



UNIVERSITAS INDONESIA

**RESPON DAN KOPING IBU HAMIL YANG MENGALAMI
KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT)
DI JABODETABEK
STUDY GROUNDED THEORY**

Tesis

Oleh :

LIA OCTAVIA
NPM 0606027070

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis dengan judul '**Respon dan Koping Ibu Hamil yang mengalami KDRT di Jabodetabek : Studi *Grounded Theory***' ini telah diperiksa, disetujui dan diperkenankan untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I

(Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD)

Pembimbing II

(Yati Afiyati, SKp, MN)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan yang maha kuasa atas rahmat, dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal tesis yang berjudul “ **Respon dan Koping Ibu Hamil yang mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Jabodetabek : Study Grounded Theory**”.

Pada kesempatan ini pula penulis menyampaikan rasa terimakasih yang mendalam atas bimbingan dan dukungannya kepada :

1. Dewi Irawati, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna yetti, SKp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Setyowati, SKp, M.App.Sc, PhD., selaku pembimbing I tesis, yang telah meluangkan waktu, mencurahkan perhatian dan bimbingannya dalam penyusunan tesis ini.
4. Yati Afiyati, SKp, MN., selaku pembimbing II tesis, yang telah meluangkan waktu, meneurahkan perhatian dan bimbingannya dalam penyusunan tesis ini.
5. keluarga besarku tercinta, Mamah Bapa Bandung, Mamah Apa Tasik serta ade dan kakak yang selalu memberikan dukungan, doa dan sayangnya yang tiada putus.

6. Suamiku, Ali. Nurdin, SH., ST., yang selalu siap membantu baik lahir maupun batin serta anakku “Kiki” yang tiada bosan menanti mamahnya cepat selesai sekolah.
7. Ibu H. Umi, SH., yang banyak membantu penelitian ini untuk data dan informasi mengenai KDRT.
8. Kader- kader serta bidan di kec Jatimelati , yang telah ikhlas meluangkan waktunya untuk memberikan data dan informasi warga yang mengalami KDRT.
9. Semua rekan rekan program pasca sarjana FIK-UI khususnya kelas maternitas angkatan 2006, yang tidak bosan mengingatkan dan mendukung penulis untuk segera menyelesaikan penyusunan tesis ini.

semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan atas amal baik mereka dan memberikan limpahan rahmat-Nya. Semoga tesis ini bermanfaat bagi semua pihak.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

**PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008

Lia Octavia

Respon dan Koping Ibu Hamil yang mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga

Xi + 93 hal + 8 skema + 6 lampiran

Abstrak

Wanita hamil sering (25%-45%) menjadi korban Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) yang dilakukan oleh suaminya, perlakuan kekerasan tersebut dapat secara fisik, psikis, sosial, seksual serta kekerasan ekonomi. Beberapa kasus kekerasan tersebut bahkan dilakukan ketika isteri sedang hamil atau baru beberapa saat melahirkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi respon dan koping wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan grounded theory dengan metode pengumpulan data dan wawancara mendalam, semi struktur dan terbuka, observasi, studi dokumen, studi literatur. Populasi penelitian ini adalah ibu-ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di Jabodetabek. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 6 orang ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dengan menggunakan purposif sampling. Data yang dikumpulkan berupa transkrip wawancara dan catatan lapangan, pembuatan konsep dilakukan tiga tahap yaitu membuat kode, kategorisasi dan proses identifikasi/pembentukan tema. Enam tema yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu bentuk-bentuk KDRT yang dialami oleh ibu hamil, respon fisik dan psikologis ibu hamil terhadap KDRT, koping adaptif dan maladaptif ibu hamil menghadapi KDRT serta perlunya support sosial pada ibu hamil yang mengalami KDRT. Tema-tema yang didapatkan disusun menjadi satu konsep Respon dan Koping ibu hamil dengan KDRT.

Kata kunci: KDRT pada ibu hamil, Respon ibu hamil, Koping ibu hamil.
Daftar Pustaka: 40 (1996-2007)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF NURSING
POSTGRADUATE NURSING PROGRAM
MATERNITY NURSING SPECIALIST**

Thesis, July 2008

Lia Octavia

Responses and Coping Mechanism of Pregnant Women Experienced of Domestic Violence

Xi + 93 pages + 8 schemes + 6 appendices

Abstract

There are 45 % pregnant women reported to be as victims of women abused by their husband. The acts of violence included physical, social, sexual as well economics. Some violence cases were executed even soon after mothers had delivered. The purpose of this study was to identify responses and coping mechanisms of pregnant women who experienced domestic violence. This study was a grounded theory study. The data were gathered from an in-depth, open and semi structure interviews, observations, documentation study and literature studies. The population was mothers live in Jabodetabek who experienced of domestic violence. Six pregnant mothers experienced of domestic violence participated in this study. Five themes were disclosed from this study including the types of violence, physical and psychological responds of mothers to violence, adaptive and maladaptive coping to violence. This study suggested that it is essential for nurses to spend sufficient time to do assessment and advocate the pregnant mothers, victims of domestic violence.

Keywords : domestic violence during pregnant mothers' responds, mothers' coping

References : 40 (1996-2007)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR SKEMA	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kekerasan dalam Rumah Tangga	10
1. Pengertian.....	10
2. Penyebab Kekerasan dalam Rumah Tangga	13
3. Karakteristik pelaku Kekerasan dalam Rumah Tangga.....	15
4. Karakteristik Perempuan Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga	15
5. Berbagai Dampak Kekerasan dalam Rumah Tangga	17
6. Fenomena atau Fakta KDRT pada Kehamilan.....	19
8. Konsep dan Respon Koping	20
9. Peran Perawat Maternitas terhadap Perempuan Hamil yang mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga	21

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian	25
B. Partisipan	26
C. Tempat dan Waktu Penelitian	28
D. Etika Penelitian	28
E. Proses Pengumpulan Data	30
F. Keabsahan dan Validitas Data	32
G. Pengolahan dan Analisa	33

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Karakteristik Partisipan	36
B. Gambaran Hasil Penelitian	38
C. Hasil Grounded Theory	64

BAB V PEMBAHASAN

A. Interpretasi Hasil Penelitian	65
B. Keterbatasan Penelitian	70
C. Implikasi Keperawatan	71

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

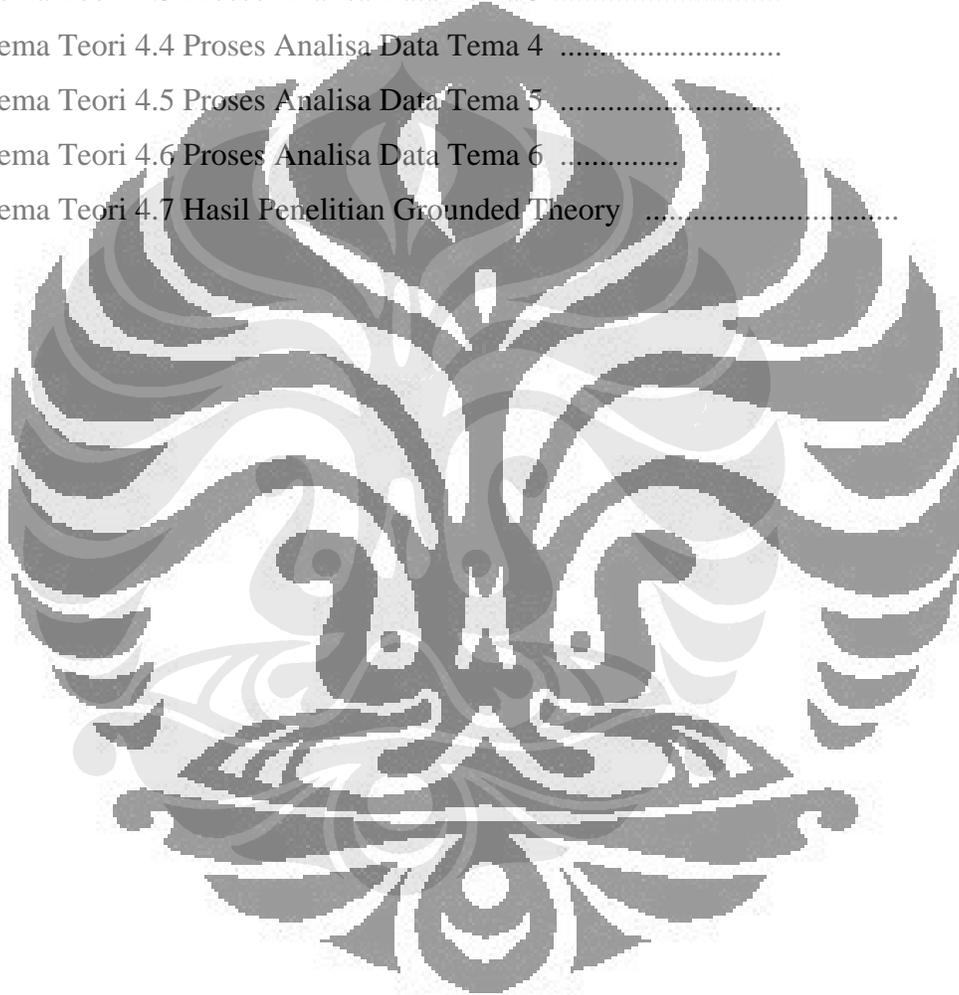
A. Simpulan	73
B. Saran	74

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Skema Teori 2.1 Kerangka Teori	24
Skema Teori 3.1 Teknik Analisa Data	35
Skema Teori 4.1 Proses Analisa Data Tema 1	39
Skema Teori 4.2 Proses Analisa Data Tema 2	43
Skema Teori 4.3 Proses Analisa Data Tema 3	47
Skema Teori 4.4 Proses Analisa Data Tema 4	52
Skema Teori 4.5 Proses Analisa Data Tema 5	58
Skema Teori 4.6 Proses Analisa Data Tema 6	61
Skema Teori 4.7 Hasil Penelitian Grounded Theory	64



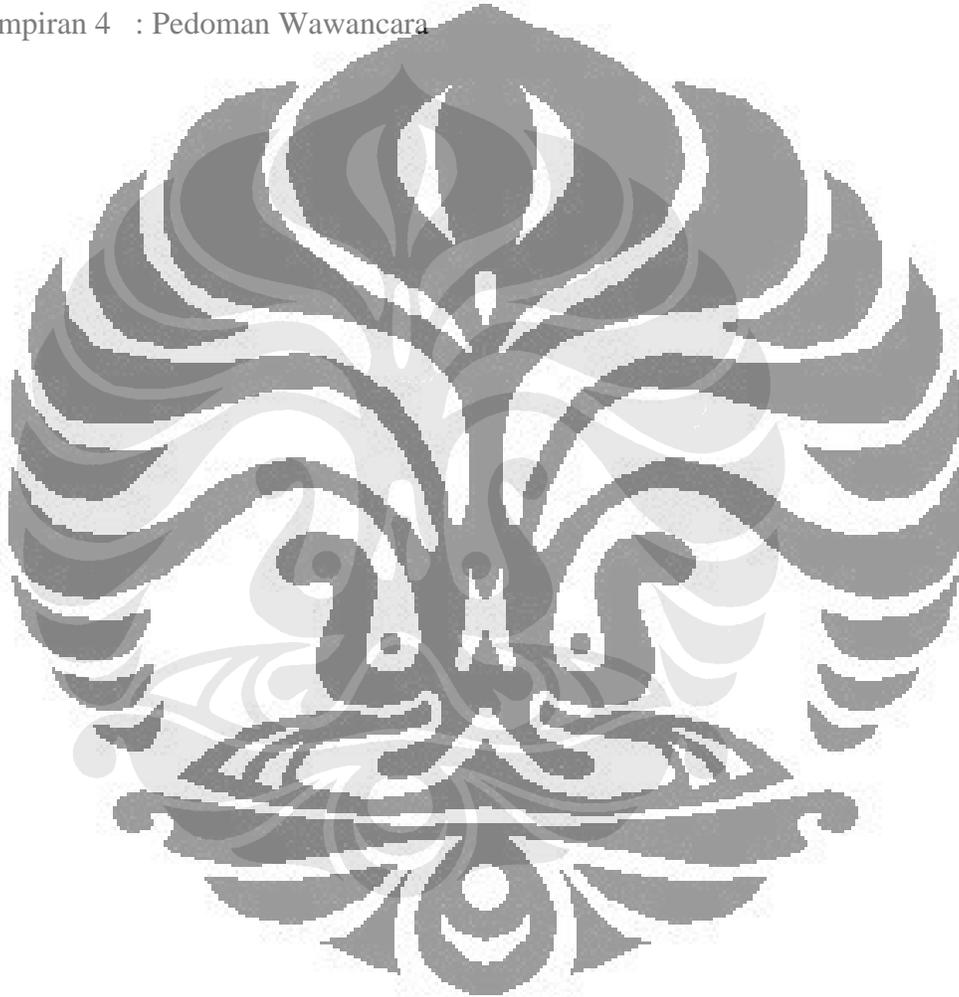
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan

Lampiran 3 : Data Demografi

Lampiran 4 : Pedoman Wawancara



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keutuhan dan kerukunan dalam rumah tangga yang bahagia, aman, tentram dan damai merupakan dambaan setiap orang dalam rumah tangga. Untuk mewujudkan keutuhan dan kerukunan tersebut, sangat tergantung pada setiap orang dalam lingkup rumah tangga, terutama dipengaruhi kadar kualitas perilaku dan pengendalian diri setiap orang dalam lingkup rumah tangga tersebut. Keutuhan dan kerukunan rumah tangga dapat terganggu jika kualitas dan pengendalian diri tidak dapat dikontrol yang pada akhirnya dapat terjadi kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) sehingga timbul ketidakamanan atau ketidakadilan terhadap orang yang berada dalam lingkup rumah tangga tersebut (Anggarawati, 2006).

KDRT hampir selalu terjadi di sekeliling kita. Setiap hari selalu ada pemberitaan mengenai KDRT yang terjadi baik di televisi maupun media masa. Dalam keseharian, banyak suami yang melakukan kekerasan pada istrinya, baik secara fisik, psikis, verbal, seksual maupun ekonomi. Perlakuan kekerasan tersebut sudah tidak lagi memandang waktu, tempat, dan keadaan istri. Beberapa kasus kekerasan bahkan dilakukan ketika istri sedang hamil atau baru beberapa saat melahirkan. Seperti berita yang dimuat di Suara Pembaharuan tanggal 10 Mei 2004, kasus penganiayaan yang dialami seorang wanita di Jakarta Selatan. Ia yang tengah hamil

empat bulan dianiaya oleh suaminya hingga mengalami luka-luka yang sangat parah, terjadi perdarahan dan ditinggalkan begitu saja di rumah kakak iparnya.

Selanjutnya berita di Harian Surya tanggal 2 Juni 2004, di Kediri Jawa Timur seorang suami yang tega membunuh istrinya dengan cara memukul kepalanya, padahal istrinya itu baru 42 hari melahirkan anak pertamanya (Adiningsih, 2004, <http://www.suarapembaruan.com/News/2004/09/20/Editor/edit03.htm>, diambil tanggal 7 Pebruari 2008). Sementara berita yang dimuat di Pos Kota tanggal 21 April 2007, tentang kasus penganiayaan yang dialami oleh seorang wanita di Bandung, perempuan hamil tujuh bulan ini dipukuli lalu rambutnya dicukur hingga botak oleh suaminya. Penyebabnya suami menyangka kalau istrinya berselingkuh (Hacked By Swan, 2007, http://www.poskota.co.id/news_baca.asp?id=31970&ik=2, diambil tanggal 26 Maret 2008).

Menurut data Komnas Perempuan (2005), kasus kekerasan terhadap perempuan meningkat sejak tahun 2001-2005, dengan data sebagai berikut: tahun 2001 sebanyak 3.165 kasus, tahun 2002 sebanyak 5.163 kasus, tahun 2003 sebanyak 7.787 kasus, tahun 2004 sebanyak 13.968 kasus dan tahun 2005 tercatat 20.391 kekerasan terhadap perempuan (Pambudy, & Hartiningsih, 2006). Sedangkan menurut Mitra Perempuan di tahun 2007 tercatat 87,32 % dari 284 kasus yang dilayani merupakan kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang tetap mendominasi kasus kekerasan terhadap perempuan. (Mitra Perempuan, 2007).

Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Hakimi dkk (2001) terdapat gabungan jenis dan jumlah kekerasan yang dialami pada wanita di Jawa Tengah dengan jumlah responden 745 orang wanita, 422 orang (58%) tidak mengalami kekerasan dan 322 orang (42%) mengalami berbagai bentuk kekerasan.

Kasus kekerasan dalam rumah tangga, merupakan bentuk atau jenis kekerasan yang terbesar dialami perempuan, PKT-RSCM yang melayani korban kekerasan di daerah Jakarta dan sekitarnya mencatat bahwa peristiwa kekerasan dalam rumah tangga 31% terjadi di malam hari, 22% di siang hari dan 12% di pagi hari. Hampir 80% peristiwa kekerasan terjadi di rumah sendiri, 53% dari korban kekerasan tersebut terjadi sejak awal perkawinan, dan sebanyak 63% perempuan korban kekerasan mengalami kekerasan setiap kali bertengkar dengan suaminya. Dari kekerasan yang ada hampir 70% tampil dalam bentuk ancaman dan kekerasan fisik tanpa senjata serta lebih dari 30% merupakan ancaman kekerasan senjata (UNFPA dan Yayasan Pulih, 2004).

Menurut Kriminolog Universitas Indonesia (UI) Masdiana (2007) berpendapat, kekerasan itu sangat dipengaruhi ideologi dan pemahaman budaya masyarakat, anggapan yang lazim dipercaya menyatakan, perempuan adalah orang nomor dua dalam rumah tangga sehingga bisa diperlakukan dengan cara apa pun, Ideologi dan kultur (budaya) itu juga muncul karena transformasi pengetahuan yang diperoleh dari masa lalu (Adi Prinantyo, 2007 <http://209.85.175.104/search?q=cache:BnpZBolLJcoJ:kompas.com/kesehatan/news/0407/12/103203.htm+kekera>

[san+dalam+rumah+tangga&hl=id&ct=clnk&cd=1&gl=id](#), diambil tanggal 7 Pebruari 2008).

Praktik kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) tidak hanya merupakan bentuk pelanggaran norma sosial dan kemanusiaan, namun juga merupakan wujud pengingkaran kewajiban untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang tinggi. Segala bentuk tindakan kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh suami secara fisik maupun psikiis dapat berdampak serius bagi kesehatan seorang wanita. Badan Kesehatan Dunia (WHO) bekerjasama dengan Sekolah Kesehatan dan Kedokteran Tropis London, dan PATH suatu organisasi kesehatan dunia telah melakukan studi tentang kesehatan perempuan dan kekerasan rumah tangga terhadap perempuan yang dirilis pada tanggal 30 November 2005.

Wawancara dilakukan terhadap 24.000 perempuan di 15 lokasi di sepuluh negara yang dianggap mewakili, yaitu Banglades, Brazil, Etiopia, Jepang, Namibia, Peru, Samoa, Serbia dan Montenegro, Republik Tanzania dan Thailand. Mereka menemukan seperempat sampai separuh dari para wanita tersebut telah menjadi korban kekerasan secara fisik oleh pasangan mereka. Perempuan yang menjadi korban kekerasan kemungkinan besar berpeluang dua kali lipat untuk mempunyai masalah kesehatan fisik dan mental yang lemah dibandingkan dengan perempuan yang bukan korban kekerasan. Dan satu dari sebelas korban kekerasan oleh pasangannya mengatakan bahwa mereka telah mencoba bunuh diri. (Anggarawati,

2006, <http://digilib.bi.itb.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-grey-2006-hanggarawa-26>, diperoleh tanggal 26 Maret 2008).

Berdasarkan studi di banyak negara, 4-12 % ibu hamil dilaporkan dipukul selama kehamilan, lebih dari separuh ibu hamil ini telah ditendang perutnya. Para wanita yang melaporkan kekerasan fisik dan seksual yang dialaminya lebih sedikit daripada yang tidak melapor. Di Indonesia, menurut catatan Mitra Perempuan, hanya 15,2% perempuan yang mengalami KDRT menempuh jalur hukum, sedangkan mayoritas (45,2%) memutuskan pindah rumah dan 10,9% memilih diam, (Anggarawaty, 2006, <http://digilib.bi.itb.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-grey-2006-hanggarawa-26>, diambil tanggal 26 Maret 2008).

Menurut Barrier (1998, dalam Lowdermilk, 2000) sekitar 30%-40% wanita dibunuh dan mati oleh pasangan intimnya atau oleh mantan pasangannya. Dan sekitar 25% - 45% wanita korban kekerasan ini berada dalam kondisi hamil. Penelitian yang dilakukan di Jawa Tengah ditemukan data dari seluruh kasus kekerasan, kekerasan pada ibu hamil memang tampak sedikit yaitu kekerasan fisik selama hamil 1%, kekerasan seksual selama hamil 7% dan kekerasan emosional selama hamil 10% (Hakimi, et al, 2001).

KDRT selama kehamilan ini cenderung meningkat dengan alasan: 1). Stres biopsikososial selama kehamilan mengganggu hubungan dan kemampuan coping, frustrasi dan akhirnya melakukan kekerasan, 2). Suami cemburu dengan janin yang

dikandung pasangannya dan menjadikan pasangannya sebagai sasaran kemarahannya, 3). Marah pada janin yang belum lahir atau pada pasangannya, 4). Kekerasan dilakukan oleh suami karena bingung dan ingin mengakhiri kehamilan pasangannya (Lowdermilk, et al.,2000).

Masalah lain yang sering muncul pada korban kekerasan selama kehamilan antara lain tertundanya kunjungan antenatal, penambahan berat badan selama kehamilan kurang mencukupi, infeksi vagina dan leher lahir, keguguran, aborsi, kelahiran prematur, gawat janin, perdarahan dalam kehamilan. Korban kekerasan selama hamil biasanya juga melakukan tindakan yang merusak dirinya dan kandungannya, misalnya merokok dan minum alkohol, sebagai salah satu koping yang dipilihnya untuk mengurangi tekanan psikologis yang dialaminya (Curry, 1998).

Studi penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Hakimi, et al (2001) di wilayah Jawa Tengah menunjukkan proporsi yang lebih tinggi pada perempuan yang mengalami kekerasan fisik dan seksual selama kehamilan, untuk kejadian keguguran (5,7%), bayi lahir prematur (16,5%), serta berat badan lahir rendah (4,4%). Studi penelitian ini membuktikan bahwa pemukulan selama kehamilan meningkatkan resiko terjadinya abortus spontan, persalinan prematur dan berat badan bayi rendah dua kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak mengalami kekerasan selama hamil.

Theresia (2007) mengatakan kekerasan dalam rumah tangga dapat berdampak terhadap kesehatan fisik maupun mental berupa trauma, keguguran, penyakit menular seksual, sakit kepala, masalah kandungan, gangguan pencernaan, perilaku hidup tidak sehat dan kecacatan. (Theresia, 2007, [http://www.kalyanamitra.or.id/web/index.php?option=com_content&task=view&id=89 &Itemid=2](http://www.kalyanamitra.or.id/web/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=2), diambil tanggal 7 Pebruari 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Mitra Perempuan terhadap 165 kasus KDRT pada tahun 2002, didapatkan bahwa kasus terbanyak berdampak pada gangguan jiwa 73,94 %, termasuk kecemasan, rasa rendah diri, fobia dan depresi. Sedangkan gangguan fisik non reproduktif sebanyak 50,30 % meliputi cedera, gangguan fungsional, keluhan fisik dan cacat permanen. Adapun gangguan kesehatan reproduksi berjumlah 4,85 %, yang terdiri dari kehamilan tidak diinginkan, penyakit menular seksual, serta abortus (Kalibonso, 2002)

Melihat masalah diatas peneliti tertarik untuk menganalisa dan mencari bagaimana respon dan coping perempuan hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga.

B. Rumusan Masalah

Fenomena kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) saat ini semakin banyak terjadi di masyarakat. Fenomena ini diantaranya disebabkan oleh budaya patriarki yang menganggap posisi perempuan lebih rendah daripada laki-laki sehingga bisa

diperlakukan dengan cara apapun atau semena-mena. Selain itu, dipengaruhi juga oleh faktor ketidakberdayaan perempuan yang seringkali cenderung mengambil posisi yang mengalah dan membiarkan kekerasan tersebut terjadi berulang-ulang.

Ibu hamil yang mengalami KDRT, menimbulkan masalah yang sangat berat bagi diri dan keluarganya, seperti cedera fisik, gangguan kehamilan, gangguan mental, abortus, penyakit seksual menular. Ibu hamil yang mengalami pemukulan akan memiliki resiko yang lebih besar terjadinya abortus spontan, persalinan prematur dan berat badan bayi yang lebih rendah dibandingkan ibu yang tidak mengalami kekerasan selama hamil. Penelitian terhadap respon dan coping ibu hamil yang mengalami KDRT belum banyak dilakukan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengkaji lebih dalam masalah ini.

Berdasarkan rumusan di atas, maka pertanyaan penelitian ini adalah : (1) bagaimana pengalaman ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, (2) bagaimana bentuk kekerasan yang dialami oleh ibu hamil, (3) bagaimana respon ibu hamil menghadapi KDRT, dan (4) bagaimana cara/koping ibu hamil mengatasi KDRT yang dialaminya.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon dan coping ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga

2. Tujuan khusus

- a. Diidentifikasinya karakteristik ibu hamil yang mengalami KDRT
- b. Diidentifikasinya bentuk kekerasan ibu hamil yang mengalami KDRT
- c. Diidentifikasinya respon ibu hamil menghadapi KDRT.
- d. Diidentifikasinya koping ibu hamil dalam mengatasi KDRT

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan atau bahan pertimbangan bagi perawat maternitas untuk membantu memahami kondisi ibu hamil yang mengalami KDRT sehingga memudahkan pemberian asuhan keperawatan.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar untuk dilakukan penelitian lanjutan atau penelitian lain dengan jumlah partisipan yang lebih banyak dan melalui metodologi yang lebih sempurna.

3. Bagi Pendidikan Keperawatan

Mendapatkan pengalaman berharga dalam menerapkan pengetahuan yang didapat serta pengembangan konsep baru mengenai respon dan koping perempuan hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Konstitusi UUD 1945 Pasal 28G ayat 1 menyatakan bahwa “Setiap orang berhak atas perlindungan diri pribadi, keluarga, martabat, dan harta benda yang dibawah kekuasaannya, serta berhak atas rasa aman dan perlindungan dari ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu yang merupakan hak asasi”. Selanjutnya dalam Pasal 28H ayat 2 diatur bahwa “Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan”. Ketentuan-ketentuan tersebut sejalan dengan prinsip Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM, 1948) yang menyatakan bahwa “semua orang dilahirkan bebas dan dengan martabat yang setara”. Akan tetapi bagi perempuan, kebebasan, martabat dan kesetaraan masih sering dilanggar, baik oleh hukum yang berlaku maupun oleh ketentuan adat dan tradisi yang berlaku bagi perempuan.

Kekerasan terhadap perempuan merupakan tindakan pelanggaran hak-hak asasi manusia terhadap perempuan. Tidak salah apabila tindakan ini oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebagai sebuah kejahatan kemanusiaan. Tindakan ini antara lain mencakup pelecehan seksual, kekerasan dalam rumah tangga, perkosaan serta ingkar janji (Aripurnami, 2000).

Perbedaan gender sesungguhnya tidak menjadi masalah sepanjang tidak melihtakan ketidakadilan gender (*gender inequalities*) namun dalam kenyataannya perbedaan gender telah menimbulkan ketidakadilan terutama bagi perempuan. Ketidakadilan gender dapat dilihat dari berbagai manifestasi seperti marginalisasi, subordinasi, pembentukan *steriotype* (pelabelan), kekerasan *violence* maupun intimidasi (Mansourvaqih, 2003).

Ketidakadilan gender pada dasarnya merupakan refleksi dari ketidakadilan yang tersruktur yang dikonstruk oleh sisitem sosial, budaya atau bahkan agama yang gilirannya melanggar hak asasi manusia. Isu ketidakadilan gender dalam bentuk diskriminasi khususnya pada kaum perempuan dalam skala dunia sudah diantisipasi dengan lahirnya keputusan majelis umum PBB pada tanggal 18 Desember 1979 dalam bentuk konvensi tentang Penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan. Konvensi ini telah diratifikasi dalam UU No 7 Tahun 1984. Konvensi ini merupakan *bill of rights* (UU Hak Asasi Manusia bagi Perempuan) yang isinya menetapkan standar-standar yang dapat diterima secara internasional guna mencapai kesetaraan hak perempuan dengan kaum laki-laki. Negara-negara yang meratifikasi konvensi perempuan mengakui bahwa diskriminasi terhadap perempuan adalah problem sosial yang perlu diselesaikan (Ridwan, 2006).

Untuk menghindar dan memberikan perlindungan dari tindak kekerasan yang berbasis gender dalam lingkup keluarga (rumah tangga) baik kekerasan fisik, psikis, maupun

seksual, pemerintah telah mengeluarkan Undang-Undang No 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT).

Tujuan penghapusan KDRT adalah : pertama, mencegah segala bentuk kekerasan dalam rumah tangga; kedua, melindungi korban kekerasan dalam rumah tangga; ketiga, menindak pelaku kekerasan dalam rumah tangga; keempat, memelihara keutuhan rumah tangga yang harmonis dan sejahtera (Pasal 4 UU PKDRT). Penghapusan KDRT dilaksanakan berdasarkan asas penghormatan hak asasi manusia, keadilan dan kesetaraan gender, non diskriminasi, dan perlindungan korban (Pasal 3 UU PKDRT).

1. Pengertian Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

Menurut UU PKDRT, yang dimaksud kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis dan atau perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (pasal 1 UU PKDRT).

Definisi kekerasan dalam rumah tangga diatas mengacu pada pengertian kekerasan terhadap perempuan yang ada dalam Deklarasi Penghapusan kekerasan terhadap Perempuan (DPKP). Menurut Pasal 1 Deklarasi, kekerasan terhadap perempuan adalah setiap tindakan berdasarkan perbedaan jenis kelamin yang berakibat atau mungkin berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan

kemerdekaan secara sewenang-wenang, baik yang terjadi didepan umum atau dalam kehidupan pribadi.

Menurut Ridwan (2006) kekerasan dalam rumah tangga adalah bentuk penganiayaan (*abuse*) oleh suami terhadap istri atau sebaliknya baik secara fisik (patah tulang, memar, kulit tersayat dll) maupun emosional/psikologis (rasa cemas, depresi, dan perasaan rendah diri). Dalam rumusan yang lain kekerasan dalam rumah tangga didefinisikan setiap atau yang dilakukan oleh seseorang secara sendiri atau bersama-sama terhadap seorang perempuan atau terhadap pihak yang tersubordinasi hanya dalam lingkup rumah tangga yang mengakibatkan kesengsaraan secara fisik, seksual, ekonomi, ancaman psikologi termasuk perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang.

Menurut catatan Bank Dunia bentuk kekerasan yang sering terjadi adalah kekerasan terhadap istri atau yang lebih tepat kekerasan terhadap perempuan oleh pasangan intim. Kekerasan terhadap perempuan menyebabkan dan melestarikan subordinasi. Subordinasi tidak berarti seksual dalam arti biologis tetapi kemudian berkembang pada perbedaan fungsi-fungsi reproduksi dan produksi, baik dalam penguasaan sumber-sumber ekonomi, ideologi kelas, maupun stratifikasi sosial melalui serangkaian sosialisasi untuk melanggengkan posisi perempuan yang subordinat (Nurhayati,2003).

Data kekerasan dalam rumah tangga yang dikumpulkan oleh LSM Women Crisis Centre bahwa di Jakarta (1997-2002) telah diterima pengaduan sebanyak 879 kasus KDRT yang pelakunya adalah suami korban mencapai 74 %. Sedangkan data dari Rifka

Anisa Yogyakarta sejak tahun 1994-2000 menerima pengaduan sebanyak 994 kasus KDRT (suami terhadap istri). Kemudian menteri Pemberdayaan Perempuan Indonesia menegaskan bahwa 11% dari 217.000.000 perempuan terutama di pedesaan mengaku pernah mengalami KDRT. Terjadinya KDRT merupakan perilaku yang diulang-ulang dan memiliki pola yang khas yaitu suami istri yang terlibat dalam tindak kekerasan menganggap bahwa KDRT merupakan hal yang wajar terjadi dalam setiap keluarga (Mufidah, 2004).

2. Bentuk dan Jenis Kekerasan

Bentuk-bentuk kekerasan secara jelas digambarkan dalam Pasal 2 Deklarasi yang menyatakan bahwa kekerasan terhadap perempuan harus dipahami mencakup, tetapi tidak hanya terbatas pada: tindak kekerasan secara fisik, seksual dan psikologis yang terjadi dalam keluarga dan di masyarakat, termasuk pemukulan, penyalahgunaan seksual atas perempuan kanak-kanak, kekerasan yang berhubungan dengan masalah kawin, perkosaan dalam perkawinan, pengrusakan alat kelamin perempuan dan praktik-praktik kekejaman tradisional lain terhadap perempuan, kekerasan diluar hubungan suami istri dan kekerasan yang berhubungan dengan eksploitasi perempuan, perkosaan, penyalahgunaan seksual, pelecehan dan ancaman seksual ditempat kerja, dalam lembaga-lembaga pendidikan dan sebagainya, perdagangan perempuan dan pelacuran paksa. Serta termasuk kekerasan yang dilakukan dan dibenarkan oleh Negara di manapun terjadinya”.

UU PKDRT menentukan empat bentuk KDRT yaitu : kekerasan fisik, kekerasan psikologis, kekerasan seksual, dan kekerasan penelantaran rumah tangga atau ekonomi (Pasal 5 UU PKDRT).

Menurut Pasal 6 UU PKDRT kekerasan fisik adalah setiap perbuatan yang menyebabkan rasa sakit, cedera, luka atau cacat pada tubuh seseorang, dan atau menyebabkan kematian. Sedangkan yang dimaksud dengan kekerasan psikologis, sesuai dengan pasal 7 UUPKDRT adalah setiap perbuatan dan ucapan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, dan rasa tidak berdaya pada seseorang.

Menurut penjelasan pasal 8 UU PKDRT yang dimaksud dengan kekerasan seksual adalah setiap perbuatan yang mencakup pelecehan seksual sampai kepada memaksa seseorang untuk melakukan hubungan seksual tanpa persetujuan korban atau disaat korban tidak menghendaki; dan atau melakukan hubungan seksual dengan cara-cara yang tidak wajar atau tidak disukai korban; dan atau mengisolasi dari kebutuhan seksualnya.

UU PKDRT tidak secara khusus menyebutkan kekerasan ekonomi, istilah yang digunakan adalah penelantaran rumah tangga. Pasal 9 mengatur bahwa setiap orang dilarang menelantarkan orang dalam lingkup rumah tangganya padahal menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan atau perjanjian ia wajib memberikan kehidupan perawatan atau pemeliharaan kepada orang tersebut. Penelantaran tersebut

juga berlaku bagi setiap orang yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan atau melarang untuk bekerja yang layak didalam atau diluar rumah sehingga korban berada dibawah kendali orang tersebut

Tindakan kekerasan dapat diklafikasikan kedalam empat jenis yaitu kekerasan langsung (direct violence), kekerasan tidak langsung (indirect violence), kekerasan represif (refressive violence), dan kekerasan alienatif (alienating violence) (Salim, 2005).

Menurut Salim (2005) kekerasan langsung merujuk pada tindakan yang menyerang fisik atau psikologis seseorang secara langsung. Sedangkan yang dimaksud dengan kekerasan tidak langsung adalah tindakan yang membahayakan bagi manusia bahkan kadang-kadang sampai ancaman kematian, tetapi tidak melibatkan hubungan langsung antara korban dan pihak yang bertanggung jawab terhadap kekerasan tersebut. Disini terdapat sub kategori yang bisa dibedakan yakni kekerasan dengan pembiaran dan kekerasan yang termediasi. Kekeraasan yang dibiarkan (*violence by omission*) digambarkan dengan seseorang dalam keadaan bahaya tetapi tidak dilakukan pertolongan. Kekerasan yang dimediasi atau *mediated violence* adalah hasil intervensi manusia secara sengaja terhadap lingkungan alam atau sosial yang membawa pengaruh secara tidak langsung kepada orang lain. Pengaruh ini tidak dirasakan segera tetapi datang melalui faktor perantara, sehingga hubungan antara orang yang bertanggung jawab terhadap korbannya tidaklah langsung.

Menurut Jamil (2005), kekerasan represif berkaitan dengan pencabutan hak dasar untuk bertahan hidup dan untuk dilindungi dari kesakitan dan penderitaan. Sedangkan yang dimaksud dengan kekerasan *alienative* merujuk pada pencabutan hak-hak individu yang lebih tinggi misalnya hak pertumbuhan kejiwaan (emosi), budaya atau intelektual (*right to emotional, cultural, or intelektual growth*).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Flower Aceh Tahun 1998, didapatkan empat bentuk kekerasan dalam rumah tangga yaitu : kekerasan psikologis (86,5 %), kekerasan ekonomi (51,4%), kekerasan fisik (29,7%). Sedangkan penelitian di Jawa Tengah tentang jumlah korban kekerasan selama hamil, dari 765 wanita korban kekerasan, 26% dalam kondisi hamil, bentuk kekerasan yang dialami saat hamil tersebut meliputi; 38,4% kekerasan emosional, 3,8% kekerasan fisik, 26,9% kekerasan seksual dan 30% mengalami kekerasan fisik dan seksual (Hakimi dkk., 2001). Begitupula menurut Curry et al., (1998) menyatakan adanya peningkatan kekerasan disaat wanita hamil, yang diperkirakan satu dari empat perempuan hamil mengalami kekerasan fisik dan seksual oleh pasangannya dan berkisar antara 3% sampai 11% dan pada remaja lebih dari 38%.

Hasil penelitian Hakimi dkk (2001), menyatakan kekerasan fisik yang dialami oleh ibu hamil adalah menekan atau mendorong, menampar atau melempar sesuatu yang dapat mencederai, memukul dengan tinju atau dengan sesuatu yang dapat mencederai, menendang, menyeret atau memukul habis-habisan.

Selain kekerasan fisik, ibu hamil juga lebih banyak mengalami kekerasan psikologis, seperti halnya yang telah diteliti oleh Lestari (2006) yang menyatakan bahwa kekerasan emosi/psikologis merupakan kekerasan yang paling banyak dialami oleh ibu hamil (38%). Begitu juga hasil penelitian Syahrir (2000) yang menyatakan bahwa bentuk kekerasan psikologis merupakan bentuk kekerasan terbanyak. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Hakimi dkk (2001), yaitu jenis kekerasan emosional yang dialami oleh ibu hamil dengan KDRT adalah dihina, atau disakiti perasaan, disepelekan atau dihina didepan orang lain, ditakut-takuti atau diintimidasi dengan sengaja (dengan teriakan dan membanting sesuatu), mengancam untuk menyakiti istri atau orang yang disayangi istri.

Kekerasan seksual juga dapat dialami oleh ibu hamil seperti halnya penelitian yang dilakukan oleh Hakimi dkk (2001) bahwa jenis kekerasan seksual yang dialami oleh ibu hamil adalah secara fisik dipaksa untuk berhubungan badan, dipaksa melakukan sesuatu yang secara seksual tidak wajar dan tidak disukai. Hasil penelitian Hakimi dkk (2001) juga menyatakan bahwa lebih banyak perempuan yang mengalami kekerasan seksual dibandingkan dengan kekerasan fisik.

3. Penyebab Kekerasan dalam Rumah Tangga

Terjadinya kekerasan dalam rumah tangga bermula dari adanya relasi kekuasaan yang timpang antara laki-laki (suami) dengan perempuan (istri). Kondisi ini tidak jarang mengakibatkan tindak kekerasan oleh suami kepada istrinya justru dilakukan sebagai bagian dari penggunaan otoritas yang dimilikinya sebagai kepala keluarga. Justifikasi

atas otoritas itu bisa lahir didukung oleh perangkat UU Negara atau persepsi-persepsi sosial dalam mitos-mitos superioritas seorang laki-laki yang dipercayai oleh masyarakat tertentu. Dengan menggunakan alur fikir semacam ini, maka kekerasan yang terjadi dalam lingkup rumah tangga merupakan jenis kekerasan yang berbasis gender. Artinya, kekerasan itu lahir disebabkan oleh perbedaan peran-peran gender yang dikonstruksi secara sosial dimana salah satu pihak menjadi subordinat dari pihak lain. (Ridwan, 2006),

Menurut Ridwan (2006) ada beberapa alasan mengapa bisa terjadi kekerasan dalam rumah tangga, yaitu pertama, di masyarakat lembaga perkawinan sebagai suatu yang bersifat urusan pribadi sehingga orang lain tidak boleh ikut campur dalam persoalan rumah tangga. Hal tersebut menimbulkan persepsi bahwa apapun yang terjadi dalam suatu rumah tangga termasuk didalamnya tindakan kekerasan terhadap anggota keluarganya, orang lain tidak boleh ikut campur. Kedua, suami sebagai kepala keluarga menganggap mempunyai kekuasaan dalam suatu keluarga sehingga berhak mengatur secara penuh anggota keluarganya. Ketiga, adanya budaya patriarki, yang menganggap posisi perempuan lebih rendah dari pada laki-laki, sehingga bisa diperlakukan dengan cara apapun atau semena-mena.

Adiningsih juga memberikan pendapat yang hampir sama bahwa kekerasan dalam rumah tangga juga sering terjadi akibat hubungan yang tidak seimbang antara suami dengan isteri, seperti adanya anggapan posisi perempuan lebih rendah daripada laki-laki yang dipercayai oleh masyarakat tertentu. (Adiningsih, 2004, <http://>

www.suarapembaruan.com/News/004/09/20/Editor/edit03.htm, diperoleh tanggal 7 Februari 2008). Sedangkan menurut Hayati (2000), terjadinya kekerasan dalam rumah tangga tidak semata-mata timbul karena faktor karakteristik personal, melainkan banyak faktor yang mempengaruhi termasuk sosial dan kultural.

Secara khusus, Poerwandari (2000) berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya kekerasan terhadap perempuan ditinjau dari aspek biologis, sosio-kultural, ekonomis, psikologis dan politis, diantaranya secara biologis laki-laki memiliki agresivitas yang tinggi dan secara fisik lebih kuat dibanding perempuan. Selain itu, dalam kehidupan di masyarakat ada tradisi mengenai laki-laki mendominasi perempuan dan mentoleransi penggunaan kekuatan oleh laki-laki. Realitas ekonomi juga memaksa perempuan untuk menerima penganiayaan dari orang pada siapa ia bergantung. Faktor lainnya adalah karakteristik pelaku kekerasan, misalnya pelaku dalam kondisi tertekan, memiliki banyak masalah (konflik) atau terganggu jiwanya. Kekerasan juga dipengaruhi oleh karakteristik pribadi korban kekerasan yang mengundang seperti penuntut, histerik, masokistik dan lain-lain.

Selain itu, salah satu penyebab terjadinya kekerasan adalah karena tidak terungkapnya kasus kekerasan yang terjadi sehingga tidak ada efek jera di masyarakat. Kekerasan dalam rumah tangga dalam prakteknya sulit diungkap karena beberapa sebab. Pertama kekerasan dalam rumah tangga terjadi dalam lingkup kehidupan rumah tangga yang dipahami sebagai urusan yang bersifat privasi dimana orang lain tidak boleh ikut campur (*intervensi*). Kedua, pada umumnya korban (isteri) adalah pihak yang secara

struktural lemah dan mempunyai ketergantungan khususnya secara ekonomi dengan pelaku (suami). Dalam posisi ini korban pada umumnya selalu mengambil sikap diam atau menutup-nutupi tindak kekerasan tersebut, karena dengan membuka kasus KDRT ke publik berarti membuka aib keluarga. Ketiga kurangnya pengetahuan hukum masyarakat terhadap hak-hak hukum yang dimilikinya. Keempat, adanya stigma sosial bahwa kekerasan yang dilakukan oleh suami dipahami oleh masyarakat sebagai hal yang dianggap wajar dalam kerangka pendidikan yang dilakukan oleh pihak yang memang mempunyai otoritas yang melakukannya. Pada posisi ini korban sering enggan melaporkan kepada aparat penegak hukum karena khawatir justru akan ditelantarkan (*blame the victim*).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan kekuatan dan kekuasaan antara perempuan dan laki-laki, dalam arti ada perbedaan hak dan kemampuan yang dapat menimbulkan kekerasan terhadap perempuan.

4. Karakteristik Kekerasan dalam Rumah Tangga

Poerwandari (2000) menyatakan bahwa pelaku kekerasan terhadap perempuan berasal dari berbagai latar belakang usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, suku maupun agama. Biasanya pelaku berasal dari keluarga yang mengalami kekerasan, rasa percaya diri rendah, menyalahkan orang lain atas tindakannya, menganggur, mengalami ketidakpuasan kerja, secara emosional tergantung kepada istri atau anak, keterampilan komunikasi kurang, memiliki kepribadian yang tidak bisa ditebak, pencemburu, pengguna alkohol dan narkoba.

Poerwandari (2000) juga menyatakan ada beberapa faktor yang mendorong lahirnya kekerasan dengan bentuk yang beragam yaitu : pertama, dengan karakteristik fisik dan reproduksinya bahwa perempuan memang lebih mudah menjadi korban, khususnya kekerasan seksual seperti pemerkosaan atau penghamilan paksa; kedua, dalam relasinya dengan laki-laki, pemaknaan sosial dari perbedaan biologis tersebut menyebabkan menguatkan mitos, *stereotipe*, aturan, praktek yang merendahkan perempuan dan memudahkan terjadinya kekerasan; ketiga, dari sisi ekonomi, perempuan dapat dijadikan sarana pengeruk keuntungan sehingga merebaklah pelacuran, perdagangan perempuan atau pornografi; keempat, kekerasan terhadap perempuan sekaligus dapat digunakan sebagai sarana teror, penghinaan atau ajakan perang pada kelompok lain, kesucian perempuan dilihat sebagai kehormatan masyarakat, sehingga penghinaan atau pengrusakan kesucian perempuan akan dipahami sebagai penghinaan terhadap masyarakat.

Adapun menurut Elbow (1977, dalam Jansen & Bobak, 1985) menyatakan ada empat tipe suami yang menjadi pelaku kekerasan antara lain : (1) tipe suami pengontrol yang akan selalu mengawasi dan mengatur semua kegiatan istrinya, (2) tipe suami protektor yang selalu menetapkan peraturan tentang apa yang boleh dan tidak dilakukan oleh istrinya, (3) tipe suami yang memiliki konsep diri kurang baik yang selalu ingin dihargai dengan cara menunjukkan kekuasaan dan kekuatan fisiknya pada istrinya, dan (4) tipe suami serius sehingga akan sulit untuk rileks, segala sesuatu harus benar dan sempurna.

Perempuan korban kekerasan seperti juga pelaku kekerasan, berasal dari berbagai latar belakang usia, pendidikan, tingkat sosial ekonomi, agama dan suku. Karakteristik yang dimiliki perempuan korban kekerasan menurut Hayati & Hasyim (2002) biasanya korban sulit memahami dirinya sendiri dan merasa tidak dihargai, cemas yang tinggi, tidak ada waktu untuk dirinya beristirahat, terisolasi hingga kehilangan kontak dengan keluarga atau temannya, merasa bersalah, percaya diri yang rendah, menerima kekerasan dengan harapan dapat mengubah pasangannya, emosi korban seperti anak kecil, kurang berkomunikasi, depresi, mengalami masalah seksual, memukuli anaknya sendiri sebagai respon penderitaan yang dialaminya.

Sedangkan menurut Poerwandari (2000), karakteristik perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga akan berkeyakinan bahwa ia bertanggung jawab atas kejadian tersebut, memiliki akses sangat sedikit akan jaringan dan dukungan personal, perasaan tidak berdaya, menyalahkan diri, ambivalensi, selalu berharap pasangannya akan berubah, dan mempunyai harga diri rendah.

Adapun literatur lain menurut Berlinger (1998 dalam Lowdermilk, 2000), menyatakan bahwa isteri yang menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga biasanya akan membatasi diri dalam berinteraksi sosial, merasa rendah diri, tidak percaya diri, merasa bukan isteri yang baik menjadi pribadi yang tertutup, merasa ketakutan, dan sering mengalami mimpi buruk, serta mempunyai banyak bekas luka. Selain itu akibat

ketakutan dan kecemasan yang dideritanya, perempuan korban kekerasan sering tampak tremor, berkeringat, menggunakan obat-obatan dan meminum alkohol.

Adapun menurut penelitian Lenore Walker (1984, dalam Humphreys & Cambell, 2004) mengemukakan adanya proses dinamis dari kekerasan yang disebut sebagai "*cycle theory of violence*". Hasil dari wawancara secara intensif terhadap wanita korban kekerasan oleh suami atau pasangannya akan mengalami 3 fase kekerasan. Fase pertama adalah "*tension bulding phase*", pada fase ini terjadi peningkatan ketegangan dalam berhubungan karena adanya kata-kata kasar dan menyakitkan dari suami, istri biasanya berusaha mati-matian mencegah permasalahan menjadi meluas, fase ini bisa berlangsung beberapa hari sampai beberapa tahun.

Fase kedua adalah "*the acute battering incident*", pada fase ini terjadi kekerasan yang serius yang dapat berlangsung selama 2 – 24 jam. Istri biasanya tidak berdaya, hanya berusaha melindungi diri dan anaknya. Pada fase ketiga suami menjadi menyesal, menyayangi dan berjanji akan berubah yang memberikan harapan bahwa kekerasan akan berakhir, tetapi ternyata kekerasan tidak pernah berakhir bahkan terus berulang dengan intensitas yang lebih sering.

5. Berbagai Dampak KDRT terhadap Kehamilan

Kekerasan dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius yang mempengaruhi perempuan ataupun anak-anak seperti cedera, kelainan kandungan, gangguan kesehatan mental, kesudahan kehamilan (abortus), dan penyakit menular seksual, serta

meningkatkan resiko perempuan terkena penyakit dimasa yang akan datang (Heise et al., 1999).

Menurut Golding (1996) cedera bukanlah dampak kesehatan fisik yang paling umum akibat kekerasan. Biasanya dampaknya lebih pada gangguan fungsional yang seringkali sulit diidentifikasi penyebabnya, seperti mudah marah, sindrom usus yang mudah meradang, serta berbagai sindroma nyeri kronis.

Venny (2003), menyatakan bahwa korban dari kekerasan dalam rumah tangga dapat muncul dalam berbagai bentuk, baik secara medis, emosional, personal (kepribadian) maupun profesionalitas. Dampak secara medis antara lain: korban perilaku kekerasan 6 kali lebih sering ke RS, dibanding mereka yang tidak mengalami kekerasan, 8 kali lebih sering ke dokter, dan membeli obat resep dokter 6 kali lebih banyak, adapun akibat reaksi stres yang dideritanya perempuan korban kekerasan sering mengalami berbagai penyakit antara lain: tukak lambung, hipertensi, alergi, dan depresi. Dampak secara emosional adalah: depresi, penyalahgunaan obat, peminum alkohol, kecemasan, percobaan bunuh diri, stress dan rendahnya kepercayaan diri. Dampak secara personal (keluarga): stress pada anak, antisosial dan depresi, beresiko tinggi mengalami perilaku kekerasan, sedangkan dampak secara profesional adalah kinerja buruk, banyak waktu untuk mengatasi persoalan, memerlukan pendampingan, ketakutan, dan bekerja tidak tenang.

Kalibonso (2002) menggolongkan dampak dari kekerasan yang berhubungan dengan kesehatan perempuan, yaitu : pertama, gangguan kesakitan fisik non reproduksi, termasuk cedera, gangguan fungsional, keluhan fisik dan cacat permanen; kedua, gangguan kesehatan jiwa, termasuk kecemasan, rasa rendah diri, ketakutan, dan depresi; ketiga, gangguan kesehatan reproduksi, termasuk kehamilan tak diinginkan, abortus tak disengaja yang diawali dengan perdarahan, berat badan lahir rendah; keempat, kematian atau bunuh diri. Mitra perempuan melakukan penelitian berkaitan dengan dampak dari kekerasan dari 165 kasus, didapatkan data yang menunjukkan bahwa kekerasan banyak berdampak pada gangguan kesehatan jiwa (73,94 %), gangguan kesakitan fisik (50,30 %), dan gangguan kesehatan reproduksi (4,85 %).

Berkaitan dengan dampak kekerasan ada sebuah studi yang dilakukan oleh London School of Hygiene dan Tropical Medicine, PATH (2005). Lembaga penelitian nasional, dan organisasi kewanitaan di beberapa negara, menemukan bahwa tindak kekerasan terhadap seorang wanita yang dilakukan oleh pasangannya dapat berakibat bagi kesehatan. Wanita yang menjadi korban kekerasan memiliki masalah kesehatan fisik dan mental dua kali lebih besar dibandingkan wanita yang tidak menjadi korban kekerasan. Hal ini termasuk keinginan dan perilaku bunuh diri, tekanan mental, dan gangguan fisik (pusing, nyeri, lemas dan gangguan fungsi vagina), meningkatnya risiko tertular infeksi seksual dan HIV berkaitan dengan perilaku pasangan yang memiliki mitra seksual lebih dari satu. Fakta yang lebih mencengangkan adalah para korban tindak kekerasan tersebut banyak yang menyatakan telah melakukan aborsi disengaja, bahkan banyak diantara mereka yang telah mengalami keguguran (Anggarawaty, 2006).

Peristiwa kehamilan dianggap sebagai suatu periode transisi dalam kehidupan seorang wanita, yang menyebabkan dirinya mengalami perubahan peran dan status menjadi seorang ibu, perubahan ini dirasa mengancam oleh pasangannya, tidak mengherankan kekerasan meningkat 60 % saat wanita hamil (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1995). Di Amerika Serikat diperkirakan satu dari empat perempuan hamil mengalami kekerasan fisik dan seksual oleh pasangannya dan berkisar antara 3% sampai 11% dan pada remaja lebih dari 38% (Curry et al., 1998).

Adapun penelitian di negara Indonesia tentang jumlah wanita hamil yang mengalami kekerasan, dari 765 wanita korban kekerasan di Jawa Tengah, 26 % dalam kondisi hamil. Sedangkan bentuk kekerasan yang dialami saat hamil tersebut meliputi ; 38,4 % mengalami kekerasan emosional, 3,8 % mengalami kekerasan fisik, 26,9 % mengalami kekerasan seksual dan 30 % mengalami kekerasan fisik dan seksual (Hakimi, et al., 2004).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mc Farlane et al. (1996) menyatakan bahwa wanita yang mengalami kekerasan fisik selama kehamilan akan melahirkan bayi dengan rata-rata berat badan 133 gr lebih rendah dari pada wanita yang tidak mengalami kekerasan. Begitupula yang dikemukakan oleh Yasmin Negger et al, (2003), yang menyatakan bahwa kekerasan selama kehamilan yang menyebabkan trauma pada abdomen akan mengakibatkan persalinan prematur, ruptur membran plasenta dan perdarahan.

Menurut Bobak & Jansen (1995) kehamilan dapat meningkatkan resiko terjadinya kekerasan dengan alasan : (1) stress biopsikososial selama kehamilan yang dapat menghambat hubungan dengan pasangan; (2) suami cemburu dengan janin, yang dikhawatirkan akan mengganggu hubungannya dengan pasangannya; (3) suami marah kepada janin dan istri karena kehamilan yang tidak diinginkan.; (4) bingung dan cemas dengan perubahan yang terjadi.

Menurut Curry, 1998 (dalam Lowdermilk, 2000) kekerasan fisik pada ibu hamil selain sangat berbahaya untuk ibu juga berisiko besar untuk bayi yang dikandungnya. Resiko trauma/cidera pada bayi ini jauh lebih besar karena kondisi bayi yang masih rentan terhadap trauma. Bayi pada Ibu korban kekerasan fisik selama kehamilan sering lahir prematur atau lahir mati.

Kekerasan selama kehamilan dapat berdampak serius pada kesehatan perempuan dan anaknya (Heise et al.,1999). Dampaknya antara lain termasuk kunjungan antenatal yang tertunda, penambahan berat badan selama kehamilan yang tidak mencukupi, kebiasaan merokok meningkat, penyakit menular seksual, infeksi vagina dan leher rahim, infeksi ginjal, keguguran, dan aborsi, kelahiran prematur, gawat janin dan perdarahan dalam kehamilan. Hal ini diperkuat dengan adanya hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kekerasan pada masa kehamilan menjadi penyebab terbesar pada masalah berat badan lahir rendah, persalinan prematur dan janin tumbuh lambat (Pettersen et al, 1997).

6. Gambaran Respon dan Koping Ibu Hamil yang mengalami KDRT

Menurut Stuart & Sundeen (2000) Koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada pelaksanaan stress termasuk upaya dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dari masalah. Keliat (1999) mendefinisikan koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Sedangkan menurut Lazarus (1985), koping adalah perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan atau eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu.

Berdasarkan definisi diatas maka yang dimaksud dengan koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif dan perilaku.

Koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi dua yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif. Stuart berpendapat bahwa mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, dan aktifitas konstruktif. Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar (Stuart dan Sundeen, 1995).

Ada beberapa sumber koping pada ibu hamil yaitu meliputi : sumber internal, dan sumber eksternal. Koping yang berasal dari sumber internal dipengaruhi oleh karakter seseorang, meliputi kesehatan dan energi; sistem kepercayaan seseorang termasuk kepercayaan eksistensial (iman, kepercayaan agama); komitmen atau tujuan hidup dan perasaan seseorang seperti harga diri, kontrol, dan kemahiran; pengetahuan; keterampilan pemecahan masalah; dan keterampilan sosial (kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain). Sedangkan koping yang bersumber eksternal meliputi dukungan sosial.

Sumber eksternal yang paling utama adalah dukungan sosial / support sosial yang diartikan sebagai rasa memiliki bagi seseorang. Dukungan sosial memiliki tiga kategori yaitu : pertama, kategori informasi yang membuat orang percaya bahwa dirinya diperhatikan atau dicintai (dukungan emosional); kedua, kategori informasi yang membuat seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai (dukungan harga diri); ketiga, kategori informasi yang membuat seseorang merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan.

Pentingnya dukungan sosial sebagai sumber koping eksternal didukung oleh hasil penelitian Patterson (2000) ibu hamil dalam menghadapi masalah menggunakan strategi berbicara dengan orang terdekat tentang kesedihan yang dirasakannya dan mereka menyatakan pentingnya support yang mereka terima dari orang-orang yang mereka ajak bicara dan memberikan perlindungan yang sangat menentramkan hati

mereka. Keluarga dan teman yang selalu siap mendampingi, mendengarkan dengan penuh perhatian semua keluhan ibu yang diiringi tangisan tanpa memberikan vonis atau kritikan yang membuat mereka merasa nyaman dan tidak membutuhkan bantuan atau konseling dari support groups.

Thistlethwaite (2001) menyatakan ada beberapa hal penting yang dapat digunakan oleh ibu hamil yang menghadapi masalah yaitu : pertama, optimis mengenai masa depan yang merupakan suatu langkah yang dapat memberikan motivasi atau semangat agar ibu tetap menjaga kesehatannya; kedua, penggunaan sumber spiritual yang dimiliki dalam diri atau yang berasal dari orang lain merupakan modal dalam menghadapi masalah kekerasan dimana ibu harus meningkatkan keyakinan pada takdir Tuhan dengan menumbuhkan harapan dan optimis akan apa yang sudah dan akan terjadi pada dirinya; ketiga, kontrol situasi dan perasaan sehingga tidak larut dalam kesedihan yang dapat menimbulkan stress emosional; keempat, menumbuhkan sikap sabar dan terus belajar menerima kenyataan.

Berbagai respon ibu hamil terhadap KDRT yang dialaminya, seperti yang diungkapkan oleh Poerwandari (2000) kekerasan dalam rumah tangga juga dapat mengakibatkan dampak psikologis, dimana korban melihat dirinya negatif, banyak menyalahkan diri, menganggap dirinya yang bertanggungjawab terhadap kekerasan yang dialaminya, kekecewaan, ketakutan, kemarahan yang tidak dapat diungkap dan mengalami depresi. Yasmin Negger et al,(2003), yang menyatakan bahwa coping maladaptif yang muncul pada wanita yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga adalah merokok,

penggunaan alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan. Perbedaan ini dimungkinkan karena adanya perbedaan budaya.

Kalibonso (2002) mengungkapkan data hasil penelitian Mitra Perempuan terhadap 165 kasus kekerasan dalam rumah tangga, didapatkan kekerasan yang berdampak gangguan jiwa termasuk kecemasan, rasa rendah diri, ketakutan, dan depresi sebanyak 73,94 %. Sedangkan gangguan fisik non reproduktif meliputi cedera, gangguan fungsional, keluhan fisik dan cacat permanen sebanyak 50,30 %. Adapun gangguan kesehatan reproduksi yang terdiri dari kehamilan tidak diinginkan, penyakit menular seksual dan abortus berjumlah 4,85 %.

Pada ibu korban kekerasan selama hamil biasanya dikelompokkan sebagai kehamilan berisiko tinggi sebab mengalami kecemasan yang tinggi, depresi, minum alkohol dan menyalahgunakan obat, dan tidak adekuat perawatan prenatal (Campbell et al, 1992; Curry, 1998 dalam Bobak, 1995). Remaja yang hamil dan menjadi korban kekerasan, biasanya mengalami risiko terjadinya trauma fisik dan psikologi berulang dan potensial melakukan kekerasan pada anak. Pemahaman yang mendalam tentang kondisi fisik, dan psikososial ibu hamil akan dapat memberikan pengertian tentang situasi serta kondisi Ibu hamil korban kekerasan selama kehamilan.

Begitu juga dengan hasil penelitian oleh Flower Aceh pada Tahun 1998, bahwa dampak kekerasan dalam rumah tangga adalah ketakutan, malu, stress, trauma, serta kesedihan yang mendalam dan merasa takut akan kekerasan yang akan dialami kembali yang

mungkin akan mengancam jiwanya (Syahrir, 2000). Beberapa studi juga melaporkan kekerasan fisik dan seksual selama kehamilan akan mempengaruhi status kesehatan ibu, antara lain: sakit kepala, nyeri, dan mengalami depresi berat (Leserman, Stewart dan Dell, 1999).

Penelitian Hakimi dkk (2001), yang menyatakan bahwa responden yang hidup dengan kekerasan cenderung menceritakan kekerasan yang dialaminya pada orang tua, tetangga, saudara kandung, ipar serta tokoh masyarakat setempat dan rumah sakit. Selain itu Hakimi dkk (2001) menyatakan bahwa alasan para responden tidak pernah meninggalkan rumah karena KDRT sebab telah memaafkan suaminya atau berfikir bahwa kelak suami akan berubah, perasaan bahwa perkawinan adalah sakral dan demi anak-anak.

Penelitian Hakimi dkk (2001) bahwa sumber utama pertolongan responden tersebut adalah orang tua, tetangga, saudara kandung dan ipar. Sementara itu responden yang tidak mendapat support sosial dikarenakan tidak mau mencari pertolongan dengan alasan malu, takut mencemarkan keluarga dan takut jika hal tersebut akan menyebabkan lebih banyak lagi kekerasan.

7. Peran Perawat Maternitas terhadap perempuan hamil yang mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga

Perawat maternitas merupakan tenaga kesehatan profesional di bidang maternitas sebagai bagian dari pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada klien

pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas sesuai kebutuhannya (May, 1994 ; Word, 1997).

Dalam melaksanakan peranya sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan menggunakan langkah-langkah tindakan yang sistimatis sehingga dapat membantu ibu korban kekerasan. Langkah – langkah tersebut meliputi kemampuan dalam melakukan pengkajian dan pendekatan kepada Ibu sehingga Ibu mau bercerita dan mengungkapkan pengalaman kekerasan yang dialaminya. Menjamin rasa nyaman dan membina hubungan saling percaya sangat diperlukan dalam hal ini. Perlu juga dilakukan promosi bahwa dengan berdiam diri tidak akan menyelesaikan permasalahan, poster-poster yang memberikan dorongan agar ibu mau terbuka kepada perawat juga perlu ditempel di ruang perawatan.

Perawat maternitas mempunyai peranan yang besar dalam meningkatkan keselamatan, kesehatan serta kesejahteraan ibu dan keluarga berupa kesejahteraan fisik dan psikososial. Menurut Taylor, dkk (1997), peran perawat maternitas adalah *educator*, *conselor*, *caregiver* atau *provider*, *case finder*, peneliti dan *advocate*.

a. Peran sebagai Pendidik (*educator*)

Peran perawat sebagai pendidik perempuan hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, disini perawat perlu meningkatkan pengetahuan ibu dan meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri ibu bahwa dia layak dihargai dan perlu meminta pertolongan untuk keluar dari permasalahan (Bobak & Jansen, 1985).

b. Peran sebagai Konselor (*conselor*)

Perawat perlu mengidentifikasi kekerasan dalam rumah tangga serta mencari alternatif-alternatif penyelesaian masalah yang dapat ditempuh serta tempat-tempat yang memberikan perlindungan atau selter yang dapat dimanfaatkan sebagai rumah sementara (Bobak & Jansen, 1985).

c. Peran perawat sebagai *care giver /provider*

Perawat dalam memeberikan asuhan keperawatan kepada perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dengan menggunakan langkah langkah tindakan yang sistematis meliputi: kemampuan dalam melakukan pengkajian dan pendekatan kepada ibu sehingga ibu mau bercerita dan mengungkapkan pengalaman kekerasan yang dialaminya, menjamin rasa aman nyaman, dan membina hubungan saling percaya, memberikan dukungan emosional seperti : menerima, memahami, merangkul, membuka diri, membina situasi akrab, mendengarkan, mensupport, mengkaji realitas, identifikasi dan juga perhatian terhadap fisik (May, 1992 ; Taylor, et al., 1997).

d. Peran perawat sebagai peneliti (*Researcher*)

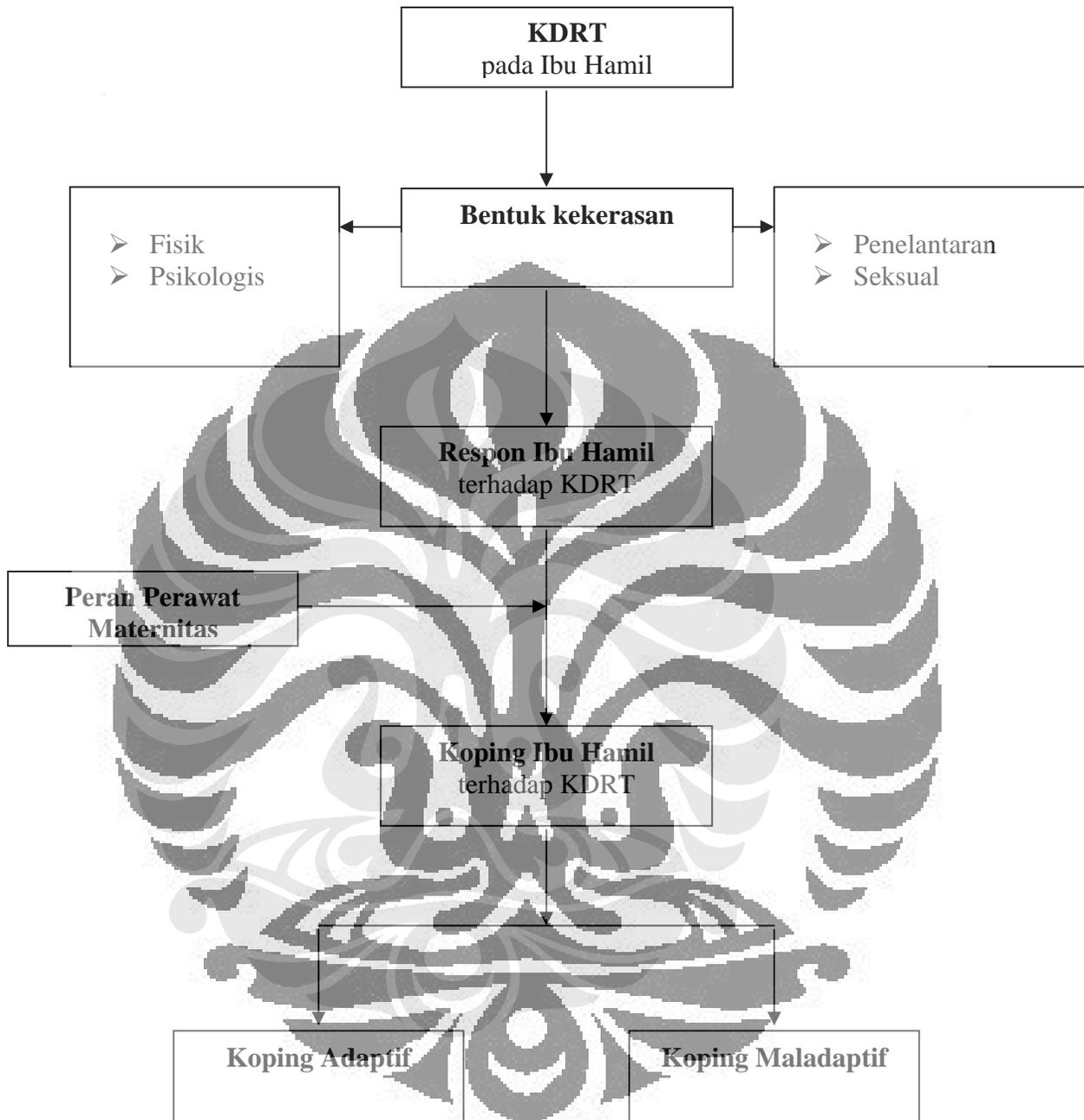
Penelitian yang dilakukan oleh perawat dilakukan untuk melihat keefektifan intervensi keperawatan perawat, juga mengevaluasi penelitian terbaru yang ditemukan untuk diaplikasikan dilahan praktek (May, 1992 ; Taylor, et al., 1997). Perawat tidak hanya meneliti pada masalah kesehatan fisik perempuan hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga tetapi dapat juga mengembangkan penelitian kearah psikososial

e. Peran sebagai Pembela (*Advocate*)

Peran perawat sebagai penghubung antara perempuan hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dengan pihak-pihak terkait dalam penatalaksanaan kekerasan dalam rumah tangga meliputi : memfasilitasi perempuan hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga berkomunikasi dengan pemerintah atau Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang peduli terhadap kekerasan dalam rumah tangga selain itu juga perawat mempunyai tugas untuk melindungi ibu dan janin terhadap kekerasan dan melakukan perawatan terhadap kekerasan fisik (Bobak & Jansen, 1985).



SKEMA 2.1 : KERANGKA TEORI PENELITIAN



Sumber diadopsi dari Lenore Walker (1984), Bobak & Jansen (1985), Heise et al.(1999), Poerwandari (2000), UU PKDRT No 23 Tahun 2004, Hayati, et al (2002), Ridwan (2006).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*. Penelitian *grounded theory* adalah studi ini menekankan makna dari pengalaman seseorang yang menghasilkan suatu teori (Creswell, 1998). Pernyataan ini juga dijelaskan oleh Basrowi dan Sadikin (2002), menyatakan bahwa pendekatan *grounded theory* merupakan suatu cara penelitian kualitatif yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan suatu prosedur tertentu untuk menghasilkan teori. Pada penelitian ini peneliti berusaha mempelajari bagaimana respon dan coping perempuan hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga dan menginterpretasikan hal tersebut berdasarkan perspektif partisipan.

Tujuan menggunakan pendekatan *grounded theory* adalah untuk memahami respon dan coping ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dengan menggeneralisasikan teori tentang fenomena sosial dan psikologi (Chenits & Swanson, 1986 dalam Streubert & Carpenter, 1998). Metoda ini merupakan salah satu bentuk penelitian lapangan untuk menggali dan menggambarkan respon dan coping ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam kehidupan di rumah tangganya sehari-hari. (Polit & Hungler, 1991 :195 dalam Streubert & Carpenter, 1998).

Konsep penting dari penelitian grounded teori adalah penelitian tidak dimulai dari suatu teori tetapi berdasarkan data-data yang ditemukan, dari data-data ini suatu teori dihasilkan. Langkah prosedur penelitian grounded theory spesifik dan informasi berhubungan dengan teori yang dihasilkan dari data-data yang didapatkan, sehingga teori yang didapatkan dihubungkan dengan penemuan-penemuan data dari penelitian sebelumnya (Glasser & Strauss, 1980 dalam Streubert & Carpenter, 1998).

B. Partisipan

Penentuan partisipan dalam penelitian ini menggunakan purposif sampling, yaitu penentuan partisipan yang sesuai dengan tujuan penelitian dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam penelitian. Kriteria yang diambil adalah : (1) ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, (2) sukarela bersedia menjadi partisipan penelitian, (3) mampu menceritakan pengalaman mengalami kekerasan dalam rumah tangga, (4) berdomisili di wilayah Jakarta Bogor Depok Bekasi (Jabodetabek).

Jumlah partisipan ditentukan oleh kedalaman data dan proses sehingga cenderung dilakukan dengan jumlah partisipan yang tidak terlalu banyak. Dalam penelitian ini, jumlah partisipan yang diambil hanya 6 (enam) orang. Penetapan jumlah tersebut didasarkan pada pertimbangan bahwa keenam partisipan tersebut telah sampai pada taraf redundancy (datanya telah jenuh apabila ditambah sampel lagi tidak memberikan informasi yang baru), artinya bahwa dengan menggunakan partisipan

selanjutnya boleh dikatakan tidak lagi diperoleh tambahan informasi baru yang berarti. (Nasution 1998 dalam Sugyono, 2005)

Proses pencarian partisipan dilakukan oleh peneliti dengan bantuan dokter dan bidan dari Puskesmas, bidan, polisi dan konsultan pendamping dari biro bantuan hukum yang menangani perempuan dan anak (pengacara). Kegiatan ini diawali peneliti dengan mendatangi dan memberikan surat rekomendasi penelitian kepada dokter dan bidan puskesmas Jati Melati Kodya Bekasi, polisi dari Polres Jakarta Pusat, Jakarta Selatan dan Bekasi, konsultan pendamping dari Komnas Perempuan, LBH Apik, Bantuan Hukum Perempuan dan Anak, LSM Mitra Perempuan.

Selanjutnya peneliti menjelaskan kepada dokter, bidan, polisi, dan pengacara tersebut di atas maksud dan tujuan penelitian respon dan coping ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Peneliti meminta kesediaan mereka untuk memberikan data dan informasi mengenai ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Sebagian diantaranya menolak memberikan data dan informasi atas dasar menjaga kerahasiaan korban.

Peneliti dapat mewawancarai partisipan, setelah partisipan bersedia dan memahami maksud dan tujuan penelitian. Tidak mudah mendapatkan kepercayaan dari partisipan untuk mau diwawancarai. Proses perkenalan dengan partisipan, dan kesediaan partisipan diwawancarai sangat dipengaruhi oleh peranan bidan, polisi atau pengacara yang selama ini sudah mendampingi partisipan. Walaupun demikian,

tidak semua ibu hamil yang mengalami kekerasan dapat menjelaskan kasusnya dan mau terbuka untuk diwawancara sehingga dengan bantuan petugas-petugas tersebut maka partisipan mau dilakukan wawancara.

tidak bisa dikategorikan partisipan.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Jabodetabek, dengan pertimbangan berdasarkan data KUA terdapat kasus perceraian yang cukup tinggi sekitar 120 kasus perbulannya, yang disebabkan faktor ekonomi dan ketidak harmonisan dalam keluarga (Aripudin, 2007, http://www.bkkbn.go.id/news_detail.php?nid=5419, diperoleh tanggal 16 april 2008). Penelitian ini dilakukan mulai bulan April sampai dengan Juni 2008.

D. Etika Penelitian

Sebagai pertimbangan etik, peneliti meyakinkan bahwa partisipan terlindungi dengan memperhatikan aspek kebebasan untuk menentukan apakah partisipan bersedia atau tidak untuk berkontribusi dalam penelitian. Peneliti menghormati hak-hak partisipan seperti untuk mendapatkan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian. Sebelum dilakukan wawancara terhadap substansi yang diteliti, terlebih dahulu peneliti melakukan pendekatan personal, dengan pertanyaan-pertanyaan yang umum, dengan kedekatan ini diharapkan partisipan akan merasa nyaman berbicara dengan peneliti (Polit & Hurgur, 2001). Disamping itu partisipan diberikan informed consent dan meminta partisipan menandatangani sebagai bentuk kesediaan partisipan berpartisipasi dalam penelitian.

Selama penelitian berlangsung maupun setelah berlangsung peneliti harus menjaga kerahasiaan (Streubert & Carpenter, 1999). Sesuai dengan etika penelitian pemberi informasi dijaga kerahasiaan identitasnya, semua partisipan diberlakukan sama dengan memberikan kode (*Anonymity*), informasi yang diberikan partisipan hanya untuk keperluan penelitian ini (*Confidentiality*).

Selama pengambilan data peneliti juga harus berusaha untuk memberikan kenyamanan pada partisipan dengan mencari tempat yang nyaman seperti jauh dari suara kebisingan, wawancara tanpa didengar oleh pihak ketiga, dengan harapan partisipan dapat mengungkapkan perasaan, pikiran, dan pengalamannya secara leluasa dan waktu ditentukan berdasarkan kesepakatan dengan partisipan (Polit, Beck & Hungler, 2001).

Penggunaan alat pengambilan data seperti tape recorder telah diberitahukan dan dimintakan persetujuan dari partisipan setelah terlebih dahulu dijelaskan tujuannya.

E. Proses Pengumpulan Data

Pada penelitian ini sesuai dengan metoda grounded theory, data dikumpulkan dari berbagai sumber, yaitu observasi, wawancara mendalam dilengkapi catatan lapangan (*field note*). Menurut Moleong (2004) observasi merupakan tehnik pengamatan yang memungkinkan peneliti melihat dan mengamati sendiri terhadap perilaku sebenarnya dan dengan tehnik ini dapat mengurangi keraguan peneliti

terhadap data yang diperoleh dari partisipan. Tetapi tidak semua perlu diamati oleh peneliti, hanya hal-hal yang terkait atau relevan dengan data yang dibutuhkan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan observasi dan catatan lapangan bersamaan dengan wawancara mendalam.

Wawancara merupakan percakapan dan tanya jawab yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Wawancara kualitatif dilakukan bila peneliti bermaksud memperoleh pengetahuan tentang makna-makna subyektif yang dipahami individu berkenaan dengan topik yang diteliti dan bermaksud melakukan eksplorasi (Banister, 1994).

Sebelum wawancara dilakukan, peneliti membuat rancangan wawancara berupa pedoman wawancara. Pedoman wawancara mendalam disusun berdasarkan pada teori-teori yang relevan dengan masalah penelitian dan akan digunakan jika diperlukan. Pedoman wawancara dimulai dengan pertanyaan terbuka, tidak bersifat kaku, karena pertanyaan bisa berkembang sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara, dengan tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan dalam penelitian. Uji wawancara telah dilakukan oleh peneliti sebelum pengambilan data dimulai, dengan melakukan wawancara kepada teman.

Pertemuan dengan setiap partisipan dilakukan dua kali. Sebelumnya peneliti melakukan perkenalan dan menjalin hubungan saling percaya dengan calon partisipan di wilayah Kecamatan Jati Melati Kotamadya Bekasi. Pada awal

pertemuan ini peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan melakukan kontrak serta kesepakatan tentang waktu dan tempat wawancara. Akhir dari pertemuan ini calon partisipan akan menandatangani pernyataan persetujuan apabila bersedia menjadi partisipan dan mengisi data demografi partisipan.

Pertemuan kedua (wawancara awal) dilakukan sesuai dengan pedoman wawancara, namun urutan pertanyaan bersifat fleksibel mengikuti jawaban partisipan. Wawancara berlangsung 60 – 90 menit untuk setiap partisipan. Selama wawancara berlangsung, peneliti minta izin kepada partisipan untuk menggunakan perekam tape recorder akan tetapi partisipan tidak mau direkam waktu dilakukan wawancara. Disamping itu juga, peneliti melakukan catatan lapangan untuk mencatat fenomena yang tidak diperoleh melalui wawancara dengan persetujuan partisipan terlebih dahulu. Pada saat berada dilapangan peneliti membuat catatan (field note). Catatan itu berupa coretan seperlunya, berisi kata – kata kunci, frase, pokok pokok isi pembicaraan atau pengamatan, sketsa, diagram dan lain-lain.

Semua hasil wawancara ini dicatat dan selanjutnya dibuat dalam transkrip data, kemudian peneliti melakukan interpretasi dengan mengidentifikasi kemungkinan berbagai tema sementara dari hasil wawancara pertama berdasarkan penjelasan – penjelasan yang diberikan partisipan.

Setelah ditemukan tema-tema sementara kemudian pada pertemuan berikutnya (wawancara kedua), peneliti melakukan klarifikasi data-data yang kurang jelas yang

diperoleh pada wawancara sebelumnya dengan cara meminta partisipan untuk membaca kembali hasil transkrip yang telah dibuat, apakah sudah sesuai atau belum. Selama wawancara kedua ini berlangsung, peneliti memberikan kesempatan kepada partisipan untuk memperluas, menambah serta mengurangi deskripsi berdasarkan pengalaman mereka sehingga peneliti memperoleh keakuratan data.

Untuk menunjang penelitian ini, dilakukan studi/telaah literatur yang berasal dari berbagai jurnal dan literatur yang berhubungan dengan topik yang diteliti, melalui media cetak maupun media elektronik guna menambah data-data yang diperlukan dalam penelitian ini dan sebagai perbandingan dengan informasi yang didapatkan.

F. Keabsahan dan Validitas Data

Menjaga validitas data agar informasi yang diperoleh valid dalam penelitian ini maka diperlukan tehnik pemeriksaan. Menurut Moleong (2004) ada empat kriteria yang digunakan untuk memperoleh keabsahan data dalam study kualitatif yaitu derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantunagn (*Dependendability*) dan kepastian (*Confirmability*).

Credibility berfungsi melaksanakan penelitian sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai. Pada penelitian ini peneliti lakukan dengan cara merekam hasil wawancara dan mendengarkan berkali-kali wawancara tersebut, hasil wawancara menjadi bukti keabsahan data yang diteliti dan bukan merupakan suatu hasil rekayasa peneliti. (Moleong, 2004).

Transferability merupakan cara membangun keteralihan untuk menilai keabsahan data penelitian kualitatif. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penguraian secara rinci hasil temuan yang didapatkan, dibuat dalam bentuk naratif semua data hasil observasi, rekaman wawancara, catatan lapangan, jurnal, dan literatur yang didapatkan (Moleong, 2004).

Dependability merupakan suatu kebergantungan data, sebagai kriteria keabsahan hasil penelitian. Dalam hal ini, dilakukan auditing (pemeriksaan) dengan melibatkan seseorang yang kompeten dibidangnya (Moleong, 2004)

Confirmability dilakukan dengan wawancara kedua kepada partisipan untuk mengkonfirmasi tema-tema sementara yang telah dibuat dalam deskripsi tekstual agar lebih menambah keakuratan data penelitian. Peneliti terlebih dahulu membuat transkrip dari hasil wawancara pertama, melakukan interpretasi dengan mengidentifikasi kemungkinan berbagai tema sementara dari hasil wawancara tersebut. Kemudian peneliti melakukan klarifikasi data-data yang kurang jelas dengan cara meminta partisipan untuk membaca kembali hasil transkrip yang telah dibuat sambil membacakan hasil wawancaranya (Streubert & Carpenter, 1999).

G. Pengolahan Analisis Data

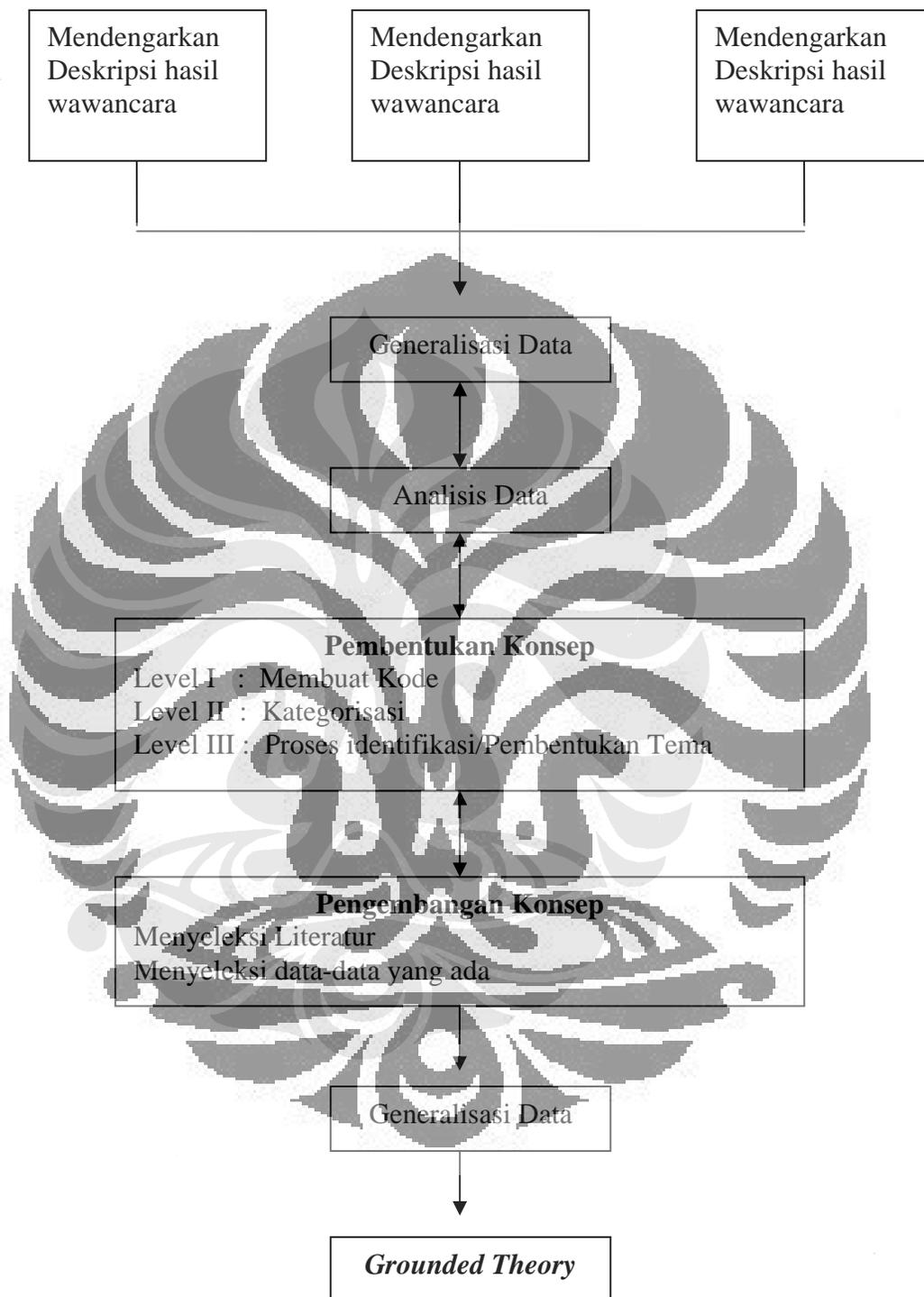
Proses pengumpulan data, pengkodean dan analisis data pada penelitian grounded theory dilakukan secara bersamaan (Streubert & Carpenter, 1999). Adapun tahapan

analisis terhadap data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah mengumpulkan seluruh data dari hasil observasi partisipan, wawancara mendalam, catatan lapangan, jurnal, dan literatur.

Seluruh data yang telah dikumpulkan ditranskrip dan dibuat kode data, kemudian data-data tersebut diidentifikasi melalui proses dan pola konseptual. Pengkodean akan dilakukan pada tiga tingkatan (level) yaitu : Level I : pengkodean dilakukan pada substansi data atau kata-kata partisipan, dengan cara menggaris bawahi kata-kata yang signifikan (kata-kata kunci). Level II : pengkodean atau pembentukan kategori-kategori, kata-kata kunci yang telah ditemukan dikelompokkan untuk membentuk kategori-kategori. Level III : pengkodean atau pembentukan tema. Dari pengelompokan kategori-kategori, dicari kaitannya antara kategori dengan kategori lainnya untuk membentuk tema. Penentuan tema-tema didasari pada tujuan penelitian yang akan dicapai (Streubert & Carpenter, 1999).

Proses analisis dilanjutkan dengan pengembangan konsep, hal ini dilakukan dengan jalan merumuskan pernyataan yang operasional, untuk menjawab pertanyaan penelitian. Data data yang ditemukan diseleksi dengan perbandingan teori-teori yang mendukung, hal ini digunakan sebagai perbandingan bagi peneliti terhadap hasil penelitian, kemudian dibentuk pernyataan-pernyataan untuk mendapat variabel inti, dibuat skema-skema dengan mengumpulkan tema-tema esensial yang ada untuk menjadi suatu rangkaian dalam membentuk suatu teori dasar penelitian yang ditemukan (*grounded theory*).

Skema 3.1 : Teknik Analisa Data



Sumber: Streubert Speziale dan Carpenter, (2003)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada bab empat ini akan dipaparkan hasil penelitian mengenai respon dan koping wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Pada bagian ini terdiri dari uraian mengenai karakteristik partisipan dan analisis tema yang diperoleh dari berbagai respon dan koping wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga serta berbagai bentuk kekerasan dan dampak terhadap kehamilan.

A. Gambaran karakteristik partisipan

Semua partisipan dalam penelitian ini adalah wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Sebanyak 6 wanita hamil dalam penelitian ini memiliki karakteristik sebagai berikut :

Partisipan 1 :

Usia 30 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan sarjana, pekerjaan ibu rumah tangga, saat ini partisipan hamil anak kedua dengan usia kehamilan 9 bulan. Pelaku kekerasan adalah suami, suami 50 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan sarjana, dan pekerjaan wiraswasta.

Partisipan 2 :

Usia 32 tahun, agama Islam, suku Sunda, pendidikan SMEA, pekerjaan ibu rumah tangga, saat ini partisipan hamil anak kedua dengan usia kehamilan 3 bulan. Pelaku kekerasan adalah suami, usia suami 40 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan STM dan pekerjaan swasta

Partisipan 3 :

Usia 29 tahun, suku Jawa, pendidikan SMEA, pekerjaan swasta, saat ini partisipan hamil anak kedua dengan usia kehamilan 7 bulan. Pelaku kekerasan adalah suami, usia suami 30 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SMA, dan pekerjaan tidak tetap.

Partisipan 4 :

Usia 31 tahun, agama Islam, suku Sunda, pendidikan sarjana, pekerjaan ibu rumah tangga, saat ini partisipan hamil anak ketiga dengan usia kehamilan 4 bulan. Pelaku kekerasan suami korban, usia suami 33 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan sarjana dan pekerjaan swasta.

Partisipan 5 :

Usia 33 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan sarjana, pekerjaan ibu rumah tangga, saat ini partisipan hamil anak kedua dengan usia kehamilan 3 bulan. Pelaku kekerasan adalah suami, usia suami 38 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan sarjana, pekerjaan PNS

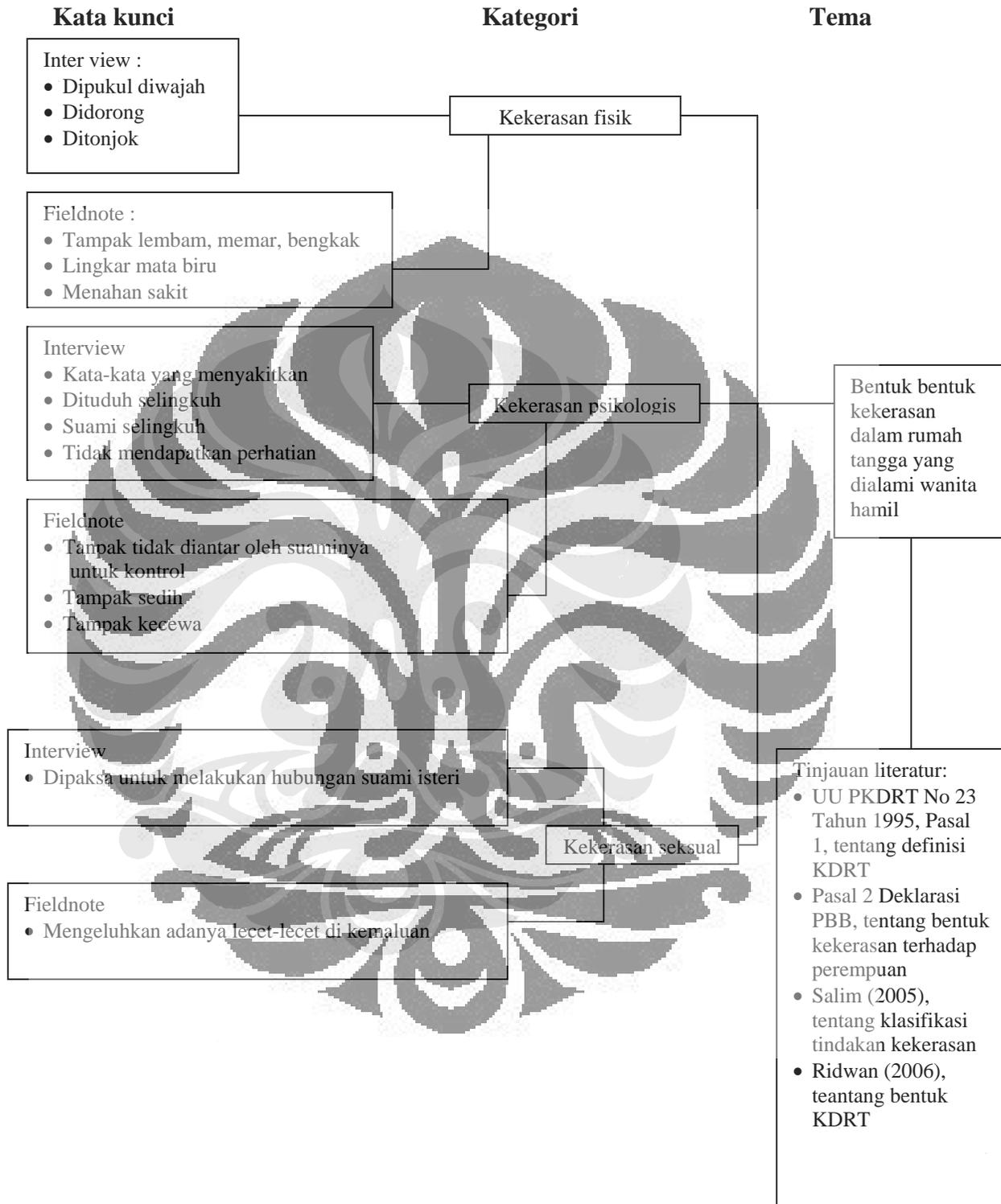
Partisipan 6 :

Usia 23 tahun, agama Islam suku sunda, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, saat ini partisipan hamil anak pertama dengan usia kehamilan 4 bulan. Pelaku kekerasan adalah suami, usia suami 23 tahun, agama Islam, suku Betawi, pendidikan SMA, pekerjaan tidak tetap.

B. Gambaran Hasil Penelitian

Pada bagian ini akan dijelaskan secara terperinci berbagai tema yang teridentifikasi oleh peneliti baik dari hasil wawancara, observasi perilaku dan dari literatur dan studi dokumen terkait. Peneliti mengkaitkan dan menganalisa dengan menggunakan tinjauan literatur yang telah dipersiapkan sebelumnya. Adapun tema utama yang ditemukan penelitian ini yang terkait dengan kekerasan rumah tangga yang dialami oleh wanita hamil adalah bentuk bentuk kekerasan dalam rumah tangga yang dialami oleh wanita hamil, respon wanita hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga, koping wanita hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga yang adaptif dan mal adaptif dan perlunya support sosial kepada ibu hamil yang mengalami KDRT. Berikut ini uraian secara rinci tentang tema tersebut :

Skema 4.1 : Proses Analisa Data Tema 1



1. Bentuk bentuk kekerasan dalam rumah tangga yang dialami wanita hamil

Bentuk kekerasan yang dilami partisipan adalah kekerasan fisik, kekerasan psikologis, kekerasan ekonomi, kekerasan sosial dan seksual. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

1). Kekerasan fisik

Tiga dari enam partisipan mengalami kekerasan fisik yang menyebabkan luka secara fisik. Kekerasan fisik yang didapat oleh partisipan dari suaminya berupa pukulan ke wajah, didorong hingga terjatuh, ditonjok ke arah mata bahkan ditendang setelah partisipan sudah tidak berdaya, adapula yang rambutnya dipotong. Berikut ini adalah beberapa ungkapan partisipan:

“...kalau ada sesuatu yang tidak berkenan dengannya, dia suka langsung memukul atau menampar saya, bahkan pernah saya didorong sampai jatuh” (P2)

“..... saya pernah dipaksa untuk ngaku kalau saya selingkuh, sambil rambut saya dipotong pake pisau, ditonjok ke arah mata...akhirnya saya terpaksa ngaku walau sebenarnya itu tidak saya lakukan” (P3).

“..... hal itulah yang membuat kami selalu bertengkar, yang selalu dibarengi dengan memukul dan mendorong saya, tangan saya juga dijepit pintu” (P5)

Selama proses wawancara peneliti menemukan P2 tangannya memar dan bengkak bekas pukulan, P3 lingkaran matanya agak kebiruan, P5 ada bekas luka di tangan.

2). Kekerasan Psikologis

Seluruh partisipan mengalami kekerasan psikologis seperti, menjelekan didepan orang, tidak memberikan dukungan dan perhatian dengan adanya kehamilan,

dituduh selingkuh, suami melakukan selingkuh, suami membawa anak-anak sehingga tidak bisa bertemu dengan ibunya, ditinggalkan oleh suaminya. Hal tersebut tentunya sangat berpengaruh sekali secara kejiwaan bagi wanita yang sedang hamil. Berikut ini adalah beberapa ungkapan partisipan:

“..... suami saya sering kali mengatakan kalau saya ini tidak becus untuk mengurus rumah, itu dia katakan didepan relasinya,“..... setiap kali saya kontrol hanya diantar oleh sopir, suamipun tidak pernah sekalipun menanyakan bagaimana hasilnya”(P1).

“..... katanya anak ini adalah hasil dari saya selingkuh”(P2)

“..... saya dipaksa ngaku kalau saya selingkuh”(P3)

“..... karena saya tau kalau dia selingkuh, dia malah merebut juga anak-anak dari saya”(P4).

“..... memang perilaku suami saya berubah sejak ada perempuan itu”(P5)

“.....untung saya masih ada orang tua yang siap bantu saya, sementara suami saya tidak pernah lagi pulang kesini”(P6).

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti saat wawancara, P1 dan P5 tampak wajah kecewa, P2, P3 dan P4 wajahnya tampak sedih,

5). Kekerasan seksual

Tiga dari enam partisipan mengalami kekerasan seksual, dimana suaminya selalu memaksa untuk melakukan hubungan suami isteri, dan partisipan mengeluhkan lecet-lecet di vaginanya. Berikut ini adalah beberapa ungkapan partisipan:

“.....suami kadang ngak mau tahu apakah kita cape atau ngak”(P2).

“.... suami kadang suka memaksa saya untuk berhubungan, terkadang itu yang bikin saya sakit dan lecet.”(P3).

“..... kalau suami meminta berhubungan itu harus....., dan kalau saya membantah, dia ngak segan-segan untuk memukul”(P5).

Bentuk-bentuk kekerasan diatas didapatkan peneliti sebagai intisari dari jawaban-jawaban partisipan atas pertanyaan penelitian “bisakah ibu ceritakan apa saja bentuk-bentuk kekerasan yang ibu alami?” dengan pertanyaan ini peneliti ingin menggali bentuk kekerasan apa saja yang dialami oleh ibu hamil. Bentuk bentuk kekerasan yang ditemukan dalam penelitian ini sesuai dengan yang dijelaskan dalam Undang-undang penghapusan kekerasan dalam rumah tangga (UU PKDRT) NO 23 tahun 2004.

Menurut Bobak, Lowdermilk & Jensen, (1995) bahwa peristiwa kehamilan dianggap sebagai suatu periode transisi dalam kehidupan seorang wanita, yang menyebabkan dirinya mengalami perubahan peran dan status menjadi seorang ibu, perubahan ini dirasa mengancam oleh pasangannya, tidak mengherankan kekerasan meningkat 60% saat wanita hamil.

Menurut Ridwan (2006) kekerasan dalam rumah tangga adalah bentuk penganiayaan (*abuse*) oleh suami terhadap istri atau sebaliknya baik secara fisik (patah tulang, memar, kulit tersayat dll) maupun emosional/psikologis (rasa cemas, depresi, dan perasaan rendah diri). Dalam rumusan yang lain kekerasan dalam rumah tangga didefinisikan setiap atau yang dilakukan oleh seseorang secara sendiri atau bersama-sama terhadap seorang perempuan atau terhadap pihak yang ter subordinasi hanya dalam lingkup rumah tangga yang

mengakibatkan kesengsaraan secara fisik, seksual, ekonomi, ancaman psikologi termasuk perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang.

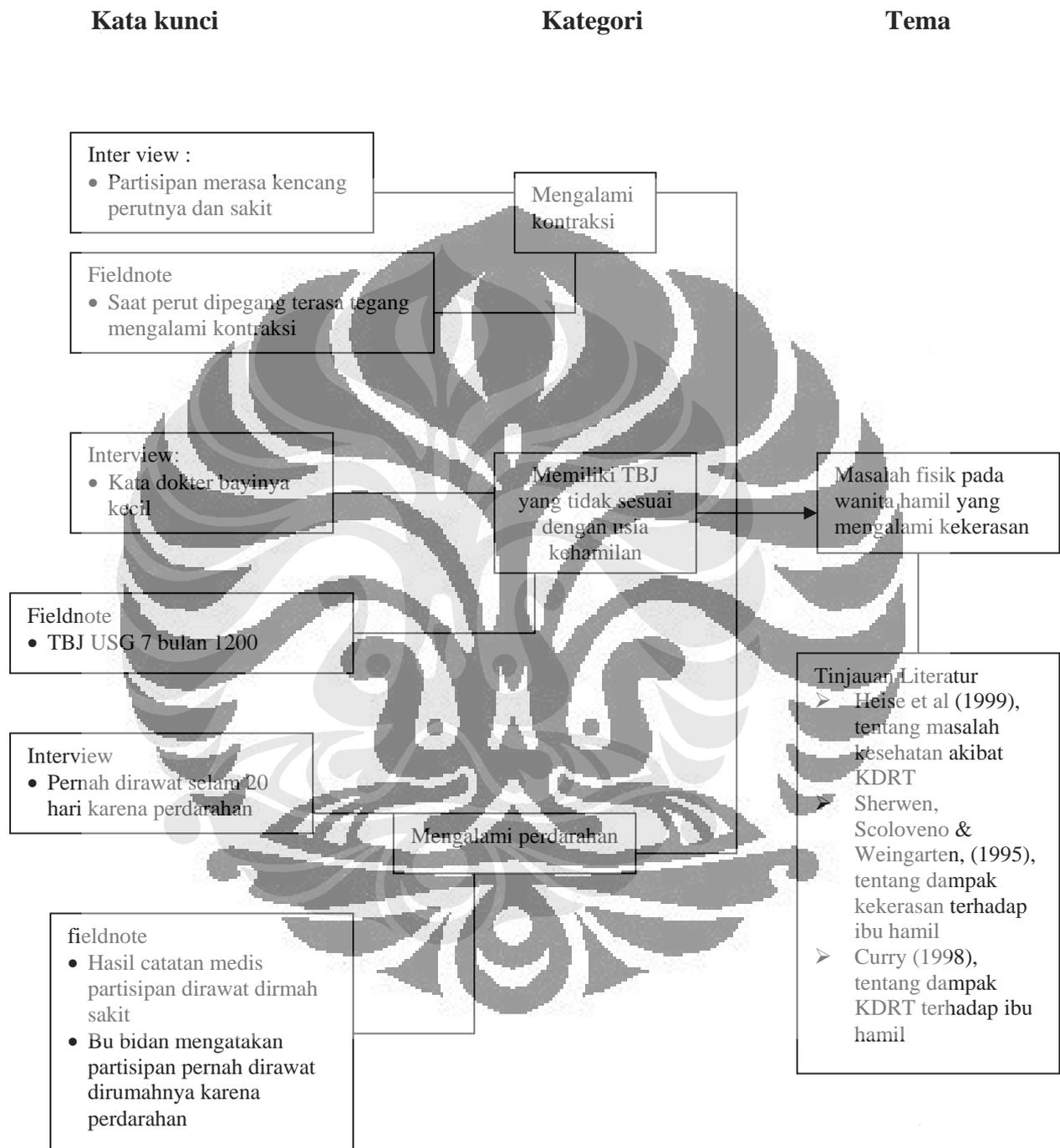
Bentuk-bentuk kekerasan secara jelas digambarkan dalam Pasal 2 Deklarasi yang menyatakan bahwa kekerasan terhadap perempuan harus dipahami mencakup, tetapi tidak hanya terbatas pada: tindak kekerasan secara fisik, seksual dan psikologis yang terjadi dalam keluarga dan di masyarakat, termasuk pemukulan, penyalahgunaan seksual atas perempuan kanak-kanak, kekerasan yang berhubungan dengan masalah kawin, perkosaan dalam perkawinan, pengrusakan alat kelamin perempuan dan prakti-praktik kekejaman tradisional lain terhadap perempuan, kekerasan diluar hubungan suami istri dan kekerasan yang berhubungan dengan eksploitasi perempuan, perkosaan, penyalahgunaan seksual, pelecehan dan ancaman seksual ditempat kerja, dalam lembaga-lembaga pendidikan dan sebagainya, perdagangan perempuan dan pelacuran paksa. Serta termasuk kekerasan yang dilakukan dan dibenarkan oleh Negara di manapun terjadinya”.

Tindakan kekerasan dapat diklasifikasikan kedalam empat jenis yaitu kekerasan langsung (*direct violence*), kekerasan tidak langsung (*indirect violence*), kekerasan represif (*refressive violence*), dan kekerasan alienatif (*alienating violence*) (Salim, 2005).

Menurut UU PKDRT, yang dimaksud kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis dan atau perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (pasal 1 UU PKDRT).



Skema 4.2 : Proses Analisa Data Tema 2



2. Masalah fisik wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga

Masalah fisik wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, peneliti menemukan beberapa respon yang diungkapkan partisipan seperti mengalami kontraksi, memiliki taksiran berat janin (TBJ) yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, mengalami perdarahan, hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

1). Mengalami kontraksi

empat dari enam partisipan mengalami kontraksi setelah terjadi kekerasan, dimana partisipan merasakan perutnya kencang dan sakit. Berikut adalah beberapa ungkapan partisipan:

“..... kalau saya teringat kembali kata-kata suami yang menyakitkan hati saya ... perut biasanya terasa kenceng mba’...kontak batin kali ya’ (P1).

“..... setelah didorong oleh suami, perut terasa kenceng banget..., saya juga merasa sakit”(P3).

“..... sekarang sering banget saya merasa kenceng diperut, mungkin karena saya juga masih memikirkan bagaimana nasib anak-anak saya. (P4).

“..... mungkin kontak batin dengan sitede... setiap kali saya mikirin suami, pasti perut nih kenceng....kadang terasasakit juga “(P5)

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara P4 perut teraba kencang.

2). Memiliki Taksiran Berat Janin yang tidak sesuai dengan usia kehamilan

Dua dari enam partisipan mengalami penurunan berat badan sekitar tiga sampai lima kilogram, yang dibarengi dengan TBJ yang tidak sesuai dengan usia kehamilan,

berikut ini adalah beberapa ungkapan partisipan :

“... setelah kejadian itu saya memang males makan, perasaan udah kenyang aja... dan saat meriksa kehamilan eh... kok saya turun empat kilo, dan dokternya bilang juga kalau bayinya kecil “(P3).

“... satu bulan kemaren saya merasa berat sekali.... sampai sampai lupa makan dan sudah tidak memperhatikan diri sendiri, saat periksa kehamilan... berat badan saya turun lima kilo.”(P4)

Berdasarkan hasil pengamatan pada saat wawancara didapatkan hasil USG pada partisipan P3, menunjukkan TBJ dengan nilai 1200 sewaktu usia kehamilan 7 bulan, padahal seharusnya dalam usia kandungan 7 bulan, nilai TBJ lebih dari 2000.

3).Mengalami perdarahan

Tiga dari enam partisipan mengalami perdarahan setelah terjadinya kekerasan yang dilakukan oleh suaminya. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

“... Kalau sudah kena pukul muka saya lembam, bonyok dan kebiruan...saya malu untuk keluar rumah,.. saya juga pernah perdarahan karena didorong dan jatuhah...untunglah ada bu bidan(P2)

“... saat rebutan anak.... Saya didorong hingga jatuh ... dan setelah kejadian itu terjadi perdarahan... sempat dirawat (P4)

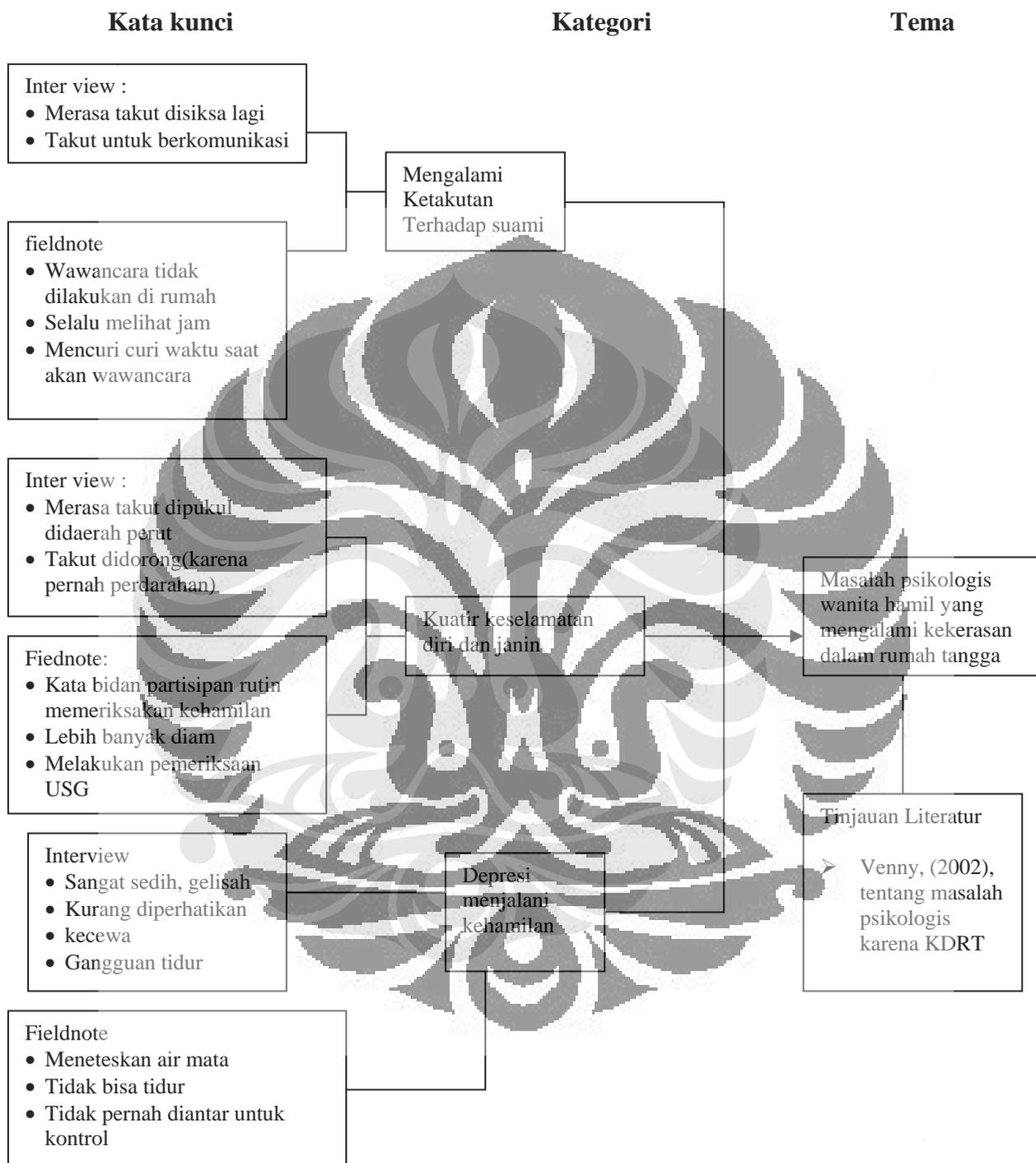
“... Karena dipukul... muka saya lembam,...dan saya juga didorong suami hingga jatuh... tak tau gimana ada keluar flek dan.... Perut juga terasa tegang... (P5)

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara peneliti mendapatkan catatan medis yang menyatakan P4 pernah dirawat di rumah sakit, dan informasi dari bidan kalau P2 pernah dirawat dikliniknya.

Kekerasan fisik pada ibu hamil selain sangat berbahaya untuk ibu juga berisiko besar untuk bayi yang dikandungnya. Resiko trauma/cidera pada bayi ini jauh lebih besar karena kondisi bayi yang masih rentan terhadap trauma (Curry, 1998 dalam Lowdermilk, 2000). Bayi pada Ibu korban kekerasan fisik selama kehamilan sering lahir prematur atau lahir mati (Sherwen, Scoloveno & Weingarten, 1995).

Kekerasan selama kehamilan dapat berdampak serius pada kesehatan perempuan dan anaknya (Heise et al.,1999). Dampaknya antara lain termasuk kunjungan antenatal yang tertunda, penambahan berat badan selama kehamilan yang tidak mencukupi, kebiasaan merokok meningkat, penyakit menular seksual, infeksi vagina dan leher rahim, infeksi ginjal, keguguran, dan aborsi, kelahiran prematur, gawat janin dan perdarahan dalam kehamilan. Hal ini diperkuat dengan adanya hasil penelitian yang menunjukkan bahwa kekerasan pada masa kehamilan menjadi penyebab terbesar pada masalah berat badan lahir rendah, persalinan prematur dan janin tumbuh lambat (Pettersen et al, 1997).

Skema 4.3 : Proses Analisa Data Tema 3



3. Masalah psikologis ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga

Respon psikologis yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, peneliti menemukan beberapa respon yang diungkapkan partisipan seperti mengalami ketakutan dalam menjalani kehamilan, depresi menjalani kehamilan, harapan mempertahankan keutuhan rumah tangga. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

1). Mengalami ketakutan

Lima dari enam partisipan takut kepada suaminya. Berikut adalah beberapa ungkapan partisipan :

“...saya jadinya agak-agak takut bila mau membuka pembicaraan dengan suami”

(P1)

“...suami saya pernah mengancam saya kalau melapor lagi, saya jadinya tidak bisa berbuat apa-apa” (P2)

“...karena takut saya jadinya tidak bisa berbuat apa-apa” (P3)

“...mendingan saya diam saja, daripada nanti dia kalap” (P5)

berdasarkan hasil pengamatan peneliti saat wawancara terlihat P1 tidak bersedia diwawancara dirumah karena takut diketahui suami begitu pula dengan P2,P3 dan P5, dan P1 tampak selalu melihat jam, takut kalau suaminya sudah memngecek ke rumah.

2). Kuatir terhadap keselamatan janin

Tiga dari enam partisipan yang diteliti merasakan takut kalau disiksa lagi oleh suaminya dan merasa khawatir terhadap keselamatan janin dan dirinya terhadap kekerasan yang dialaminya. Berikut adalah beberapa ungkapan partisipan :

“...Lebih baik saya mengalah, saya takut perut saya kena pukul”(P3).

“karena saya ada riwayat pernah perdarahan, saya rutin memeriksakan kehamilan saya “. (P4)

“..... mendingan saya diam aja, daripada nanti dia kalap”, saya takut didorong lagi kasihan janin saya..(P5)

Berdasarkan hasil pengamatan selama wawancara, P3, P4, P5 selalu memegang perutnya dan wajah tampak takut kalau ada apa-apa dengan bayi.

3). Depresi menjalani kehamilan

Semua partisipan mengalami perasaan tertekan dengan kondisi kekerasan, merasa sedih dengan siksaan yang menyakitinya. Lima dari enam partisipan sedih dan langsung menangis saat itu juga, saat menceritakan kondisi yang dialaminya semua partisipan meneteskan airmata bahkan ada juga yang menangis sambil menutup mulut, namun ada juga yang memalingkan. Berikut ini adalah beberapa ungkapan partisipan:

“..... saya sedih, tertekan, merasa tidak berguna, kadang ngak bisa tidur... udah berfikir yang macam-macam kaya orang gila kalo” (P1).

“.... kalau anak saya sudah tidur, ngak sadar saya sedih dan nangis mikirin nasib”(P2).

“.... saya bener-bener kecewa dan sedih... suami selalu curiga, kondisi itu membuat cemburuan saya makin tertekan...”(P3)

“..... saya sedih mikirin nasib saya, yang seharusnya suaminya memperhatikan saya yang sedang hamil, ...saya juga ngak bisa tidur inget anak terus”...saya tertekan dengan sikap suami saya ...”(P4)

“.... sedih, kecewa, merasa tertekan sudah pasti itu mah...ah saya sudah tidak bisa bilang apalagi...”(P5)

“..... saya hamil tapi suami pergi ...ngak tau... ah saya jadi pengen nangis”(P6)

Berdasarkan pengamatan penelitian saat wawancara terlihat P1, P2 dan P3, P4, P5, tampak sedih dalam mengungkapkan perasaannya dengan mata berkaca-kaca, dan P6 tampak menangis.

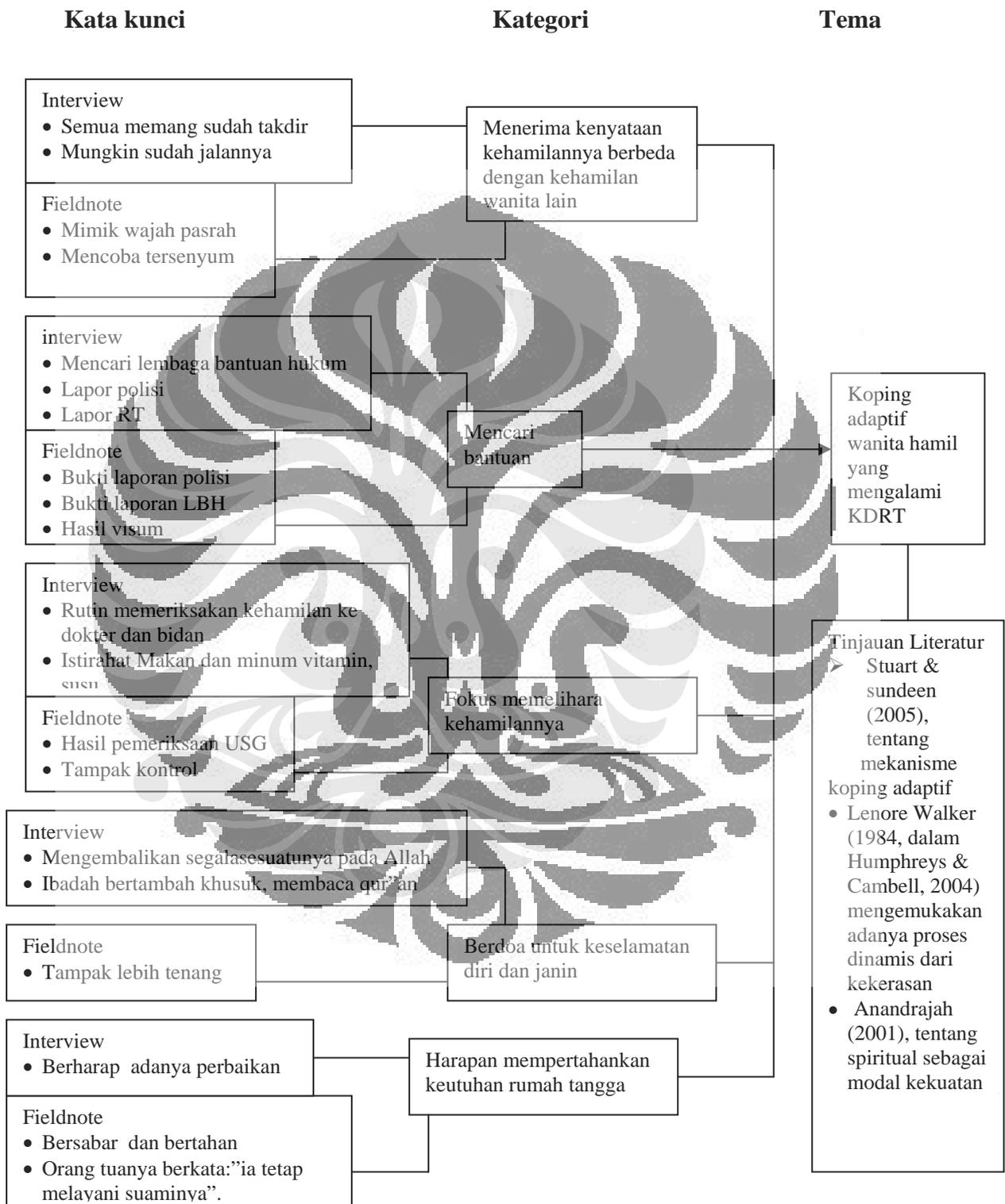
Perasaan ketakutan menurut Poerwandari (2000), perasaan yang paling mendominasi korban kekerasan, dimana rasa takut itu akan mengendalikan perilakunya dan dapat mengganggu pola tidurnya. Ketakutan juga dapat menimbulkan respon meminimalkan kejadian kekerasan yang dialaminya, dalam penelitian ini partisipan melakukan 'mengalah dan diam'.

Korban dari kekerasan dalam rumah tangga dapat muncul dalam berbagai bentuk, baik secara medis, emosional, personal (kepribadian) maupun profesionalitas. Dampak secara medis antara lain: korban perilaku kekerasan 6 kali lebih sering ke RS, dibanding mereka yang tidak mengalami kekerasan, 8 kali lebih sering ke dokter, dan membeli obat resep dokter 6 kali lebih banyak, adapun akibat reaksi stres yang dideritanya perempuan korban kekerasan sering mengalami berbagai penyakit antara lain: tukak lambung, hipertensi, alergi, dan depresi. Dampak

secara emosional adalah: depresi, penyalahgunaan obat, peminum alkohol, kecemasan, percobaan bunuh diri, stress dan rendahnya kepercayaan diri. Dampak secara personal (keluarga): stress pada anak, antisosial dan depresi, beresiko tinggi mengalami perilaku kekerasan, sedangkan dampak secara profesional adalah kinerja buruk, banyak waktu untuk mengatasi persoalan, memerlukan pendampingan, ketakutan, dan bekerja tidak tenang (Venny, 2002).



Skema 4.4 : Proses Analisa Data Tema 4



4. Koping adaptif pada wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga

Setelah partisipan berespon terhadap kekerasan yang dialaminya, partisipan melakukan upaya berupa mekanisme koping adaptif yang ditunjukkan partisipan dalam perilaku dan pernyataan sebagai berikut :

1). Menerima kenyataan bahwa kehamilan berbeda dengan yang lain

Bentuk koping partisipan yang bersifat adaptif adalah berusaha untuk menghadapi kekerasan yang dialami sebagai suatu kenyataan yang harus diterima. Empat dari enam partisipan mengungkapkan bahwa apa yang dialami merupakan takdir, nasib, dan cobaan yang harus dihadapi, saat menceritakan hal tersebut empat dari enam partisipan menunjukkan mimik wajah pasrah dan berusaha tersenyum. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

“.... Memang sudah nasib saya seperti ini, mendapatkan suami yang ringan tangannya”(P3)

“.... Ya ... sudahlah, memang ini jalan hidup, insyaallah saya akan berusaha bersabar dan berharap suami saya sadar”(P5).

“..... awalnya sih putus asa, harus berbuat apa agar suami saya pulang, tapi akhirnya saya pasrah, masih ada bapa ibu yang mau mendampingi saya”(P6)

Berdasarkan pengamatan peneliti pada saat wawancara P2 tampak wajah pasrah dan berusaha untuk tersenyum begitula pada P3, sedangkan pada P5 menunjukkan sikap pasrah tapi dengan mimik wajah yang sedih, berbeda dengan P6 yang hanya menundukkan kepala.

2). Mencari bantuan

Bentuk koping partisipan selain menerima kenyataan adalah dengan berusaha menyelesaikan konflik dengan mencari bantuan. Dari lima partisipan yang ingin menyelesaikan konfliknya, mereka melakukan berbagai macam cara seperti mencari lembaga bantuan hukum, melaporkan pada yang berwajib, lapor pada RT setempat, Berikut beberapa ungkapan partisipan:

“.... Karena takut kemarahan suami menjadi-jadi yang menyangka saya selingkuh... akhirnya meminta bantuan pa RT”(P2)

“..... sebenarnya saya juga pengen lapor cuma takut, tapi orang tua saya tidak ikhlas kalau dibiarkan begitu saja, ... akhirnya kami lapor ke polisi”(P3)

“.... Suami saya menggugat cerai, dan Saya diantar orang tua saya meminta lembaga bantuan hukum untuk memperjuangkan hak asuh anak,“(P4)

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara untuk P2 ada bukti laporan dari RT, P3 ada bukti laporan polisi dan P4 ada bukti laporan ke LBH

3) focus memelihara kehamilan

Semua partisipan berusaha mengalihkan kesedihan dan kekecewaannya dengan cara lebih memperhatikan kehamilannya, hal tersebut dilakukan masing-masing partisipan sebagai suatu bentuk koping agar tidak larut dalam kesedihan dan kekecewaan, yang sangat bermanfaat untuk kesehatan dan keselamatan janin.

Berikut beberapa ungkapan partisipan :

“.... Untuk saat ini saya berusaha lebih memperhatikan kehamilan saya, makan vitamin diusahakan untuk tidak lupa”(P1)

“.... Saya berusaha tetap rutin memeriksakan kehamilan saya pada bu bidan “(P2)

“... sempet terhenti saat ada masalah, tapi setelah itu saya rutin kontrol ke puskesmas”(P3)

“.... Yang jadi pikiran saya selama satu bulan kemaren hanyalah... gimana kabarnya anak anak saya, tapi sekarang saya mau berusaha untuk memperhatikan dulu janin yang lagi dikandung”(P4)

“.... Ya sekarang mah saya lagi coba menikmati kehamilan biar tidak jadi tress”(P6)

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara menunjukan P1 tampak meminum vitamin, P2 tampak memeriksakan kehamilan di bidan, P3 tampak memeriksakan kehamilannya di puskesmas.

4). Berdoa untuk keselamatan diri dan janin

spiritual merupakan sumber kekuatan dalam diri setiap individu untuk menghadapi segala permasalahan didalam hidup. Semua partisipan dalam penelitian ini bertambah dekat dengan Allah, dengan selalu berserah diri pada Yang Maha Memiliki. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

“.... Ya... kita kembalikan semua permasalahan ini pada Allah, semoga saya dan janin saya kuat menghadapi kondisi ini”(P1)

“.... Dengan kondisi seperti ini saya tidak pernah lepas dengan sembahyang lima waktu, memohon agar saya dan janin saya kuat melewati semua ini”(P2)

“.... Hanya pada Allah saya meminta agar kehidupan keluarga kami kembali seperti dulu, dan semoga janin saya baik-baik saja”(P4)

“... saya hanya mohon pada Allah semoga disaat saya hamil ini dikuatkan lahir dan batinnya” (P5)

Berdasarkan hasil pengamatan selama wawancara P1 tampak berharap dengan mata keatas dan tangan mengelus perutnya, begitupula yang dilakukan oleh P5, dan P2 tampak dengan wajah pasrah dan menundukan kepalanya.

5). Harapan mempertahankan keutuhan rumah tangga

Harapan dan tujuan juga merupakan bagian juga merupakan bagian dari sikap optimis yang dimiliki partisipan, meskipun masing-masing empat dari enam partisipan menunjukkan harapan dan tujuan yang berbeda, namun harapan dan tujuan tersebut respon yang positif dari partisipan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

“... Tapi saya masih berharap semoga sikap suami saya akan berubah”(P1)

“...saya berusaha untuk bersabar...walau semua yang dia lakukan telah melukai saya”(P2)

“... Ya ... sudahlah, memang ini jalan hidup, insyaallah saya akan berusaha bersabar dan berharap suami saya sadar”(P5).

“... saya sangat berharap suatu hari suami pulang, tapi kalau ngak... saya ngak tau” (P6)

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara P1 tampak dengan sikap yang optimis, P2 tampak wajahnya pasrah, sama halnya dengan P5.

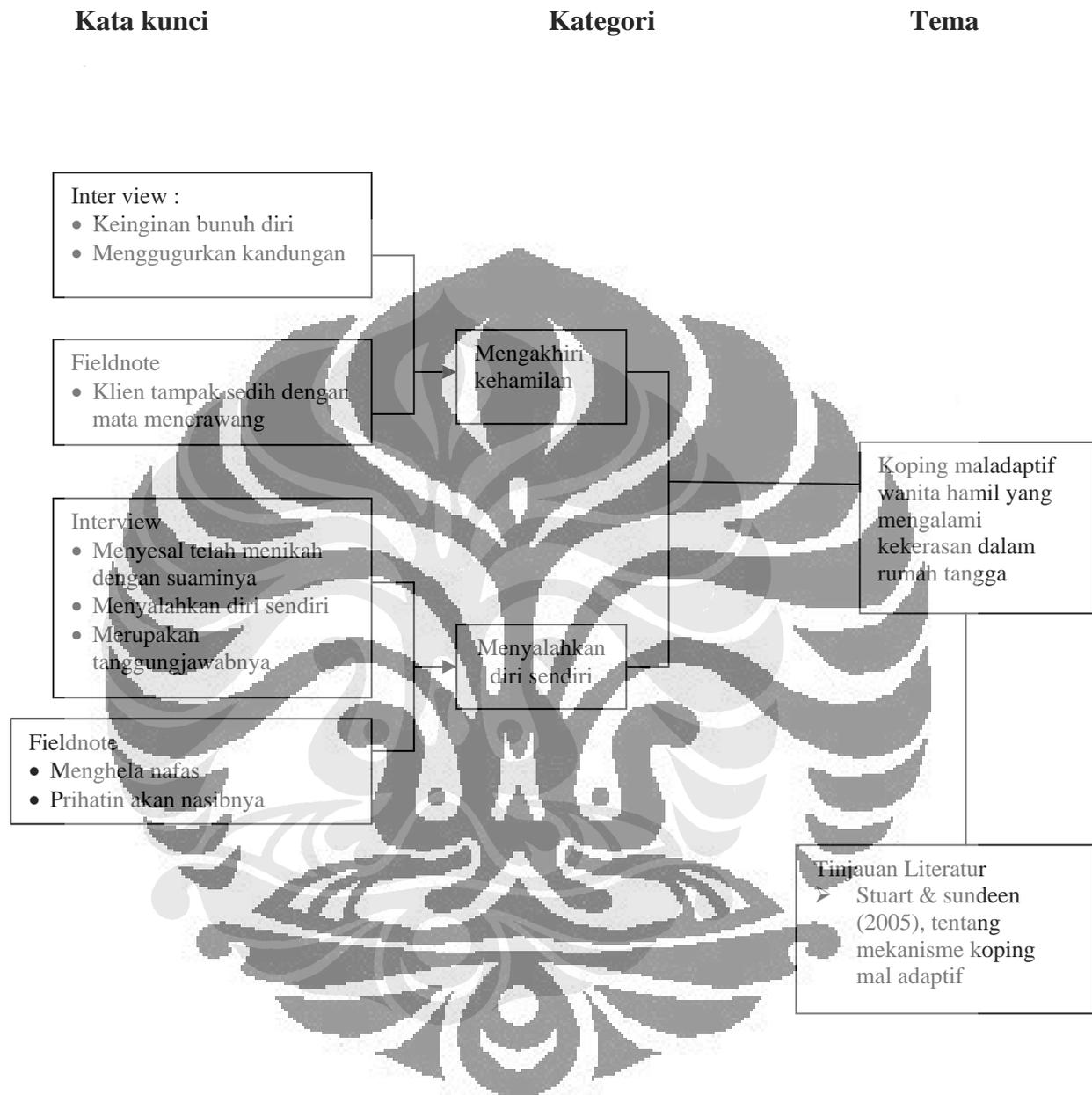
Menurut Stuart dan Sundeen (2005), mekanisme coping adaptif adalah mekanisme coping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah dengan efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, dan aktifitas konstruktif.

Peningkatan spiritual merupakan salah satu coping yang adaptif sesuai dengan konsep spiritual oleh Anandrajah (2001) yang menyatakan bahwa peningkatan spiritual yang dilakukan seseorang atau sumber spiritual yang berasal dari orang

lain merupakan modal dalam memberikan dukungan dan kekuatan untuk menghadapi situasi atau masalah dalam kehidupan termasuk peristiwa kekerasan dalam rumah tangga. Dengan kekuatan tersebut seseorang menjadi mempunyai harapan, optimis dengan setiap hal yang telah dan baru akan terjadi pada dirinya.



Skema 4.5 : Proses Analisa Data Tema 5



5. Koping mal adaptif pada wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga

Mekanisme koping yang dilakukan selain dalam bentuk koping adaptif, partisipan juga melakukan koping dalam bentuk yang maladaptif. Koping tersebut ditunjukkan partisipan dalam perilaku dan pernyataan sebagai berikut :

1). Menyalahkan diri sendiri

salah satu bentuk koping partisipan yang maladaptif adalah menyalahkan diri sendiri. Tiga dari enam partisipan menganggap masalah yang dihadapinya saat ini merupakan kesalahan dirinya yang bersedia menikah dengan suaminya saat ini, adanya juga partisipan menyalahkan dirinya karena merasa tidak mampu mengurus suaminya. Sikap ketiga partisipan saat menyalahkan dirinya sendiri terlihat dari mimik wajah partisipan yang sedih hingga meneteskan air mata, mata berkaca-kaca. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

“.... salah saya mengapa dulu saya mau dinikahi sama suami saya ,... ya “(P1)

“..... semua ini salah saya kenapa dulu saya mau sama dia “(P2)

“..... jadi begini ya’ coba kalau dulu saya ngak ngikutin maunya berhubungan mungkin saya ngak seperti ini ya” (P6)

Berdasarkan hasil pengamatan pada saat wawancara P1 tampak sedih, sama halnya dengan P2, sedangkan P6 tampak berkaca-kaca matanya.

2). Keinginan mengakhiri masalah

Satu dari enam partisipan mengungkapkan keinginannya untuk bunuh diri dan menggugurkan kandungannya dikala dirinya dalam kondisi yang sangat tertekan.

Berikut adalah ungkapan partisipan :

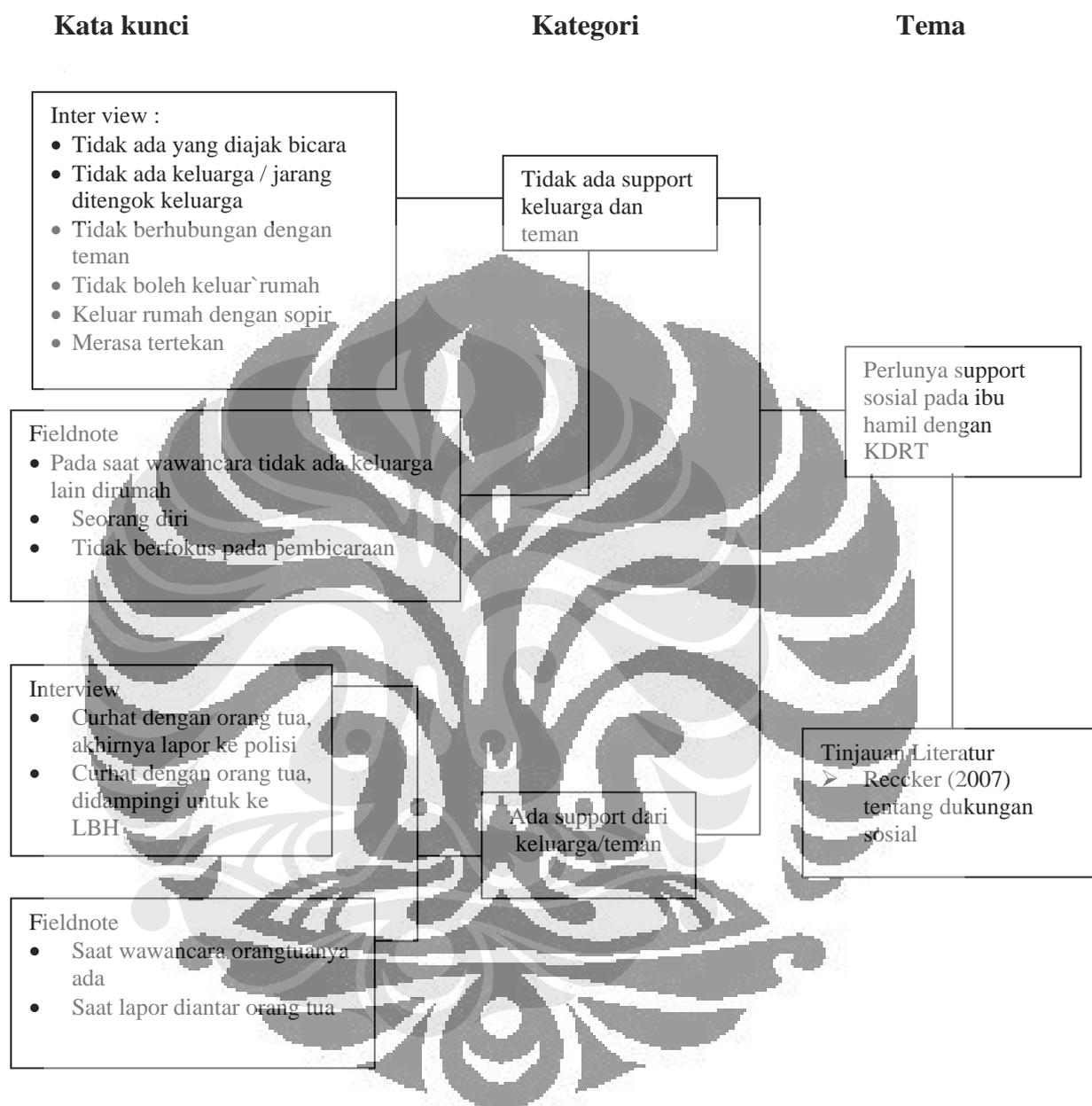
“...kadang kalau saya sendiri...terkadang merasa berat sekali menjalani hidup, suka terlintas dalam pikiran saya untuk menyudahi hidup atau saya gugurkan janin ini....tapi saya suka keburu beristigfar...”

Berdasarkan hasil pengamatan tampak P1 sedih dengan mata menerawang.

Menurut Stuart dan Sundeen (2005), mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan.



Skema 4.6 : Proses Analisa Data Tema 6



6. Pengaruh support sosial pada ibu hamil yang mengalami KDRT

1). Tidak ada support keluarga dan teman

Dari enam partisipan hanya satu yang tidak mendapatkan support sosial baik dari keluarga dan teman, yang terkadang kondisi tersebut membuat partisipan semakin tertekan.

“....suami saya tidak mengizinkan saya untuk bertemu dengan orangtua saya, apalagi berhubungan dengan teman-teman saya dulu...hal ini terkadang membuat saya tertekan ...”(P1)

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara P1, tidak ada keluarga lain di rumah

2). Adanya support dari keluarga

Partisipan berani untuk melaporkan ke Polisi dan LBH. Seperti pernyataan beberapa partisipan sebagai berikut :

“....sebenarnya saya juga pengen lapor cuma takut, tapi orang tua saya tidak ikhlas kalau dibiarkan begitu saja...akhirnya kami lapor ke polisi “. (P3)

“....suami saya menggugat cerai, dan saya diantar orang tua saya, meminta bantuan LBH untuk memperjuangkan hak asuh anak saya”.(P4).

Berdasarkan hasil pengamatan saat wawancara P3 dan P4 tampak diantar oleh orangtuanya.

C. Hasil Grounded Theory

Hasil penelitian ini mengidentifikasi enam tema yang diperoleh dalam penelitian terdiri dari bentuk bentuk kekerasan dalam rumah tangga, masalah fisik dan

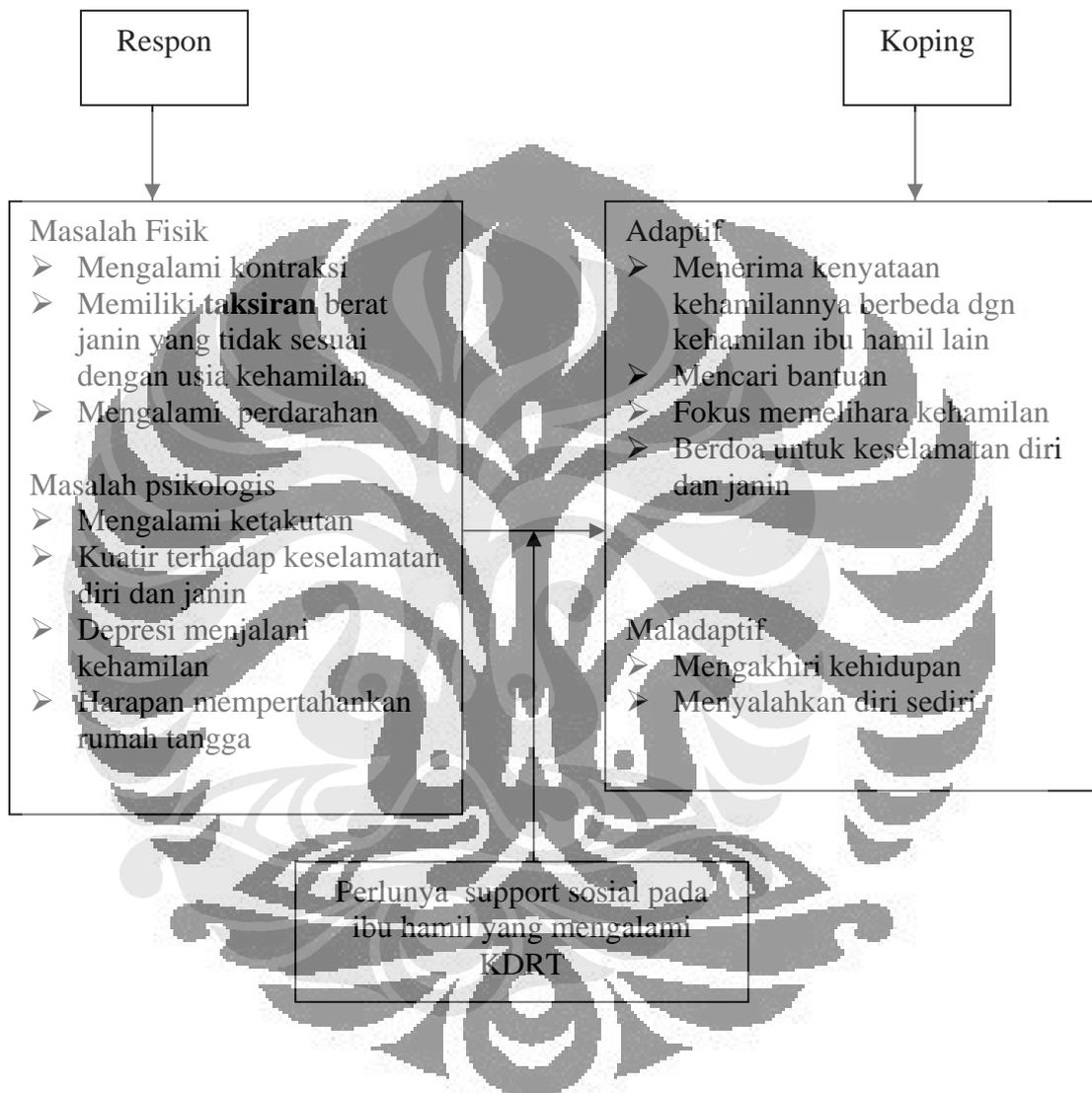
psikologis yang dialami ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga, koping adaptif dan koping maladaptif ibu hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga. Keenam tema tersebut menghasilkan suatu konsep tentang respon dan koping ibu hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Konsep ini mengembangkan dan memperkuat berbagai konsep yang sudah ada sebelumnya.

Untuk lebih jelasnya hasil penelitian ini diuraikan dalam bentuk konsep sebagai berikut :



Skema 4.7 : Hasil penelitian *Grounded Theory* tentang Respon dan Koping

Ibu Hamil yang mengalami KDRT



BAB V

PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan cara membandingkan hasil temuan penelitian ini dengan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya. Keterbatasan penelitian ini dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sementara itu implikasi keperawatan pada penelitian ini diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan dan keberlanjutan hasil penelitian ini bagi pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi beberapa tema utama penelitian. Tema-tema ini meningkatkan pemahaman terhadap respon dan coping wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Konsep yang dikembangkan dalam penelitian ini menjelaskan proses sosial yang terjadi pada saat seorang wanita hamil berespon dan melakukan cara/upaya dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga.

Bentuk-bentuk kekerasan rumah tangga yang dialami oleh ibu hamil dalam penelitian ini adalah berupa kekerasan fisik, kekerasan psikologis, dan seksual. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di Aceh yang dilakukan oleh Flower Aceh yang mendapatkan empat bentuk kekerasan rumah tangga yang terjadi, yaitu kekerasan psikologis sebesar

86,5%, kekerasan ekonomi 51,4%, kekerasan fisik 29,7%, dan kekerasan seksual 29,7%. Sedangkan penelitian di Jawa Tengah tentang jumlah korban kekerasan selama hamil, dari 765 wanita korban kekerasan, 26% dalam kondisi hamil. Sedangkan bentuk kekerasan yang dialami saat hamil tersebut meliputi; 38,4% kekerasan emosional, 3,8% kekerasan fisik, 26,9% kekerasan seksual dan 30% mengalami kekerasan fisik dan seksual (Hakimi dkk., 2001). Begitupula menurut Curry et al., (1998) menyatakan adanya peningkatan kekerasan disaat wanita hamil, yang diperkirakan satu dari empat perempuan hamil mengalami kekerasan fisik dan seksual oleh pasangannya dan berkisar antara 3% sampai 11% dan pada remaja lebih dari 38%.

Dalam penelitian bentuk kekerasan fisik yang dialami oleh para partisipan adalah pukulan di wajah, didorong dan ditonjok. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hakimi dkk (2001) yang menyatakan bahwa kekerasan fisik terdiri dari menekan atau mendorong, menampar atau melempar sesuatu yang dapat mencederai, memukul dengan tinju atau dengan sesuatu yang dapat mencederai, menendang, menyeret atau memukul habis-habisan.

Dari keempat bentuk kekerasan tersebut, kekerasan secara psikologis/emosional yang paling banyak dialami oleh partisipan. Kekerasan psikologis yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini disebabkan oleh karena suaminya selingkuh tidak dihargai oleh suaminya, dituduh selingkuh dan ditinggalkan oleh suaminya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Lestari (2006), yang menyatakan bahwa kekerasan emosi/psikologis merupakan kekerasan yang paling banyak dialami oleh ibu hamil

(38%). Begitu juga hasil penelitian Kartini Syahrir (2000) yang menyatakan bahwa bentuk kekerasan psikologis merupakan bentuk kekerasan terbanyak. Semua partisipan dalam penelitian ini mengalami kekerasan psikologis dalam berbagai bentuk seperti kata-kata yang menyakitkan, dituduh selingkuh, suami selingkuh, tidak mendapatkan perhatian. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hakimi dkk (2001), yaitu jenis kekerasan emosional yang dialami oleh ibu hamil dengan KDRT adalah menghina, atau menyakiti perasaan, menyepelkan atau menghina didepan orang lain, menakut-nakuti atau mengintimidasi dengan sengaja (dengan teriakan dan membanting sesuatu), mengancam untuk menyakiti istri atau orang yang disayangi istri.

Bentuk kekerasan seksual yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini adalah dipaksa untuk melakukan hubungan suami istri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Hakimi dkk (2001) bahwa jenis kekerasan seksual yang dialami oleh ibu hamil adalah secara fisik dipaksa untuk berhubungan badan, dipaksa melakukan sesuatu yang secara seksual tidak wajar dan tidak disukai. Hasil penelitian Hakimi dkk (2001) juga menyatakan bahwa lebih banyak perempuan yang melaporkan mengalami kekerasan seksual dibandingkan dengan kekerasan fisik.

Bentuk-bentuk KDRT yang dialami oleh ibu hamil menimbulkan masalah fisik dan masalah psikologis. Masalah fisik yang dialami partisipan pada penelitian ini adalah : mengalami kontraksi, memiliki taksiran berat janin yang tidak sesuai dengan usia kehamilan dan mengalami perdarahan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mc Farlane et al. (1996), yang menyatakan bahwa wanita yang

mengalami kekerasan fisik selama kehamilan akan melahirkan bayi dengan rata-rata berat badan 133 gr lebih rendah dari pada wanita yang tidak mengalami kekerasan. Begitupula yang dikemukakan oleh Yasmin Negger et al, (2003), yang menyatakan bahwa kekerasan selama kehamilan yang menyebabkan trauma pada abdomen akan mengakibatkan persalinan prematur, ruptur membran plasenta dan perdarahan.

Masalah psikologis yang dialami oleh partisipan dalam penelitian ini adalah : mengalami ketakutan kepada suaminya, khawatir atas keselamatan diri dan janinnya serta mengalami depresi selama menjalani kehamilan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mitra Perempuan terhadap 165 kasus KDRT (2002), memperlihatkan bahwa kasus terbanyak berdampak pada gangguan jiwa (73,94%), termasuk kecemasan, rasa rendah diri, ketakutan yang berlebihan, dan depresi. Sama halnya dengan yang diungkapkan oleh Poerwandari (2000), bahwa kekerasan yang dilakukan oleh orang yang memiliki kedekatan hubungan dengan korban (suami/pasangan) akan menimbulkan depresi, kekecewaan, ketakutan dan kemarahan yang tidak dapat diungkap. Begitu juga dengan hasil penelitian oleh Flower Aceh (1998), bahwa dampak kekerasan dalam rumah tangga adalah ketakutan, malu, stress, trauma, serta kesedihan yang mendalam. Beberapa studi juga melaporkan kekerasan fisik dan seksual selama kehamilan akan mempengaruhi status kesehatan ibu, antara lain: sakit kepala, nyeri, dan mengalami depresi berat (Leserman, Stewart dan Dell, 1999). Sama halnya dalam penelitian ini partisipan merasa sedih akan kondisi yang dialami dan merasa takut akan kekerasan yang akan dialami kembali yang mungkin akan mengancam jiwanya (Kartini Syahrir, 2000).

Dengan adanya masalah fisik dan psikologi sebagai dampak dari KDRT, partisipan dalam penelitian ini melakukan berbagai cara atau upaya untuk mengatasi masalah fisik dan psikologis yang dialami, yaitu dengan adanya koping adaptif dan Maladaptif. Koping adaptif partisipan pada penelitian ini adalah : menerima kenyataan bahwa kehamilannya berbeda dengan kehamilan wanita lain, mencari bantuan, fokus memelihara kehamilannya, berdoa untuk keselamatan diri dan janin serta harapan mempertahankan keutuhan rumah tangga. Hal ini sesuai dengan penelitian Hakimi dkk (2001), yang menyatakan bahwa responden yang hidup dengan kekerasan cenderung menceritakan kekerasan yang dialaminya pada orang tua, tetangga, saudara kandung, ipar serta tokoh masyarakat setempat dan rumah sakit. Selain itu Hakimi dkk (2001) menyatakan bahwa alasan para responden tidak pernah meninggalkan rumah karena KDRT sebab telah memaafkan suaminya atau berfikir bahwa kelak suami akan berubah, perasaan bahwa perkawinan adalah sakral dan demi anak-anak.

Koping maladaptif partisipan pada penelitian ini adalah : mengakhiri kehamilan dan menyalahkan diri sendiri. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Poerwandari (2000) kekerasan dalam rumah tangga dapat mengakibatkan dampak psikologis, dimana korban melihat dirinya negatif, banyak menyalahkan diri, menganggap dirinya yang bertanggungjawab terhadap kekerasan yang dialaminya, dan mengalami depresi. Namun hasil penelitian ini tidak sesuai dengan yang ditemukan oleh Yasmin Negger et al,(2003), yang menyatakan bahwa koping maladaptif yang muncul pada wanita yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga adalah merokok, penggunaan alkohol dan

penyalahgunaan obat-obatan. Perbedaan ini dimungkinkan karena adanya perbedaan budaya.

Pada penelitian ini, ada partisipan yang mendapatkan support sosial dari keluarga maupun teman, namun adapula partisipan yang tidak mendapatkan support sosial dari keluarga maupun teman. Hal ini sesuai dengan penelitian Hakimi dkk (2001) bahwa sumber utama pertolongan responden tersebut adalah orang tua, tetangga, saudara kandung dan ipar. Sementara itu responden yang tidak mendapat support sosial dikarenakan tidak mau mencari pertolongan dengan alasan malu, takut mencemarkan keluarga dan takut jika hal tersebut akan menyebabkan lebih banyak lagi kekerasan.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya sangat terkait dengan kemampuan partisipan untuk menceritakan pengalamannya. Partisipan tidak selalu terbuka dalam menceritakan kejadian yang dialaminya perlu pendekatan dan waktu untuk mendapatkan kepercayaan dari partisipan sehingga mau bicara terbuka. Kesulitan partisipan dalam menceritakan seluh kejadian secara lengkap dalam menceritakan seluruh kejadian secara lengkap mulai dari latar belakang dan peristiwa yang terjadi dipoengaruhi oleh adat kebiasaan dan berkeyakinan bahwa tidak boleh mnrceritakan kejelekan suami atau aib keluarga karena hal itu akan dianggap berdosa dajn dianggap berdosa.

C. Implikasi Keperawatan

Selama ini pelayanan keperawatan kepada ibu hamil lebih banyak menonjolkan pemeriksaan secara fisik seperti pemeriksaan tensi, berat badan, posisi bayi. Akibatnya, perawat kurang memahami bagaimana kondisi psikologis ibu hamil yang mengalami KDRT, sehingga pada gilirannya pelayanan keperawatan kurang maksimal. Pelayanan keperawatan sebaiknya dilakukan secara holistik, tidak saja pemeriksaan fisik tetapi juga psikologis.

Penelitian ini menunjukkan bahwa KDRT yang dialami oleh ibu hamil menimbulkan respon dan coping yang berbeda dalam mengurus diri dan janinnya. Pelayanan keperawatan perlu memberikan waktu yang cukup dan tempat yang memadai guna menggali informasi kondisi ibu hamil yang mengalami KDRT, supaya dapat diperoleh data dan informasi yang cukup sebagai bahan untuk memberikan pelayanan yang menyeluruh.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan rujukan awal bagi perawat mengenai respon dan coping ibu hamil yang mengalami KDRT, supaya lebih memahami dan memperoleh jalan keluar yang terbaik mengenai pelayanan fisik dan psikologis yang diberikan berupa asuhan keperawatan.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi ibu hamil yang mengalami kekerasan untuk membuat bagaimana tetap menjalani dan mempertahankan kehamilan dengan memilih upaya yang paling tepat dalam menghadapi kekerasan yang dialami.

Adanya upaya-upaya yang dilakukan oleh ibu hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga haruslah memperoleh tanggapan dari perawat. Perawat seharusnya dapat membantu ibu hamil agar respon dan kopingnya adaptif sehingga akan membantu kesehatan dan keselamatan janin yang sedang dikandung.

Perawat dan institusi kesehatan perlu menyediakan waktu untuk memberikan konseling dan penyuluhan mengenai kekerasan yang dapat dialami ibu hamil, sehingga kekerasan dapat terdeteksi lebih awal untuk menghindari terjadinya perdarahan, kecacatan pada janin, berat badan lahir rendah, dan kematian janin. Kesehatan mental ibu juga akan terjaga (koping adaptif), karena kesehatan mental ibu akan sangat berpengaruh pada perkembangan janinnya.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan. Bab ini juga menyampaikan saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pada bab IV dan V dapat disimpulkan bagaimana respon dan coping wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di Jabodetabek.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa bentuk-bentuk kekerasan, masalah terhadap kekerasan serta coping terhadap kekerasan yang dialami wanita hamil. Bentuk-bentuk kekerasan yang dialami wanita hamil yang lebih menonjol adalah bentuk kekerasan psikologis, yang diikuti dengan kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan sosial dan kekerasan ekonomi. Adapun masalah fisik yang dialami oleh wanita hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga terdiri dari masalah yang terdiri dari; mengalami kontraksi, memiliki taksiran berat janin (TBJ) yang tidak sesuai dengan usia kehamilan, serta mengalami perdarahan, dan masalah psikologis yang terdiri dari; mengalami ketakutan, depresi mejalani kehamilan, harapan mempertahankan keutuhan rumah tangga. Sedangkan coping

wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dalam penelitian ini diperoleh koping adaptif dan koping maladaptif. Koping adaptif yang terdiri dari; menerima kenyataan kehamilannya berbeda dengan yang lain, mencari bantuan, fokus memelihara kehamilan serta berdoa untuk keselamatan diri dan janinnya. Koping maladaptif terdiri dari menyalahkan diri sendiri dan mengalah untuk keamanan kehamilan. Adanya respon dan koping yang dihasilkan pada wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga diharapkan partisipan dapat menjalani dan mempertahankan kehamilannya walau mengalami kekerasan.

B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas, peneliti memberikan beberapa saran bagi praktek pelayanan keperawatan dan untuk pengembangan ilmu pengetahuan, yaitu:

1. sebagai data dasar bagi praktek pelayanan keperawatan
 - a. Perawat perlu memahami berbagai respon dan koping wanita hamil dalam menghadapi kekerasan dalam rumah tangga.
 - b. Perawat perlu memahami cara mengkaji dan mendampingi korban kekerasan.
 - c. Perawat perlu menjalin komunikasi yang efektif berupa sosialisasi dan pendidikan pada ibu hamil mengenai dampak kekerasan bagi janin dan kesehatan mental ibu.
 - d. Perawat maternitas menjalin kerjasama dengan LSM-LSM untuk membuat suatu pos pendampingan bagi wanita/ wanita hamil yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga.

2. Bagi penelitian selanjutnya

Menurut peneliti perlu penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekerasan dalam rumah tangga dan bagaimana pengaruhnya terhadap kesehatan reproduksi perempuan



DAFTAR PUSTAKA

- Adi Prinantyo. (2007). *Kekerasan dalam rumah tangga dipengaruhi faktor ideologi*. <http://209.85.175.104/search?q=cache:BNpZBoLLJcoJ:kompas.com/kesehatan/news/0407/12/103203.htm+kekerasan+dalam+rumah+tangga&hl=id&ct=clnk&cd=1&gl=id>, diperoleh tanggal 7 februari 2008.
- Adiningsih, N.U. (2004). *Penghapusan kekerasan dalam rumah tangga*. <http://www.suarapembaruan.com/News/2004/09/20/Editor/edit03.htm>, diperoleh tanggal 7 April 2008.
- Adiningsih. (2004). *Penghapusan kekerasan dalam rumah tangga* <http://www.suarapembaruan.com/News/2004/09/20/Editor/edit03.htm>, diperoleh tanggal 7 Februari 2008.
- Alfonso, D. (1976). *The Newborn's potential for interaction*, *journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 5 (6), 9 – 14.
- Anggarawaty. (2006). *Isue KDRT : antara fakta dan propaganda* <http://digilib.bi.itb.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdi-grey-2006-hanggarawa-26>, diperoleh tanggal 26 Maret 2008.
- Aripurnami. (2000). *Kekerasan terhadap perempuan, aspek – aspek sosial budaya dan pasal lima konvensi perempuan*. Jakarta : Kelompok Kerja “Convention Wacth” Pusat Kajian Wanita dan Gender Universitas Indonesia.
- Bobak, I.M. & Jensen, M.C. (1985), *Maternity & Gynecologic care : The nurse and the family*. (3th ed). St. Louis : Mosby – Year Book, Inc.
- Bobak, I.M., Lowdermilk, D.T., & Jensen, M.C (1995). *Maternity Nursing*. (4 th ed). St. Louis : Mosby Year Book, Inc.
- Burns, N. & Grov, K. T. (1999). *Understanding nursing research*. (2th ed). Philadelphia : WB Saunders Company.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions*. California : Sage Publication.
- Curry, M.A. (1998). The interrelations between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy. *Jurnal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : Clinical Issues*, 27 (6), 692 – 698.
- Ervita, M., & Utami, S. (2002). *Memahami gender dan kekerasan terhadap perempuan*. Yogyakarta : Rifka Annisa Women’s Crisis Center.
- Golding, J.(1996). Sexual assault history and women’s reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 101 – 121.

- Gorrie, T. M., Mc Kinney, E. S. & Murray, S.S. (1998). *Foundation of maternal – newborn nursing*. (2rd ed). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Hacked By Swan. (2007). *Cemburu buta disiksa*. http://www.poskota.co.id/news_baca.asp?id=31970&ik=2, diperoleh tanggal 26 Maret 2008.
- Hakimi, M., Hayati, E.N., Marlianawati, U., Winkvist, A. & Ellsberg, M.C.I (2001). *Silence for the take harmoni : Domestic violence and health in central Java, Indonesia*. Yogyakarta : CHN - RL GMU.
- Hamid, A.Y. (1998). Adaptasi psikososial pada masakehamilan dan nifas. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. I (4), 117-126.
- Hayati & Hasyim. (2002). *Panduan pelatihan penghapusan kekerasan terhadap perempuan untuk tingkat lapangan*. Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan Republik Indonesia.
- Hayati, E. N., (2002),. Jangan pojokan perempuan korban kekerasan. *Jurnal Perempuan : Untuk Pencerahan dan Kesetaraan*. Jakarta : Yayasan Jurnal Perempuan, 26 (8), 42 – 47.
- Heise, L., Ellberg, M., & Gotteoller, M. (1999). Ending violence agains women. *Population Reports*. Baltimore : Johns Hopkins University School of Public Health, Series L, No 11.
- Humphreys, J. & Campbell, J.C. (2004). *Family violence and nursing practice*. Philadelphia : Lippincott Williaws & Wilkins.
- Kalibonso, R. S. (2002). Kejahatan itu bernama kekerasan dalam rumah tangga. *Jurnal Perempuan : Untuk Pencerahan dan Kesetaraan*. Jakarta : Yayasan Jurnal Perempuan, 26 (2), 7 – 19.
- LBH APIK. (2002). *Jumlah kasus kekerasan dalam rumah tangga-tahun 1998 – 2002*. <http://www.lbh-apik.or.id/kdrt%2098-02%20data.htm>, diperoleh tanggal 7 februari 2008.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Bobak, I. M. (2000). *Maternity & woman health care*. (7thed), St. Louis : Mosby Inc.
- Maleong, L. J. (1998). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung : PT. Pareja Rosdaharyo.
- May & Mahlmeister. (1994). *Maternal & neonatal nursing family – center care nursin*. (3thed). Philadelphia : Lippincott.
- Patlimia, H. (2005). *Metode Penelitian kualitatif* : Bandung : Alfabeta.

- Pettersen, R., Gazmararian, J. A., Spitz, A. M., Rowley, D. L., Goodwin, M. M., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (1997). Violence and adverse pregnancy outcomes : a review of the literature and directions for future research. *American Journal of preventive Medicine*, 13, 366 – 373.
- Poerwandari. (2000). *Kekerasan terhadap perempuan tinjauan psikologi feministik*. Jakarta : Kelompok Kerja “Convention Wacth” Pusat Kajian Wanita dan Gender Universitas Indonesia.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing reasearch : methodes, appraical, and utilization*. St. Louis : Mosby Year Book Inc.
- Pratiwi. (2007). *Sebongkah feminisme di hati seorang perempuan*. http://depoyn.hukum.blogs.friendster.com/my_blog/2007/01/masih_adakah_se.htm Idiperoleh tanggal 16 April 2008.
- Ridwan, M.Ag. (2006). *Kekerasan berbasis gender*. Yogyakarta : Pusat Study Gender.(UNFPA dan Yayasan Pulih, 2004).
- Romeo, B.L. & Dodison, P. (1998). *Filipino men’s involmemmet in women’s health initiaves : sstatus, challenge and prospect*. Manila : Sosial Development Research.
- Sherwen, L. N., Scoloveno, M. A. & Weingarten, C.T. (1995). *Nursing care of the childbearing family*. Connecticut : Appleton & Lange.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative reasearch ini nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia : Lippincott.
- Sugiono. (2005). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- Taylor, C., & Mone, P. L. (1997). *Fundamental of nursing the art and science of nursing care*. Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (2007). Jakarta : Transmedia Pustaka.
- Venny, A. (2002). Hentikan kekerasan terhadap perempuan. *Jurnal Perempuan : Untuk pencerahan dan keetaraan*, Yayasan Jurnal Perempuan 26, 146 – 149.
- Windyantuti, Keliat, B.A. & Budianto. (2000). Karakteristik individu yang berhubungan dengan perilaku kekerasan pada siswa sekolah lanjutan tingkat atas. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7 (2), 67 – 76.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS

1. Nama : Lia. Octavia S.Kp
2. Tempat tanggal Lahir : Bandung, 21 Oktober 1975
3. Agama : Islam

II. PENDIDIKAN

1. TK Sukaluyu Baru Bandung tahun 1982
2. SDN Sukaluyu I Bandung tahun 1988
3. SMPN 19 Bandung lulus tahun 1991
4. SMAN 14 Bandung lulus tahun 1994
5. PSIK- FK UNPAD lulus tahun 2000
6. Pasca Sarjana FIK-UI lulus tahun 2008

III. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Tahun 2001-2004 Dosen AKPER RSPAD
2. Tahun 2006-2008 Dosen AKPER PS REBO