

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan salah satu tindakan kriminal yang tiap tahunnya mengalami peningkatan di berbagai negara, khususnya di Indonesia. Hal ini menjadi permasalahan yang cukup serius di banyak negara, termasuk Indonesia dan kerap kali dianggap normal oleh para pelaku yang mayoritas merupakan kepala keluarga. Karena pelaku berargumen bahwa segala sesuatu yang ada pada rumah tangga berdasarkan kekuasaan dari kepala rumah tangga. KDRT dianggap kriminal karena telah menyalahi Hak Asasi Manusia, merusak hubungan sosial, serta mengancam ketentraman umum. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (UU PKDRT) (2004) menjelaskan bahwa secara bentuk kekerasan dalam rumah tangga, berupa kekerasan fisik, kekerasan seksual, penelantaran, bahkan menyerang kondisi psikologis merupakan tindakan pelanggaran hukum dan bisa diberi sanksi pidana. Bahkan di Majelis Umum PBB pada tahun 1948 telah dideklarasikan bahwa setiap manusia memiliki hak untuk hidup, kebebasan, dan keamanan pribadi (Pasal 3). Kekerasan dalam bentuk apa pun dianggap melanggar hak-hak dasar manusia (United Nations, X1948).

Tentunya hal ini disebabkan oleh beberapa faktor sehingga pelaku melakukan tindak kekerasan terhadap keluarganya, mulai dari tingkat individual (teridentifikasi faktor biologis dan riwayat kepribadian), tingkat hubungan (berupa hubungan dengan lingkungan sosial, teman sebaya, pasangan, serta keluarga terdekat), tingkat komunitas (mengeksplorasi lingkungan sekolah, tempat kerja, atau lingkungan sekitarnya), dan di tingkat masyarakat (adanya norma sosial dan budaya yang mendukung tindakan kekerasan sebagai penyelesaian konflik) (Division of Violence Prevention, 2024). Perempuan selalu menjadi korban utama dari KDRT. Walaupun perempuan juga bisa menjadi pelaku kekerasan, namun tidak sebanding dengan Laki-laki yang menjadi pelakunya. Adanya pengaruh ketimpangan gender pada strata sosial berupa diskriminasi terhadap perempuan, seperti ketidaksetaraan di lingkungan sekolah atau tempat kerja, sehingga meningkatkan rasa ketergantungan perempuan pada laki-laki (UN Women, 2015). Selain di atas, faktor terjadinya KDRT juga terbagi atas faktor

internal dan eksternal. Faktor internal terkait kondisi psikis dan kepribadian suami, serta adanya indikasi konflik rumah tangga seperti perselingkuhan yang memicu emosi suami. Faktor eksternal antara lain penerapan norma-norma yang berlaku di masyarakat yang disalahartikan (Djannah, 2003).

Menurut perkiraan WHO, secara global sebesar 30% perempuan di dunia pernah mengalami kekerasan secara fisik maupun seksual oleh pasangannya maupun dengan yang bukan pasangan, dan sekitar 27% dari total kekerasan tersebut dilakukan oleh pasangannya. Prevalensi kekerasan oleh pasangan intim sepanjang waktu berkisar antara 20% di Pasifik Barat, 22% di negara yang berpenghasilan tinggi serta Eropa. Untuk wilayah WHO di Amerika sebesar 25%, wilayah Afrika sebesar 33%, wilayah Mediterania Timur sebesar 31%, dan di Asia Tenggara sebesar 33%, serta sebesar 38% dari keseluruhan kasus kekerasan terhadap perempuan yang dilakukan oleh pasangan intim berujung kematian (WHO, 2024). Di Indonesia, Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) tahun 2021 yang dilakukan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) mengungkapkan bahwa 26,1% perempuan berusia 15-64 tahun mengalami kekerasan dalam rumah tangga, baik dalam bentuk kekerasan fisik, seksual, emosional, maupun ekonomi (KPPPA, 2021). Untuk kasus di Indonesia berdasarkan data Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA) pada tahun 2024 sebanyak 31.947 kasus kekerasan, 27.658 (86,6%) diantaranya perempuan sebagai korban. Sebanyak 19.369 kasus terjadi pada kalangan rumah tangga. Untuk bentuk kekerasan yang dialami korban sebesar 14.459 berupa kekerasan seksual, 11.372 kekerasan fisik, dan 98.000 berupa kekerasan psikis. Klasifikasi korban berdasarkan usia terbesar pada anak usia 13-17 tahun dengan jumlah korban sebesar 12.167 orang dan pada usia 18-44 tahun sebesar 11.290 korban (Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak, 2024). Untuk kasus KDRT di provinsi Sulawesi Selatan sebesar 165 kasus kekerasan dalam rumah tangga, dengan keseluruhan korban berjenis kelamin perempuan (UPT PPA Provinsi Sulawesi Selatan, 2024).

Jumlah kasus KDRT yang ditangani oleh UPTD PPA Kota Makassar mengalami fluktuatif selama 4 tahun terakhir pada tahun 2021 tercatat 42 kasus KDRT dengan seluruh perempuan yang menjadi korban, pada tahun 2022 meningkat drastis tercatat 314 kasus dengan korban perempuan dewasa sebesar 216 kasus. Pada tahun 2023 terjadi lonjakan kasus sebesar 333 kasus

yang tercatat dengan jumlah perempuan dewasa sebanyak 317 orang, sedangkan pada tahun 2024 terjadi penurunan drastis dengan jumlah kasus KDRT tercatat 43 kasus dengan korban perempuan dewasa sebesar 40 orang (UPTD PPA Kota Makassar, 2024).

Akibat dari tindak KDRT yang dilakukan oleh pelaku dapat menimbulkan luka secara fisik dan mental. Adapun bentuk kekerasan fisik antara lain tamparan, pemukulan, penjambakan, menginjak-injak, penendangan, pencekikan, lemparan benda keras, penyiksaan menggunakan benda tajam, seperti pisau, gunting, setrika serta pembakaran (Radhitya et al., 2020). Kekerasan fisik juga biasa disertai dengan tindakan kekerasan lainnya, seperti kekerasan seksual dan psikologis yang akibatnya berdampak pada kesehatan dan mental korban (Dillon et al., 2013). Korban KDRT sering mengalami gangguan kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), hingga kecenderungan untuk melakukan tindakan bunuh diri (Panggabean et al., 2020). Paparan kekerasan yang berulang dalam lingkungan rumah tangga, yang seharusnya menjadi tempat perlindungan, menimbulkan rasa tidak aman, hilangnya kepercayaan diri, serta perasaan tidak berdaya pada korban (Rusman et al., 2022). Bukan hanya korban yang terkena dari dampak KDRT, lingkungan sosial keluarga terdekat juga terancam memburuk akibat isu permasalahan internal keluarga yang memperburuk citra keluarga di masyarakat. Selain itu, trauma yang dialami dapat berdampak jangka panjang terhadap kemampuan korban dalam berfungsi secara sosial dan ekonomi, yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas hidup mereka dan masyarakat secara keseluruhan (Beydoun et al., 2012). Korban dari kekerasan dalam rumah tangga bisa terjadi pada suami/istri, serta anak-anak.

Permasalahan Kesehatan mental ini sudah menjadi permasalahan global. Permasalahan Kesehatan Mental merupakan kondisi kesehatan yang mempengaruhi pikiran, perasaan, perilaku, suasana hati, atau kombinasi diantaranya. Kondisi ini dapat terjadi sesekali atau berlangsung dalam waktu yang lama (kronis). Permasalahan ini dapat dikatakan kategori ringan, yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Ini termasuk melakukan kegiatan sosial, pekerjaan, hingga menjalin hubungan dengan keluarga (Primananda, 2022). Untuk kondisi kesehatan mental para korban KDRT biasanya memasuki pada tingkat gangguan parah, mulai dari stress akibat tekanan atau kekerasan yang mempengaruhi kondisi fisik

dan emosinya hingga depresi karena kelelahan akibat tindakan yang didapatkan terus-menerus menyebabkan korban menjadi kelelahan hingga di tahap ingin bunuh diri (Putri, 2022). Stres berkepanjangan akibat KDRT dapat menyebabkan perubahan pada sistem saraf korban, terutama melalui aktivasi *hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA axis)* yang berperan dalam respons tubuh terhadap stres (Kendall-Tackett, 2007). Aktivasi yang terus-menerus dari sistem ini meningkatkan kadar hormon stres seperti kortisol, yang dapat menyebabkan berbagai gangguan kesehatan, termasuk gangguan tidur (insomnia atau mimpi buruk), gangguan pencernaan (iritasi lambung atau gastritis), melemahkan imunitas tubuh, serta penyakit kardiovaskuler (hipertensi dan serangan jantung mendadak) (Goodman et al., 2003).

Dampak psikologis dari KDRT sering tercermin dalam perilaku korban. Beberapa korban mengadopsi mekanisme koping yang maladaptif, seperti penyalahgunaan alkohol atau narkoba sebagai cara untuk melupakan rasa sakit emosional (Clements et al., 2004). Selain itu, banyak korban mengalami isolasi sosial karena mereka merasa malu, takut dihakimi, atau dikontrol oleh pelaku yang membatasi akses mereka terhadap dukungan sosial (Evans et al., 2010). Beberapa korban memilih untuk menemukan mekanisme koping agar tidak terlarut ke dalam gangguan mental yang mempengaruhi segala aspek kehidupannya, dan mampu melaporkan kasus KDRT nya kepada pihak kepolisian. Ini bukti bahwa mereka korban memiliki mekanisme koping masing-masing sehingga berani bergerak (Folkman, 2020). Korban dihadapkan dengan dua orientasi mekanisme koping, yaitu mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif. Mekanisme koping adaptif dapat menimbulkan respon positif yang membuat individu dapat mencapai keadaan seimbang dan memperkuat kesehatan fisik serta psikologinya, sedangkan mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang dapat menghambat fungsi integrasi dan menimbulkan respon negatif (Bunga & Komara, 2021). Mekanisme koping adaptif terdapat 2 jenis, ada yang berfokus pada permasalahan (*Problem-Focused Coping*) dan berfokus pada emosi (*Emotional-Focused Coping*). Pada koping yang berfokus kepada masalahnya langsung, korban akan berusaha melaporkan kejadian KDRT yang dialaminya kepada pihak yang berwenang, mengambil langkah hukum, mencari dukungan kerabat terdekat atau anggota keluarga lainnya. Sedangkan koping yang berfokus pada emosi, korban akan berusaha mengelola emosi mereka saat menghadapi tindak kekerasan, upaya

yang biasa korban lakukan adalah melakukan pendekatan spiritual, mencari dukungan emosional pada kerabat atau komunitas, dan bersikap rasional atas apa yang menyimpannya. Koping maladaptif berorientasi negatif karena tindakannya yang mengarah ke perihal negatif seperti menyangkal kekerasan dan menganggap perlakuan pelaku sebagai bentuk sayang, menyalahkan diri sendiri, mengisolasi diri dari masyarakat, bahkan menjadikan konsumsi zat adiktif atau alkohol sebagai pelarian dari stres akibat kekerasan yang dialami oleh korban (Campbell et al., 1998).

Dampak dari KDRT terhadap kesehatan mental menjadi salah satu isu penting pada kesehatan masyarakat. Berdasarkan data WHO pada tahun 2018 bahwa sebanyak 280 juta orang lebih terindikasi gangguan mental berupa depresi (World Health Organization, 2021a). Maka dari itu, diperlukan upaya deteksi dini dan pencegahan agar mengurangi prevalensi dari gangguan kesehatan mental, serta upaya promotif agar dapat memahami mengenai urgensi menjaga kesehatan mental. Selain itu, WHO juga mencatatkan angka kekerasan seksual terhadap perempuan usia 15 tahun keatas sebesar 850 juta orang (World Health Organization, 2021a). Selain itu, dampak psikologis ini tidak hanya mempengaruhi korban secara individu, tetapi juga dapat menghambat produktivitas kerja, menyebabkan ketidakstabilan ekonomi, dan memperburuk kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

Pada penelitian ini disusun berdasarkan pada *Theory of Planned Behavior* (TPB) digunakan untuk memahami bagaimana korban KDRT memilih dan menerapkan mekanisme koping dalam menghadapi dampak kesehatan mental akibat kekerasan yang mereka alami. TPB membantu menjelaskan faktor psikologis yang memengaruhi keputusan korban dalam menggunakan mekanisme koping tertentu, baik yang bersifat adaptif (misalnya mencari bantuan profesional) maupun maladaptif (misalnya mengisolasi diri). TPB menyatakan bahwa perilaku pada korban dipengaruhi atau ditentukan oleh niat, yang dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu Sikap, Norma Subjektif, serta kontrol perilaku yang dipersepsikan. Sehingga membentuk niat guna menentukan perilaku korban dalam menemukan mekanisme kopingnya.

Berdasarkan yang telah dijelaskan bahwa penelitian ini menjadi isu penting pada kesehatan masyarakat. Dengan berbagai kecenderungan permasalahan kesehatan mental yang dapat mengakibatkan tingginya angka morbiditas dan mortalitas, dan KDRT dapat berdampak kepada kondisi

psikologis anggota keluarga lainnya, terkhusus kepada anak yang tumbuh di lingkungan KDRT. Peran tenaga kesehatan masyarakat untuk mengambil langkah berupa edukasi mengenai bahaya dari seksualitas yang menyimpang, serta melakukan kolaborasi dengan berbagai sektor dalam mengatasi permasalahan kekerasan seksual dan membantu menyediakan ruang atau layanan kesehatan mental, rehabilitasi, bahkan tindakan medis terhadap korban KDRT. Adanya dukungan sosial dengan mendorong mekanisme koping yang adaptif melalui dukungan komunitas dan jaringan sosial terhadap korban.

Terdapat beberapa penelitian terkait bentuk kekerasan yang dialami oleh korban KDRT. Pada penelitian (Hidayanti et al., 2024) menyebutkan bahwa bentuk kekerasan fisik yang dialami korban berupa dipukul, dijambak, ditendang, dicakar, ditampar, dan berbagai kekerasan fisik lainnya. Sedangkan kekerasan psikis yang dialami korban berupa disumpah serta caci maki dengan kata-kata kasar dan tidak pantas. Pada penelitian (Azizah & Kurnia, 2022) juga memaparkan bentuk kekerasan pada korban KDRT berupa kekerasan fisik (ditampar, dijambak, dll), kekerasan psikis (caci maki, mendapat ancaman), serta kekerasan seksual. Penelitian yang dilakukan (Lestari, 2024) menjelaskan bahwa kondisi korban KDRT di Medan mengalami 3 bentuk kekerasan oleh pasangannya. Pertama kekerasan fisik berupa luka dan lebam di bagian tubuh. Kedua kekerasan psikis berupa rasa malu, menangis, mengurung diri, hingga tidak mau makan sehingga menjadikannya stress hingga depresi. Serta penelantaran dalam rumah tangga.

Pembahasan mengenai kondisi kesehatan mental pada korban KDRT juga didapatkan dari berbagai penelitian. Pada penelitian (Meilinda & Indreswati, 2023) menjelaskan bahwa kondisi sebagian korban KDRT mengalami PTSD akibat kekerasan fisik, depresi akibat kekerasan psikis, dan sebagian kecil korban hampir mengalami gangguan kesehatan mental akibat kekerasan seksual. Pada penelitian yang dilakukan oleh (White et al., 2024) bahwa kondisi korban KDRT pada kesehatan mental berupa depresi, *anxiety*, PTSD, pikiran untuk bunuh diri, serta cenderung konsumsi alkohol dan obat-obatan. KDRT juga menjadi penyebab tingginya angka morbiditas perempuan di dunia.

Dampak dari KDRT terhadap kesehatan mental korban juga telah dijelaskan dalam berbagai penelitian. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Lie et al., 2024) bahwa KDRT berdampak negatif pada kualitas hidup secara keseluruhan, yang mencakup berbagai aspek kehidupan individu berupa

kesehatan fisik, kesehatan psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan ibu rumah tangga. Pada penelitian yang dilakukan (Gunawan, 2022) bahwa informan korban KDRT mengalami gejala gangguan kesehatan mental berupa stres serta mengalami dampak dari gangguan kesehatan mental berupa depresi dan gangguan kecemasan. Permasalahan kesehatan mental korban KDRT pada penelitian (Sharma & Khokhar, 2022) berupa kondisi psikologis yang cenderung labil akibat trauma dan menjadi stabil akibat dukungan dari beberapa pihak.

Mengenai mekanisme koping pada korban KDRT, dijelaskan pada salah satu penelitian. Penelitian yang dilakukan oleh (Kurniawan et al., 2022) dijelaskan bahwa ada 4 mekanisme koping yang dilakukan oleh perempuan yang menjadi korban KDRT yaitu dukungan sosial atau interpersonal (bertemu keluarga, teman, dan sesama korban KDRT), *self-blame* atau menyalahkan diri sendiri, *self-distraction* (mengabaikan masalah dengan melakukan hobi, *healing*), dan melakukan pemecahan masalah.

Berdasarkan data awal yang telah peneliti dapatkan bahwa jumlah kasus di Makassar berdasarkan data laporan pada unit PPA Polrestabes Makassar sebesar sekitar 190 kasus kekerasan dengan jumlah kasus KDRT sebesar 85 kasus (Unit PPA Polrestabes Makassar, 2024). Angka ini cukup besar untuk menjadi perhatian dari tenaga kesehatan. Berdasar pada uraian-uraian yang telah dikemukakan sebelumnya, sehingga peneliti berusaha menggali bagaimana dampak terhadap kesehatan mental pada korban KDRT khususnya pasangan intim berdasarkan pelaporan yang terdapat pada Polrestabes Makassar, serta menggali lebih dalam bagaimana mekanisme mekanisme koping yang digunakan korban KDRT sehingga dapat terlepas dari traumatik dari kekerasan yang dialami.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan bahwa kasus kekerasan terbanyak di dunia khususnya di Makassar adalah KDRT yang menyerang bukan cuman pada fisik, tetapi menyerang mental korban. Dengan demikian dibutuhkan eksplorasi tentang dampak terhadap kesehatan mental pada korban KDRT dan bagaimana mekanisme koping yang dilakukan oleh korban KDRT?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan penelitian ini untuk menggali dampak dari KDRT dan mekanisme koping dari korban KDRT di Kota Makassar.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengkaji lebih mendalam kondisi dan dampak KDRT terhadap kesehatan mental.
- b. Untuk mengkaji lebih mendalam bentuk kekerasan yang dialami oleh korban KDRT.
- c. Untuk mengkaji lebih mendalam sikap yang dilakukan pada korban KDRT
- d. Untuk mengkaji lebih mendalam mengenai norma subjektif yang dilakukan pada korban KDRT
- e. Untuk mengkaji lebih mendalam mekanisme koping yang digunakan korban KDRT.

### 1.4 Manfaat Penelitian

#### 1. Manfaat Teoritis

Diharapkan penelitian ini memberi manfaat dalam menambah wawasan mengenai dampak yang dirasakan korban KDRT pada kesehatan mental dan mekanisme koping yang dilakukan korban KDRT

#### 2. Manfaat Praktis

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi pengalaman dan memperkaya khasanah keilmuan peneliti serta dapat menyampaikan informasi dan menjadi manfaat kepada masyarakat luas mengenai bahaya dari KDRT.

### 1.5 Tinjauan Pustaka

#### 1.5.1 Tinjauan Umum Tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga

##### A. Pengertian Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Tindak kekerasan adalah suatu tindakan yang sengaja dilakukan oleh seseorang atau sejumlah orang yang berposisi kuat terhadap seseorang atau sejumlah orang yang berposisi lemah sehingga menimbulkan penderitaan kepada objek kekerasan. Tindakan tersebut dilakukan dengan menggunakan kekuatan baik fisik maupun nonfisik (Munandar, 2011). Berdasarkan definisi di atas bahwa tindak kekerasan bukan hanya berupa penyerangan dalam bentuk fisik, melainkan dalam bentuk non fisik juga seperti penyerangan psikologis, seksual, maupun digital. Menurut WHO kekerasan dalam rumah tangga atau *Violence Domestic* mengarah kepada kekerasan pasangan intim, yaitu perilaku oleh pasangan intim atau mantan pasangan yang menyebabkan kerugian fisik, seksual, atau psikologis, termasuk agresi fisik, pemaksaan seksual,

pelecehan psikologis, dan perilaku mengontrol (World Health Organization, 2024). Sedangkan ada juga yang mengemukakan bahwa *Domestic Violence* sebagai kekerasan fisik yang dilakukan oleh pria terhadap wanita, tetapi juga mencakup agresi dan kontrol yang bisa dilakukan oleh wanita terhadap pria. Konteks kekerasan domestik dalam artikel ini melibatkan pemahaman yang lebih luas mengenai bentuk-bentuk kekerasan lain, termasuk kekerasan emosional dan psikologis, serta pengalaman pria yang terabaikan dalam diskusi umum mengenai *Domestic Violence Abuse* (Hine et al., 2022)

Definisi KDRT yang lain mengemukakan bahwa kekerasan yang terjadi pada rumah tangga bukan sekadar fisik, tetapi kekerasan dalam bentuk ekonomi, seksual, psikis serta ancaman untuk merenggut kebebasan dari korban dengan menggunakan kekerasan untuk menguasai seluruh anggota keluarga korban (Fibrianti, 2021). Umumnya yang menjadi korban pada kekerasan dalam rumah tangga adalah istri, lalu diikuti oleh anak. Namun, tidak jarang juga laki-laki atau suami yang menjadi korbannya. Kekerasan dalam rumah tangga terjadi karena adanya konflik yang berkepanjangan, kurangnya kedewasaan dalam berpikir dan bersikap. Pemikiran dan sikap yang kurang dewasa membuat pelaku bertindak di atas kewajaran seorang manusia, hal ini tentu merugikan perempuan yang menjadi korban. pengetahuan tentang cara mengatur dan mengelola emosi agar emosi yang keluar tidak berdampak negatif bagi anggota keluarga yang lain (Gunawan, 2022).

## **B. Bentuk-bentuk Kekerasan Dalam Rumah Tangga**

Dari beberapa definisi di atas mengenai kekerasan dalam rumah tangga, dapat disimpulkan bahwa terdapat 3 bentuk kekerasan di dalamnya, yaitu kekerasan dalam bentuk fisik, kekerasan seksual, dan kekerasan psikologis (World Health Organization, 2021).

### **a. Kekerasan Fisik**

Kekerasan fisik merupakan segala bentuk upaya pencederaan terhadap tubuh korban yang dilakukan dengan cara memukul, menendang, dan sebagainya yang menimbulkan luka atau lebam pada daerah tubuh korban yang menjadi sasaran pelaku kekerasan (Hutami et al., 2022). Kekerasan fisik kadang menjadi

kekerasan tingkat pertama yang berkembang menjadi kekerasan seksual hingga mempengaruhi kekerasan psikologis.

Berdasarkan penjelasan di atas, bahwa kekerasan secara fisik yang terjadi dalam rumah tangga disebabkan karena adanya faktor budaya patriarki bahwa kepala keluarga merupakan kedudukan tertinggi sehingga bebas melakukan kekerasan terhadap anggota keluarganya dengan dalih menunjukkan kepemimpinannya dalam keluarga. Ada juga faktor kepribadian yang memiliki riwayat depresi, stres, bahkan ada riwayat konsumsi obat akibat penyakit mentalnya yang menyebabkan ada indikasi pelaku melakukan kekerasan untuk melampiaskan berbagai masalah kepribadiannya. Salah satu penyebab utama tingginya angka kekerasan dalam rumah tangga di Indonesia adalah masyarakat yang patriarkis. Laki-laki sering diposisikan sebagai pemimpin dan penguasa di bawah sistem patriarki, sedangkan perempuan dipandang sebagai pihak yang lebih rendah dengan hak dan otoritas yang lebih sedikit. Ketidaksetaraan gender yang mendalam merupakan hasil dari hal ini, karena kekerasan terhadap perempuan sering kali diterima sebagai hal yang biasa (Rossevelt et al., 2023).

b. Kekerasan Seksual

Menurut *World Health Organization* Kekerasan Seksual atau *Sexual Violence* merupakan setiap tindakan seksual, percobaan untuk mendapatkan tindakan seksual, atau tindakan lain yang ditujukan terhadap seksualitas seseorang dengan menggunakan paksaan, oleh siapapun tanpa memandang hubungan mereka dengan korban, dalam situasi apapun (World Health Organization, 2017).

Kekerasan seksual yang sering terjadi dalam rumah tangga berupa perlakuan seksual secara paksa yang menyebabkan pasangannya merasa kesakitan atau tersiksa, bahkan dilakukan dalam keadaan yang tidak wajar, hanya menjadikan pasangan sebagai objek pemuas hawa nafsu sesuai dengan fantasinya (Solihah et al., 2022).

c. **Kekerasan Psikologis**

Segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh pelaku kepada korban yang mengakibatkan menurunnya mental serta psikis dari korban, tidak hanya itu kekerasan psikis juga dapat menimbulkan rasa takut, hilangnya rasa percaya diri, dan hilangnya rasa sosial kepada korban sehingga korban biasanya sangat sulit untuk beradaptasi dengan lingkungan yang ada disekitarnya bahkan di dalam keluarganya. Kekerasan psikis berupa ancaman, intimidasi, bullying dan memaki kepada korban, biasanya kekerasan psikis sering menimpa anak sebagai korbannya, dan ketika anak tidak diobati maka akan berdampak pada proses perkembangan anak, akan tetapi perempuan juga terkadang mengalami kekerasan psikis (Sutrisminah, 2022).

Tindakan kekerasan psikologis adalah tindakan yang menyebabkan seseorang mengalami tekanan psikologis yang ekstrem, ketakutan, berkurangnya rasa percaya diri, ketidakberdayaan, dan kehilangan kemampuan untuk bertindak. Untuk memberikan tekanan dan kontrol, perilaku kekerasan ini termasuk pelecehan emosional seperti penghinaan, komentar kasar atau merendahkan, mengucilkan istri dari situasi sosial, ancaman, dan intimidasi (Lestari, 2024).

**C. Penanganan dan Pemulihan Korban KDRT**

Pada hakikatnya secara psikologis dan pedagogis terdapat dua cara atau pendekatan yang dapat menjadi acuan dalam mengurus kasus KDRT, ada pendekatan kuratif dan juga pendekatan preventif.

a. **Pendekatan Kuratif**

1. Memberikan pemahaman kepada anggota keluarga mengenai tindakan cepat seperti melaporkan kejadian ke pihak yang dianggap mampu memberi pertolongan dan menyelesaikan permasalahan jika terjadi tindak KDRT.
2. Membangun kesadaran kepada semua anggota keluarga untuk takut akan dampak yang ditimbulkan dari KDRT.
3. Memberi pendidikan kepada anggota keluarga agar mampu menjaga diri dari perilaku yang mengundang terjadinya KDRT.

4. Memberi wejangan atau bekal kepada calon pasangan pengantin maupun calon orang tua baru mengenai kehidupan harmoni, damai, dan saling mengasihi, agar terhindar dari perbuatan KDRT.
  5. Memberi batasan atau *filter* terhadap berbagai informasi dari media massa secara cetak maupun elektronik, agar menghindari informasi mengenai kekerasan.
  6. Berempati serta peduli akan kasus KDRT. Memahami segala kondisi dari korban KDRT.
  7. Mendorong dan memfasilitasi pengembangan masyarakat agar peduli dan mampu bertindak responsif terhadap tindakan-tindakan KDRT yang terjadi di lingkungan sekitar.
- b. Pendekatan Preventif
1. Pemberian sanksi yang mengedukatif pada tersangka pelaku KDRT berdasarkan tingkatan kekerasan yang dilakukan, sehingga dapat memberi efek jera bahkan menjadi gambaran kepada masyarakat umum agar menghindari perilaku yang menyebabkan KDRT.
  2. Pemberian upah pada orang yang mampu menangani segala bentuk KDRT.
  3. Menentukan model penanganan terhadap korban KDRT sesuai dengan kondisinya serta nilai-nilai yang ditetapkan dalam keluarga, sehingga penyelesaiannya menjadi lebih efektif.
  4. Korban KDRT diberi penanganan langsung oleh psikiater, dokter, maupun konselor agar mampu dilakukan deteksi dini, agar luka trauma psikis dapat dikurangi.
  5. Penanganan kasus KDRT yang berlandaskan kasih sayang dan keselamatan korban di masa depan, agar tidak menimbulkan perasaan dendam pada diri pelaku KDRT.
  6. Mengajak para pelaku KDRT untuk bertobat kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mengakui seluruh kesalahan-kesalahannya.

7. Penerapan UU tentang PKDRT lebih dimasifkan lagi oleh pemerintah agar meminimalisir dampak buruk dari KDRT pada kehidupan masyarakat (Amir, 2023).

### **1.5.2 Kesehatan Mental**

#### **A. Definisi Kesehatan Mental**

Kesehatan mental adalah suatu kondisi kesejahteraan mental yang memungkinkan orang untuk mengatasi tekanan hidup, menyadari kemampuan mereka, belajar dengan baik dan bekerja dengan baik, dan berkontribusi pada komunitas mereka. Kesehatan mental memiliki nilai intrinsik dan instrumental dan merupakan bagian integral dari kesejahteraan kita. Pada suatu waktu, beragam faktor individu, keluarga, komunitas, dan struktural dapat bergabung untuk melindungi atau merusak kesehatan mental. Meskipun sebagian besar orang tangguh, orang-orang yang terpapar pada keadaan yang merugikan termasuk kemiskinan, kekerasan, kecacatan, dan ketidaksetaraan memiliki risiko lebih tinggi terkena kondisi kesehatan mental (World Health Organization, 2022).

Kesehatan mental mencakup aspek emosional, psikologis, dan sosial yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasa, dan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari. Para ahli kesehatan menjelaskan ada 3 sifat yang terdapat pada orang dengan mental yang sehat. Pertama, memiliki pandangan yang sehat pada kenyataan. Seseorang yang mampu menerima keadaannya dan menghadapi kenyataan dengan sudut pandang yang benar. Kedua, pandai berkomunikasi dan dapat menyesuaikan diri dan mampu mengatasi masalah hidup. Mempersiapkan segala kemampuannya dan menghadapi segala kemungkinan menjadikannya siap menyelesaikan masalahnya. Ketiga, mampu meraih kepuasan pada dirinya dan menciptakan ketenangan hidup tanpa mengganggu orang lain. Kepuasan pribadi yang dimaksud adalah kepuasan secara jasmani/fisik, kepuasan psikis/rohani, dan kepuasan sosial (Yuliansyah, 2016).

#### **B. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental**

berdasarkan definisi kesehatan mental, terdapat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan mental seseorang.

a. Faktor Biologis

Beberapa aspek yang memengaruhi adalah kesehatan fisik (terdapat penyakit kronis), genetika, penambahan usia, gangguan pola makan, serta gangguan tidur.

b. Faktor Psikologis

Aspek yang termasuk pada faktor ini adalah trauma masa lalu, tingkat stres, pola pikir, kecanduan, dan pengalaman hidup.

c. Faktor Sosial

Adanya dukungan sosial, dukungan keluarga, faktor budaya, serta kondisi ekonomi (Explore Mental Health, 2022).

d. Faktor Lingkungan

Kondisi lingkungan rumah yang menentukan seperti paparan kekerasan, diskriminasi, ataupun peristiwa traumatis yang mempengaruhi kesehatan mental.

**C. Permasalahan Kesehatan Mental**

Korban KDRT kerap kali merasakan dampak dari kekerasan yang dialaminya terhadap kesehatan mentalnya. Terdapat beberapa permasalahan kesehatan mental yang biasanya dialami oleh korban KDRT.

a. Ketakutan dan Kecemasan yang Berlebihan

Korban KDRT sering merasa takut, bahkan saat berada dalam situasi yang sebenarnya aman. Ketakutan ini bisa muncul akibat trauma berulang dan membuat korban terus-menerus berada dalam keadaan waspada (*hypervigilance*) (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2021).

b. Stres Emosional dan Tekanan Batin

Kondisi psikologis yang berlangsung lama akibat paparan kekerasan berulang, menyebabkan korban sulit merasa aman dan tenang (World Health Organization, 2013).

c. Gangguan Tidur

Gangguan tidur adalah salah satu dampak paling sering muncul. Korban sering mengalami insomnia (sulit tidur), mimpi buruk, atau sebaliknya, tidur berlebihan sebagai bentuk pelarian (American Psychiatric Association, 2013).

- d. **Isolasi Sosial**

Korban menarik diri dari lingkungan, baik karena tekanan pelaku maupun rasa malu, takut, atau tidak percaya pada orang lain (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, 2021).
- e. **Hilangnya Minat dan Motivasi**

Korban kehilangan semangat menjalani aktivitas sehari-hari. Hal ini bisa disebabkan oleh kelelahan mental atau perasaan putus asa (World Health Organization, 2012).
- f. **Kesulitan Fokus Fokus**

Pikiran kacau dan sulit fokus disebabkan oleh tekanan emosional dan kecemasan berkepanjangan (National Institute of Mental Health, 2022).
- g. **Gejala Psikosomatis**

Kondisi psikologis korban bisa memengaruhi fisik. Ini disebut psikosomatik, yaitu gangguan fisik yang dipicu oleh stres atau trauma emosional (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

#### **D. Pencegahan dan Penanganan Permasalahan Kesehatan Mental**

Agar dampak terhadap kesehatan mental pada korban KDRT tidak meningkat, maka diperlukan upaya pencegahan serta penanganan permasalahan pada kesehatan mental.

- a. **Pendekatan Psikologis**

Melalui konseling keluarga atau terapi kognitif perilaku dapat mengendalikan kondisi kesehatan mental korban agar tidak mencapai tingkat keparahan (Jatmiko, 2022).
- b. **Pendekatan Medis**

Pendekatan ini lebih mengarah kepada korban dengan kekerasan fisik, membutuhkan penanganan medis akibat luka yang dialami (Elda, 2024). Pada kekerasan psikologis juga bisa melalui pendekatan medis dengan tingkat keparahan yang membutuhkan bantuan obat-obatan melalui psikiater.
- c. **Dukungan Sosial atau *Social Support***

Dukungan sosial atau *social support* yang diterima oleh korban KDRT dapat memberikan dampak yang positif dalam proses

pemulihan kesehatan mental korban dengan membangun hubungan yang sehat dengan keluarga dan teman (Afdal et al., 2022).

d. **Gaya Hidup Sehat**

Gaya hidup sehat yang berupa olahraga teratur, pola makan seimbang, tidur yang cukup, dan menghindari zat adiktif dapat memulihkan kondisi fisik serta kondisi mental akibat kekerasan yang dialami.

### **1.5.3 Mekanisme Koping Pada Korban KDRT**

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan fenomena sosial yang kompleks dan berdampak luas pada korban, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Korban KDRT sering mengalami trauma yang berkepanjangan, dan dalam menghadapi situasi ini, mereka mengembangkan berbagai mekanisme koping untuk bertahan dan mengatasi tekanan yang dialami. Mekanisme koping ini menjadi krusial dalam menentukan kesejahteraan psikologis korban (Lazarus & Folkman, 1984).

#### **A. Definisi Koping**

Koping didefinisikan sebagai upaya kognitif dan perilaku yang dilakukan individu untuk mengatasi tuntutan internal maupun eksternal yang dianggap menekan atau melebihi kapasitasnya (Lazarus & Folkman, 1984). Koping tidak hanya berfungsi untuk mengurangi dampak stres, tetapi juga membantu individu dalam menyesuaikan diri terhadap situasi yang sulit.

Koping juga didefinisikan sebagai perubahan kognitif dan perilaku secara stabil dengan upaya menyelesaikan permasalahan internal maupun eksternal yang menimbulkan efek lelah melebihi batas kemampuan individu. Koping ini dapat diartikan upaya mengatur segala tuntutan dari dalam maupun luar melalui usaha kognitif dan perilaku, berupa pengelolaan stres dengan mengurangi bahkan menghilangkannya (Keliat, 1992).

Berdasarkan definisi tersebut, bahwa koping pada korban KDRT merupakan upaya yang dilakukan dalam menghadapi kekerasan yang telah dialaminya dengan mengontrol tingkat stresnya atau mencari cara agar menghilangkan rasa stres yang menimbulkan efek lelah pada

korban. Mekanisme koping merujuk pada cara individu secara psikologis dan perilaku merespons stres akibat pengalaman traumatis, seperti KDRT.

## **B. Klasifikasi Mekanisme Koping**

Dalam menghadapi situasi yang menekan pada stres korban, terdapat beberapa klasifikasi mekanisme koping yang berdasarkan beberapa orientasi.

### **a. Koping Berorientasi Pemecahan Masalah (*Problem-Focused Coping*)**

Klasifikasi koping ini berupaya mengatasi sumber stres secara langsung (Fausiah & Widury, 2005). Tindakan ini dapat berupa melaporkan kasus ke pihak hukum, pada KDRT melakukan upaya konsultasi kepada konselor, atau memutuskan diri dari hubungan yang abusif.

### **b. Koping Berorientasi Emosi (*Emotion-Focused Coping*)**

Koping yang berpusat pada emosi ini berupa strategi penanganan stres dimana individu memberikan respon terhadap situasi stres dengan cara emosional, terutama dengan menggunakan penilaian defensif. Emotional focused coping merupakan strategi yang bersifat internal (Lazarus & Folkman, 1984). Koping ini bertujuan mengurangi tekanan emosional tanpa mengubah situasi. Mekanisme koping ini dalam bentuk berdoa, meditasi, atau mekanisme pertahanan psikologis.

### **c. Koping Penghindaran (*Avoidant Coping*)**

Koping penghindaran adalah strategi yang digunakan individu untuk menghadapi stres atau masalah dengan cara yang berfokus pada menghindari atau menolak realitas dari situasi yang menekan, alih-alih menghadapinya secara langsung. Koping penghindaran sering kali dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi dan distress psikologis, karena pendekatan ini dapat menyebabkan masalah yang lebih besar atau memperburuk kondisi yang ada (Holahan et al., 2005). Penghindaran yang biasa dilakukan seperti menjerumuskan ke dunia gelap yaitu kecanduan alkohol maupun ke narkoba.

### **C. Faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping Pada Korban KDRT.**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi bagaimana korban KDRT dalam mengadopsi mekanisme koping tertentu.

#### **a. Faktor Individu**

Usia, tingkat pendidikan, kondisi psikologis, dan tingkat ketahanan mental seseorang dapat menentukan jenis mekanisme koping yang digunakan (Folkman & Moskowitz, 2004).

#### **b. Faktor Sosial**

Dukungan dari keluarga, teman, dan komunitas dapat mempengaruhi efektivitas mekanisme koping.

#### **c. Faktor Ekonomi**

Kemandirian finansial memungkinkan korban untuk menggunakan problem-focused coping, seperti meninggalkan pasangan yang melakukan kekerasan (Heise et al., 2019).

#### **d. Faktor Budaya dan Agama**

Norma budaya dan ajaran agama dapat menentukan apakah seseorang memilih untuk bertahan dalam hubungan KDRT atau mengambil langkah untuk keluar dari situasi tersebut (Yount et al., 2014).

Mekanisme koping yang dipilih oleh korban memiliki dampak jangka pendek maupun jangka panjang. Jika korban menggunakan problem-focused coping yang efektif, mereka lebih mungkin untuk keluar dari situasi kekerasan dan membangun kehidupan yang lebih sehat. Sebaliknya, jika mereka terlalu bergantung pada emotion-focused coping yang pasif (misalnya hanya menoleransi kekerasan), hal ini dapat memperburuk kondisi mental dan fisik mereka dalam jangka panjang (World Health Organization, 2013).

## 1.6 Tabel Sintesa Penelitian

Dalam penelitian ini, penulis mengacu pada penelitian terdahulu yang relevan (2020-2024) terkait dampak dari kekerasan dalam rumah tangga terhadap kesehatan mental dan mekanisme coping. Berikut ini beberapa hasil penelitian terkait yang akan dijadikan bahan telaah bagi peneliti, yaitu :

**Tabel 1. 1 Tabel Sintesa Penelitian**

No	Judul Penelitian	Nama Penelitian/ Tahun	Populasi dan Sampel	Desain	Kesimpulan
1.	Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis	(White et al., 2024)	Penelitian ini melibatkan 301,182 peserta secara keseluruhan dengan populasi perempuan 250.599 peserta, dengan kategori sampel klinis sebanyak 134 studi, sampel perinatal sebanyak 68 studi, dan sampel komunitas sebanyak 67 studi.	Terdapat 4 desain studi penelitian: 1. survei : sebanyak 149 studi dengan mengintrogasi responden terkait KDRT dan kesehatan mental mereka. 2. Kohort: 42 studi yang melihat perubahan prevalensi KDRT dan kesehatan mental korban. 3. Randomized Controlled Trials: 7 studi yang menilai intervensi dan dampaknya	Prevalensi KDRT dalam setahun terakhir sebesar 24,2% dengan perempuan di komunitas sebesar 31,6%. Sedangkan dampak KDRT pada kesehatan mental berupa depresi, <i>anxiety</i> , PTSD, pikiran untuk bunuh diri, serta cenderung konsumsi alkohol dan obat-obatan. KDRT juga menjadi penyebab tingginya angka morbiditas perempuan di dunia.

			<p>pada KDRT dan kesehatan mental korban.</p> <p>4. Case control: 3 studi untuk mengidentifikasi faktor dan dampak kesehatan mental antara kelompok korban dengan yang tidak.</p>
2.	<p>Analisis Dampak KDRT Terhadap Kesehatan Mental Perempuan: Studi Kasus Di Kota Medan (Lestari, 2024)</p>	<p>Informan dalam penelitian ini adalah istri yang pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), yaitu dengan kriteria umur 22 tahun sampai dengan 34 tahun di Kecamatan Medan Amplas, bidang pemenuhan hak anak, perlindungan perempuan dan perlindungan khusus anak</p>	<p>Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif, dengan desain studi Kasus.</p> <p>Korban KDRT mengalami kekerasan secara fisik, psikis (sedih dan malu melihat dirinya, mengurung diri, dan tidak mau makan), dan penelantaran rumah tangga. Dalam perkara ini korban menerima luka fisik dan lebam di tubuhnya, mengalami stres, susah tidur, dan depresi, serta mempengaruhi moralnya sehingga korban berbohong atas kekerasan yang terjadi pada dirinya.</p>

			(PHA,PP,PKA), UPT PPA DP3APMP2KB, dan keluarga korban.		
3.	Dampak Kesehatan Korban Domestic Violence	(Meilinda & Indreswati, 2023)	Sebanyak 25 responden yang bersedia untuk menjadi informan	Metode penelitian Mixed Methods dengan memanfaatkan segala fenomena secara akurat menggabungkan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dengan rancangan <i>Strategic Eksplanatoris Sekuensial</i>	Sebagian besar korban mengalami stress pasca trauma akibat perlakuan kekerasan fisik, mengalami depresi akibat dari perlakuan kekerasan psikis dan sebagian kecil hampir mengalami gangguan kesehatan mental akibat sebagian besar dari kekerasan seksual yang sempat ditangani dengan pendampingan medis kesehatan jiwa
4.	Studi Fenomenologi Pengalaman Koping Stres Pada Perempuan Yang Mengalami Kekerasan Dalam Rumah Tangga	(Rizky & Karyani, 2024)	Sebanyak 5 responden mengalami stres tingkat sedang dan tingkat berat yang diukur menggunakan skala DASS (Depression Anxiety Stres Scale).	penelitian ini menggunakan kualitatif fenomenologi. Peneliti menggunakan teknik analisis IPA ( <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> ) untuk mempelajari pengalaman hidup seseorang secara subjektif	Ada beberapa koping yang dilakukan perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga diantaranya : (1) melihat kebahagiaan anak, (2) bekerja dan melakukan berbagai macam aktivitas, dan (3) mengikuti kajian online serta rajin beribadah. Dampak fisik yang dialami korban berupa muka bengkak, berat badan turun, sesak nafas, dll. Dampak

					psikologisnya adalah trauma pada suara, merasa was-was, ingin bunuh diri, emosi tidak stabil, dll. Faktor yang mempengaruhi stres korban adalah bentuk-bentuk kekerasan dan sebab perilaku kekerasan
5.	"It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman": The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence	(Tarzia, 2021)	Informan berjumlah 38 orang perempuan yang mengalami kekerasan seksual pada pasangan intim di Australia	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain penelitian <i>Interpretative Phenomenologica l Analysis (IPA)</i>	Terdapat 4 inti penggambaran kekerasan seksual pada pasangan intim yang dirasakan oleh korban: 1. Pengkhianatan dan hilangnya kepercayaan pada pasangan. 2. Kerusakan yang berbeda antara kekerasan fisik maupun psikologis perempuan. 3. Membunuh sesuatu dalam diri korban, akibat perlakuan yang tidak manusiawi dari tindak KDRT. 4. Luka yang membekas pada korban akibat dampak jangka panjang dari kekerasan seksual pada pasangan intim.
6.	Domestic Violence and Coping Strategies among	(Sharma & Khokhar,	Populasi penelitian ini	Penelitian ini dilakukan dengan	Dengan sekitar 7,4% peserta penelitian

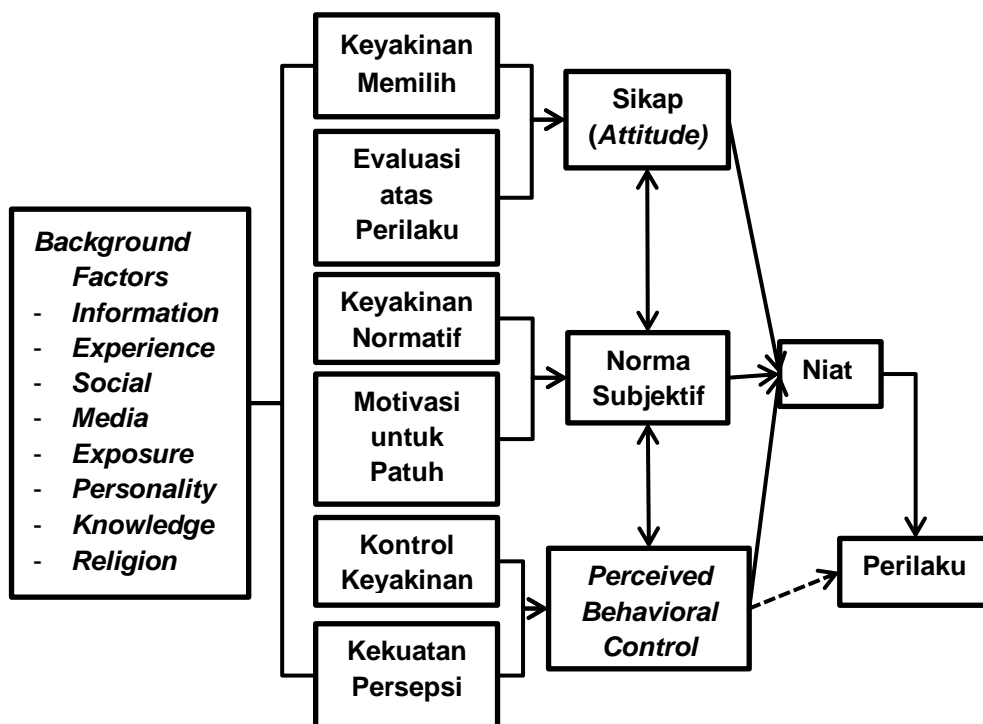
Married Adults during Lockdown Due to Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic in India: A Cross-Sectional Study	2022)	adalah orang dewasa yang menikah yang mengalami kekerasan domestik selama masa lockdown akibat pandemi COVID-19 di India dengan sampel sebanyak 94 pasangan menikah pada bulan april 2020 tepat pada masa Covid-19	analisis deskriptif dengan desain studi <i>cross sectional</i>	menghadapi kekerasan dalam rumah tangga selama karantina/lockdown, perlu untuk mempelajari epidemiologi secara rinci dalam pandemi sehingga intervensi seperti nomor telepon bantuan, skrining pasien selama konsultasi jarak jauh, dll., yang dapat dilakukan bahkan selama karantina/lockdown dengan bantuan layanan kesehatan dan petugas garis depan dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini.
7. Dampak Psikologis Perempuan Single Parent Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga	(Kalingga et al., 2021)	Sampel data diambil melalui metode purposive sampling beberapa desa di Kecamatan Percut Sei Tuan yang melibatkan 30 responden.	Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan menggunakan pendekatan yuridis empiris dan yuridis normatif (pendekatan sosiologis)	Dampak psikologis perempuan single parent korban kekerasan dalam rumah tangga telah dilaksanakan dalam bentuk tindakan preventif dan kuratif sangatlah berat. Terdapat dua tipologi perempuan single parent, yang pertama adalah kondisi psikologis yang cenderung labil akibat trauma yang dirasakan, dan kedua cenderung stabil sebab dukungan dari beberapa pihak
8. Literasi Kesehatan Mental	(Gunawan,	Informan	Penelitian ini	Ketiga informan tersebut

<p>Dalam Pencarian Pertolongan Formal Pada Korban KDRT Penyandang Gangguan Kesehatan Mental (Studi Kasus Pengalaman 3 Informan Korban KDRT)</p>	<p>2022)</p>	<p>sebanyak 3 orang dengan pengalaman menjadi korban KDRT.</p>	<p>menggunakan metode kualitatif dan jenis penelitian studi fenomenologi.</p>	<p>mengalami gejala gangguan kesehatan mental berupa stres serta mengalami dampak dari gangguan kesehatan mental berupa depresi dan gangguan kecemasan. Literasi kesehatan mental korban KDRT yang minim menyebabkan korban KDRT sulit untuk mencari pertolongan formal ketika dirinya mengalami gejala gangguan kesehatan mental.</p>
<p>9. Viktimisasi Kesehatan Perempuan Kekerasan Pacaran</p>	<p>Struktural dan Mental Korban Relasi (Pratama, 2024)</p>	<p>Informan kunci sebanyak 4 orang sebagai korban kekerasan dalam pacaran, dan 2 informan utama yang merupakan psikolog.</p>	<p>Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dan pendekatan deskriptif.</p>	<p>Kekerasan dalam pacaran terus terjadi karena budaya patriarki yang mengakibatkan viktimisasi struktural. Budaya patriarki menempatkan kekuasaan pada laki-laki, memposisikan mereka sebagai pemimpin dan perempuan sebagai pengikut, yang menimbulkan ketidakadilan gender dan kekerasan. Dengan adanya hal ini membuat kekerasan dalam pacaran kerap kali terulang dan menjadi sebuah siklus yang biasa terjadi.</p>

				Kekerasan yang berulang dapat mengakibatkan dampak serius pada kesehatan mental korban, termasuk PTSD, depresi, dan mempengaruhi gambar diri.	
10.	Strategi Coping Istri Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga di Kelurahan Girian Indah Kota Bitung	(Tias et al., 2023)	Subjek dari penelitian ini adalah seorang istri berusia 24 tahun yang telah mengalami kekerasan baik dalam bentuk fisik dan verbal.	Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus	Subjek menggunakan dua bentuk mekanisme coping, dimana bentuk <i>emotional focused coping</i> adalah yang pertama dilakukan dimana subjek memilih untuk tidak melakukan perlawanan dan bertahan dalam kondisi rumah tangganya, seiring berjalannya waktu subjek menggunakan <i>problem focused coping</i> dimana subjek sudah melakukan upaya-upaya untuk menghentikan tindakan suaminya agar memiliki efek jera.

Berdasarkan tabel sintesa hasil penelitian terdahulu yang dijadikan sebagai rujukan dalam penelitian ini memiliki hasil dan jenis penelitian yang berbeda. Beberapa jurnal diatas memberikan penjelasan mengenai dampak dari kekerasan dalam rumah tangga terhadap kesehatan mental korban KDRT serta mekanisme coping yang dilakukan oleh korban KDRT yang dapat dijadikan sebagai referensi dalam penelitian ini. Sehingga pada penelitian ini melihat dampak dari KDRT terhadap kesehatan mental korban sekaligus mencari tahu mekanisme coping yang digunakan oleh masing-masing korban KDRT.

## 1.7 Kerangka Teori



Gambar 1. 1 Kerangka Teori

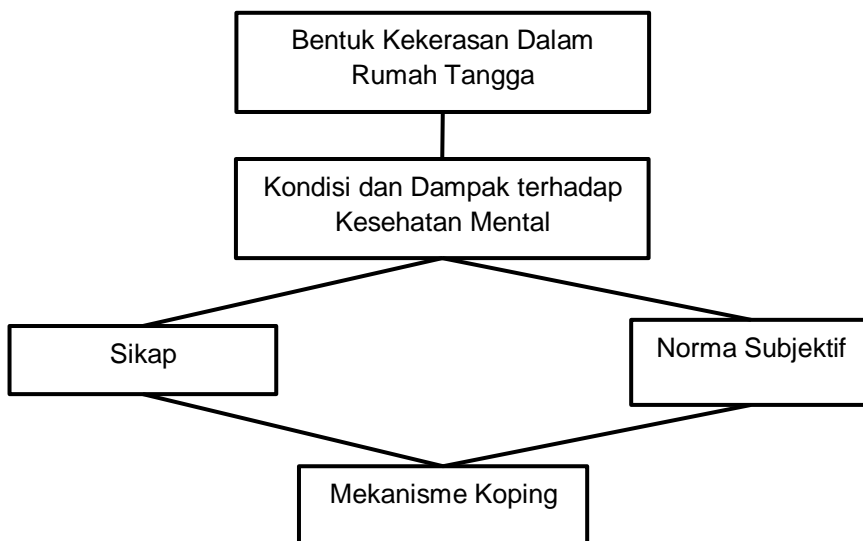
Sumber: (Ajzen, 1985)

Berdasarkan kerangka teori bahwa bentuk-bentuk dari Kekerasan Dalam Rumah Tangga akan menimbulkan permasalahan pada kesehatan mental korban. Melalui *Theory of Planned Behaviour (TPB)* merupakan penyempurnaan dari *Theory of Reasoned Action (TRA)* dan salah satu teori dasar yang menurut peneliti sesuai dengan konsep dari dampak KDRT terhadap kesehatan mental dan mekanisme koping korban KDRT. Pada *Theory of Planned Behaviour* menjelaskan mengenai komponen sikap, norma subjektif, serta Kontrol perilaku yang dipersepsikan akan mempengaruhi pembentukan niat. Setelah niat telah terbentuk, maka akan menghasilkan perilaku sesuai yang diniatkan (Ajzen, 1985). Maka diantara alur pembentukan perilaku ini, tersusun beberapa komponen dalam mempengaruhi dampak dari KDRT terhadap kesehatan mental dan mekanisme koping korban, antara lain:

1. Sikap : keyakinan dari korban KDRT untuk melakukan hal positif (melaporkan KDRT) atau negatif (bertahan karena takut).

2. Norma subjektif : adanya dukungan sosial maupun keluarga untuk meninggalkan hubungannya atau justru memaksa untuk mempertahankannya.
3. Kontrol Perilaku yang dipersepsikan : mengacu pada sejauh mana korban merasa mampu atau memiliki kendali dalam menerapkan mekanisme koping tertentu.
4. Niat : maka korban KDRT dapat menetapkan niat untuk keluar dari KDRT dan melaporkannya atau malah bertahan dan terus merasakan kekerasan.
5. Perilaku/Mekanisme Koping : akan muncul perilaku berupa mekanisme koping yang berorientasi positif atau negatif.

## 1.8 Kerangka Konsep



**Gambar 1. 2 Kerangka Konsep**

Berdasarkan kerangka teori, maka peneliti menyusun kerangka konsep sebagaimana *Theory of Planned Behaviour* sebagai teori dasar. Maka konsep penelitian ini menganalisis bentuk kekerasan yang dialami oleh korban KDRT yang mengakibatkan munculnya permasalahan pada kesehatan mental dan menentukan mekanisme koping yang menurut korban dapat menyelesaikan permasalahannya.

## 1.9 Definisi Konsep

**Tabel 1. 2 Definisi Konsep**

No	Variabel	Definisi konsep	Metode	Informan
1	Jenis Kekerasan Dalam Rumah Tangga	Segala bentuk tindak kekerasan yang dilakukan oleh pelaku sebagai anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, spesifik yang dilakukan pasangan yang sudah menikah dalam bentuk kekerasan fisik, seksual, maupun psikologis.	wawancara mendalam	- Korban KDRT - Unit PPA Kota Makassar - Unit PPA Polrestabes - Shelter Warga
2	Dampak Kesehatan Mental	Merujuk pada gangguan psikologis dan emosional yang dialami oleh korban kekerasan dalam lingkungan rumah tangga. Dampak ini dapat berupa gangguan kognitif, emosional, serta perubahan perilaku yang berpengaruh terhadap kesejahteraan mental dan sosial korban.	1. Pengisian Kuesioner (Penilaian: - Normal : 0-24,9% - Distress Ringan : 25-46,9 % - Distres Sedang : 47-68,9 % - Distress Berat : 69-100%) 2. wawancara mendalam	- Korban KDRT - Unit PPA Kota Makassar
3	Sikap	Cara korban menilai dan menentukan apa yang akan dilakukan terhadap masalah yang dihadapi.	Wawancara mendalam	- Korban KDRT
4	Norma Subjektif	Persepsi korban terhadap tekanan sosial dan dukungan yang mereka terima dari orang-orang terdekatnya dalam menangani dampak KDRT terhadap kesehatan mental korban.	Wawancara mendalam	- Korban KDRT - Shelter Warga
5	Mekanisme Koping	Strategi yang digunakan korban KDRT untuk mengelola tekanan emosional, fisik, maupun psikologis yang muncul akibat situasi sulit atau traumatis, seperti pengalaman Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)..	Wawancara mendalam	- Korban KDRT - Unit PPA Kota Makassar

## BAB II METODE PENELITIAN

### 2.1 Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, yang secara khusus bertujuan memahami bagaimana individu mengalami, merasakan, dan memberi makna terhadap suatu fenomena. Metode yang digunakan adalah deskriptif kualitatif melalui wawancara mendalam (*indepth interview*), sehingga peneliti dapat menggali informasi yang lebih detail mengenai dampak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) terhadap kesehatan mental serta mekanisme koping yang dilakukan korban.

Moleong menjelaskan bahwa penelitian kualitatif ditujukan untuk menelaah fenomena yang dialami subjek, seperti perilaku, persepsi, motivasi, serta tindakan, dan hasilnya disajikan dalam bentuk uraian kalimat dan bahasa (Moleang, 1989). Dalam pendekatan fenomenologi, pengalaman sadar manusia menjadi fokus utama, karena dari pengalaman tersebut dapat ditemukan makna yang mendalam. Sejalan dengan hal tersebut, Smith menekankan bahwa makna merupakan inti yang muncul dari kesadaran pengalaman manusia (Smith, 2009). Penelitian kualitatif secara mendalam dilakukan agar fokus utama penelitian terletak pada **pemahaman pengalaman subjektif korban KDRT**, khususnya terkait dampaknya terhadap kesehatan mental dan mekanisme koping yang mereka lakukan.

Pendekatan kualitatif memungkinkan peneliti untuk menggali secara mendalam **makna, persepsi, dan emosi yang tidak dapat diukur hanya dengan angka atau kuesioner kuantitatif**. Tujuan dari penelitian kualitatif dengan menggunakan studi fenomenologi ingin mengetahui gambaran secara faktual dan akurat mengenai dampak yang dirasakan korban terhadap kesehatan mentalnya saat mengalami KDRT mengetahui gambaran mekanisme koping yang digunakan korban. Penelitian ini dibantu dengan menggunakan pemberian kuesioner *General Health Questionnaire-12* untuk mengukur/skrining dan sebagai validasi dari *indepth interview* mengenai kondisi kesehatan mental pada korban KDRT.

Melalui wawancara mendalam, peneliti berupaya memahami bagaimana korban memberi makna terhadap pengalaman KDRT serta bagaimana makna tersebut memengaruhi kondisi psikologis dan mekanisme bertahan mereka.

Paradigma interpretif juga menekankan bahwa hubungan antara peneliti dan partisipan bersifat dialogis dan interaktif. Artinya, pengetahuan tidak hanya dihasilkan dari narasi partisipan, tetapi juga dari proses penafsiran peneliti terhadap pengalaman yang diceritakan. Dengan demikian, hasil penelitian ini tidak hanya menggambarkan fakta, tetapi juga memaparkan makna yang lahir dari interaksi antara pengalaman korban dan interpretasi peneliti.

## **2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di kota Makassar dengan pertimbangan data yang mudah diakses dan data yang fluktuatif selama 3 tahun terakhir berdasarkan data UPTD PPA Kota Makassar terjadi peningkatan dari tahun 2022 ke 2023 dari 314 kasus menjadi 333, dan turun pada tahun 2024 menjadi 43 kasus, sedangkan data dari unit PPA Polrestabes Kota Makassar terjadi peningkatan kasus KDRT dari 52 kasus 2023 menjadi 85 kasus pada 2024, serta kasus kekerasan dalam rumah tangga lebih bervariasi dalam mekanisme kopinya dengan beberapa kasus yang dilaporkan ke Kepolisian untuk mengakhiri hubungan pernikahan, ada juga menemui shelter warga untuk memperbaiki kualitas hubungan mereka. Penelitian ini dilaksanakan pada 25 Maret hingga 25 Juli 2025.

## **2.3 Informan**

Informan adalah subyek penelitian yang dapat memberikan informasi mengenai fenomena/permasalahan yang diangkat dalam penelitian. Dalam penelitian kualitatif, informan terbagi menjadi tiga yaitu informan kunci, informan utama, dan informan pendukung. Informan kunci merupakan informan yang memiliki informasi secara menyeluruh tentang permasalahan yang diangkat oleh peneliti. Informan utama merupakan subjek penelitian atau tokoh yang menjadi aktor yang mengalami kejadian atau fenomena pada penelitian ini. Sedangkan informan pendukung yang memberi informasi tambahan atau pelengkap informasi dalam penelitian kualitatif (Heryana, 2020). Informan pada penelitian ini merupakan informan yang berkompeten mewakili dari tujuan penelitian ini.

Peneliti menentukan informan menggunakan teknik purposive sampling, dimana peneliti menentukan sampel sesuai dengan karakteristik dan pertimbangan-pertimbangan tertentu yang dianggap akan mewakili populasi. Pertimbangan tersebut berkaitan representasi informan terhadap maraknya

kasus KDRT di Kota Makassar. Adapun informan pada penelitian ini sebagai berikut:

a. Informan Utama:

Korban KDRT berjumlah 7 orang pada 1 tahun terakhir (berdasarkan data Unit PPA Polrestabes Makassar, UPTD PPA Kota Makassar, dan informasi dari Shelter Warga)

b. Informan Kunci:

1. Kepala Unit PPA Polrestabes Kota Makassar
2. Staf UPTD PPA Kota Makassar
3. Shelter Warga Kelurahan Tamamaung (berdasarkan jumlah kasus dan cara menangani kasus kekerasan dalam rumah tangga dari Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kota Makassar).

## 2.4 Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data kualitatif. Data penelitian kualitatif adalah data yang berbentuk kata-kata, bukan dalam bentuk angka. Data kualitatif diperoleh melalui berbagai macam teknik pengumpulan data misalnya wawancara, analisis dokumen dan observasi (Rosyid, 2015). Sumber data yang digunakan dalam studi ini adalah data primer dan data sekunder.

1. Data primer diperoleh berdasarkan hasil *Indepth Interview* (wawancara mendalam) yaitu keterangan dan informasi yang didapat secara lisan dari informan melalui pertemuan dan percakapan serta pengubaaan Kuesioner *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)* untuk mengukur tingkat/permasalahan kesehatan mental dari korban KDRT. Data tersebut meliputi kondisi kesehatan mental korban KDRT dan mekanisme kopingnya.
2. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari Unit PPA Polrestabes Makassar serta UPTD PPA Kota Makassar berupa data jumlah kasus KDRT di Kota Makassar.

## 2.5 Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara mendalam atau *Indepth Interview*

Wawancara mendalam atau *Indepth Interview* menjadi metode pengumpulan data pada penelitian ini. merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti untuk mendapatkan informasi secara lisan melalui tanya jawab secara berhadapan langsung dengan sejumlah informan yang dapat memberikan keterangan-keterangan yang berkaitan

permasalahan penelitian. Wawancara secara mendalam dilakukan dengan tujuan untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam (sebanyak mungkin) dari informan terkait dengan penelitian.

Pedoman wawancara yang digunakan telah melalui proses verifikasi melalui psikolog dengan memilah pertanyaan yang meminimalisir terjadinya distress serta dilakukan diskusi dengan dosen pembimbing. Pada penelitian ini, wawancara dilakukan kepada seluruh informan dengan menanyakan bagaimana kesehatan mental korban dan mekanisme coping pada korban akibat KDRT. Proses wawancara dibantu dengan menggunakan alat *Recorder* sebagai bentuk *cross check* dari hasil wawancara dengan berbagai informan. Namun, hanya sebagian kecil dari informan korban kekerasan dalam rumah tangga yang dapat kami lakukan proses perekaman suara. Selebihnya penelitian ini dilakukan dengan pencatatan dengan *field notes* dan melakukan memo reflektif sesuai dengan tema-tema wawancara.

Setelah ditranskrip, kami melakukan verifikasi terhadap informan mengenai hasil wawancara yang telah dilakukan. Durasi rata-rata wawancara terhadap keseluruhan informan selama kurang lebih 45 menit, dengan durasi wawancara terlama selama kurang lebih 65 menit.

## 2. Pemberian Kuesioner

Kuesioner yang digunakan adalah *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)* sebagai bentuk validasi terhadap wawancara yang dilakukan kepada korban mengenai kondisi kesehatan mentalnya.

## 3. Penelusuran Dokumen

Dokumen yang didapatkan dari Unit PPA Polrestabes Makassar berupa catatan laporan bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak. Peneliti melakukan penelusuran berupa jumlah kasus kekerasan berupa KDRT selama 3 tahun terakhir.

## 2.6 Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan bentuk dari validitas dan reliabilitas data. Uji keabsahan data pada penelitian kualitatif terdiri dari *Credibility*, *transferability*, *dependability*, dan *confirmability*

1. *Credibility*

Kredibilitas data berdasarkan fakta di lapangan dengan keterlibatan peneliti di lapangan, observasi yang mendalam, sehingga peneliti dapat memahami fenomena yang ada.

2. *Transferability*

Hasil dari penelitian ini dapat dibaca dan dipahami oleh pembaca. Sehingga kemampuan hasil penelitian untuk diterapkan dalam situasi lain.

3. *Dependability*

Dependabilitas adalah suatu kriteria untuk menilai sejauh mana temuan penelitian kualitatif memperlihatkan konsistensi hasil temuan ketika dilakukan oleh peneliti yang berbeda dengan waktu yang berbeda, tetapi dilakukan dengan metodologi dan interview script yang sama.

4. *Confirmability*

Konfirmabilitas standar yang digunakan untuk menguji apakah hasil penelitian kualitatif sesuai dengan proses penelitian yang dilakukan.

## 2.7 Teknik Analisis Data

Data dianalisis menggunakan metode analisis tematik. Informasi yang diperoleh dianalisis untuk mengeksplorasi informasi secara lebih dalam. Hal tersebut diikuti dengan pengkodean dan pembuatan tema berdasarkan pada informasi yang telah terkumpul. Tema-tema utama yang digali pada penelitian ini berupa permasalahan kesehatan mental, sikap, norma subjektif, dan mekanisme koping dari korban KDRT. Metode ini digunakan untuk menetapkan kesimpulan dan untuk mengembangkan interpretasi yang lebih hidup dan sesuai terhadap suatu fenomena. Adapun tahapan analisis datanya sebagai berikut :

1. Mempersiapkan dan Mengolah Data

- a. Membuat Transkrip Rekaman

Memindahkan hasil rekaman yang didapatkan dari hasil wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan informan ke dalam bentuk tertulis tanpa pengubahan makna. Pemindahan tersebut haruslah dengan bahasa yang mudah dimengerti dengan penulisan secara mendetail kata per kata dan juga catatan khusus saat melakukan wawancara terkait suasana saat wawancara, kesan terhadap informan, kondisi sekitar serta ekspresi informan.

- b. Membaca, mempelajari, dan menelaah keseluruhan kata, serta membangun makna secara umum atas informasi yang didapatkan lalu merefleksikan maknanya secara keseluruhan.
- c. Pengkodean awal  
Setelah memahami data secara menyeluruh, langkah berikutnya adalah pengkodean awal. Kode-kode diberikan pada segmen-segmen teks yang memiliki makna atau relevansi penting terhadap rumusan masalah, seperti penjelasan kondisi kesehatan mental, bentuk kekerasan, sikap, norma subjektif, dan mekanisme koping. Kode ini adalah label singkat yang mewakili isi segmen tersebut. Pengkodean/*coding* dilakukan secara manual dengan memberi tanda menggunakan *highlighter* pada kalimat yang mewakili tema-tema.
- d. Pengembangan Tema  
Kode-kode yang telah dibuat disortir, dikelompokkan, dan direduksi menjadi kategori yang memiliki kesamaan makna. Kategori-kategori ini kemudian dikembangkan menjadi tema dan sub-tema utama yang menjadi fokus analisis, sesuai dengan kerangka teori dan konsep penelitian, misalnya tema kesehatan mental, jenis kekerasan, dampak psikologis, sikap korban, norma subjektif, serta jenis mekanisme koping.
- e. Validasi Tema  
Setelah tema dikembangkan, dilakukan proses validasi data dengan metode triangulasi. Triangulasi sebuah konsep metodologis pada penelitian kualitatif perlu diketahui oleh peneliti kualitatif adalah teknik triangulasi. Triangulasi bertujuan untuk meningkatkan kekuatan teoritis, metodologis, maupun interpretatif dari penelitian kualitatif. Triangulasi juga dapat diartikan sebagai pengecekan melalui sumber, teknik, dan waktu yang beragam (Mekarisce, 2020). Teknik triangulasi yang dilakukan berupa triangulasi sumber, yaitu pengecekan data hasil wawancara dengan informasi dari berbagai sumber tambahan seperti petugas Unit PPA Polrestabes Makassar, UPTD PPA Kota Makassar, dan shelter warga. Selain itu, verifikasi juga dilakukan dengan mengkonfirmasi kembali hasil temuan

kepada informan utama untuk memastikan akurasi interpretasi dan kesesuaian pemaknaan data.

## 2. Reduksi Data

Merujuk pada proses pemilihan, penyederhanaan, abstraksi, dan transformasi data mentah yang terjadi selama di lapangan. Ada beberapa langkah dalam reduksi data, yaitu membuat rangkuman, pengkodean, membuat tema, membuat gugus-gugus membuat pemisahan, menulis memo-memo dan kuesioner diuji coba. Pada penelitian ini, dilakukan pengkodean berdasarkan tema-tema yang telah ditentukan, berupa Kondisi kesehatan mental informan korban KDRT, dampak terhadap kesehatan mental, sikap informan, norma subjektif yang dialami oleh Informan, serta mekanisme coping.

## 3. Model Data (*Display Data*)

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif yaitu melakukan model data. Model didefinisikan sebagai suatu kumpulan informasi yang tersusun dan membolehkan pendeskripsian kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dalam penelitian ini model data yang digunakan yaitu teks naratif. Pada penelitian ini, tiap tema yang telah direduksi, maka dipaparkan hasilnya dalam bentuk narasi pada beberapa sub-bab di tiap tema.

## 4. Penarikan dan Verifikasi Kesimpulan

Kesimpulan hasil penelitian yang diambil dari hasil reduksi dan model data merupakan kesimpulan sementara. Kesimpulan ini masih bisa berubah jika ditemukan bukti kuat pada saat proses verifikasi data di lapangan. Proses verifikasi data dilakukan dengan cara peneliti turun kembali di lapangan untuk mengumpulkan data yang dimungkinkan akan memperoleh bukti kuat lain yang dapat mengubah hasil kesimpulan sementara. Apabila diperoleh data yang memiliki kesamaan dengan pengumpulan sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan yang baku dan selanjutnya dimuat dalam hasil penelitian.

### **2.8 Etik Penelitian**

Etik dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian di bidang kesehatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian. Melalui uji etik oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Hasanuddin Makassar, maka didapatkan rekomendasi persetujuan etik dengan nomor: 868/UN4.14.1/TP.01.02/2025 yang secara resmi diterbitkan oleh Komisi Etik Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.