dan alkohol, kecemasan, gangguan kepribadian, stres pasca trauma, gangguan makan dan tidur, disfungsi sosial hingga bunuh diri (Joseph et al., 2018). Adapun cedera fisik yang dapat ditimbulkan antara lain luka, memar, bekas gigitan, gegar otak, patah tulang, keguguran, kerusakan sendiri, gangguan pendengaran dan penghilatan, migrain, penyakit jantung dan infeksi menular seksual yang dapat menyebabkan kanker serviks dan kematian (Joseph et al., 2018). Seringkali korban kekerasan dalam rumah tangga memilih untuk diam karena merasa malu. Beberapa faktor lain yang turut mempengaruhi korban untuk tidak menindaklanjuti kekerasan yang dialami antara lain minimnya informasi kepada akses bantuan, pengetahuan dan kesadaran atau ancaman kekerasan kepada anak (Bhandari, 2019).

Dalam suatu studi epidemiologi dan klinik, kekerasan fisik dan seksual dapat menyebabkan gangguan ginekologis, kehamilan yang berisiko, sindrom iritasi usus besar, gangguan gastrointestinal dan berbagai gangguan nyeri kronis lainnya (Nisa, 2018). Kekerasan dalam bentuk fisik, verbal maupun psikis dapat menimbulkan emosi negatif pada seseorang sehingga dapat mengarah pada timbulnya trauma (Uasni, 2019). Kekerasan juga meningkatkan risiko depresi, kecemasan, PTSD dan perilaku bunuh diri (Newnham et al., 2022). KDRT juga mempengaruhi

kehidupan sosial karena korban cenderung menutup diri dari lingkungannya (Yulianti et al., 2019).

Isu KDRT merupakan isu kesehatan yang serius dan perlu mendapatkan perhatian. Pengabaian terhadap isu ini dapat mengakibatkan siklus yang berulang. Dalam studi yang dilakukan di Iran menunjukkan bahwa KDRT khususnya pada kekerasan mental merupakan bentuk kekerasan yang paling sering diterima, adapun faktor yang mempengaruhi hal tersebut antara lain ketidakstabilan ekonomi dan pengalaman traumatis berkaitan dengan kekerasan di masa kecil (Moazen et al., 2019). Penelitian yang dilakukan di Innsbruck, Austria, menemukan korelasi antara kekerasan pada anak secara kumulatif akan menjadi kontribusi dalam KDRT di masa dewasa dan mengakibatkan sejumlah risiko terhadap paparan gangguan fisik maupun mental (Riedl et al., 2019). Kondisi seperti status gizi yang buruk saat lahir ditemukan berkorelasi dengan kekerasan dalam rumah tangga serta kesehatan mental pada ibu hamil (Macedo et al., 2018).

Studi pada suatu distrik di Brazil menunjukkan indikasi bahwa ibu hamil yang menjadi populasi penelitian tersebut mengalami KDRT dan menunjukkan masalah kejiwaan yang mempengaruhi kondisi janinnya (Ferraro et al., 2017). KDRT diyakini memberi dampak signifikan tak hanya bagi kesehatan fisik namun juga kesejahteraan psikologis (*well-being*) wanita. Faktor lain yang turut mempengaruhi KDRT antara lain ketiadaan dukungan sosial, akulturasi yang rendah dan enkulturasi yang tinggi, kontrol

ekonomi oleh suami, pandangan patriarkial pada beberapa budaya tertentu, peran gender dan stigma tentang perceraian (Rai & Choi, 2018). KDRT juga dikaitkan dengan kualitas pernikahan dan dukungan sosial, yang berarti pasangan dengan kepuasan terhadap hubungan pernikahannya berkaitan dengan tingkat kecemasan dan stres didalam pernikahan akan mengakibatkan KDRT. Sehingga, hubungan pernikahan yang baik akan meningkatkan kualitas pernikahan, peningkatan kesehatan mental dan terhindar dari KDRT (Alipour et al., 2019).

Angka kasus KDRT yang dipaparkan diatas merupakan angka yang terlaporkan, dengan artian kasus yang belum terlaporkan kemungkinan sangat banyak karena pada umumnya perempuan tidak berupaya mencari bantuan karena merasa takut, enggan atau tidak mampu (Hayati et al., 2020). Padahal, kekerasan ini dapat bersumber dari pasangan, termasuk mantan pasangan (Perempuan, 2020). Kekerasan dapat terjadi sebagai akibat ketidaksetaraan atau bias gender dalam masyarakat (Aulia & Sidiq, 2018). Dalam satu studi, ditemukan bahwa wanita yang berusia muda memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi untuk mengalami kekerasan dalam rumah tangga (Rahmita & Nisa, 2019). Sejumlah penelitian terkait kekerasan dalam rumah tangga di Indonesia mengindikasikan bahwa masih banyak perempuan yang belum memahami KDRT termasuk upaya untuk memperoleh bantuan serta akses informasi terkait KDRT (Purwanti, 2019).

Berkaitan dengan hal tersebut, Lazarus dan Folkman (Azmy et al.,

2017) menyatakan bahwa koping merupakan sekumpulan upaya untuk mengatasi berbagai tekanan yang dirasakan oleh seseorang, baik internal maupun eksternal . Dalam hal ini, strategi koping setiap orang dapat berbeda (Bintari & Padjadjaran, 2019). Kekerasan fisik banyak terjadi pada wanita dengan tingkat pendidikan dan ekonomi yang rendah, umumnya hal ini terjadi karena perempuan yang berpendidikan lebih tinggi memiliki koping yang lebih efektif (Rahmita & Nisa, 2019). Kurangnya pengetahuan dapat menjadi indikasi kekerasan menjadi sesuatu yang dianggap biasa (Herawati & Aini, 2019). Upaya promotif dan preventif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menjelaskan bentuk-bentuk KDRT yang hanya 24% masih sangat kurang, ditambah lagi penjelasan mengenai upaya pencarian bantuan bila mengalami KDRT yang hanya 10% menunjukkan bahwa hal ini menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius (Ermiati & Widiasih, 2018).

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) erat kaitannya dengan isu kesehatan baik fisik maupun mental. Intensi kekerasan pada fisik dapat diukur melalui pemeriksaan tubuh namun berbeda halnya pada kesehatan mental. Teori kesehatan mental dari Alexander Schneider berisikan prinsip praktis yang bertujuan untuk mencapai kesejahteraan psikologis (*well-being*) dan mencegah gangguan mental serta ketidakmampuan untuk menyesuaikan diri pada individu, khususnya pada perempuan yang mengalami KDRT. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental terkait dengan bagaimana strategi koping individu atau upaya untuk

mengatasi berbagai tekanan yang dirasakan, baik internal maupun eksternal.

1.2. Rumusan Masalah

Hingga saat ini, KDRT masih menjadi masalah internal yang berdampak pada aspek kesehatan mental, fisik dan sosial pada masyarakat. Penelitian mengenai KDRT menunjukkan keterkaitan pada masalah reproduksi wanita, kemungkinan untuk terkena infeksi penyakit, berbagai gangguan kesehatan fisik lainnya hingga gangguan kondisi mental pada wanita. Kesehatan mental sama pentingnya dengan kesehatan fisik, namun seringkali diabaikan karena wujudnya tidak dapat langsung terlihat. Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan diatas, maka peneliti tertarik untuk mengkaji mengenai kondisi kesehatan mental pada perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di Kota Makassar.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Rumusan pertanyaan dalam penelitian ini ialah sebagai berikut;

1. Bagaimana riwayat kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang dialami oleh informan?
2. Bagaimana pengaruh kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang dialami terhadap kondisi kesehatan mental pada perempuan yang mengalami KDRT di Makassar?
3. Bagaimana strategi koping pada perempuan ketika mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di kota Makassar?

4. Bagaimana bentuk perilaku mencari bantuan psikologis yang dilakukan ketika mengalami kekerasan dalam rumah tangga?

1.4. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut;

1.4.1. Tujuan Umum

Mengkaji kondisi kesehatan mental pada perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di kota Makassar.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis riwayat kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang dialami oleh informan.
- b. Memperoleh informasi yang mendalam mengenai pengaruh kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang dialami terhadap kondisi kesehatan mental pada perempuan yang mengalami KDRT di Makassar.
- c. Memperoleh informasi mendalam mengenai strategi koping yang dilakukan perempuan ketika mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).
- d. Memperoleh informasi mendalam mengenai bentuk perilaku mencari bantuan psikologis yang dilakukan ketika mengalami kekerasan dalam rumah tangga

1.5. Manfaat Penelitian

Manfaat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut;

1.5.1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dalam penelitian ini diharapkan mampu menambah informasi dari perspektif promosi kesehatan dan ilmu perilaku, khususnya mengenai psikologi kesehatan.

1.5.2. Manfaat Praktis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi Dinas Pemberdayaan Perlindungan Perempuan dan Anak (DPPPA) Kota Makassar dalam pelaksanaan asesmen atau konseling.
- b. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan atau bahan kajian lebih luas bagi peneliti selanjutnya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kesehatan Mental

1. Sehat

Kesehatan merupakan suatu keadaan sehat baik secara fisik, mental spiritual maupun sosial sehingga memungkinkan seseorang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Kementerian Kesehatan, 2009). Sehat sebagaimana dikemukakan *World Health Organization* (WHO) sebagai kondisi sehat secara fisik, mental dan kesejahteraan sosial serta tidak adanya penyakit atau kecacatan (WHO, 2005). Kesehatan manusia dilihat sebagai suatu kesatuan yang bersifat holistik, dari unsur raga, jiwa, sosial hingga pada kualitas hidup yang terdiri dari kesejahteraan dan produktivitas (Saputra et al., 2018). Sehingga dapat dipahami bahwa konsep sehat merupakan perpaduan dari aspek-aspek kesehatan yang menunjang kesejahteraan dan produktivitas individu.

2. Kesehatan Mental

UU Nomor 18 Tahun 2014 menjelaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut mampu menyadari potensinya, mengatasi tekanan, produktif dan berkontribusi untuk komunitasnya (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Kondisi kesehatan mental yang baik membantu setiap individu untuk mencapai aktualisasi potensi diri, mengatasi tekanan hidup, bekerja dengan produktif dan

berkontribusi pada masyarakat (WHO, 2005). Kesehatan mental merupakan kondisi dimana individu tidak memiliki perasaan bersalah dalam diri, dapat menerima kekurangan serta potensi yang dimiliki, memiliki sikap realistis dalam kehidupan, mampu menghadapi masalah serta memiliki kehidupan sosial yang memuaskan (Habibie, 2017). Kesehatan mental menjadi suatu komponen dalam mewujudkan kondisi sehat secara holistik (Ayuningtyas et al., 2018). Secara global, isu kesehatan mental merupakan isu sentral pembangunan kesehatan mengingat betapa seriusnya dampak yang diakibatkan oleh kondisi mental yang lemah (Saragih, 2017). Dengan demikian, maka dapat dipahami bahwa kesehatan mental merupakan salah satu komponen yang penting dalam kehidupan sehari-hari.

3. Kondisi Kesehatan Mental di Indonesia

Upaya kesehatan mental bertujuan menjamin setiap individu mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari perasaan takut, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Saputra et al., 2018). Kesehatan mental secara adekuat bertujuan agar individu mampu menikmati hidupnya secara seimbang dan menyesuaikan terhadap tantangan hidup dan berkontribusi pada kehidupan sosial, budaya, agama dan memiliki peran sebagai fondasi tercapainya kesejahteraan (*well-being*) individu dan fungsi efektif dalam komunitas (Habibie, 2017).

Saat ini prevalensi gangguan kesehatan mental terus meningkat. Keterkaitan antara kesehatan mental dan fisik sama pentingnya untuk

mencapai kondisi yang sejahtera (*well being*). Namun masih banyak yang belum menyadari keterkaitan keduanya sehingga isu kesehatan mental kerap diabaikan (Ohrnberger et al., 2017). Studi yang dilakukan oleh *The Institute for Health Metrics and Evaluation* pada tahun 2014 menunjukkan bahwa salah satu aspek yang menyebabkan disabilitas adalah gangguan mental (Ridlo & Zein, 2018). Diperkirakan terdapat sekitar 450 juta jiwa yang mengalami gangguan mental dan perilaku di dunia dan diperkirakan satu dari empat orang mengalami gangguan mental selama hidupnya (Ayuningtyas et al., 2018). Studi yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa wanita di Asia Tenggara seperti India, Maldives, Sri Lanka, Thailand, Bangladesh dan Timor Leste lebih sering mengalami kekerasan dalam rumah tangga dari pasangannya dibandingkan dengan perempuan di belahan dunia yang lain (WHO, 2017).

Di Indonesia sendiri, kondisi kesehatan mental masih memprihatinkan dan menjadi topik serius, dimana prevalensi depresi di Indonesia pada tahun 2018 mencapai 6,1 % dan hanya 9 % diantaranya yang menjalani pengobatan (Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan, 2018). Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat meningkat secara signifikan menjadi 7 per mil, yang artinya 7 dari 1000 penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa berat (Radhitya et al., 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi di Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa kota Makassar merupakan kota/kabupaten dengan tingkat prevalensi depresi

kedua terbesar (11,46%) dan lebih sering dialami oleh perempuan dibandingkan oleh laki-laki (9,90% > 5,51%) (Riskesdas, 2018).

4. Teori Kesehatan Mental

Berbicara mengenai kesehatan mental, tak hanya sebatas kasus gangguan jiwa berat. Kesehatan mental memiliki makna yang lebih luas, jika dilihat berdasarkan UU No. 18 tahun 2014, kesehatan mental merupakan kondisi individu mampu berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga mampu menyadari potensinya, mampu mengatasi tekanan, produktif serta mampu memberikan kontribusi yang positif terhadap komunitasnya (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Kesehatan mental sebagai ilmu yang bertujuan untuk mengembangkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal sehingga terwujud keserasian antara dan penyesuaian diri antara individu dengan lingkungannya (Ayuningtyas et al., 2018). Untuk itu, Maslow dan Mittlemenn merumuskan sejumlah indikasi dari manifestasi mental yang sehat sebagai berikut (Zulkarnain & Fatimah, 2019);

1. Perasaan aman yang memadai (*Adequate of security*), dimana individu merasa aman dalam hubungan dengan pekerjaan, sosial dan keluarganya.
2. Kemampuan penilaian diri yang memadai (*Adequate self-evaluation*) merupakan kemampuan individu untuk menilai kapasitas dirinya, meliputi;
 - a. harga diri yang sesuai pada diri dan realitanya, serta

- b. perasaan kebermanfaatan pada diri, termasuk perasaan terhadap moral dan tidak memiliki perasaan bersalah yang berlebihan, secara sosial dan personal
3. Kemampuan untuk mampu bersikap spontan dan perasaan yang memadai dengan orang lain, ditandai dengan kemampuan untuk membangun hubungan, menunjukkan ekspresi yang sesuai dan memahami perasaan orang lain.
 4. Memiliki kontak yang efisien dengan realita (*efficient contact with reality*), setidaknya mencakup tiga aspek yakni aspek fisik, sosial dan internal. Aspek ini ditandai dengan tidak adanya fantasi yang berlebihan, mempunyai pandangan yang realistis dan luas, kemampuan untuk mengatasi masalah hidup sehari-hari dan kemampuan untuk menyesuaikan diri jika tidak mampu mengontrol lingkungan dan dapat bekerjasama tanpa merasa tertekan.
 5. Keinginan jasmani yang memadai dan kemampuan untuk mencapainya, merupakan kemampuan individu untuk memiliki sikap yang sehat terhadap fungsi jasmani, kemampuan untuk pulih dari kelelahan akibat aktivitas sehari-hari, memiliki kebutuhan seksual yang wajar dan sehat, kemampuan untuk bekerja dan produktif serta tidak adanya kebutuhan yang berlebihan dalam mengikuti berbagai aktifitas.
 6. Kemampuan pemahaman diri yang adekuat dan wajar, merupakan kapasitas individu untuk mengidentifikasi motif, keinginan, tujuan,

ambisi, hambatan, kompetensi, pembelaan dan perasaan rendah diri yang dimiliki serta kemampuan untuk memberi penilaian diri terhadap kelebihan dan kekurangan secara realistis.

7. Kepribadian yang utuh dan konsisten, merupakan kapasitas individu dalam memiliki kepribadian yang baik, ketertarikan dan minat, prinsip moral yang dapat diterima sebagian besar orang, mampu untuk berkonsentrasi dan tidak ada konflik kepribadian dan disosiasi terhadap kepribadiannya.
8. Memiliki tujuan hidup yang wajar, bermakna bahwa individu mampu untuk memiliki tujuan hidup yang realistis dan sesuai dengan dirinya, mempunyai usaha yang tekun untuk mencapai tujuan hidup tersebut, tujuan tersebut baik bagi dirinya sendiri dan bagi orang lain.
9. Memiliki kemampuan untuk belajar dari pengalaman, seiring dengan bertambahnya pengalaman, pengetahuan, kemahiran, dan keterampilan mengerjakan sesuatu.
10. Memiliki kemampuan untuk menyesuaikan tuntutan dalam kelompok tanpa kehilangan identitas pribadi, dapat menerima norma-norma yang berlaku dalam kelompoknya, mampu menghambat dorongan dan hasrat yang dilarang oleh kelompok, mampu membangun ambisi, persahabatan serta tanggung jawab dalam kelompok.

B. Koping Strategi

1. Definisi

Suatu perubahan atau peristiwa tertentu yang dihadapi individu seringkali menimbulkan tekanan (Hasanah, 2017). Koping merupakan respon perilaku positif yang dilakukan seseorang untuk mengurangi masalah atau meminimalisir stres yang diakibatkan oleh peristiwa tertentu (Maryam, 2017). Strategi koping mendefinisikan cara pandang serta usaha individu untuk mengatur masalah internal maupun eksternal yang melebihi kapasitas individu (Octaviani et al., 2018). Lebih lanjut, Matheny et al (Zafirah & Indriana, 2016) menjelaskan bahwa strategi koping merupakan serangkaian usaha baik yang adaptif maupun maladaptif yang dilakukan secara sadar maupun tidak sadar untuk mencegah, melemahkan atau menghilangkan stresor (sumber stres) atau untuk memberi ketahanan diri terhadap sumber masalah tersebut.

2. Aspek Strategi Koping

Setiap individu memiliki kemampuan yang berbeda untuk mengatasi masalah yang dialami (Pertwi et al., 2019). Terkait dengan hal tersebut, Ingersoll dan Orr (Hurrelmann, 1990) menjelaskan bahwa tidak ada faktor tunggal yang melatarbelakangi perilaku individu, dengan kata lain hal suatu perilaku dapat didasari atau beberapa faktor tertentu. Adapun faktor-faktor yang melatarbelakangi perbedaan koping strategi ini adalah faktor usia, jenis kelamin, faktor keluarga, dukungan sosial, pengetahuan, ekonomi dan keyakinan/spiritual (Saputra et al., 2018). Lazarus dan Folkman membagi

dua jenis strategi koping menjadi *problem focused coping* yang berarti strategi atau upaya untuk meminimalisir tekanan melalui mengembangkan keterampilan yang dapat meminimalisir masalah serta menyesuaikan diri dan *emotional focused coping* yang berarti strategi untuk meregulasi emosi untuk meminimalisir masalah dan tekanan dan menyesuaikan diri (Lazarus & Susan, 1984).

Dalam suatu penelitian mengenai kekerasan dalam hubungan yang mengaitkan dengan bentuk koping strategi mengidentifikasi bentuk koping strategi yang cenderung digunakan ialah berfokus untuk mengurangi emosi negatif. Subjek dalam penelitian ini cenderung menyalahkan diri sendiri serta memendam perasaan negatifnya (Safitri & Arianti, 2019). Lazarus menjelaskan bahwa kedua koping strategi ini bernilai setara dan dapat digunakan sesuai dengan kondisi yang dialami oleh individu.

C. Kekerasan dalam Rumah Tangga

1. Kekerasan

Dalam perspektif kriminologi, kekerasan yang terjadi merupakan wujud problem sosial dalam masyarakat yang terwujud dalam bentuk kejahatan, baik dalam segi bentuk maupun cara terjadinya (Putriana, 2018). WHO mendefinisikan kekerasan sebagai penggunaan fisik atau kekuasaan secara sengaja melalui ancaman dan tindakan pada seseorang atau sekelompok atau masyarakat yang dapat menyebabkan luka, kematian, kerugian secara psikologis, kelainan perkembangan atau terampasnya hak-hak pribadi. Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah Pengganti UU No.1

Tahun 2002 menyatakan bahwa kekerasan merupakan perbuatan penyalahgunaan kekuatan fisik dengan atau tidak menggunakan sarana, melawan hukum, dan menimbulkan ancaman serta bahaya bagi badan, nyawa, dan kemerdekaan orang lain (Peraturan Pemerintah, 2002). Hingga saat ini, kekerasan masih menjadi isu yang sangat kompleks baik di negara maju ataupun negara berkembang.

2. Teori terkait Kekerasan

Terdapat beberapa teori mengenai kekerasan, antara lain;

a. Teori fisiologis

Meyakini bahwa kekerasan yang dilakukan oleh manusia karena adanya faktor bawaan, seperti kelainan genetik atau fisiologis. Tindak kekerasan yang dapat dilakukan antara lain kekerasan verbal maupun kekerasan fisik.

b. Teori struktural

Teori ini meyakini bahwa kekerasan dapat terjadi karena struktur yang ada di dalam suatu masyarakat yang terbentuk melalui sistem sosial. Kekerasan dapat dilakukan oleh actor (individual) maupun struktural (kelompok).

Kekerasan ditinjau dari perilakunya dibagi menjadi dua, yakni kekerasan yang tampak seperti pemukulan, penganiayaan dsb. Sedangkan kekerasan yang tidak tampak misalnya pada pengancaman (Setiawan et al., 2018).

3. Kekerasan dalam Rumah Tangga

Kekerasan merupakan pelanggaran hak asasi manusia dan kejahatan terhadap martabat kemanusiaan dan merupakan bentuk diskriminasi (Santoso, 2019). KDRT atau kekerasan domestik didefinisikan sebagai kekerasan baik fisik, seksual, verbal, emosional, dan ekonomi dari pasangan atau anggota keluarga (Kalokhe et al., 2016). Kekerasan rumah tangga atau *domestic violence* didefinisikan sebagai pola perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan yang menimbulkan kesengsaraan, penderitaan secara fisik, seksual, psikologis dan rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan dalam lingkup rumah tangga (Puspita Dewi & Hartini, 2017). KDRT juga dapat berupa upaya penyiksaan yang mengarah pada penguasaan dan kontrol yang diterapkan melalui penyiksaan secara fisik, emosi, sosial, seksual dan ekonomi (Saragih, 2017).

Mengacu pada UU No. 23 tahun 2004, rumah tangga memiliki ruang lingkup yang luas, meliputi suami dan istri, anak-anak, orang-orang yang memiliki hubungan keluarga karena perkawinan, persusuan, pengasuhan dan perwalian, yang menetap dalam rumah tangga dan atau orang yang bekerja membantu rumah tangga dan menetap di dalam rumah tangga tersebut dan dipandang sebagai anggota keluarga dalam jangka waktu selama berada dalam rumah tangga yang bersangkutan (*Undang Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga, 2004*).

4. Bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga

Isu kekerasan perempuan dalam rumah tangga di Indonesia masih dipandang biasa sehingga banyak perempuan rumah tangga yang tidak berani untuk melaporkan kekerasan yang dialami karena beranggapan bahwa hal tersebut merupakan sebuah aib dalam keluarga dan tidak seharusnya diketahui orang lain (Raharjo et al., 2019). Selain itu, juga terdapat pandangan bahwa KDRT merupakan masalah pribadi yang tidak memerlukan intervensi dari pihak lain (Aisyah & Parker, 2014). Hal ini mengakibatkan KDRT serupa dengan mata rantai yang terjadi terus menerus dan mengancam keselamatan anak dan perempuan (Setyaningrum & Arifin, 2019). Fenomena kekerasan dalam rumah tangga seolah seperti gunung es, yang berarti kasus yang terungkap pada ranah publik hanyalah sebagian kecil dari bentuk kekerasan pada perempuan dalam rumah tangga yang belum dilaporkan (Farmawati, 2018). Adapun bentuk-bentuk kekerasan dalam rumah tangga berdasarkan UU RI No. 23 Tahun 2004 Pasal 5 (*Undang Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga, 2004*), yakni:

1. Kekerasan fisik, kekerasan yang menyebabkan rasa sakit, mengakibatkan jatuh sakit atau luka berat hingga kematian. Bentuk kekerasan fisik antara lain menendang, menampar, memukul dan sebagainya sehingga memerlukan penanganan medis sesuai dengan tingkat kebutuhannya.

2. Kekerasan verbal atau psikis, merupakan kekerasan yang menimbulkan ketakutan, kehilangan kepercayaan diri, otoritas diri untuk bertindak, perasaan tidak berdaya hingga penderitaan psikis berat. Bentuk kekerasan psikis antara lain perundungan, pengancaman, intimidasi, penghinaan dsb.
3. Kekerasan seksual, kekerasan yang berupa pemaksaan hubungan seksual dengan atau cara tidak wajar atau disukai, pemaksaan hubungan seksual dengan tujuan komersil atau tujuan lainnya (Santoso, 2019). Kekerasan seksual merupakan tindak kekerasan yang paling sering dialami oleh perempuan dan anak. Bentuk kekerasan seksual antara lain perkosaan, perbudakan seksual, perdagangan, eksploitasi seksual, pelecehan seksual, sterilisasi paksa, pengambilan paksa, prostitusi paksa dan pemaksaan hubungan seksual bahkan kepada istri sekalipun (Raharjo et al., 2019).
4. Penelantaran rumah tangga, bentuk kekerasan dengan perbuatan menelantarkan orang-orang yang ada di dalam lingkup rumah tangga sedangkan menurut hukum yang berlaku bagi yang bersangkutan atau karena persetujuan dan perjanjian, ia wajib memberikan kehidupan, perawatan serta pemeliharaan. Bentuk penelantaran juga berlaku jika membatasi dan atau melarang untuk berinteraksi dan bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada dibawah kendali. Penelantaran rumah

tangga merupakan bentuk kekerasan yang kompleks tidak hanya menyangkut perihal finansial namun juga ranah hidup rumah tangga.

Dalam studi terkait kekerasan pada perempuan dalam rumah tangga di India menunjukkan bahwa 156 dari 586 partisipan merupakan penyintas dengan 26,6% diantaranya menerima kekerasan fisik, 20,1% menerima kekerasan verbal, 16,2% menerima kekerasan emosional dan 6,5% menerima kekerasan ekonomi. 66,7% dari keseluruhan penyintas melaporkan bahwa kekerasan tersebut terjadi karena kemarahan yang relatif singkat dari pasangannya. Terkait dengan respon atau sikap penyintas, 60,3% diantaranya tidak merespon kekerasan yang diterima, 57,1% yang merespon dengan menangis, 55,1% merespon secara verbal dan hanya 5,8% yang melaporkan kepada pihak yang berwajib (Duran & Eraslan, 2019). Dari data tersebut dapat dipahami bahwa ada banyak penyintas yang memilih diam sebagai strategi kopingnya dan hal ini secara tidak langsung akan memberi dampak psikologis, khususnya bagi penyintas dan anaknya. (Duran & Eraslan, 2019).

Komisi Nasional Perempuan tahun 2019 menunjukkan data statistik berdasarkan masing-masing jenis kekerasan yang dialami oleh perempuan sebanyak 3.927 kasus (41%) kekerasan fisik, 2.988 (31%) kekerasan seksual, kekerasan psikis sebanyak 1.658 kasus (17%) dan kekerasan ekonomi sebanyak 1.064 kasus (11%) (Ariyanti & Ardhana, 2020).

5. Faktor Penyebab KDRT

Data yang diperoleh WHO menyatakan bahwa 1 dari tiga perempuan di dunia pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual dari suami atau pihak yang memiliki relasi intim dengannya (Setiawan et al., 2018). Dalam suatu penelitian di Semarang ditemukan beberapa faktor penyebab KDRT antara lain;

1. Faktor Ekonomi

Permasalahan ekonomi merupakan faktor dengan kontribusi terbesar dalam KDRT. Adapun aspek yang berkaitan dengan faktor ekonomi antara lain rendahnya pendapatan, suami tidak bekerja atau tidak dapat bekerja karena disabilitas atau karena terjerat masalah hukum, penelantaran dalam rumah tangga sehingga tidak mampu memenuhi nafkah bagi keluarga, atau terjebak dalam utang.

Di sisi lain, faktor ekonomi juga merupakan faktor yang menghalangi penyintas untuk melaporkan karena masih bergantung secara penuh secara finansial terhadap pelaku KDRT. Terlebih jika penyintas tidak memiliki modal atau keterampilan bekerja jika harus hidup terpisah.

2. Faktor Perselingkuhan

Perselingkuhan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan KDRT terjadi, namun faktor ini tidak

dieskplor lebih jauh karena seringkali ada ancaman untuk melukai anggota keluarga serta ketakutan akan timbulnya perceraian.

3. Faktor Jumlah anak

Jumlah anak yang dimaksud dalam faktor ini adalah infertilitas sehingga menimbulkan depresi, kecemasan, perasaan tidak berdaya, menutup diri dari interaksi sosial sehingga menimbulkan KDRT.

4. Faktor Sosial

Faktor sosial dalam KDRT dalam hal ini berupa stigma atau penolakan terhadap perceraian, sehingga para penyintas merasa kurang percaya diri, takut dan menyalahkan diri sendiri sebagai pihak yang pantas menerima kekerasan.

5. Budaya

Konsep patriarki di sebagian suku budaya membuat perempuan mengalami subordinasi, marginalisasi, pelecehan, diskriminasi, eksploitasi dsb. Kekerasan terwujud dari sikap intimidatif pria, dan di sisi lain membentuk pola pikir pada perempuan untuk bersikap pasrah, mengalah, mendahulukan kepentingan orang lain dan bergantung pada pasangan.

6. Dampak KDRT bagi wanita

Kekerasan terhadap perempuan merupakan wilayah khusus yang

dampaknya hanya dialami oleh perempuan, hal ini dapat terjadi sebagai akibat dari kodrat perempuan yang seringkali tidak dapat tersampaikan dalam hal sosial, budaya, reproduksi biologis hingga seksual (Amiruddin, 2018). Dampak dari kekerasan yang dialami oleh wanita, termanifestasi dalam berbagai aspek sebagai berikut;

1. Dampak pada kesehatan fisik

Kekerasan dalam rumah tangga bagi wanita dapat berdampak pada infeksi HIV/AIDS, kondisi kronis dan gangguan kesehatan reproduksi (Saragih, 2017). Dampak fisik lainnya antara lain gangguan pendengaran dan penglihatan, sakit punggung dan pingsan (Puspita Dewi & Hartini, 2017). Korban KDRT dapat mengalami nyeri, dehidrasi, insomnia, disfungsi seksual dan paling fatal berujung kematian (Arnaldy et al., 2020). Kekerasan dalam rumah tangga yang dialami oleh ibu hamil juga dapat berpotensi menimbulkan memar, pendarahan, ari-ari terlepas dari rahim sebelum persalinan, persalinan prematur, janin cacat dan kematian janin (Saragih, 2017).

2. Dampak pada kesehatan mental

Kekerasan pada ibu hamil tak hanya memberi dampak pada kesehatan fisik, namun juga pada kesehatan mental dan menimbulkan perasaan takut, malu, terhina dan terasingkan (Saragih, 2017). Dampak psikologis lainnya ialah munculnya gangguan kecemasan dan sulit berbaur dengan lingkungan sekitar (Radhitya et al., 2019). Kekerasan dalam rumah tangga juga dapat mengakibatkan syok, trauma, marah, masalah pada

kontrol emosi hingga menimbulkan depresi (Setiawan et al., 2018). Dampak psikologis yang dapat terjadi pada perempuan yang mengalami kekerasan adalah kekaburan identitas, perasaan benci dan takut pada orang lain (Marlina & Ismainar, 2019). Studi yang dilakukan oleh Liu menemukan bahwa dampak KDRT bagi wanita ialah tingginya prevalensi depresi, keinginan untuk bunuh diri, kemarahan, evaluasi diri yang negatif dan rasa putus asa. Dengan seluruh emosi negatif yang dialami oleh wanita, dapat menurunkan angka kepuasan hidup secara keseluruhan (Liu et al., 2018).

D. SINTESA PENELITIAN

Tabel 2.1 Sintesa Penelitian tentang Kajian Kesehatan Mental dan Strategi Koping pada Perempuan yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga

No	Nama/Judul/Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan dengan Rancangan Penelitian
1.	(Safitri & Arianti, 2019). Bentuk Pertahanan Diri dan Strategi Coping Mahasiswa Korban Kekerasan dalam Pacaran (Metode Penelitian : Kualitatif Fenomenologi)	Mengkaji pengalaman mahasiswa korban kekerasan dalam pacaran, khususnya pada pertahanan diri dan strategi koping yang digunakan oleh korban.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa kedua subjek penelitian memiliki teknik koping strategi yang berbeda, yakni teknik problem-focused coping dan emotion-focused coping. Kedua strategi koping efektif dan subjek penelitian dapat terhindar dari dampak negatif kekerasan dalam hubungan yang lebih parah.	Subjek penelitian pada rancangan penelitian ini ialah perempuan yang telah menikah sedangkan pada penelitian Safitri, N & Marsila, A (2019) adalah pasangan yang belum terikat dalam pernikahan. Perbedaan status ini dapat mempengaruhi penghayatan dan koping strategi dari penyintas.
2.	(Bhandari, 2019) South Asia Women's Coping Strategies in The Face of Domestic Violence in the United	Penelitian ini bertujuan untuk menggali teknik koping strategi yang digunakan oleh wanita Asia Selatan yang	Temuan dari penelitian ini ialah partisipan cenderung menggunakan koping yang berfokus pada	Lokasi penelitian, latar belakang subjek dan penelitian ini hanya berfokus pada strategi koping pada penyintas.

	States (Metode Penelitian:Kualitatif)	berdomisili di Amerika Serikat dan mengalami KDRT	emosi, termasuk spiritualitas, peran anak, strategi penanggulangan yang berfokus pada masalah, dukungan informal dan formal, strategi untuk menolak, menenangkan dan keselamatan diri.	Perbedaan lokasi penelitian dan latar belakang etnis atau ras pada subjek penelitian akan memberi corak yang berbeda pada setiap penelitian.
3.	(Ariyanti & Ardhana, 2020) Dampak Psikologis Kekerasan dalam Rumah Tangga terhadap Perempuan pada Budaya Patriarki di Bali (Metode Penelitian : Kualitatif-Studi Kasus)	Mengkaji dampak psikologis dari kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan pada budaya patriarki	Hasil penelitian menyimpulkan bahwa budaya patriarki menjadi salah satu penyebab terjadinya kekerasan, dampak psikologis yang dihadapi adalah takut, munculnya pikiran negatif tentang diri, perasaan tidak berharga, tertekan dan pelampiasan emosi marah pada anak.	Variabel penelitian yang dikhususkan pada faktor patriarki dalam budaya di Bali, sedangkan persamaan diantara keduanya adalah berfokus pada kondisi mental penyintas KDRT.
4.	(Putriana, 2018) Kecemasan dan Strategi Koping pada Wanita Korban Kekerasan	Tujuan penelitian ini ialah mendeskripsikan kecemasan dan bentuk strategi koping pada	Hasil penelitian bahwa subjek dalam penelitian ini menggunakan jenis koping strategi yang	Subjek penelitian dan variabel yang diteliti pada penelitian ini (Putriana, 2018)

	dalam Pacaran (Metode Penelitian : Kualitatif-Studi Kasus)	penyintas KDRT di Samarinda.	berbeda dan memiliki tingkat kecemasan yang berbeda pula. Namun secara umum, coping strategi yang dilakukan bertujuan untuk mengurangi tekanan stres dan membantu subjek untuk berinteraksi.	berfokus pada perempuan yang mengalami KDRT dalam hubungan pernikahan dan variabel yang diteliti adalah kecemasan, sedangkan penelitian ini mengkaji kesehatan mental secara umum.
5.	(Uasni, 2019) Posttraumatic Growth pada Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga Metode Penelitian : Kualitatif	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat bagaimana gambaran pertumbuhan trauma pasca KDRT pada korban dan faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan trauma pasca KDRT.	Hasil yang diperoleh menunjukkan pertumbuhan pasca trauma pada korban menunjukkan perubahan positif dalam kehidupan dan mampu mengembangkan diri dibandingkan dengan sebelumnya. Perubahan yang dilakukan antara lain perubahan spiritual, apresiasi diri, membangun kekuatan pribadi dan membangun hubungan dengan	Variabel yang diteliti. Rancangan penelitian ini mengkaji kondisi kesehatan mental secara umum sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Uasni (2019) secara spesifik mengkaji mengenai efek trauma yang dialami oleh penyintas.

			orang lain.	
6.	(Kalokhe et al., 2016) Domestic Violence Against Women in India : A Systematic Review of A Decade of Quantitative Studies Metode Penelitian : Mix method	Melakukan tinjauan sistematis terhadap 137 studi mengenai KDRT pada tahun-tahun sebelumnya serta studi kualitatif longitudinal untuk mengeksplor lebih jauh.	Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat banyak faktor yang berkontribusi terhadap KDRT di India; baik yang berasosiasi dengan penyintas, pasangan penyintas, variabel hubungan, faktor budaya, kesehatan mental, perilaku kesehatan, kesehatan fisik dan faktor anak.	Rancangan penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan bertujuan untuk kondisi kesehatan mental pada perempuan yang mengalami KDRT, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Kalokhe et al (2019) menggunakan pendekatan <i>mix method</i> dengan studi longitudinal.
7.	(Liu et al., 2018) Using Social Media to Explore the Consequences of Domestic Violence on Mental Health Metode Penelitian : Kuantitatif	Mengeksplor dampak jangka pendek pada kesehatan mental dari KDRT pada penyintas dari 232 sampel penyintas (77% diantaranya perempuan) di Cina.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa KDRT berdampak terhadap kesehatan mental penyintas, ditunjukkan dengan munculnya simptom depresi, keinginan untuk bunuh diri, berkurangnya kepuasan hidup. Dampak ini dapat muncul dan	Penelitian yang dilakukan oleh Liu menggunakan pendekatan kuantitatif dan pengambilan data dilakukan melalui sosial media, sedangkan rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan peneliti

			mempengaruhi dalam 4 minggu setelah paparan KDRT diterima.	sebagai instrument utamanya. Tujuan penelitian ini ialah untuk melihat dampak jangka pendek pada kesehatan mental, sedangkan rancangan penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kondisi kesehatan mental secara mendalam.
8.	(Macedo et al., 2018) Coping Strategies for Domestic Violence Against Pregnant Female Adolescents: Integrative Review Metode Penelitian : Kualitatif Literature Review	Menginvestigasi dan menganalisis literatur saintifik mengenai strategi koping pada penyintas KDRT yang mengandung dan berusia remaja.	Dari 9 artikel yang telah direview dari rentang tahun dan dari sejumlah negara dengan fokus untuk melihat upaya pencarian bantuan dan perawatan bagi keluarga.	Subjek pada penelitian ini berada pada usia remaja dan sedang mengalami kehamilan. Sedangkan rancangan penelitian ini tidak dikhususkan pada usia tertentu.
10.	(Molyneaux et al., 2020) Interpersonal Violence and Mental Health Outcomes Following Disaster Metode Penelitian : Kuantitatif	Tujuan dari penelitian ini ialah untuk meneliti hubungan antara kekerasan, kesehatan mental dan penyalahgunaan alkohol yang dilaporkan secara pribadi atau komunitas yang terkena dampak	Temuan dari penelitian ini ialah perempuan yang mengalami dampak bencana memiliki tingkat KDRT yang tinggi. Hal ini dikaitkan dengan trauma pasca bencana dan perubahan	Perbedaan antara rancangan penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Molyneaux ialah pada subjek dan metode penelitian yang dilakukan. Penelitian ini dikhususkan pada

		bencana kebakaran tahun 2009 di Victoria Australia	finansial. Temuan ini sangat penting sebagai landasan penilaian dan intervensi program pasca bencana.	wanita dari kelompok PTSD sedangkan subjek dalam rancangan penelitian ini bersifat umum.
--	--	--	---	--

Penelitian terkait KDRT dan kesehatan mental merupakan topik penelitian yang luas, ada banyak aspek atau variabel yang dapat dikaji sehingga menjadikan setiap riset terkait memiliki keunikan masing-masing. Dari tabel diatas, dapat dilihat bahwa variasi penelitian terkait KDRT dapat dilihat dari subjek penelitian (suku, etnis, status pernikahan dan usia), aspek psikologis (kecemasan, PTSD dan efek trauma) dan metode penelitian. Adapun penelitian ini mengkhususkan pada informan yang telah menjalani pernikahan dan mengalami kekerasan dalam pernikahannya, dengan batasan minimal usia informan 17 tahun. Dengan mempertimbangkan bahwa manusia merupakan bagian dari sistem keluarga dan masyarakat, penelitian ini juga melibatkan data dari keluarga, tim rumah aman (*shelter*) sebagai bagian dari UPT P2TP2A, RT dan RW sebagai bagian dari organisasi masyarakat. Diharapkan dengan perbedaan penelitian ini dengan penelitian terkait sebelumnya dapat menambah kontribusi dalam penelitian kesehatan masyarakat dan kesehatan mental mengenai KDRT.

E. Landasan Teori Penelitian

Dalam membangun kerangka konsep dalam penelitian ini, peneliti mengacu pada teori-teori perilaku yang dijadikan sebagai landasan teori penelitian. Adapun teori yang digunakan yaitu teori Model Adaptasi Stres oleh Stuart (Stuart, 2012).

1. Asumsi Dasar

Stuart meyakini bahwa setiap individu merupakan integrasi dari aspek biologis, psikologis serta sosial budaya, hukum, etik dan kebijakan. Aspek-aspek tersebut yang akan mempengaruhi perilaku individu, termasuk dalam penyelesaian masalah (Stuart, 2012). Adapun asumsi dasar dari teori ini ialah;

- a. Alam tersusun sebagai suatu hirarki yang dimulai dengan unit yang paling sederhana menuju yang paling kompleks. Setiap tingkat hierarki merupakan suatu keseluruhan yang terorganisir dan merupakan bagian dari tingkatan lainnya. Dalam artian, individu merupakan bagian dari keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat. Dalam kaitannya dengan kesehatan mental, perlu melihat individu secara keseluruhan.
- b. Dalam melihat individu perlu melihat dari aspek biologis, psikologis, sosiokultural, konteks hukum dan etika, kebijakan serta advokasi. Sehingga memahami kesehatan mental perlu melihat secara holistik; aspek psikologis, neurobiologi, farmakologi, psikopatologi, pembelajaran, sosiokultural, proses belajar, kognitif, perilaku,

ekonomi, ekonomi, organisasi, politik, legal, etik, interpersonal, kelompok, keluarga, dan lingkungan.

- c. Kondisi sehat atau sakit serta adaptasi atau maladaptasi merupakan dua kontinum yang berbeda. Seseorang yang sakit dapat memiliki coping yang adaptif, di sisi lain seseorang yang dalam kondisi sehat dapat memiliki coping yang maladaptif.
- d. Model adaptasi stres mencakup pencegahan, pengobatan dan pemulihan. Adapun empat tahap perawatan masalah mental mulai dari krisis, akut, perawatan dan promosi kesehatan. Setiap tahapan perawatan memiliki tujuan, fokus, intervensi dan hasil yang berbeda.
- e. Perawatan permasalahan mental berlandaskan standar perawatan dan profesional melalui asesmen, diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setiap langkah merupakan proses yang sama pentingnya.

Berkaitan dengan kesehatan mental, Stuart (Stuart, 2012) meyakini bahwa setiap individu perlu dilihat dari perilaku dan konteksnya, karena mencerminkan adaptasi seseorang terhadap aspek kehidupannya, baik dalam aspek individual maupun dalam kelompok masyarakat.

2. Kesehatan Mental dalam Model Adaptasi Stres

Kesehatan mental didefinisikan sebagai keadaan sejahtera yang berkaitan dengan kebahagiaan, kepuasan, pencapaian, prestasi, optimism dan harapan. Kesehatan mental bukan konsep yang sederhana dan melibatkan semua kriteria yang ada meski dalam taraf indikator yang

berbeda-beda (Stuart, 2012). Adapun kriteria kesehatan mental sebagai berikut;

1. Sikap positif terhadap diri

Kriteria ini dijelaskan sebagai aspirasi diri yang objektif dan realistis seiring bertambahnya usia, kriteria ini juga mencakup identitas diri, keutuhan, keamanan rasa kebermaknaan diri.

2. Perkembangan diri (*growth*), aktualisasi diri dan daya resiliensi.

Kriteria ini berkaitan dengan bagaimana individu mengoptimalkan keberfungsian diri dalam hidupnya, termasuk mengoptimalkan potensi yang dimiliki, terus berupaya bertumbuh dan mengembangkan diri melalui tantangan baru. Resiliensi berkaitan dengan kemampuan untuk mempertahankan atau kembali pada kondisi fisik dan emosional yang stabil setelah mengalami stres, trauma, kesulitan atau masalah signifikan lainnya.

3. Integrasi

Integrasi merupakan kemampuan individu untuk menyeimbangkan konflik internal dan eksternal. Kriteria ini dapat diukur dengan kemampuan untuk mengelola stres dan mengatasi kecemasan yang dialami.

4. Otonomi

Kriteria ini merupakan kemampuan individu untuk mengambil keputusan sendiri dan mampu menyeimbangkan antara dependensi dengan orang lain dan sikap yang independen. Individu dengan kriteria otonomi yang stabil digambarkan mampu menerima konsekuensi dan risiko dari keputusan yang diambil, mampu bertanggung jawab atas keputusan,

tindakan, pemikiran dan perasaan serta mampu menghormati otonomi dan kebebasan orang lain.

5. Persepsi realita

Persepsi realita adalah kemampuan individu untuk berpikir kritis melalui uji asumsi terhadap gagasan dan mampu melakukan modifikasi persepsi. Kriteria ini juga mencakup empati, sensitivitas sosial, rasa hormat terhadap perasaan dan sikap orang lain.

6. Penguasaan lingkungan

Penguasaan lingkungan memungkinkan individu yang sehat secara mental untuk merasakan kesuksesan dalam peran yang disetujui di masyarakat. Orang tersebut mampu menangani masalah secara efektif, menyelesaikan masalah pribadi, dan mendapatkan kepuasan dari kehidupan, mampu mengatasi perasaan kesepian, agresi dan frustasi. Serta mampu menanggapi orang lain, mencintai dan dicintai, membangun persahabatan dan memiliki keterlibatan kelompok sosial yang memuaskan.

3. Komponen Biopsikososial

Sebagaimana yang telah dijelaskan pada asumsi dasar sebelumnya, bahwa teori Model Adaptasi Stres oleh Stuart (2012) ini memandang perilaku manusia secara holistik dengan mengintegrasikan biologis, psikologis dan sosial budaya dalam perilaku kesehatan. Komponen biopsikososial ini terdiri atas beberapa faktor, sebagai berikut;

- a. Faktor predisposisi, merupakan faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber daya yang dapat dilakukan saat

menghadapi masalah. Adapun aspek-aspek dalam faktor ini antara lain aspek biologis, psikologis dan sosiokultural.

- b. Faktor presipitasi atau faktor pemungkin, merupakan faktor yang menjadi kontributor atau pemungkin dalam menimbulkan permasalahan kesehatan mental pada individu. Berdasarkan aspeknya, faktor ini terbagi lagi menjadi;
 - i. Sifat; biologis, psikologis dan sosiokultural.
 - ii. Sumber; lingkungan internal dan eksternal.
 - iii. Waktu; kapan sumber stres muncul, berapa lama individu telah terpapar sumber stres dan seberapa sering frekuensi tersebut terjadi.
 - iv. Jumlah; semakin banyak jumlah stresor yang dialami oleh individu dalam periode tertentu mungkin akan lebih sulit ditangani dibandingkan ketika stresor yang dihadapi lebih sedikit.
- c. Penilaian stresor, merupakan faktor yang melibatkan penentuan makna dari individu saat berada di situasi yang penuh tekanan, termasuk respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial.
- d. Sumber koping, terdiri atas kondisi ekonomi, kemampuan dan keterampilan, dukungan sosial, sumber daya material dan keyakinan-keyakinan positif.
- e. Mekanisme koping, merupakan serangkaian upaya yang diarahkan untuk menyelesaikan masalah secara langsung maupun melalui

mekanisme pertahanan. Mekanisme koping yang mungkin dilakukan oleh setiap individu dapat berupa perilaku adaptif dan maladaptif. Stuart meyakini bahwa mekanisme koping pada individu bersifat dinamis dan kontinum, berkelanjutan dan dapat berubah dari satu kondisi ke kondisi lainnya bergantung pada faktor yang mempengaruhi.

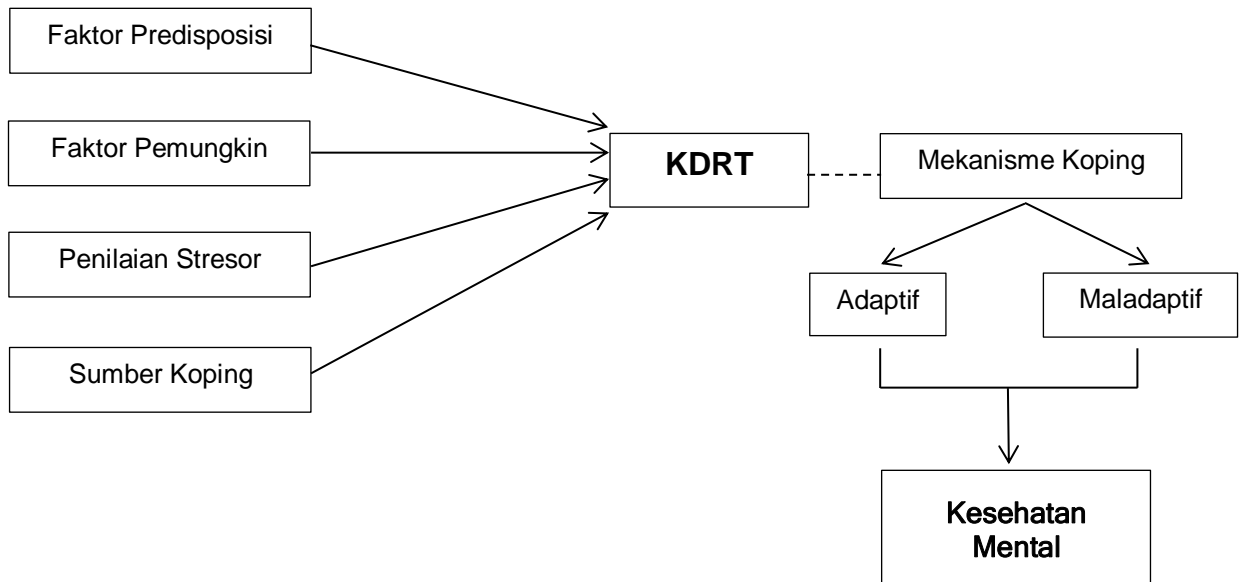
Salah satu aplikasi pandangan holistik dari teori Stuart dalam penelitian yang dilakukan di Gauteng, Afrika Selatan terhadap 511 perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, menunjukkan gejala depresi, gangguan stres pasca trauma (PTSD) dan adiksi alkohol sebagai akibat dari kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Salah satu hasil dari penelitian ini menemukan bahwa 50% wanita pernah mengalami kekerasan dari pasangan, 18% diantaranya mengalami kekerasan dalam 12 bulan terakhir, 23% dari partisipan mengalami depresi dan 11,6% mengalami gejala PTSD (Christofides et al., 2017). Di sisi lain, kejadian traumatis yang dialami oleh keluarga atau komunitas tertentu juga dapat mengakibatkan tingginya risiko KDRT. Studi yang dilakukan di Victoria, Australia menemukan bahwa pasca kejadian kebakaran tahun 2009 wanita disana memiliki tingkat KDRT yang tinggi. Hal ini terjadi karena kejadian kebakaran tersebut menjadi peristiwa yang traumatis dan karena ketidakstabilan ekonomi (Molyneaux et al., 2020).

Dalam mengatasi masalah ini diperlukan pendekatan atau intervensi biomedis disamping intervensi psikologis yang sesuai dengan sosial dan

budayanya. Intervensi yang tepat akan membantu penyintas untuk mengembangkan strategi koping yang sesuai. Dalam penelitian ini juga menunjukkan bahwa dukungan sosial yang memadai, sumber daya dan pengembangan kapasitas dalam layanan psikososial membantu keberhasilan intervensi dan mempertahankan kondisi sehat mental (Christofides et al., 2017).

F. Kerangka Konsep Penelitian

Dengan berdasarkan pada teori model adaptasi Stres (Stuart, 2012), maka kerangka konsep dalam penelitian ini ialah sebagai berikut;



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka teori dalam penelitian ini menggunakan modifikasi antara teori Model Adaptasi Stres dari Stuart dan model *Stress Health Synthesis Model* dari Hurrelman (Hurrelmann, 1990) dimana untuk teori Model Adaptasi Stres ini mengemukakan pandangan yang holistik dalam melihat bagaimana proses koping strategi dan kaitannya terhadap kesehatan mental serta bagaimana faktor-faktor yang ada pada individu mempengaruhi sikapnya. Teori Hurrelmann melihat bahwa setiap aspek memiliki sejumlah faktor yang melatarbelakangi dan individu tidak terlepas dari faktor internal seperti kondisi biologis, kapasitas individu, kondisi psikologis dan eksternal seperti lingkungan, politik, ekonomi dan sebagainya (Hurrelmann, 1990). Manusia merupakan makhluk yang kompleks dengan aspek kognitif, afektif dan konatif. Untuk itu, dalam

melihat suatu isu yang berkaitan dengan manusia maka seyogianya melihat secara keseluruhan pula. Oleh karena itu peneliti menggunakan kerangka konsep dengan modifikasi teori seperti diatas.