

**EFEKTIFITAS PAKET PASUTRI TERHADAP KONDISI  
PSIKOLOGIS PEREMPUAN KORBAN KEKERASAN  
DALAM RUMAH TANGGA DI KARISIDENAN  
SURAKARTA**

**TESIS**

**WINARSIH NUR AMBARWATI**

**0706195075**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI, 2009**

**EFEKTIFITAS PAKET PASUTRI TERHADAP KONDISI  
PSIKOLOGIS PEREMPUAN KORBAN KEKERASAN  
DALAM RUMAH TANGGA DI KARISIDENAN  
SURAKARTA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Magister Ilmu  
Keperawatan Kekhususan Maternitas**

**WINARSIH NUR AMBARWATI**

**0706195075**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK, 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

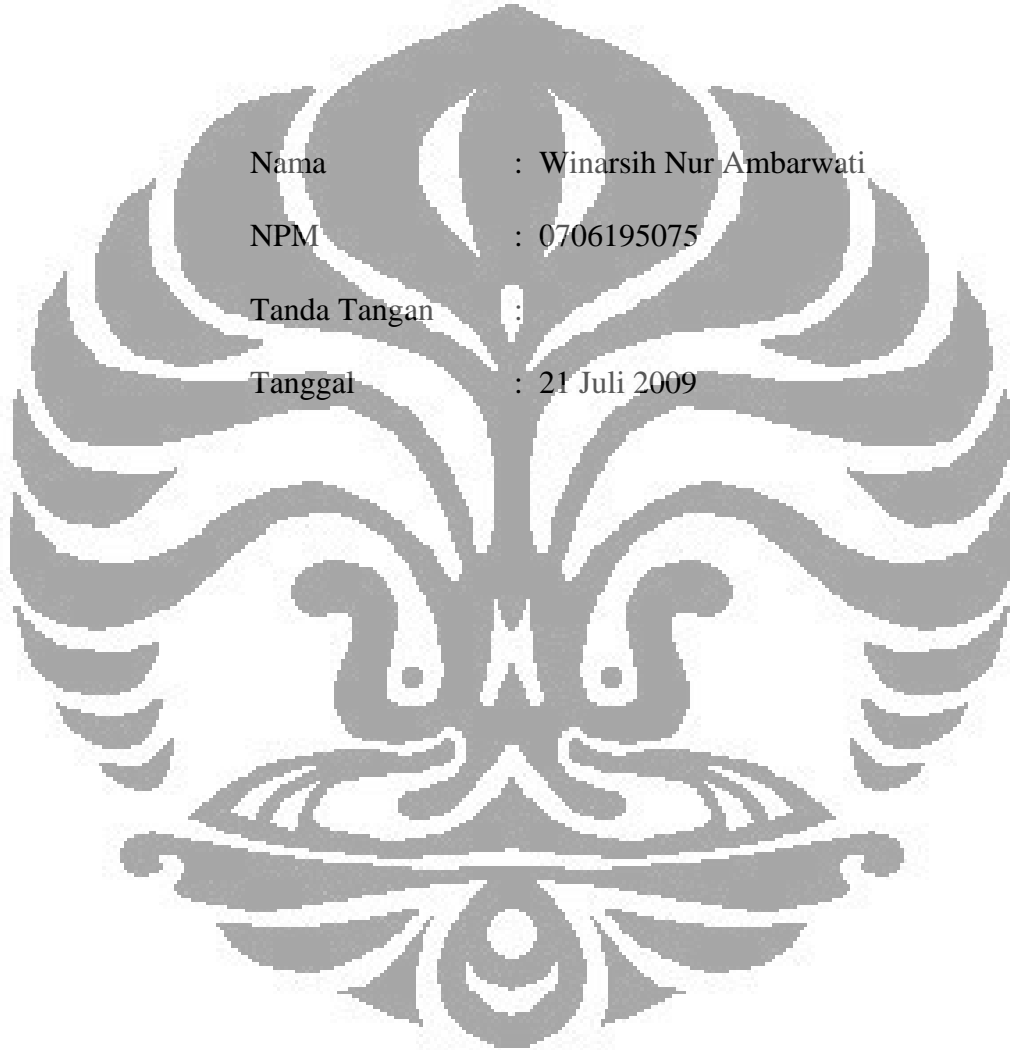
Tesis ini adalah karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Winarsih Nur Ambarwati

NPM : 0706195075

Tanda Tangan :

Tanggal : 21 Juli 2009



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Winarsih Nur Ambarwati  
NPM : 0706195075  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Efektifitas Paket PASUTRI Terhadap Kondisi Psikologis Perempuan Korban Kekerasan dalam Rumah Tangga Di Karisidenan Surakarta.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Setyowati, SKp., M App.SC., Ph.D. (.....)

Pembimbing : Hening Pujasari, SKp., M Biomed., MN. (.....)

Penguji : Yati Afiyati, SKp., MN. (.....)

Penguji : Deswani, M Kes., Sp. Mat. (.....)

Ditetapkan di : Jakarta  
Tanggal : 18 Juli 2009

## KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Keperawatan Jurusan Keperawatan Maternitas pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc, Ph.D. selaku pembimbing I yang telah memberikan saran, arahan, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
- (2) Hening Pujasari, SKp, M Biomed, MN. selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan serta berbagai masukan dalam penyusunan tesis ini hingga selesai.
- (3) Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (4) Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc, selaku koordinator Mata Ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
- (5) Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membekali ilmu, sehingga peneliti mampu menyusun tesis ini.
- (6) KaPoltabes Surakarta beserta staf yang telah memberikan ijin pengambilan data responden di wilayah Surakarta.
- (7) KaPolres Boyolali beserta staf yang telah memberikan ijin pengambilan data responden di wilayah Boyolali.
- (8) KaPolres Sukoharjo beserta staf yang telah memberikan ijin pengambilan data responden di wilayah Sukoharjo.
- (9) Semua responden penelitian yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

- (10) Suami, dan anak tercintaku dan keluargaku yang senantiasa memberikan dukungan besar selama menempuh studi.
- (11) Bapak dan ibu almarhum yang telah memberikan dorongan baik dalam bentuk materi maupun spirit.
- (12) Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Maternitas yang senasib dan sepenanggungan.
- (13) Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan tesis ini, yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 21 Juli 2009

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Winarsih Nur Ambarwati  
NPM : 0706195075  
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Maternitas  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Efektifitas Paket PASUTRI terhadap kondisi psikologis perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga di Karisidenan Surakarta.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 21 Juli 2009

Yang menyatakan,

(Winarsih Nur Ambarwati)

## ABSTRAK

Nama : Winarsih Nur Ambarwati  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Efektifitas Paket PASUTRI terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta.

Dampak yang diakibatkan KDRT jelas merugikan perempuan baik fisik maupun psikologis. Berbagai bentuk intervensi pada korban di Indonesia belum banyak diteliti keefektifannya. Tujuan penelitian adalah mengetahui efektifitas “Paket PASUTRI” terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta. Jenis penelitian kuasi eksperimen dengan design *pre and post test two group control design*. Hipotesis yang dibuktikan adalah kondisi psikologis perempuan korban KDRT lebih baik setelah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kondisi psikologis perempuan korban KDRT setelah memperoleh Paket PASUTRI lebih baik pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah *Anxiety Hamilton Scale*, *Depression Hamilton Scale* dan *PTSD Scale*. Uji analisis menggunakan uji *McNemar* dan uji *Chi Square*. Hasil penelitian menunjukkan kondisi psikologis perempuan korban KDRT lebih baik setelah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kondisi psikologis perempuan korban KDRT lebih baik pada kelompok intervensi daripada kelompok kontrol. Kesimpulan Paket PASUTRI efektif memperbaiki kondisi psikologis perempuan korban KDRT. Berdasarkan hasil diatas Paket PASUTRI perlu dipertimbangkan sebagai Paket untuk pemulihan korban dan pelaku KDRT.

Kata kunci : cemas, depresi, perempuan korban KDRT, PTSD, Paket PASUTRI



## ABSTRACT

Name : Winarsih Nur Ambarwati  
Study Program : Master Program In Nursing Science  
Title : Efficacy of PASUTRI package to psychology women abuse in Surakarta

Women abuse occurs in all countries. Women who are abused by their partners suffer from depression, anxiety and PTSD. The aimed of the research was to know differences of psychologic condition women abuse after given PASUTRI package to the intervention group and to know differences of psychologic condition between intervention and control group after given PASUTRI Package. This research was a *quasi experimental* study. The design of this research was *pre post two group with control design*. The population is women abuse in Surakarta. The sampling method was *purposive sampling*. The instrument used were *Depression Hamilton Scale, Anxiety Hamilton Scale* and *PTSD Scale*. The analysis of variable used were *McNemar test* and *Chi Square test*. The results indicated that psychologic condition women abuse after given PASUTRI Package in intervention group was more better than previous & phsycologic condition after given PASUTRI Package in intervention group is more better than control group. The conclusion of this research was that PASUTRI Package is effective to improve phsycologic condition women abuse in Surakarta. It is recommended that PASUTRI Package is appropriate to treat women abuse and to interven the perpetrators.

Key word : Anxiety, depression, PTSD, women abuse, PASUTRI Package

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH .....	v
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan penelitian .....	8
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
<b>2. TINJUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Kekerasan Dalam Rumah Tangga .....	10
2.2 Akar Penyebab Kekerasan Dalam Rumah Tangga .....	10
2.3 Siklus Kekerasan Dalam Rumah Tangga .....	12
2.4 Bentuk-Bentuk Kekerasan Dalam Rumah Tangga .....	14
2.5 Faktor Resiko Terjadinya KDRT .....	18
2.6 Dampak KDRT .....	21
2.7 Respon Perempuan Terhadap KDRT .....	27
2.8 Peran Perawat Maternitas .....	28
2.9 Proses Pemulihan Korban KDRT di Indonesia .....	29
2.10 Kerangka Teori Penelitian .....	32

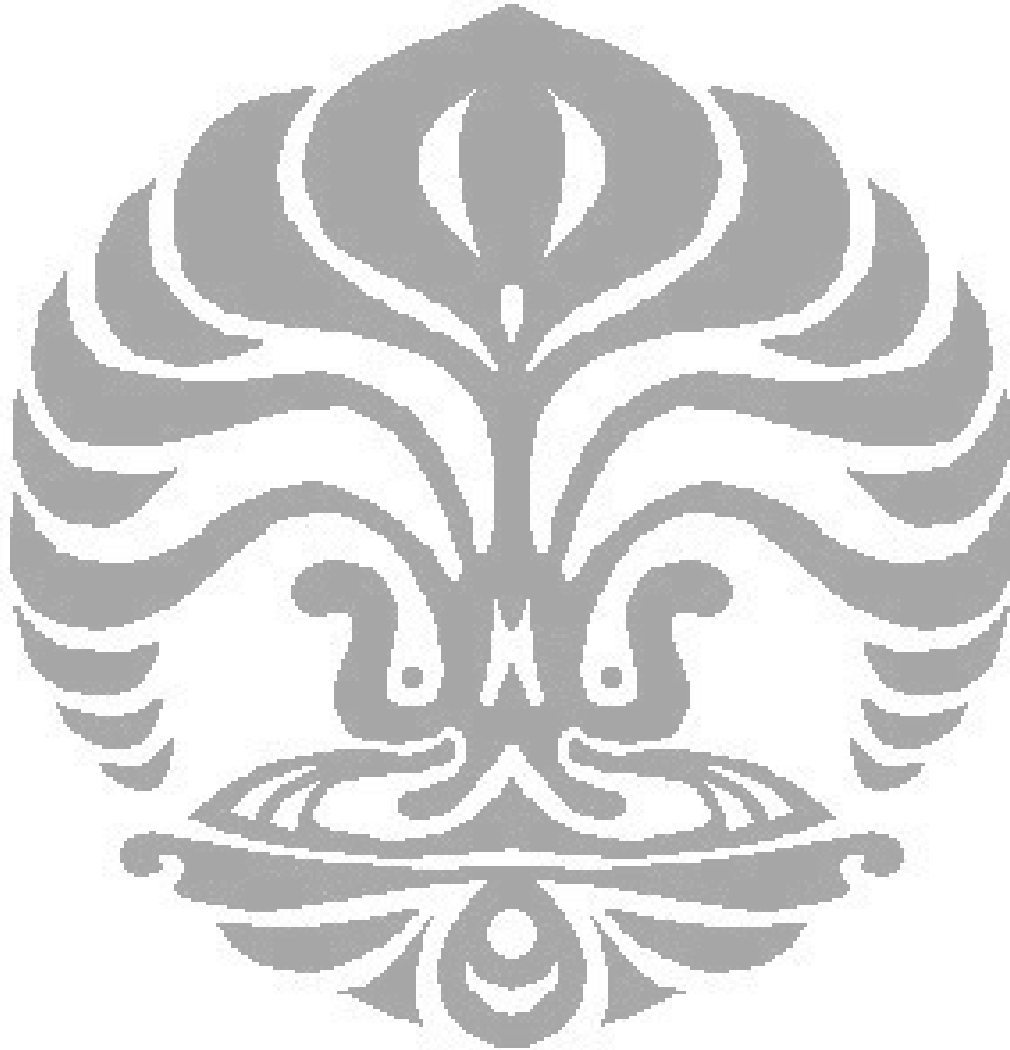
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep .....	34
3.2 Hipotesis .....	35
3.3 Variabel Penelitian .....	35
3.4 Definisi Operasional .....	36
<b>4. METODE PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian .....	41
4.2 Tempat Penelitian .....	42
4.3 Waktu Penelitian .....	42
4.4 Populasi dan Sampel .....	43
4.5 Alat Pengumpulan Data .....	44
4.6 Etika Penelitian .....	47
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	50
4.8 Pengolahan Data .....	55
4.9 Analisis Data .....	56
<b>5. HASIL PENELITIAN</b>	
5.1. Analisis Univariat .....	51
5.2 Analisis Bivariat .....	52
<b>6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Interpretasi Hasil .....	64
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	76
6.3 Implikasi Keperawatan .....	77
<b>7. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan .....	78
7.2 Saran .....	78
<b>DAFTAR REFERENSI</b> .....	80

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Variabel Penelitian .....	36
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik usia, pendidikan, pekerjaan, agama pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol Di Karisidenan Surakarta.....	58
Tabel 5.2 Hubungan karakteristik responden dengan kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan surakarta.....	59
Tabel 5.3 Hasil uji homogenitas usia, pendidikan, pekerjaan, agama, sosial ekonomi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta.....	60
Tabel 5.3 Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi di Karisidenan Surakarta.....	61
Tabel 5.4 Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi di Karisidenan Surakarta.....	62
Tabel 5.5 Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi di Karisidenan Surakarta.....	63
Tabel 5.6 Perbedaan proporsi kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Karisidenan Surakarta.....	64
Tabel 5.7 Perbedaan proporsi kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Karisidenan Surakarta .....	64
Tabel 5.8 Perbedaan proporsi kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Karisidenan Surakarta .....	65

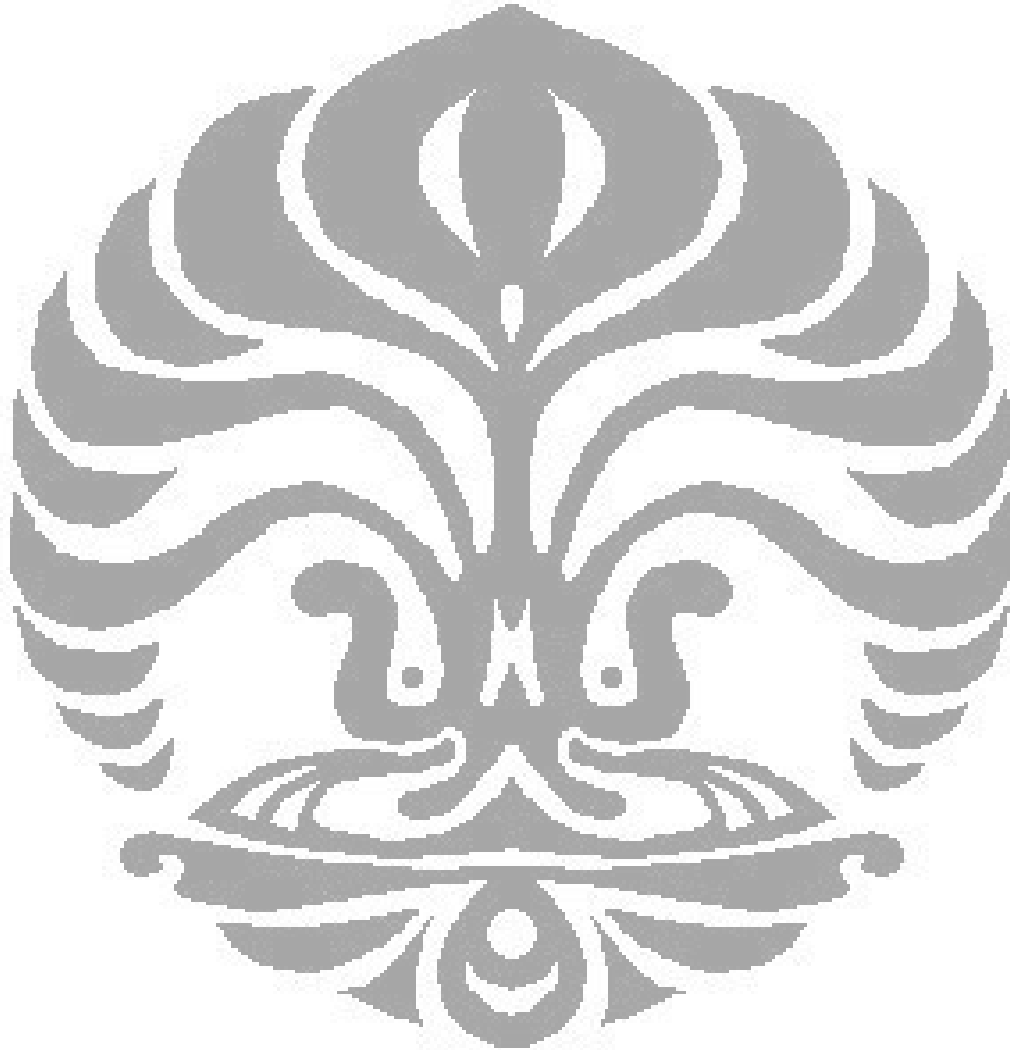
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Siklus KDRT .....	12
Gambar 2.2. Kerangka Ekologis KDRT .....	16



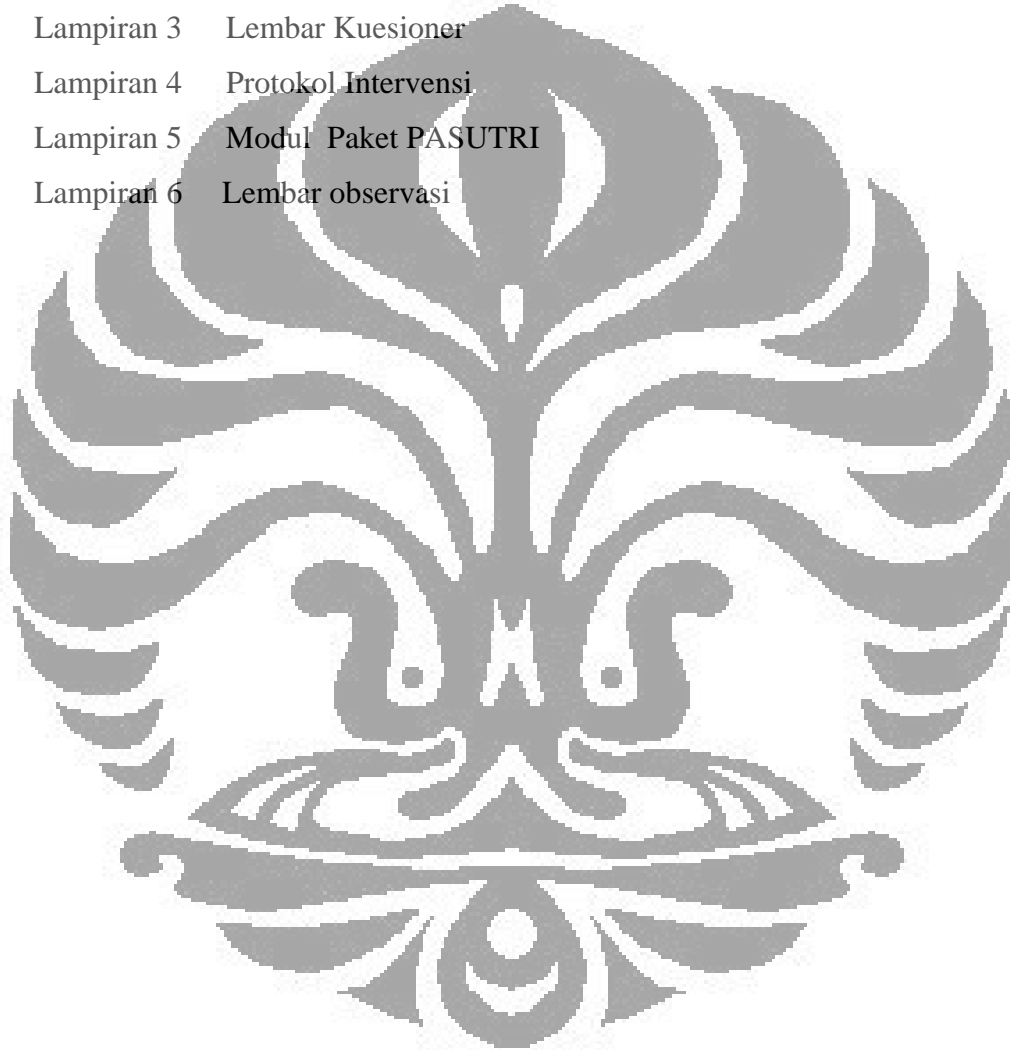
## DAFTAR SKEMA

Skema 2.3. Kerangka Teori .....	33
Skema 3.1. Kerangka Konsep .....	34
Skema 4.1 Rancangan Penelitian .....	42



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Lembar Kuesioner
- Lampiran 4 Protokol Intervensi
- Lampiran 5 Modul Paket PASUTRI
- Lampiran 6 Lembar observasi



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kekerasan terhadap perempuan merupakan fenomena yang terjadi di berbagai belahan dunia. Pada tahun 2002 menurut *World Health Organization (WHO)*, sebanyak 1,6 juta perempuan meninggal akibat tindakan kekerasan diseluruh dunia. Menurut hasil survey yang dilakukan WHO di berbagai negara di diseluruh dunia, sekitar 10%-69% wanita melaporkan mendapat serangan fisik dari pasangannya, kekerasan seksual oleh pasangan terjadi sekitar 6%-59% sedangkan yang mengalami kedua-duanya sekitar 30%-60%, sedangkan kekerasan emosional sekitar 20%-70% (Krug, et al. 2002). Di Indonesia menurut catatan Komisi Nasional (Komnas) Perempuan (2007), menunjukkan adanya 25.522 kasus kekerasan terhadap perempuan (KTP) yang ditangani oleh 215 lembaga, termasuk institusi penegak hukum, rumah sakit dan organisasi masyarakat, dengan kasus terbanyak adalah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) mencapai 76 persen dari jumlah kasus itu.

Praktek 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. Dampak yang diakibatkan karena KDRT sudah sangat jelas sangat merugikan bagi perempuan itu sendiri dan akan mempengaruhi banyak aspek dalam kehidupannya.

Segala bentuk tindak kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh suami baik secara fisik maupun psikis dapat berdampak serius bagi kesehatan seorang wanita. Penelitian yang dilakukan Krug, et al. (2002) menemukan bahwa tindak kekerasan terhadap seorang wanita yang dilakukan oleh pasangannya dapat berdampak pada kesehatan perempuan. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh WHO pada 10 negara menunjukkan bahwa jumlah kematian pada perempuan yang disebabkan karena kekerasan oleh pasangan yaitu suami, pacar menunjukkan angka yang signifikan. Dalam penelitian tersebut dilaporkan 40-



70% perempuan menjadi korban pembunuhan oleh suami atau pasangannya (WHO, 2005).

Menurut penelitian yang dilakukan Krug, et al (2002) perempuan yang menjadi korban kekerasan memiliki masalah kesehatan fisik dan mental dua kali lebih besar dibandingkan perempuan yang tidak menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga. Perilaku tersebut termasuk keinginan dan perilaku bunuh diri, tekanan mental, dan gangguan fisik seperti pusing, nyeri, lemas dan gangguan fungsi vagina. Bentuk tindak kekerasan ini mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan, yaitu berperan dalam meningkatkan risiko IMS (Infeksi Menular Seksual), termasuk (*Human Immunodeficiency Viruses*) HIV. Hal itu tidak terlepas dari perilaku seksual para pasangan mereka. Studi lain oleh WHO (2004) mengenai KDRT menunjukkan bahwa kekerasan yang dilakukan suami merupakan bentuk kekerasan yang paling sering terjadi pada kehidupan seorang perempuan, bahkan lebih sering dibandingkan kekerasan atau perkosaan yang dilakukan oleh orang asing maupun orang yang dikenal. Studi yang melibatkan lebih dari 24.000 perempuan sebagai responden tersebut melaporkan adanya dampak besar dari kekerasan fisik dan seksual oleh suami dan pasangannya. Fenomena ini telah menimbulkan dampak pada status kesehatan fisik dan psikologis perempuan (WHO, 2005).

Situasi yang dihadapi oleh korban KDRT sangatlah kompleks. Menurut Dharmono & Diatri (2008) perempuan korban KDRT mengalami pertentangan psikologis status sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya yang disatu pihak ingin membebaskan diri, tetapi terdapat ketergantungan secara ekonomi kepada pelaku (suami). Perasaan takut dan benci terhadap perilaku suami berhadapan dengan rasa tanggung jawab sebagai istri untuk melayani suami. Situasi ini menempatkan mereka pada kondisi tekanan psikologis yang sangat berat. Korban KDRT seringkali terjebak dalam siklus kekerasan yang berkepanjangan, tidak berdaya untuk menyelamatkan diri serta kesulitan mengakses sumber bantuan. Dampak psikologis ini dapat bermanifestasi ringan sampai berat, terjadi ringan sampai kronik, dapat terjadi langsung atau beberapa waktu. Dampak psikologis yang paling umum seringkali luput dari perhatian karena sifatnya yang sumir, bentuk sederhana dalam gangguan sehari-hari menjadi

lebih mudah marah, tersinggung, banyak diam, rasa bersalah yang tidak jelas, mudah lupa (Pratiwi, 2002).

Respon perempuan korban KDRT dalam menghadapi tekanan psikologis ini bervariasi. Penelitian yang dilakukan WHO (2005) menunjukkan bahwa sekitar 20-70% perempuan yang mengalami KDRT tidak pernah menceritakan pada orang lain atau mencari bantuan profesional dan hanya sedikit yang melaporkan kepada polisi. Bagi mereka yang telah mencari pertolongan, pada umumnya telah mengalami kekerasan yang sangat parah. Respon istri pada umumnya menerima tindakan suaminya dan memaafkannya, hanya sedikit yang melaporkan ke polisi. Tetap melindungi suaminya dari jangkauan hukum tidak ingin suaminya ditahan. Perempuan yang menjadi korban kekerasan, berada dalam posisi yang sulit untuk mengungkap kekerasan atau fakta yang terjadi secara gamblang, sehingga sebagian besar korban lebih banyak mengalah atau diam, bahkan melakukan hal-hal yang dalam pembuktian hukum positivisme melemahkan posisinya sendiri (Bambang, 2005).

Meningkatnya jumlah KDRT dan akibat yang timbul pada korban menyebabkan sebagian masyarakat mengharapkan upaya pemulihan korban KDRT perlu terus dilakukan, agar korban dapat kembali kepada keadaannya semula, pemulihan adalah hak yang harus didapatkan korban. Hambatan dalam proses pemulihan korban KDRT disebabkan oleh beberapa aspek yang datang dari korban sendiri maupun faktor pendukung lainnya. Hambatan tersebut menyebabkan korban sedikit terhambat dalam pemulihan dan bahkan sama sekali tidak mendapatkan pemulihan.

Berbagai intervensi untuk pemulihan selama ini sudah diterapkan pada pasien, namun efektifitas masing-masing intervensi belum banyak dilakukan penelitian khususnya di Indonesia. Hasil-hasil penelitian yang dilakukan di luar negeri tentang efektifitas intervensi pada pasangan KDRT diantaranya adalah hasil penelitian Stith (2002) menunjukkan bahwa intervensi pada pasangan suami istri pada kasus KDRT menunjukkan 92% responden tidak terjadi insiden

kekerasan setelah intervensi. Dalam penelitian lain oleh Fals-Stewart, et al. (2002) dilaporkan bahwa intervensi terhadap pasangan suami istri dalam kasus KDRT lebih efektif daripada intervensi individual. Hasil penelitian yang lain oleh Bograd & Mederos (1999) menyatakan bahwa intervensi yang diberikan pada pasangan suami istri memberikan manfaat secara langsung pada pasangan daripada individu atau kelompok. Sedangkan hasil penelitian oleh Stith, et al. (2003) dilaporkan bahwa setelah diberikan intervensi pasangan suami istri, suami menyatakan merasa perlu ikut bertanggung jawab atas perbuatannya dan bertanggung jawab atas peningkatan kualitas hidup pasangannya.

Bentuk-bentuk intervensi yang dilakukan di Indonesia selama ini lebih banyak berfokus pada perempuan yang menjadi korban sementara pelaku/suami tidak mendapatkan terapi. Hal ini berpotensi terulang kembali KDRT. Diperlukan suatu paket pemulihan yang ditujukan untuk pelaku dan korban (pasangan suami istri/ pasutri) agar mendapatkan hasil yang optimal, mudah dipahami dan mudah diaplikasikan. Meskipun menurut Poerwandari, (2008) intervensi bagi pelaku kekerasan berbasis gender merupakan hal yang sulit, ini adalah sebuah tantangan dan peluang bagi peneliti. Intervensi pada pelaku sulit dilakukan disebabkan umumnya kekerasan dilakukan oleh orang terdekat yang memiliki hubungan emosional dengan korban. Bila korban melaporkan kejadian pada pihak berwajib, tidak selalu berharap agar pelaku dipenjara. Umumnya yang diinginkan adalah agar pelaku sungguh-sungguh menyesali perbuatannya dan tidak mengulang lagi perbuatannya.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang efektifitas “Paket PASUTRI” terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta. Peneliti memilih Surakarta sebagai lokasi penelitian karena berdasarkan keterangan Ka Unit PPA Poltabes Surakarta kekerasan terhadap perempuan berbasis gender di Kota Surakarta menempati peringkat ke-2 di Jawa Tengah dengan jumlah kasus KDRT meningkat setiap tahunnya dengan data pada tahun 2008 sebanyak 64 kasus.

## 2.1 Perumusan Masalah

Fenomena yang ada baik di dunia maupun di Indonesia menunjukkan bahwa perempuan korban KDRT sebagian besar dalam kondisi tidak berdaya. Faktor-faktor budaya, agama, tradisi dan kurangnya pemahaman korban kepada siapa harus meminta pertolongan, tidak berani melapor, belum siap serta belum adanya paket penanganan yang efektif, ideal sesuai budaya di Indonesia mengakibatkan korban KDRT tidak dapat memperoleh perlindungan dan tidak dapat memperoleh hak-haknya, hal ini dapat menambah panjang penderitaan korban KDRT dan kasus KDRT tidak akan pernah tertangani dengan baik.

Meningkatnya jumlah KDRT dan akibat yang timbul pada korban menyebabkan sebagian masyarakat mengharapkan upaya pemulihan korban KDRT perlu terus dilakukan, agar korban dapat kembali kepada keadaannya semula, pemulihan adalah hak yang harus didapatkan korban. Hambatan dalam proses pemulihan korban KDRT disebabkan oleh beberapa aspek yang datang dari korban sendiri maupun faktor pendukung lainnya. Oleh karena itu diperlukan suatu paket pemulihan bagi perempuan yang mengalami KDRT agar korban KDRT dapat memperoleh hak-haknya dan pelaku menyadari perbuatannya sehingga siklus KDRT tidak terulang lagi. Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan rumusan masalah penelitian “Apakah “Paket PASUTRI” efektif untuk penanganan kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Surakarta dan sekitarnya?”.

## 3.1 Tujuan Penelitian

### 3.1.1 Tujuan Umum

Mengetahui efektifitas “Paket PASUTRI” terhadap kondisi psikologis perempuan korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga di Karisidenan Surakarta.

### 3.1.2 Tujuan Khusus

- a. Diidentifikasinya karakteristik perempuan korban KDRT dalam hal umur, pendidikan, agama, pekerjaan, sosial ekonomi.

- b. Diidentifikasinya perbedaan kondisi psikologis sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.
- c. Diidentifikasinya perbedaan kondisi psikologis perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah intervensi.

#### 4.1 Manfaat Penelitian

##### a. Perempuan korban KDRT

Memberikan wawasan dan pengetahuan mengenai berbagai pengalaman dan permasalahan yang dapat terjadi akibat KDRT serta mengenalkan paket pasutri untuk pemulihan, serta diharapkan dapat membantu para perempuan korban KDRT untuk lebih memahami hak-haknya dan mampu mengambil keputusan yang terbaik bagi pasangan, keluarga dan dirinya.

##### b. Pelaku kekerasan

Pelaku kekerasan dapat memperoleh pertolongan untuk membantu dirinya sendiri dalam menghadapi masalah KDRT, menyadari dan mampu mengambil keputusan yang tepat bagi dirinya dan pasangannya dan keluarga.

##### c. Masyarakat

Memberikan wawasan bagi masyarakat agar lebih memahami fenomena-fenomena KDRT dan mampu memahami dampak psikologis perempuan korban KDRT dalam kehidupan bermasyarakat dan mengetahui paket penanganan korban KDRT dan peduli terhadap pencegahan tindak KDRT dan berpartisipasi dalam program-program penanganan untuk korban KDRT.

##### d. Peneliti

Memberikan gambaran mengenai profil perempuan korban KDRT dan pelaku tindak KDRT dan mendapat data yang akurat untuk menentukan langkah-langkah strategis dalam upaya mencegah masalah KDRT dan penanganan yang tepat, serta menjadi data awal untuk melakukan penelitian yang lebih lanjut dengan fokus dan paket yang berbeda.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Pengertian Kekerasan dalam Rumah Tangga**

##### **2.1.1 Kekerasan terhadap perempuan**

Setiap tindakan yang dilakukan 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 di depan umum atau dalam kehidupan pribadi (Pasal 2 Deklarasi Penghapusan kekerasan terhadap perempuan, 1993).

##### **2.1.2 Kekerasan dalam rumah tangga**

Berdasarkan Undang-Undang Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) Tahun 2004 KDRT yang dimaksud dengan Kekerasan Dalam Rumah Tangga adalah

“Setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga. Lingkup rumah tangga meliputi : suami, istri, dan anak” (UU RI PKDRT, 2004, hal 33-34).

#### **2.2 Akar Penyebab Kekerasan dalam Rumah Tangga**

Penyebab kekerasan dalam rumah tangga sangat kompleks dan saling terkait antar faktor-faktor yang berhubungan. Akar penyebab KDRT dapat dilatar belakangi oleh sejarah personal laki-laki yang dianggap memiliki kuasa yang lebih daripada perempuan (patriaki) sehingga menempatkan perempuan lebih rendah dan menganggap perempuan sebagai milik laki-laki. Sehingga kekerasan dianggap sebagai suatu hal yang wajar yang dilakukan laki-laki terhadap perempuan. Kekerasan sebagai manifestasi agresivitas seksual laki-laki yang bersifat bawaan yang dimanifestasikan dalam bentuk kekerasan seperti pemukulan terhadap istri, pemerkosaan dan berbagai kejahatan seksual lainnya. Kekerasan terhadap perempuan merupakan persoalan struktural yang bersifat

sistemik, yang disebabkan oleh pola hubungan asimetris yang berbasis pada perbedaan jenis kelamin dan pembagian kerja seksual ( UNICEF, 2000)

Selain faktor sejarah personal diatas akar penyebab KDRT menurut WHO (2005) menjelaskan bahwa faktor penyebab KDRT meliputi berbagai bidang yaitu ekonomi, budaya, sosial, politik dan hukum. Dari faktor ekonomi laki-laki dianggap sebagai pencari nafkah dan juga secara kodrati dianggap mempunyai kemampuan lebih dari perempuan, sehingga perempuan tergantung secara ekonomi pada laki-laki, perempuan tidak memiliki kesempatan pendidikan yang sama dengan laki-laki, sehingga perempuan mempunyai sedikit peluang untuk mendapatkan pekerjaan yang layak dan gaji yang layak.

Secara kultural laki-laki dianggap wajar dan berhak memperlakukan istri sekehendaknya (justifikasi secara legal lewat perkawinan), lelaki pemimpin dan oleh karenanya memiliki hak dan kewajiban untuk mendidik dan mengajar istri apa yang menurutnya benar lewat cara apapun, termasuk lewat kekerasan. Ini dianggap sebagai perwujudan kasih sayang suami terhadap istri (Sadli, Rahman, & Habsjah, 2006).

Dari segi sosial menurut Jamaa & Hadidjah (2008) hubungan sosial antara perempuan dan laki-laki dalam budaya masyarakat Indonesia yang juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti agama, ras, etnis kelas, maupun gender menempatkan posisi perempuan lebih rendah daripada laki-laki dan dianggap tidak penting sehingga menyebabkan perempuan dibatasi oleh banyak aturan-aturan yang harus dijalani yang pada akhirnya merugikan bagi perempuan itu sendiri. Pembatasan dapat berupa pembatasan ruang sosial, penetapan posisi, dan perilaku. Kekerasan dilakukan ketika timbul anggapan sosial bahwa perempuan melampaui batas yang telah ditetapkan dalam peran sosial. Peran sosial yang harus dijalani perempuan ini seolah-olah menjadikan keabsahan untuk melakukan kekerasan pada perempuan dan dianggap wajar mendapat perlakuan tersebut. Tindakan isolasi pada perempuan didalam keluarga dan masyarakat menurut WHO (2005) juga dapat berkontribusi menambah potensi terjadinya

KDRT karena perempuan menjadi tidak mempunyai akses pada keluarga dan organisasi lokal. Dengan kata lain partisipasi perempuan dalam jaringan sosial merupakan faktor kritis bagi perempuan untuk belajar mengurangi resiko dan menyelesaikan masalahnya.

### 2.3 Siklus Kekerasan dalam Rumah Tangga

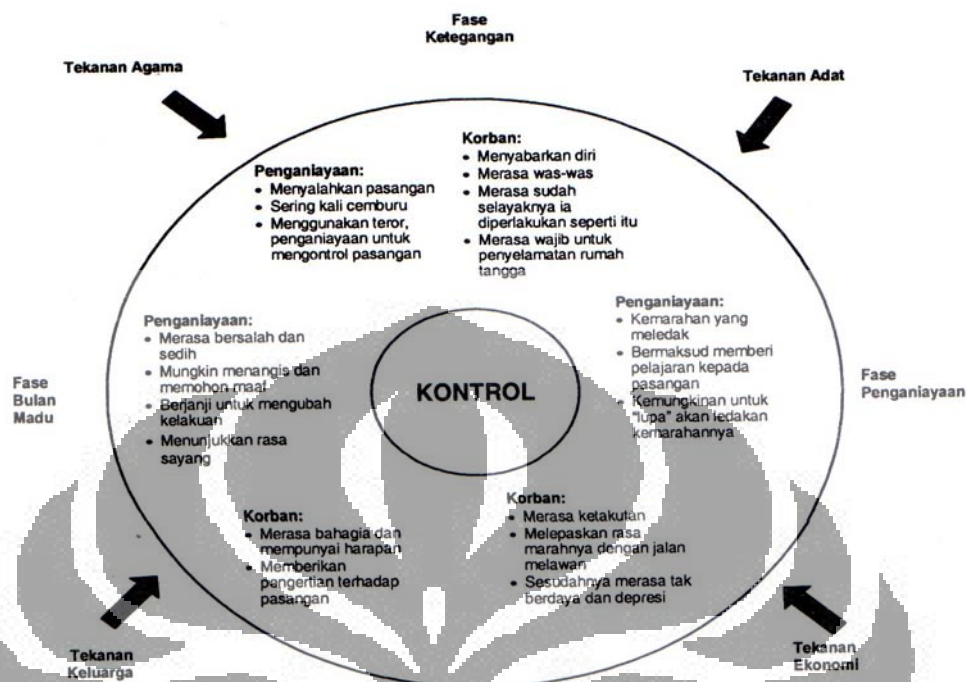
Teori siklus kekerasan yang dikemukakan oleh Walker (1979) yang dikutip oleh LKP2 (2003), dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. *Tension-building phase* atau fase ketegangan yaitu suatu masa dimana terjadi ketegangan-ketegangan kecil terjadi, terus mulai bertambah dan semakin tidak tertahan. Perempuan mencoba menenangkan/menyabarkan pasangan dengan cara apapun. Perempuan merasa tidak berdaya. Pelaku merasa cemburu dan curiga berlebihan pada istri.
- b. *Explosion or battering phase* adalah fase kedua atau fase penganiayaan pada fase ini ketegangan yang meningkat dilepaskan dengan penganiayaan. Pelaku mulai mengeluarkan ancaman pembunuhan secara verbal maupun fisik, perkosaan. Pada fase ini sebagian besar korban mengalami cedera yang mengharuskan korban segera dibawa ke fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.
- c. *Honeymoon phase/calm phase* merupakan fase terakhir atau penyesalan atau bulan madu dimana pelaku merasa bersalah dan menyesal telah melakukan kekerasan, pelaku mengatakan bahwa dia tidak bermaksud menyakiti pasangannya, memohon maaf, memberikan hadiah dan menangis.



Dibawah ini digambarkan siklus KDRT dalam bentuk skema.

Gambar 2.1. Siklus Kekerasan dalam Rumah Tangga



Sumber: LKP2, 2003

Dari skema diatas dapat dijelaskan bahwa siklus kekerasan terdiri dari 3 fase, dimana ketiga fase ini berputar terus dalam suatu siklus. Setelah fase ketegangan kemudian masuk ke fase penganiayaan dan selanjutnya masuk pada fase ketiga adalah fase bulan madu, pada KDRT siklus ini akan berubah dimana fase bulan madu akan semakin sedikit bahkan hilang dan fase ketegangan dan penganiayaan yang terus berlanjut. Siklus KDRT ini seperti lingkaran setan yang sulit diputuskan, seringkali perempuan korban KDRT terjebak dalam siklus kekerasan ini dan sulit keluar dari siklus KDRT ini.

#### 2.4 Bentuk-bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga

Bentuk-bentuk kekerasan terhadap perempuan menurut undang-undang PKDRT untuk lebih jelasnya seperti yang tercantum dalam pasal demi pasal yang tertuang dalam pasal 5-9.

Pasal 5.

”Setiap orang dilarang melakukan kekerasan dalam rumah tangga terhadap orang dalam lingkup rumah tangganya, dengan cara : a. Kekerasan fisik, b.Kekerasan psikis, c. Kekerasan seksual, d. Penelantaran rumah tangga” ( Himpunan Peraturan Perundang-undangan tentang Pelanggaran HAM , 2007 hal. 36).

### 2.4.1 Kekerasan Fisik

Dalam Pasal 6

”Kekerasan fisik sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 huruf a adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit atau luka berat” ( Himpunan Peraturan Perundang-undangan tentang Pelanggaran HAM , 2007 hal. 36).

Bentuk-bentuk kekerasan fisik tersebut dijabarkan lebih luas oleh Lembaga Bantuan Hukum (LBH) APIK (2006) bentuk-bentuk perbuatan yang tergolong kekerasan fisik mencakup pukulan dengan menggunakan anggota tubuh, pukulan dengan tangan kosong, ditinju, pukulan dengan menggunakan benda atau alat, pelemparan benda, pembenturan ke dinding, sundutan rokok, penyiraman dengan cairan (air keras, air cucian, minak panas), sabetan/cambukan, diinjak-injak, dibakar, diiris, dicubiti, dipelintir, dicekik dan diseret.

### 2.4.2 Kekerasan Psikis

Dalam Pasal 7,

”Kekerasan psikis sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 huruf b adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang ” ( Himpunan Peraturan Perundang-undangan tentang Pelanggaran HAM , 2007, hal.36).

Karakteristik kekerasan psikis menurut analisis LBH APIK (2006) meliputi makian, umpatan, hinaan, diludahi, suami menikah tanpa sepengetahuan istri, suami mempunyai wanita idaman lain, meninggalkan istri tanpa ijin, otoriter, berjudi dan mabuk-mabukan, ancaman dengan benda atau senjata api, anak diambil keluarga suami, keluarga suami melakukan teror, melakukan hubungan seksual dengan orang lain didepan istri atau anak.

### 2.4.3 Kekerasan Seksual

Dalam Pasal 8,

”Kekerasan seksual sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 huruf c meliputi : a. Pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga tersebut”. b.Pemaksaan hubungan seksual terhadap salah seorang dalam lingkup rumah tangganya dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu” (

Himpunan Peraturan Perundang-undangan tentang Pelanggaran HAM , 2007, hal. 36).

Menurut LBH APIK (2006) kekerasan seksual bisa dibuktikan bila melakukan hal-hal seperti : memaksa melakukan hubungan suami istri, padahal istri tidak mau karena kondisi tubuh yang tidak memungkinkan, tidak memberikan nafkah batin kepada istri, melakukan hubungan suami istri dengan kekerasan, memaksa, melakukan hubungan seksual dengan cara-cara yang tidak wajar, memaksa istri berhubungan dengan orang lain hingga menelanjangi istri dengan paksa.

#### 2.4.4 Kekerasan Ekonomi

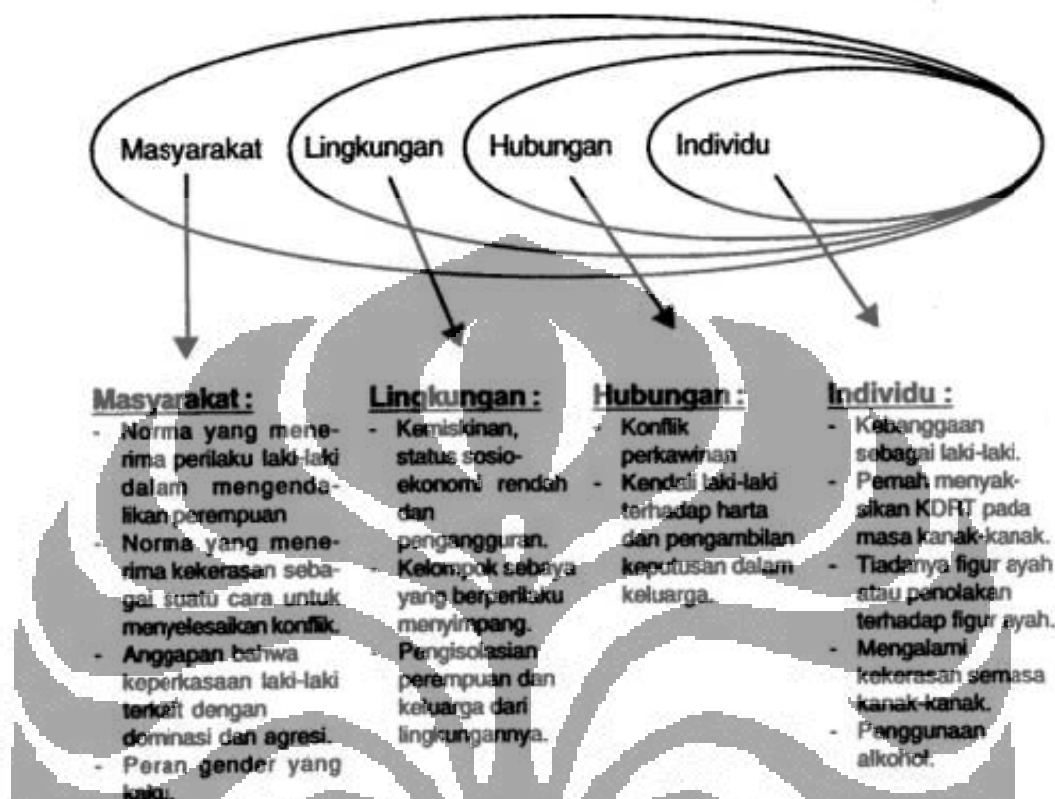
Dalam Pasal 9,

(1) "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. (2) Penelantaran sebagaimana dimaksud ayat (1) juga berlaku bagi setiap orang yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau luar rumah sehingga korban berada dibawah kendali orang tersebut" ( Himpunan Peraturan Perundang-undangan tentang Pelanggaran HAM , 2007, hal.37).

LBH APIK (2006) menambahkan karakteristik kekerasan ekonomi antara lain : tidak diberi nafkah, diberi nafkah tetapi terbatas/kurang, tidak boleh bekerja, harta bersama tidak dibagi, eksploitasi kerja, sampai istri tidak dipercaya memegang uang. Jadi esensi kekerasan ekonomi adalah ekonomi tindakan-tindakan dimana akses korban secara ekonomi dihalangi dengan cara korban tidak boleh bekerja tetapi ditelantarkan, kekayaan korban dimanfaatkan tanpa seijin korban, atau korban dieksploitasi untuk mendapatkan keuntungan materi (Amanah, 2005). Jamaa & Hadidjah (2008) menambahkan dalam bentuk sederhana, kekerasan berdimensi ekonomi adalah setiap perbuatan yang bisa menyebabkan kerugian ekonomi, ketergantungan ekonomis dengan cara membatasi atau melarang bekerja didalam atau diluar rumah, terjadinya eksploitasi di dalam atau di luar rumah dan/atau terlantarnya anggota keluarga karena tidak diberi nafkah.

## 2.5 Faktor Risiko Terjadinya KDRT

Faktor resiko terjadinya KDRT dapat dijelaskan melalui skema berikut ini :



Gambar 2.2. Kerangka ekologis terjadinya KDRT

Sumber: WHO (2005)

Dari gambar diatas dapat dijelaskan kerangka ekologis interaktif yang saling berhubungan dari faktor-faktor di lingkungan berupa empat lingkaran konsentris. Lingkaran terdalam menjelaskan riwayat biologis dan kepribadian yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain. Lingkaran kedua menunjukkan awal terjadinya masalah KDRT yaitu hubungan dalam keluarga atau orang terdekat, Lingkaran ketiga merupakan struktur sosial, merupakan tempat terjadinya hubungan dalam lingkaran kedua dapat berupa lingkungan sosial, lingkungan kerja, atau lingkungan masyarakat sekitar. Lingkaran paling luar adalah lingkungan sosioekonomi, termasuk norma-norma budaya setempat.

Selanjutnya akan dijelaskan lebih lanjut faktor resiko KDRT menurut dibawah ini :

#### 2.5.1 Faktor Individual.

Penelitian WHO (2005) menunjukkan bahwa laki-laki yang melakukan penyerangan kepada istrinya menunjukkan ketergantungan emosional, harga diri rendah, dan ketidakmampuan mengendalikan emosional. Mereka juga menunjukkan kebiasaan marah yang berlebihan dan lebih mudah depresi termasuk kepribadian antisosial, agresif dan gangguan kepribadian dibawah rata-rata. Laki-laki pelaku KDRT memiliki karakteristik individu diantaranya usia muda, mengkonsumsi alkohol/peminum berat, mengalami depresi, memiliki gangguan kepribadian, rendahnya pendidikan, rendahnya penghasilan, memiliki riwayat kekerasan dalam keluarga (Krug, et al. 2002). Menurut WHO (2005) faktor individu dapat disebabkan oleh kebanggaan sebagai laki-laki dimana laki-laki dianggap mempunyai kemampuan lebih dari perempuan, tidak adanya figur ayah atau penolakan figur ayah, mengalami riwayat kekerasan pada masa kecil.

#### 2.5.2 Faktor Hubungan

Pada faktor hubungan penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga adalah konflik perkawinan atau perselisihan hubungan. Penelitian di berbagai negara seperti Thailand dilaporkan bahwa perselisihan verbal secara signifikan diikuti oleh kekerasan secara fisik pada istri, yang seringkali disebabkan karena laki-laki lebih dominan dalam keluarga, tekanan perekonomian dalam keluarga dan aspek yang lain dalam perkawinan seperti perselingkuhan dan ketidakstabilan hubungan (WHO, 2002).

#### 2.5.3 Faktor komunitas/lingkungan

Faktor komunitas yang dapat berperan terjadinya KDRT adalah kurangnya kepedulian masyarakat terhadap masalah KDRT, karena masyarakat pada umumnya masih menganggap KDRT adalah masalah keluarga. Sikap masyarakat terhadap KDRT ini diduga merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya KDRT terus-menerus. Umumnya masyarakat tidak berpihak kepada korban bahkan menyalahkan korban (WHO, 2005).

#### 2.5.4 Faktor Ekonomi

Faktor yang lain menurut WHO (2004) adalah kemiskinan, meskipun KDRT dapat terjadi pada semua tingkat sosial ekonomi. Bagi beberapa laki-laki hidup dalam kemiskinan pada umumnya menyebabkan stress, frustrasi dan perasaan tidak mampu merasa gagal dalam hidup. Hal-hal tersebut diatas dapat menjadi pemicu ketidakharmonisan dalam rumah tangga. Pelaku merasa bahwa tindakannya benar, leluasa dan lepas kendali, dan melanggengkan tindak kekerasan terhadap perempuan.

#### 2.5.5 Faktor Sosial/Masyarakat

Banyak kebudayaan yang memberi hak pria untuk mengontrol tingkah laku istrinya. Kekerasan seringkali digunakan sebagai hukuman fisik untuk kebaikan dan hak suami untuk mengoreksi istri yang salah (WHO, 2004). Budaya yang menyebutkan peran laki-laki sebagai pengontrol kekayaan, warisan keluarga (termasuk nama keluarga) dan pembuat keputusan dalam keluarga serta konflik perkawinan merupakan prediktor yang kuat untuk terjadinya kekerasan Aziz (2002).

Perempuan diposisikan lebih rendah secara sosial, ekonomi, status hukum di berbagai tempat seringkali membuat kesulitan bagi perempuan untuk keluar dari KDRT, sebab kekerasan pada perempuan adalah disebabkan ketidakadilan gender (IGWG of USAID`S, 2006)

Di negara-negara berkembang berlaku norma-norma sosial bagi perempuan, bahwa perempuan harus menikah dan wajib mempertahankan atau menjaga kehormatan rumah tangga dengan tetap bertahan dalam perkawinan yang penuh dengan kekejaman ( WHO, 2005). Norma budaya lain yang dihubungkan dengan kekerasan adalah toleransi terhadap hukuman fisik bagi perempuan dan anak-anak, diterimanya kekerasan sebagai alat untuk menyelesaikan perselisihan antar personal, dan persepsi bahwa laki-laki adalah pemilik perempuan (Sadli, Rahman & Habsjah, 2006).

## 2.6 Dampak KDRT

Dampak yang diakibatkan karena KDRT berimbas pada kesehatan dan kebahagiaan individu yang berefek pada kesejahteraan perempuan dalam komunitas. Dampak yang diakibatkan meliputi :

### 2.6.1 Dampak KDRT pada Kesehatan Perempuan

Berdasarkan hasil penelitian WHO (2005) pada kehidupan perempuan yang mengalami kekerasan menunjukkan adanya dampak yang serius pada kesehatan perempuan. Segala bentuk tindak kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh suami baik secara fisik maupun psikis dapat berdampak serius bagi kesehatan seorang perempuan. Penelitian dari Departemen Kehakiman Amerika melaporkan 37% perempuan yang dirawat di Ruang Emergensi adalah korban KDRT (UNICEF, 2000).

### 2.6.2 Dampak pada Kesehatan Reproduksi Wanita.

Dampak KDRT pada kesehatan reproduksi perempuan menurut WHO (2005) tidak dapat dilepaskan dari diskriminasi terhadap perempuan. Diskriminasi terhadap perempuan dilandasi oleh sejumlah keyakinan (*stereotip gender*) dan sikap tentang perempuan dan reproduksi perempuan. Pandangan masyarakat yang mempunyai pandangan stereotip diantaranya : tugas utama perempuan adalah merawat dan memenuhi kebutuhan suami, anak, mertua dan orang tua. Perempuan yang baik adalah perempuan yang tidak mendahulukan kebutuhan diri sendiri. Stereotip tentang perempuan sebagai perawat utama berdampak terhadap kebutuhan diri sendiri dinomorduakan. Keadaan ini oleh perempuan dan keluarga serta orang lain dianggap 'biasa' dan 'seharusnya'. Dampak diskriminasi berbasis gender terhadap pemenuhan hak kesehatan perempuan termasuk kesehatan reproduksi dalam kasus KDRT sangat merugikan perempuan, hal ini adalah merupakan pelanggaran hak dasar perempuan (Sadli, Rahman, & Habsjah, 2006).

Dampak pada kesehatan reproduksi pada perempuan yang mengalami KDRT menurut Emenike, Lawoko & Dalal, (2008) adalah mengalami kesulitan dalam melindungi diri sendiri terhadap kehamilan yang tidak diinginkan atau penyakit menular seksual. Kekerasan seksual dapat secara langsung penularan penyakit

seksual, infeksi, HIV dan kehamilan tidak diinginkan. Menurut Krug, et al. (2002) KDRT banyak terjadi pada perempuan yang banyak anak. Penelitian menunjukkan bahwa stress mempunyai banyak anak meningkatkan resiko terjadinya KDRT, hal ini dapat dijelaskan dengan banyak anak akan banyak pula tuntutan seperti beban biaya yang harus ditanggung, beban pengasuhan, konflik peran. Penelitian yang dilakukan oleh UNICEF (2000) di berbagai negara menunjukkan tingginya tingkat kekerasan pada masa kehamilan yang mengakibatkan resiko terhadap kesehatan ibu dan janin, pemaksaan seksual penyebab kehamilan yang tidak diinginkan, dan bahaya akibat komplikasi karena aborsi. Perempuan yang mengalami kekerasan pada masa kehamilan mengaku mendapat kekerasan juga sebelum hamil dan 8-34% melaporkan kekerasan yang dialami semakin sering pada masa kehamilan ( WHO, 2005).

### 2.6.3 Dampak pada Masalah Fisik

Tidak diragukan lagi bahwa KDRT menyebabkan banyak masalah pada fisik seperti trauma, ketidakmampuan permanen sampai kematian. Berdasarkan penelitian Krug, et al. (2002) yang dilakukan di beberapa negara menunjukkan 40-72% perempuan korban KDRT mengalami trauma fisik pada beberapa masa dalam kehidupannya. Mereka juga melaporkan mengalami berkurangnya kemampuan fisik sampai gejala somatik seperti gangguan pencernaan, gangguan nyeri, *irritable bowel*. Perempuan yang mengalami kekerasan fisik juga melaporkan mempunyai lebih banyak masalah kesehatan mulai dari gangguan berjalan, melakukan aktifitas sehari-hari, nyeri, kehilangan ingatan, pusing, *vaginal discharge* ( WHO, 2005).

### 2.6.4 Dampak Psikologis Korban KDRT

Situasi yang dihadapi oleh korban KDRT sangat kompleks misalnya pertentangan psikologis status sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, di satu pihak ingin membebaskan diri, tetapi terdapat ketergantungan secara ekonomi kepada pelaku (suami), perasaan takut dan benci terhadap perilaku suami berhadapan dengan rasa tanggung jawab sebagai istri untuk melayani suami, melindungi anak dan menjaga keutuhan keluarga. Situasi ini menempatkan



mereka pada kondisi tekanan psikologis yang sangat berat. Korban KDRT seringkali terjebak dalam siklus kekerasan yang berkepanjangan, tidak berdaya untuk menyelamatkan diri, serta kesulitan mengakses sumber bantuan.

Perempuan yang mengalami KDRT mengalami *post-traumatic stress Disorder* (PTSD) depresi, kecemasan, dan beresiko terhadap perilaku bunuh diri (WHO, 2002). Hampir diseluruh area penelitian perempuan dengan KDRT mengalami gangguan emosional lebih tinggi dan keinginan untuk bunuh diri (WHO, 2005). Berikut akan dijelaskan macam-macam gangguan psikologis pada perempuan korban KDRT :

#### 2.6.4.1 Gangguan Stress Paska Trauma

Menurut Dryden-Edwards (2007) gangguan stress paska trauma adalah gangguan emosional yang berkembang sebagai akibat perasaan ketakutan yang mengerikan, ancaman kehidupan atau pengalaman tidak aman yang lain. PTSD dapat muncul kembali karena adanya hal-hal yang dapat mengingatkan kembali pada peristiwa yang dialami seperti orang, tempat, kejadian.

Merupakan problem mental serius yang terjadi pada korban yang mengalami penganiayaan yang bersifat luar biasa dan mengancam kehidupan. Ciri khas dari gangguan stres paska trauma adalah : tampak selalu tegang dan ketakutan, gelisah, tidak bisa diam, takut tidur, takut sendirian, tampak seperti perasaan tumpul, tidak mampu berekspresi secara wajar terhadap kejadian lingkungan. Menghindari situasi-situasi tertentu, atau obyek tertentu (orang, bau, warna pakaian) yang mengingatkan akan peristiwa tersebut. Mimpi-mimpi buruk atau timbul pikiran seperti mengalami kembali peristiwa traumatisnya (*flashback*).

#### 2.6.4.2 Depresi

Menurut WHO (2005) depresi adalah gangguan mental yang ditandai dengan gangguan perasaan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan tidak berguna, harga diri rendah, gangguan tidur dan nafsu makan, rendah energi, tidak dapat konsentrasi. Depresi dapat

mempengaruhi aktifitas sehari-hari. Depresi merupakan problem kejiwaan yang paling sering ditemukan pada korban KDRT. Gejala yang khas adalah perasaan sedih atau murung, kehilangan minat, gairah hidup, dan kesenangan, merasa putus asa, perasaan bersalah dan berdosa, pikiran ingin bunuh diri. Gejala depresi lainnya diantaranya gangguan tidur (sulit memulai tidur/tidak merasa mengantuk, terbangun dini hari dan tidak merasa segar), perlambatan gerak dan bicara atau sebaliknya, gangguan nafsu makan, konsentrasi dan perhatian buruk. Gejala depresi tidak selalu tampak dan sering terselubung dalam wujud keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan seperti kelelahan kronis, problem seksual, kehilangan nafsu makan dan gangguan tidur.

#### 2.6.4.3 Gejala cemas

Menurut Sadoek (2005), cemas adalah perasaan tidak khas, disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok sosialnya. Kecemasan ada sebagai “kesulitan” atau “kesusahan” dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Dalam kehidupan sehari-hari setiap orang akan menemukan dalam keadaan cemas, takut, dan mudah tersinggung. Berbeda dengan korban gangguan tersebut terjadi dalam waktu yang lama dengan keadaan yang sangat menonjol, yang akan mengganggu aktifitas korban sehari-hari.

Dampak psikologis lainnya akibat kekerasan yang berulang dan dilakukan oleh orang yang memiliki hubungan intim dengan korban adalah jatuhnya harga diri dan konsep diri korban (korban akan melihat dirinya negatif banyak menyalahkan diri) maupun depresi dan bentuk-bentuk gangguan lain sebagai akibat dan tertumpuknya tekanan, kekecewaan dan kemarahan yang tidak dapat diungkapkan (Poerwandari, 2000).

### 2.6.5 Dampak Psikologis pada Anak Korban KDRT

Menurut penelitian oleh UNICEF (2006) bayi dan anak kecil yang terekspos KDRT mengalami stress emosional yang dapat merusak pertumbuhan otak mereka dan mengganggu pertumbuhan koqnitif dan sensori. Gangguan pertumbuhan ini dapat berupa perubahan perilaku yaitu sangat sensitif, gangguann tidur, *distress emotional*, takut sendiri, *immature behaviour*, dan masalah dengan *toileting training*, dan masalah dalam perkembangan bahasa. Setelah mereka tumbuh menjadi anak-anak mereka menunjukkan banyak masalah, anak usia sekolah lebih banyak mengalami kesulitan dalam mengerjakan tugas sekolah, daya konsentrasi lemah dan kesulitan memfokuskan. Gangguan kepribadian dan perilaku dapat berupa *psychosomatic illnesses, depression, suicidal tendencies, and bed-wetting*. Di kemudian hari anak-anak ini lebih beresiko penyalahgunaan obat, kehamilan remaja dan perilaku kriminal. Gejala yang lain menurut UNICEF (2000) anak mengalami gangguan bahasa, sering mengalami gangguan pencernaan, sakit kepala dan asma, kejam pada binatang, ketika bermain meniru bahasa-perilaku kejam, suka memukul teman.

### 2.7 Respon Perempuan terhadap KDRT

Setiap korban kekerasan akan mengalami suasana teror yang membekas akibat pengalaman traumatik yang dialaminya. Respon perempuan-perempuan korban KDRT pada umumnya mereka merasa tidak mempunyai banyak pilihan. Dari wawancara mendalam terhadap perempuan-perempuan beberapa negara menunjukkan bahwa beberapa faktor yang menyebabkan perempuan-perempuan tetap bertahan adalah karena takut, tidak punya alternatif pilihan karena tidak ada dukungan ekonomi, memikirkan nasib anaknya, ketergantungan emosional karena masih mencintai, kurangnya dukungan dari keluarga dan teman, dan berharap suaminya akan berubah. Penolakan dan ketakutan akan dikucilkan oleh lingkungan sosial juga seringkali mencegah para perempuan korban KDRT untuk minta bantuan (Krug, et al. 2002).

## 2.8 Tingkat Pencegahan KDRT dan Peran Perawat Maternitas

Tingkatan pencegahan KDRT dapat dijabarkan sebagai berikut :

### Pencegahan Primer

Tujuan dari pencegahan primer adalah memberikan intervensi sebelum masalah terjadi, atau mencegah berkembangnya faktor risiko (Chamberlain, 2008). Pencegahan primer untuk KDRT adalah melakukan tindakan sebelum kekerasan terjadi. Tindakan yang dilakukan meliputi strategi pendidikan tentang KDRT yang berbasis sekolah. Kegiatan yang dilakukan adalah pendidikan kesehatan pada remaja, program-program untuk mengurangi stereotipe gender peningkatan kemampuan manajemen konflik untuk pasangan KDRT.

### Pencegahan Sekunder

Tujuan dari pencegahan sekunder adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko dan mengambil tindakan untuk mengurangi faktor risiko. Tindakan yang dilakukan diantaranya adalah program skrining di setting pelayanan kesehatan. Dengan melakukan skrining pasien korban KDRT, tenaga kesehatan dapat memberikan support dan melakukan rujukan untuk kasus KDRT dan mencegah masalah kesehatan lebih lanjut. Kunjungan rumah juga dapat dilakukan perawat untuk mengidentifikasi faktor risiko. Contohnya perawat maternitas dapat melakukan kunjungan rumah pada perempuan hamil dengan sosial ekonomi rendah

### Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier dilakukan setelah masalah KDRT terjadi. Tindakan pencegahan dirancang untuk meminimalkan dampak dan membantu proses pemulihan, kesejahteraan, dan keamanan sesegera mungkin. Pencegahan tersier pada KDRT meliputi semua tindakan pelayanan kepada korban dan pelaku secara langsung ketika kekerasan terjadi. Hal ini penting untuk respon pertama dan tenaga kesehatan dapat memahami peran mereka sangat penting. Misalnya perawatan trauma fisik yang dialami korban, perencanaan perlindungan, trauma

psikologis, rumah aman, konseling, support group, pelayanan dan perlindungan untuk anak, koordinasi dengan pihak-pihak terkait

Pencegahan dan penanggulangan kekerasan dalam rumah tangga memerlukan upaya yang harus melibatkan berbagai lintas program dan sektoral, dengan keterlibatan Lembaga Sosial Masyarakat (LSM) dan masyarakat sedini mungkin. Perawat maternitas sebagai salah satu tenaga pelayanan kesehatan memegang peran yang penting dalam penanganan korban KDRT. Sesuai dengan pedoman pencegahan dan Penanganan Kekerasan terhadap Perempuan dari Depkes tahun 2002, maka perawat maternitas harus mampu melakukan tindakan pencegahan pada semua tingkat pencegahan diantara perannya adalah sebagai berikut :

a. *Care giver*

Perawat maternitas harus mampu memberikan pelayanan kesehatan pada perempuan korban KDRT sebagai akibat kekerasan yang dialami baik masalah fisik, psikologis dan reproduksi termasuk pemeriksaan kesehatan yang diperlukan (*visum*). Perawat maternitas harus mampu memahami masalah kekerasan pada perempuan dan ketidakberdayaan korban yang dapat berpengaruh terhadap status kesehatan dan kemampuan dalam pengambilan keputusan. Sebagai komunikator mampu melakukan skrining melalui anamnesis tentang kekerasan yang dialami sehingga korban merasa nyaman. Sebagai advokat mampu memberikan rasa empati dan dukungan dan perlindungan pada korban dan konseling pada korban dan pelaku. Serta memberikan pelayanan Keluarga Berencana dan pelayanan kesehatan reproduksi yang lain termasuk pencegahan dampak lebih lanjut pada kesehatan reproduksi kepada korban sesuai kebutuhan.

b. Edukator

Perawat maternitas harus mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada korban, pelaku, keluarga dan masyarakat termasuk anggota tim kesehatan yang lain dalam rangka meningkatkan kepedulian terhadap KDRT sebagai masalah bersama, untuk pencegahan dan penanganan KDRT .

c. Manajer

Perawat maternitas berperan sebagai pengelola bertanggung jawab dalam mengelola pelayanan kesehatan terhadap perempuan korban KDRT serta mengorganisasikan dan mengendalikan sistem pelayanan keperawatan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif.

d. Peneliti

Perawat maternitas berperan dalam mengembangkan ilmu terutama dalam topik kesehatan perempuan dengan melakukan penelitian-penelitian yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan.

## 2.9 Program Pemulihan Korban KDRT di Indonesia

### 2.9.1 Pemulihan

Sesuai dengan UU tentang pemulihan korban KDRT (2006) bahwa pemulihan korban adalah segala upaya yang dilakukan untuk membantu memberikan penguatan kepada korban agar lebih berdaya secara fisik dan psikis. Sedangkan upaya penyelenggaraan pemulihan adalah segala tindakan yang dilakukan yang meliputi memberikan pelayanan kepada korban, pendampingan kepada korban. Sedangkan orang yang melakukan pendampingan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, pekerja sosial, relawan pendamping dan pembimbing rohani.

### 2.9.2 Program Pemulihan Korban KDRT di Indonesia.

Bentuk-bentuk intervensi yang dilakukan di Indonesia saat ini diantaranya menurut Poerwandari (2008):

### 2.9.3 Konseling

Konseling adalah percakapan yang sengaja diarahkan untuk membantu pemecahan masalah tertentu (Poerwandari, 2008). Konseling merupakan suatu proses yang dimaksudkan untuk membantu orang lain dalam memperoleh jawaban atas pertanyaan (LKP2 Fatayat NU, 2003).

Bentuk-bentuk konseling untuk korban KDRT adalah :

a. *Individual Counseling*

Konseling individu adalah proses membantu individu dengan tujuan bukan untuk mengubah seseorang tetapi memungkinkan individu mampu menggunakan sumber daya yang dimiliki untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Hasil yang diharapkan dari konseling individu adalah individu mampu mengambil langkah-langkah yang konstruktif atas kemampuannya sendiri (LKP2 Fatayat NU, 2003).

b. *Peer Counseling*

*Peer counselor* atau teman sebaya, disebut teman sebaya karena umumnya berlatar belakang sama seperti orang-orang yang didampinginya (Poerwandari, 2008). Menurut LKP2 Fatayat NU (2003) *peer counseling* merupakan paket pemberian nasihat oleh sesama kawan dalam membantu perempuan yang menjadi korban KDRT. Dengan paket sesama kawan yang senasib ini diharapkan akan memberikan perasaan setara bagi korban. Dalam hal ini pendamping dan korban adalah kawan yang setara, kawan untuk berbagi rasa. Sebagai perempuan sesama korban KDRT diharapkan mempunyai pengalaman-pengalaman serupa yang pernah dialami.

2.9.4 Bentuk intervensi pada korban yang lain adalah : *Group Support, Family Therapy*, Bimbingan rohani.

2.9.5 Bentuk-bentuk intervensi pada pelaku kekerasan.

Intervensi untuk pelaku kekerasan menurut Poerwandari (2008) sesungguhnya merupakan hal yang sangat penting. Tanpa adanya intervensi pada pelaku kekerasan menyebabkan korban sering terjebak dalam siklus kekerasan yang berkepanjangan.

Menurut Poerwandari hal-hal penting yang harus diperhatikan dalam intervensi pada pelaku:

- a. Memastikan pelaku menyadari bahwa yang dilakukan adalah salah dan tidak dapat dibenarkan.
- b. Memastikan pelaku dapat berempati pada korban, sungguh-sungguh menyesali apa yang terjadi.
- c. Memastikan pelaku dapat mengembangkan sikap-sikap menghormati perempuan pada khususnya, dan menghormati orang lain pada umumnya.
- d. Memastikan pelaku dapat melakukan pengendalian diri.

2.9.6 Bentuk-bentuk terapi untuk pelaku kekerasan menurut Edleson & Tolman (2004) :

- a. *Group intervention*. Suatu kelompok yang terdiri dari pelaku-pelaku kekerasan (laki-laki) yang telah memiliki coping yang konstruktif dan ketrampilan dalam mengendalikan perilaku, kelompok ini dibentuk untuk memberikan dukungan kepada pelaku tindak kekerasan termasuk KDRT. Kelompok pendukung ini lebih efektif karena pada umumnya laki-laki akan lebih nyaman dan terbuka dengan sesama laki-laki yang memiliki pengalaman hidup yang sama (Edleson & Tolman, 2004).
- b. *Individual Counseling*. Individual konseling pada prinsipnya dilakukan hampir sama dengan terapi group, namun dalam individual konseling lebih ditekankan pada meningkatkan kemampuan individu dalam berkomunikasi secara efektif dalam menyelesaikan konflik (Edleson & Tolman, 2004).
- c. *Social system intervention : educations settings, religious setting, medical settings*. Bentuk intervensi yang dilakukan pada pelaku dengan membangun sistem untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan dengan memasukkan nilai-nilai kesetaraan antara pria dan wanita, yang melibatkan berbagai sektor yaitu pendidikan, keagamaan, dan pelayanan kesehatan.

Program pemulihan di Indonesia sampai saat ini masih banyak menemui banyak kendala. Kendala-kendala yang ada diantaranya adalah belum berjalannya koordinasi yang baik diantara sektor-sektor yang terkait, pusat-pusat pemulihan masih berada di kota-kota besar, terbatasnya dana, tenaga sehingga program pemulihan belum berjalan dengan baik. Selain itu kesadaran masyarakat masih rendah, Indonesia berbeda dari negara maju di



mana orang akan dengan mudahnya datang ke pekerja sosial, konselor, psikolog, dan psikiater seperti datang ke dokter. Oleh karena itu diperlukan suatu paket pendampingan yang mudah diaplikasikan.

Pendampingan bagi korban perlu melibatkan pihak yang mampu berperan sebagai pendamping sesungguhnya. Menjadi pendamping berarti berperan sebagai teman. Kita tidak mengedepankan konseling, terapi psikologis, atau bimbingan rohani, melainkan pertama-tama kepedulian, kesediaan mendengar, penghormatan, keinginan memfasilitasi penyelesaian masalah. Konseling profesional dan terapi tentu dapat saja dilakukan bila diperlukan. Menjadi tantangan, dapatkan pekerja profesional sungguh-sungguh berperan sebagai teman. Mendengar, memahami, baru kemudian membantu membukakan alternatif penyelesaian masalah. Membiarkan korban merenung, dan akhirnya mampu memilih yang terbaik bagi dirinya.

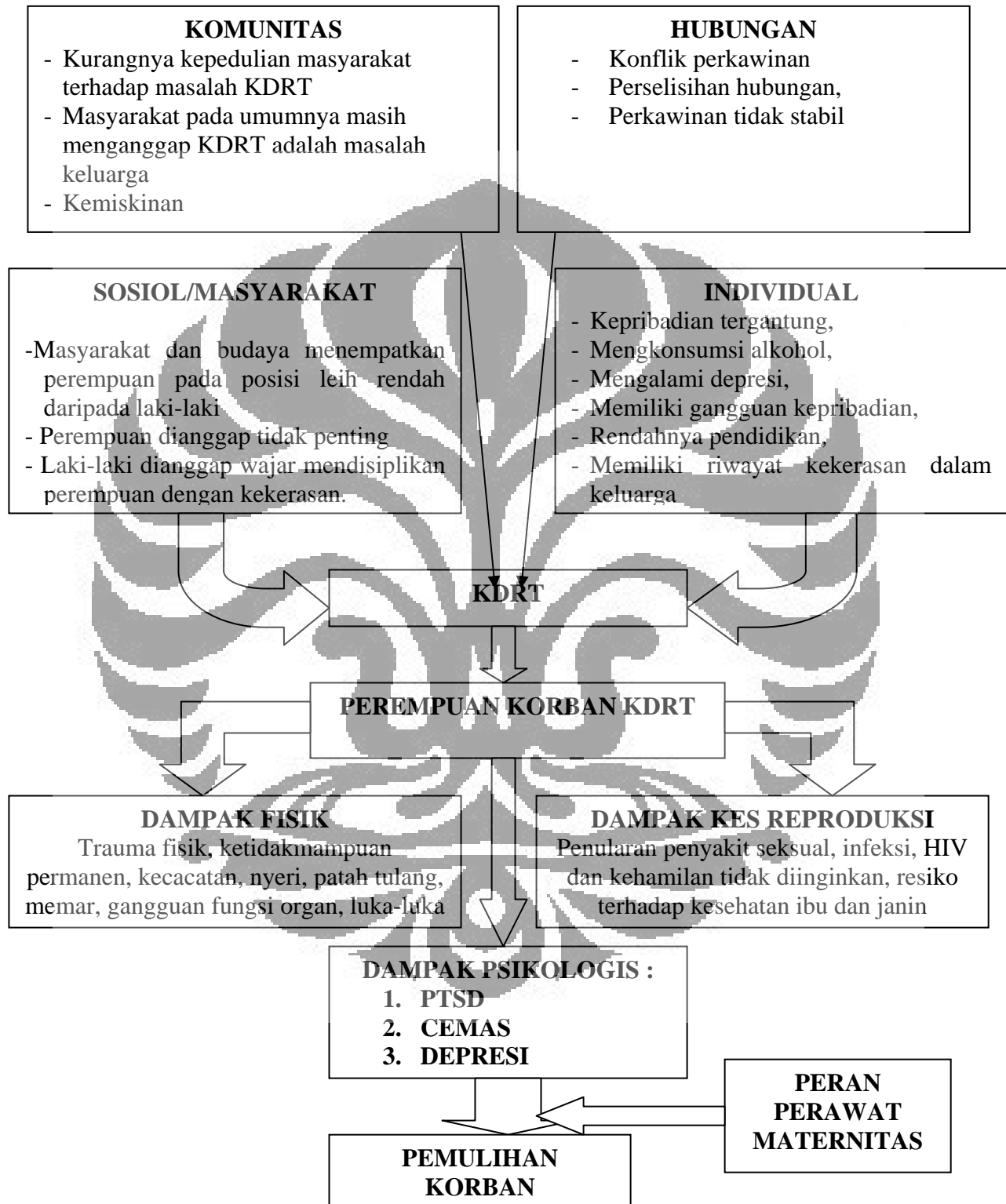
Bila demikian, sebaiknya pendampingan didefinisikan sebagai segala tindakan berupa dukungan, percakapan menguatkan, dan fasilitasi penyelesaian masalah. Dengan definisi itu, pendampingan dapat dilakukan siapa saja, nonprofesional yang dipercaya korban, bisa tetangga, anggota keluarga, teman, atau kelompok profesional yang mampu berperan sebagai teman saat menjalankan tugas profesionalnya melakukan pemeriksaan atau upaya pemulihan (Poerwandari, 2005).

Namun demikian perlu kita sadari bahwa efektifitas program intervensi bagi pelaku, seperti juga efektifitas program pada korban tidak dapat digeneralisasikan begitu saja. Efektifitas program tergantung antara lain pada ketepatan pendekatan yang diambil dengan karakteristik pelaku serta kesungguhan niat pelaku untuk mengubah perilakunya (Poerwandari, 2008).

## 2.10 Kerangka Teori

Berikut digambarkan dalam bentuk skema kerangka teori penelitian :

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian



Sumber : Edleson & Tolman (2004), Krug et al. (2002), WHO (2005), Poerwandari (2008), Emenike, Lawoko & Dalal (2008)

### BAB 3

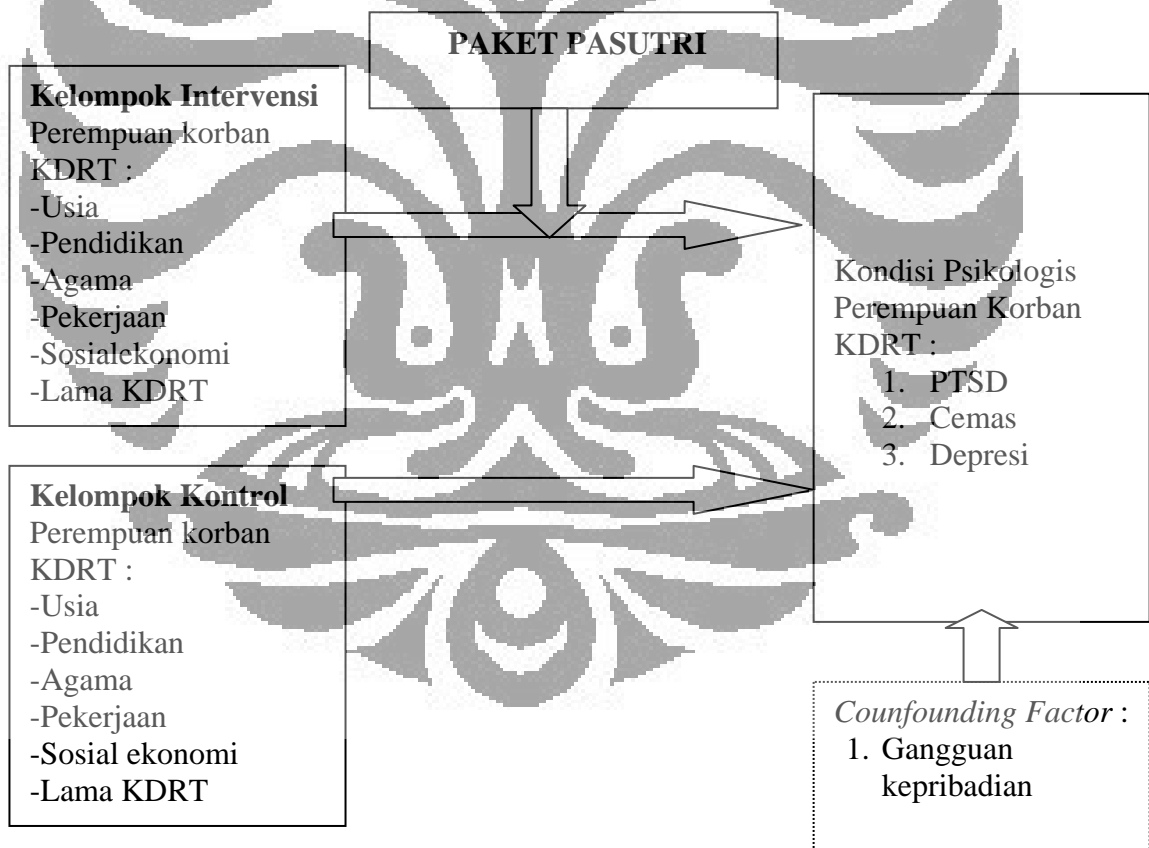
## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFISI OPERASIONAL



Kerangka konsep merupakan bagan hubungan antara variabel yang diteliti dan memberikan arahan peneliti dalam menentukan hipotesis penelitian. Hipotesis menjadi pedoman peneliti dalam mencari hubungan antara variable bebas dengan variable terikat. Kedua variabel ini mudah dipahami dan diukur setelah dipahami definisi operasional. Mengawali penjelasan pada Bab III ini terlebih dahulu dibahas tentang kerangka konsep.

### 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Maka dapat dibuat kerangka konsep penelitian sebagai pedoman pelaksanaan penelitian adalah :

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :  : Diteliti  
 : Tidak diteliti

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya (Sabri & Hastono, 2006). Berdasarkan tinjauan teori dan kerangka konsep yang sudah dibuat maka hipotesis penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut :

- a. Kondisi psikologis setelah memperoleh paket PASUTRI lebih baik daripada sebelum intervensi pada kelompok intervensi.
- b. Kondisi psikologis pada kelompok yang memperoleh paket PASUTRI lebih baik dari pada kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi.

### 3.3 Variabel Penelitian

Variabel dependen adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab akibat karena variabel bebas. Variabel independen dalam penelitian ini adalah perempuan korban KDRT dengan karakteristiknya usia, agama, pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi, lama KDRT sedangkan variabel dependen adalah kondisi psikologis perempuan korban KDRT yang terdiri dari PTSD, cemas, depresi.

### 3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian

#### 3.4.1 Definisi terkait dalam penelitian

No	Definisi Terkait	Definisi Operasional	Cara ukur dan alat ukur	Kriteria ukur	Skala
1.	Perempuan korban KDRT dengan karakternya	Adalah perempuan yang menjadi korban kekerasan dan atau kekerasan ancaman dalam rumah tangga.	Data perempuan korban KDRT didapatkan dari Poltabes Surakarta. Alat ukur dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan peneliti	0 : Kelompok kontrol 1: Kelompok intervensi	Nominal
2.	Paket PASUTRI	Adalah paket pemulihan yang ditujukan untuk pemulihan kondisi psikologis perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga (istri) dengan cara mengajarkan teknik relaksasi dan Memberikan pendampingan oleh orang terdekat kepada korban (istri) dan pelaku kekerasan dalam Rumah Tangga (suami).	Alat ukur dengan lembar catatan, untuk mengetahui perkembangan intervensi. Cara ukur dengan menulis perkembangan selama intervensi. Pengukuran/pencatatan dilakukan oleh pendamping.	0 : Dilakukan 1: Tidak dilakukan	Nominal

## 3.4.2 Variabel karakteristik responden

No	Variabel Bebas	Definisi Operasional	Cara ukur dan alat ukur	Kriteria ukur	Skala
1	Usia	Usia individu yang dihitung berdasarkan waktu kelahiran sampai hari pada saat diobservasi yang dibagi menjadi 4 golongan umur	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden. Cara mengisi kuisener dilakukan oleh pendamping dengan cara memilih jawaban yang sesuai kemudian dicentang.	1. Dewasa muda (20 – 30 tahun) 2. Dewasa menengah (31–40 tahun) 3. Tua (41 – 50 tahun) 4. Lanjut usia (> 50 tahun)	Ordinal
2	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden. Cara mengisi kuisener dilakukan oleh pendamping dengan cara memilih jawaban yang sesuai kemudian dicentang.	1. Tidak pernah sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Akademi/ PT	Ordinal
3	Pekerjaan	Usaha yang dilakukan baik didalam rumah maupun diluar rumah untuk mendapatkan imbalan/ penghasilan sesuai hasil usahanya	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden. Cara mengisi kuisener dilakukan oleh pendamping dengan cara memilih jawaban yang sesuai kemudian dicentang.	1. Tidak bekerja 2. Buruh/ Tani 3. Swasta 4. Wiraswasta 5. PNS/ ABRI	Nominal
4	Agama	Keyakinan atau kepercayaan yang dimiliki responden	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang agama Responden. Cara mengisi kuisener dilakukan oleh pendamping dengan cara memilih jawaban yang sesuai kemudian dicentang.	1. Islam 2. Budha 3. Hindu 4. Kristen 5. Katolik 6. Lainnya	Nominal
5	Sosial ekonomi	Kondisi sosial kemasyarakatan yang diukur berdasarkan tingkat upah minimum regional daerah Surakarta	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang penghasilan yang dimiliki responden. Cara ukur peneliti memilih dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden	1. Kelas Bawah (< Rp.724.000,00) 2. Kelas menengah (Rp.724.000,00- Rp.1.500.000,00) 3. Kelas atas (> Rp. 1.500.000,00)	Ordinal

6	Lamanya a KDRT	Lamanya perempuan KDRT mengalami KDRT yang pertama kali sampai saat dilakukan penelitian	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lamanya KDRT yang dialami responden. Cara ukur peneliti memilih dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden	1. 1-4 tahun 2. 5-10 tahun	Nominal
---	----------------	------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	---------

## 2.4.3 Variabel dependen

No	Variabel dependen	Definisi Operasional	Cara ukur dan alat ukur	Kriteria ukur	Skala
1.	Variabel dependen Psikologis Perempuan korban KDRT Yang terdiri :	Adalah kondisi psikologis yang dialami korban akibat KDRT yang terdiri dari PTSD, cemas, depresi			
	1. PTSD	1. PTSD : gangguan emosional yang berkembang sebagai akibat pengalaman traumatik pada masa lalu.	Kuesioner Skala PTSD dari Beall (1998). Instrumen terdiri dari 10 item pertanyaan. Cara menilai dengan menggunakan skor yang diisi oleh peneliti dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden yang berderajat 1-4 : Jawaban terdiri dari 4 pilihan : 1 : Tidak pernah 2 : Kadang-kadang 3 : Cukup sering 4 : Sangat sering	Skore kriteria ukur : 1-10: Tidak mengalami PTSD 11-20: PTSD ringan 21-30 : PTSD sedang 31-40 : PTSD berat	Ordinal
	2. Cemas	2. Cemas : perasaan yang diakibatkan oleh kekhawatiran terhadap sesuatu yang tidak jelas, yang dianggap dapat mengancam atau membahayakan.	Kuisisioner menggunakan <i>Hamilton Anxiety Scale</i> . Pertanyaan terdiri dari 14 item. Cara ukur peneliti memilih dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden yang berderajat 1-4. Dengan penggolongan sebagai berikut :	Skore dengan kriteria ukur : 1-14 : Tidak Cemas 15-28 : Cemas ringan 29- 42 : Cemas sedang 43 -56 : Cemas berat	Ordinal

	1 : Tidak pernah 2 : Kadang-kadang 3 : Cukup sering 4 : Sangat sering			
3. Depresi :	adalah gangguan mental yang ditandai dengan gangguan perasaan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan tidak berguna, harga diri rendah, gangguan tidur dan nafsu makan, rendah energi, tidak dapat konsentrasi	Kuesioner menggunakan <i>Hamilton Depression Scale</i> . Cara ukur peneliti memilih dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden yang terdiri dari 20 item pertanyaan. Jawaban dengan skala 1-4 :	Skore 1-80. Ordinal Dengan kriteria ukur : 1- 20 : Tidak depresi 21- 40 : Depresi ringan 41- 60 : Depresi sedang 61-80 : Depresi berat	

#### 2.4.4 Variabel perancu

No	Variabel Perancu	Definisi Operasional	Cara ukur dan alat ukur	Kriteria ukur	Skala
1.	Gangguan kepribadian	Kelainan mental yang dialami oleh perempuan korban KDRT	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang gangguan kepribadian yang dimiliki responden. Cara ukur peneliti memilih dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden	1. Ada 2. Tidak ada	Nominal



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Pada Bab IV ini dibahas tentang metode penelitian meliputi desain penelitian, penentuan populasi dan sampel, tempat, waktu, etika, alat dan pengumpul data, prosedur penelitian dan pengolahan data serta analisis data. Selanjutnya dibahas satu persatu yang dimulai dengan desain penelitian.

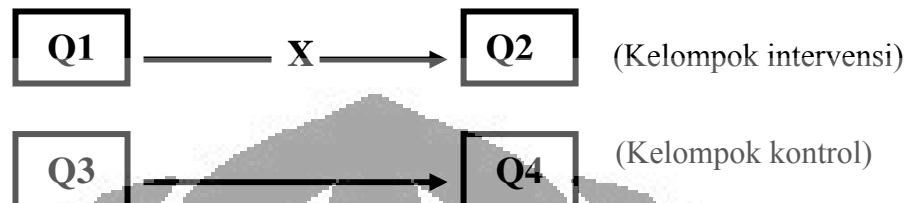
#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasi eksperimental* dengan menggunakan desain *pre and post test with control group*. Alasan peneliti memilih metode penelitian eksperimental semu ini adalah peneliti ingin mengetahui pengaruh perlakuan terhadap perilaku yang timbul sebagai akibat perlakuan dan untuk memperoleh informasi yang merupakan perkiraan yang dapat diperoleh karena dengan eksperimen yang sebenarnya tidak memungkinkan untuk mengontrol dan/atau memanipulasikan semua variabel yang relevan. Dalam penelitian ini peneliti melakukan perlakuan yaitu paket PASUTRI, kemudian mengukur akibat perlakuan tersebut pada variabel dependen yaitu kondisi psikologis perempuan korban KDRT.

Peneliti menggunakan kelompok kontrol yang tidak diberikan perlakuan sebagai pembanding untuk mengetahui apakah ada perbedaan perubahan kondisi psikologis perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi diakibatkan oleh perlakuan yang diberikan yaitu paket PASUTRI. Dibawah ini akan digambarkan dengan bentuk skema rancangan penelitian sebagai berikut :

## Skema 4.1

Rancangan Penelitian Efektifitas Paket PASUTRI Terhadap Kondisi Psikologis Perempuan Korban KDRT di Karisidenan Surakarta



Keterangan :

Q1 : Pre test kondisi psikologis perempuan korban KDRT kelompok perlakuan

Q2 : Post test kondisi psikologis perempuan korban KDRT kelompok perlakuan

X : Perlakuan paket PASUTRI

Q3 : Pre test kondisi psikologis perempuan korban KDRT kelompok kontrol

Q4 : Post test kondisi psikologis perempuan korban KDRT kelompok kontrol

#### 4.2 Tempat

Tempat penelitian ini dilakukan di Karisidenan Surakarta dengan alasan angka kejadian KDRT tiap tahun meningkat. Karisidenan adalah kumpulan kabupaten-kabupaten, Karisidenan Surakarta terdiri dari 5 Kabupaten yaitu Kotamadya Surakarta, Klaten, Boyolali, Sukoharjo, Wonogiri, Karanganyar, Sragen. Sedangkan Kotamadya Surakarta menempati peringkat kedua jumlah kasus KDRT terbanyak di Jawa Tengah setelah Kota Semarang.

### 4.3 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juni 2009.

### 4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perempuan yang menjadi korban KDRT di wilayah Karisidenan Surakarta, berdasarkan data di Poltabes Surakarta tiga tahun terakhir meningkat terus. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Dalam menentukan jumlah sampel peneliti menggunakan rumus dari Sastroasmara & Ismail (2002). Rumus jumlah sampel yang digunakan adalah :

$$n = \frac{Z^2 ((P1 \times Q1) + (P2 \times Q2))}{d^2}$$

Keterangan :

n : jumlah sampel

Z : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (1,96)

P1 : Kejadian KDRT tahun lalu (76%)

P1+Q1 : 1 ; P2+Q2 : 1

Q1 : 1- 0,76 : 0,24

d : derajat presisi yang diinginkan (0,2)

P2 dan Q2 : kejadian normatif, dianggap sama dengan tahun lalu

$$n = \frac{1,96^2 ((0,76 \times 0,24) + (0,76 \times 0,24))}{(0,2)^2}$$

$$= \frac{3,8416 (0,1824 + 0,1824)}{0,04} = 35,0208, \text{ dibulatkan menjadi } 35$$

Jadi jumlah sample :

Setelah jumlah sampel diperoleh maka selanjutnya sampel diambil 35 orang yang memenuhi kriteria inklusi untuk kelompok intervensi dan 35 orang yang memenuhi kriteria inklusi untuk kelompok kontrol. Pengelompokan anggota sampel pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak dilakukan

secara random. Kelompok intervensi adalah subyek yang terpilih yang sesuai dengan kriteria inklusi yang berada di Kotamadya Surakarta, sedangkan kelompok kontrol adalah subyek yang terpilih sesuai kriteria inklusi yang berada di wilayah Kabupaten Sukoharjo dan Kabupaten Boyolali.

Sampel dipilih dengan kriteria inklusi 1) Perempuan korban KDRT yang menyatakan secara langsung bersedia menjadi responden, 2) Perempuan korban KDRT menyatakan secara langsung masih menginginkan keutuhan rumah tangga, 3) Perempuan korban KDRT menyatakan secara langsung bersedia mengikuti seluruh proses paket PASUTRI sampai selesai.

Kriteria eksklusi : 1) Perempuan korban KDRT yang menyatakan secara langsung tidak bersedia menjadi responden. 2) Perempuan korban KDRT yang tidak tinggal menetap di Surakarta selama berturut-turut 6 bulan atau sering berpindah-pindah tempat tinggal, 3) Perempuan korban KDRT yang mengalami trauma fisik berat yang mengancam keselamatan dan kehidupan seperti perdarahan hebat, patah tulang, 4) Perempuan korban KDRT mengalami gangguan psikologis berat, seperti depresi berat atau mengalami gangguan kejiwaan yang memerlukan terapi spesialis, 5) Perempuan korban KDRT mempunyai riwayat tindak kriminal, alkoholisme, ketergantungan obat, riwayat dipenjara, gangguan kepribadian, riwayat penggunaan senjata seperti pistol.

#### **4.5 Alat Pengumpul Data**

Alat pengumpul data dalam penelitian ini terdiri dari 3 alat yaitu 1) Instrumen A, 2) Instrumen B, 3) Panduan wawancara dan lembar observasi untuk memperkuat berupa data kualitatif. Selanjutnya dijelaskan untuk masing-masing sebagai berikut

4.5.1 Alat pengumpul data yang pertama adalah yang terdiri dari instrumen A berisi tentang data demografi responden, merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, agama, sosial ekonomi. Data demografi responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 6 pertanyaan dan diisi oleh

peneliti dengan cara memberikan tanda (√) pada check list sesuai jawaban yang dipilih oleh responden.

4.5.2 Instrumen B terdiri dari 3 kuesioner yaitu kuesioner untuk mengukur PTSD, cemas dan depresi, kuesioner ini digunakan untuk mengetahui kondisi psikologis perempuan korban KDRT. Instrumen B : kuesioner untuk mengetahui kondisi psikologis perempuan korban KDRT terdiri dari 3 bagian:

4.5.2.1 Kuesioner B1, kuesioner untuk mengukur depresi dari *Hamilton Depression Scale* yang dipublikasikan tahun 1997. Pertanyaan terdiri dari 20 butir pertanyaan.

Dengan pilihan jawaban sebagai berikut :

- 1 : Tidak pernah
- 2 : Kadang-kadang
- 3 : Cukup sering
- 4 : Sangat sering

Dengan penggolongan kategori sebagai berikut :

- 1 - 20 : Tidak depresi
- 21- 40 : Depresi ringan
- 41- 60 : Depresi sedang
- 61- 80 : Depresi berat

4.5.2.2 Instrumen B2.

Kuesioner untuk mengukur cemas *Hamilton Anxiety Scale* yang dipublikasikan tahun 1997. Pertanyaan terdiri dari 14 butir, responden memilih dengan cara mencentang pernyataan yang sesuai dengan kondisi responden yang berderajat 1-4. Untuk penilaian :

- 1 : Tidak pernah
- 2 : Kadang-kadang
- 3 : Cukup sering
- 4 : Sangat sering

Dengan penggolongan kategori sebagai berikut :

- 1 - 14 : Tidak Cemas

- 15- 28 : Cemas ringan
- 29- 42 : Cemas sedang
- 42-56 : Cemas berat

#### 4.5.2.3 Instrumen B3

Instrumen B3 : PTSD, kuesioner dari *PTSD Scale* Beall (1998), instrumen terdiri dari 10 butir pertanyaan. Jawaban terdiri dari 4 pilihan :

- 1 : Tidak pernah
- 2 : Kadang-kadang
- 3 : Cukup sering
- 4 : Sangat sering

Cara menilai dengan menggunakan skore. Jawaban terdiri dari 4 pilihan :

- 1-10 : Tidak mengalami PTSD
- 11-20 : PTSD ringan
- 21-30 : PTSD sedang
- 31-40 : PTSD Berat

4.5.3 Panduan wawancara dan lembar observasi yang dibuat sendiri oleh peneliti dapat dilihat pada bagian lampiran.

#### 4.6 Etika Penelitian

Setelah mendapat ijin dan lulus uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Universitas Indonesia, peneliti meminta ijin kepada KaPoltabes Surakarta, KaPoltabes Boyolali, KaPoltabes Sukoharjo untuk melakukan penelitian tentang efektifitas paket PASUTRI terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT. Proses penelitian dilakukan sesudah peneliti mendapatkan surat jawaban dari KaPoltabes Surakarta, Boyolali dan Sukoharjo.

Peneliti dalam melakukan penelitian ini selalu memegang teguh sikap ilmiah serta menggunakan prinsip-prinsip etika penelitian. Mengingat bahwa masalah KDRT adalah merupakan masalah yang sensitif dan rentan terhadap timbulnya masalah etis seperti konflik antar pasangan serta kemungkinan

ancaman keselamatan maka sebelum dilakukan penelitian proses seleksi calon responden, pengkajian kepada perempuan korban KDRT, jaminan keamanan, dan kontrak yang jelas dengan calon responden akan sangat menentukan kelancaran proses penelitian ini.

Yang dilakukan peneliti untuk menjaga prinsip-prinsip etik menurut Loisele, Profetto-McGrath, Polit & Beck (2004) ada empat yaitu :

#### 4.6.1 Menghormati harkat dan martabat manusia.

Prinsip pertama, peneliti perlu mempertimbangkan calon responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian dan paket PASUTRI serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia, adalah: peneliti menjelaskan kepada subyek (*informed consent*) yang terdiri dari: (1) penjelasan manfaat penelitian; (2) penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan; (3) penjelasan manfaat yang didapatkan; (4) persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian; (5) persetujuan pasangan suami istri dapat mengundurkan diri kapan saja; dan (6) jaminan anonimitas dan kerahasiaan. Setelah itu, peneliti mempersiapkan formulir persetujuan/form *informed consent* untuk diisi oleh calon responden apakah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini atau tidak.

#### 4.6.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan, tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain. Permasalahan KDRT adalah masalah yang menyangkut area yang dianggap privasi dan banyak faktor yang mempengaruhi yang menyebabkan seseorang tidak mau terbuka mengungkapkan

permasalahannya. Sehingga peneliti perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek (*confidentiality*). Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

#### 4.6.3 Keadilan dan inklusivitas

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan. Melakukan penelitian dan pendampingan pada kasus KDRT adalah pekerjaan yang sangat melelahkan dan melibatkan emosional yang tinggi karena peneliti memasuki area konflik yang sangat kompleks yang melibatkan orang-orang terdekat. Untuk menjaga profesionalitas maka sangat penting bagi peneliti untuk memegang teguh prinsip keadilan dan inklusivitas dengan cara memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, intimitas, psikologis serta perasaan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan tanggung jawab secara adil atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan responden. Setelah penelitian selesai untuk menjaga prinsip keadilan maka kelompok kontrol akan diberikan perlakuan yang sama dengan kelompok intervensi kecuali apabila menolak.

#### 4.6.4 Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi



subyek (*nonmaleficence*). Untuk menjaga ketertiban masyarakat peneliti meminta izin kepada Kamtibmas setempat.

#### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Seluruh prosedur pengambilan data dilaksanakan selama 3 minggu, satu minggu untuk proses seleksi, 1 minggu untuk intervensi, dan 1 minggu diberikan waktu bagi pasangan untuk melakukan refleksi kemudian dilakukan evaluasi.

Pengukuran kondisi psikologis perempuan korban KDRT meliputi PTSD, cemas, depresi dilakukan sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut

##### 4.7.1 Tahap persiapan

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat izin pelaksanaan penelitian dari pembimbing penelitian, uji etik oleh komite etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan izin dari KaPoltabes Surakarta. Kotamadya Surakarta ditetapkan sebagai kelompok intervensi dengan pertimbangan laporan kasus KDRT paling tinggi di Karisidean Surakarta. Sedangkan kelompok kontrol ditetapkan dengan cara random diantara 6 kabupaten didapatkan kabupaten Sukoharjo dan Boyolali, diambil dua kabupaten karena jumlah laporan kasus KDRT satu kabupaten tidak cukup. Selanjutnya peneliti berkordinasi dengan cara mendatangi secara langsung Poltabes Surakarta, Boyolali dan Sukoharjo bagian penanganan Perlindungan Perempuan dan Anak (PPA) untuk mengetahui jumlah calon responden dan alamat calon responden yang dapat dihubungi. Untuk memperlancar jalannya penelitian peneliti dibantu oleh 5 orang fasilitator yang dipilih oleh peneliti untuk membantu peneliti dalam pengumpulan data ke

responden. Fasilitator sebelumnya diberikan penjelasan teknik pengambilan data.

#### 4.7.2 Tahap pelaksanaan

##### Langkah I Seleksi calon responden

Pada tahap ini peneliti melakukan seleksi calon responden dengan urutan kegiatan sebagai berikut :

4.7.2.1 Peneliti mendata kembali calon responden dan alamat lengkap yang data dasarnya didapatkan dari Poltabes Surakarta, Boyolali dan Sukoharjo.

4.7.2.2 Peneliti menghubungi calon responden melalui telpon, bila tidak ada nomor telpon peneliti akan mendatangi alamat secara langsung.

4.7.2.3 Peneliti membuat kontrak waktu untuk bertemu secara langsung dengan pasangan perempuan korban KDRT untuk melakukan seleksi sesuai kriteria pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

4.7.2.4 Setelah didapatkan daftar calon responden yang sesuai kriteria selanjutnya peneliti memberikan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian dan paket PASUTRI. Calon responden memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait adalah: peneliti memberikan informasi kepada subyek (*informed consent*) yang terdiri dari: (1) penjelasan manfaat penelitian; (2) penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan; (3) penjelasan manfaat yang didapatkan; (4) persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian; (5) persetujuan pasangan suami istri dapat mengundurkan diri kapan saja; dan (6) jaminan anonimitas dan kerahasiaan.

4.7.2.5 Setelah calon responden mendapatkan informasi peneliti menyiapkan formulir persetujuan untuk diisi oleh calon

responden apakah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini apa tidak. Dalam prakteknya dilapangan ada beberapa calon responden yang memenuhi kriteria inklusi tetapi tidak bersedia menjadi responden.

4.7.2.6 Setelah jumlah responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi terpenuhi selanjutnya dilakukan pengukuran pada kedua kelompok dengan kuesioner untuk mengetahui kondisi psikologis perempuan korban KDRT pada kedua kelompok.

4.7.2.7 Selanjutnya peneliti membuat kontrak waktu untuk diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi. Setelah tahap ini masuk langkah kedua yaitu penerapan paket PASUTRI.

#### Langkah II. Pelaksanaan paket PASUTRI

Pada tahap ini ada dua aktifitas yaitu pemberian paket PASUTRI pada perempuan korban KDRT yang terdiri dari teknik relaksasi dan pendampingan oleh orang terdekat korban. Aktifitas kedua adalah mendiskusikan dengan keluarga atau istri siapa orang terdekat pelaku yang bersedia mendampingi pelaku sebagai teman. Tahap ini dilakukan dalam waktu satu minggu.

#### 4.7.3 Pendampingan kepada korban

Aktifitas yang dilakukan selama pendampingan kepada korban ada dua yaitu :

4.7.3.1 Mengajarkan kepada korban teknik relaksasi dengan cara pertama peneliti menjelaskan langkah-langkahnya kemudian dilanjutkan dengan memberikan contoh dan ibu diminta untuk mempraktekkan secara langsung. Teknik relaksasi yang diajarkan adalah teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi progresif. Setelah responden memahami dan mampu melakukan sendiri dengan baik. Selanjutnya dilakukan evaluasi dengan cara responden diminta untuk memperagakan kembali langkah-langkah teknik relaksasi yang sudah diajarkan. Setelah dievaluasi,

responden mampu melakukan semua langkah-langkah teknik relaksasi dengan baik. Selanjutnya peneliti menganjurkan untuk selalu mempraktekkan sebelum tidur malam setiap hari. Agar responden tidak lupa dengan materi pembelajaran yang diajarkan oleh peneliti, responden diberikan modul Paket PASUTRI. Kegiatan mengajarkan teknik relaksasi ini diajarkan satu kali, dengan lama pertemuan satu jam. Untuk mengevaluasi pengaruh relaksasi terhadap kondisi psikologis responden dilakukan evaluasi akhir setelah dua minggu.

4.7.3.2 Pada akhir pertemuan di atas peneliti menggali pada responden siapakah orang terdekat korban yang bisa dijadikan teman. Peneliti menjelaskan kepada responden apa manfaat yang didapatkan dengan berteman. Setelah responden mengidentifikasi orang yang akan dijadikan teman, peneliti mencatat kemudian dilanjutkan memberikan penjelasan kepada responden bahwa ia didampingi oleh orang tersebut, responden dapat menjalankan aktifitas sehari-hari dengan biasa dengan didampingi oleh seorang teman dan layaknya berteman. Pada prakteknya di lapangan peneliti mendapatkan bahwa sebagian responden masih tinggal serumah dengan orang tua, kelompok ini cenderung memilih ibunya sebagai pendampingnya. Sedangkan responden yang lain merupakan keluarga inti dan mempunyai anak usia remaja dan dewasa muda, kelompok ini cenderung memilih anaknya terutama anak perempuannya yang menjadi pendampingnya. Dalam penelitian ini juga didapatkan bahwa ada beberapa responden yang tidak memiliki keluarga dekat disekitarnya karena pendatang dan memiliki anak masih kecil, kelompok ini cenderung memilih teman dekatnya sebagai pendamping.

4.7.3.3 Setelah itu peneliti menemui orang yang dijadikan teman untuk memberikan pengarahannya sebagai pendamping korban. Pelaksanaan pendampingan dievaluasi langsung pada perempuan korban KDRT dengan cara ditanya secara langsung dan bagaimana perasaannya setelah dilakukan pendampingan. Evaluasi dilakukan setelah dua minggu

#### 4.7.4 Pendampingan kepada pelaku

Aktivitas pendampingan kepada pelaku sama dengan korban. Untuk pendampingan kepada korban menggunakan pendampingan oleh orang terdekat pelaku. Peneliti mendiskusikan dengan istri dan keluarga untuk mengidentifikasi siapa orang terdekat yang bisa dijadikan pendamping pelaku. Setelah didapat orang yang dijadikan pendamping, peneliti memberikan penjelasan kepada calon pendamping tentang perannya sebagai pendamping yaitu berperan sebagai teman bagi pelaku. Ia bisa melakukan sharing, dan aktivitas sebagaimana layaknya berteman. Namun pada pelaksanaannya peneliti banyak menemui kendala untuk bisa bertemu dengan semua pendamping pelaku. Evaluasi pelaksanaan pendampingan kepada pelaku dilakukan dengan cara menanyakan kepada perempuan korban KDRT mengenai perubahan perilaku suaminya. Evaluasi dilaksanakan setelah dua minggu.

#### Langkah III. Terminasi – Evaluasi

Setelah pasangan diberikan intervensi masing-masing pelaku dan korban diberikan waktu selama 1 minggu untuk beradaptasi dengan perubahan yang baru. Pada tahap akhir peneliti menjelaskan bahwa pemberian paket PASUTRI telah selesai. Setelah 1 minggu dilakukan evaluasi terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT meliputi PTSD, cemas dan

depresi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan cara dilakukan pengukuran kondisi psikologis dengan cara peneliti melakukan kunjungan rumah.

#### **4.8 Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

##### **4.8.1 *Editing***

Tahap ini dilakukan untuk meneliti kelengkapan data dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh, sehingga dapat dilakukan perbaikan data yang kurang.

##### **4.8.2 *Coding***

Pemberian kode dimaksudkan untuk mempermudah dalam pengolahan data dan proses selanjutnya melalui pengklasifikasian data.

##### **4.8.3 *Entry data***

Proses pemasukan data dalam program komputer dengan bantuan SPSS versi 15.0 *for windows*.

##### **4.8.4 *Tabulation***

Setelah data terkumpul dan kelengkapannya diperiksa, kemudian dilakukan tabulasi data berdasarkan variabel yang diteliti.

#### **4.9 Analisa Data**

Setelah data diolah, kemudian dilanjutkan dengan melakukan analisis data untuk menguji hipotesis dan menjawab rumusan masalah yang diajukan.

Analisa data meliputi :

##### **4.9.1 *Analisis Univariat***

Analisa data ini dilakukan terhadap tiap variabel dari penelitian dan pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2002). Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel – variabel yang ada secara

deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya agar dapat diketahui karakteristik dari subjek penelitian. Analisis univariat terdiri dari tiga analisis yaitu 1) Karakteristik perempuan korban KDRT yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, agama, sosial ekonomi, 2) Kondisi psikologis perempuan korban KDRT yaitu depresi, cemas dan PTSD sebelum dan sesudah diberikan paket PASUTRI pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi, kedua data diatas merupakan data katagorik sehingga disajikan dalam bentuk jumlah dan persentase

#### 4.9.2 Analisa Bivariat

Analisa data ini digunakan untuk mengetahui efektifitas paket PASUTRI terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT. Pemilihan uji statistik yang digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada jenis data, asumsi dan hipotesis (Sugiyono, 2005). Analisis bivariat dilakukan untuk 1) Uji homogenitas, 2) Uji mengetahui perbedaan kondisi psikologis perempuan korban KDRT yang meliputi depresi, cemas dan PTSD antara sebelum dan sesudah intervensi, 3) Untuk mengetahui perbedaan proporsi kondisi psikologis perempuan korban KDRT depresi, cemas dan PTSD pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Uji homogenitas dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik perempuan korban KDRT terhadap tingkat kecemasan, depresi dan PTSD antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Kesetaraan karakteristik responden yaitu usia, pendidikan, pekerjaan, agama, sosial ekonomi dilakukan uji *Chi Square* dengan rumus menurut Arikunto (1998).

Dengan rumus sebagai berikut :

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Keterangan :

$f_o$  : Frekuensi yang diperoleh berdasarkan data

$f_h$  : Frekuensi yang diharapkan

Untuk mengetahui pengaruh lamanya KDRT yang dialami pada variabel perancu dilakukan uji dengan *Chi Square*. Untuk mengetahui perbedaan kondisi psikologis perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan paket PASUTRI pada kelompok intervensi digunakan uji *McNemar*. Uji ini dipilih karena 1) Variabel yang dihubungkan adalah katagorik dengan katagorik, 2) Jenis hipotesisnya adalah komparatif, 3) Skala variabel berbentuk katagorik, 4) Berpasangan.

Untuk mengetahui perbedaan proporsi kondisi psikologis perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol digunakan uji *chi square*. Uji ini dipilih dengan alasan 1) Variabel yang dihubungkan katagorik, 2) Jenis hipotesis komparatif, 3) Skala variabel katagorik, 4) Tidak berpasangan, 5) Tidak ada sel yang nilai ekspektasinya kurang dari 1, 6) Tidak ada sel yang nilai ekspektasinya kurang dari 5 lebih dari 20%. Untuk memperkuat data kuantitatif ditambahkan data kualitatif, data diambil dengan cara wawancara dan observasi kepada 7 orang responden setelah diberikan paket PASUTRI.



## BAB 5

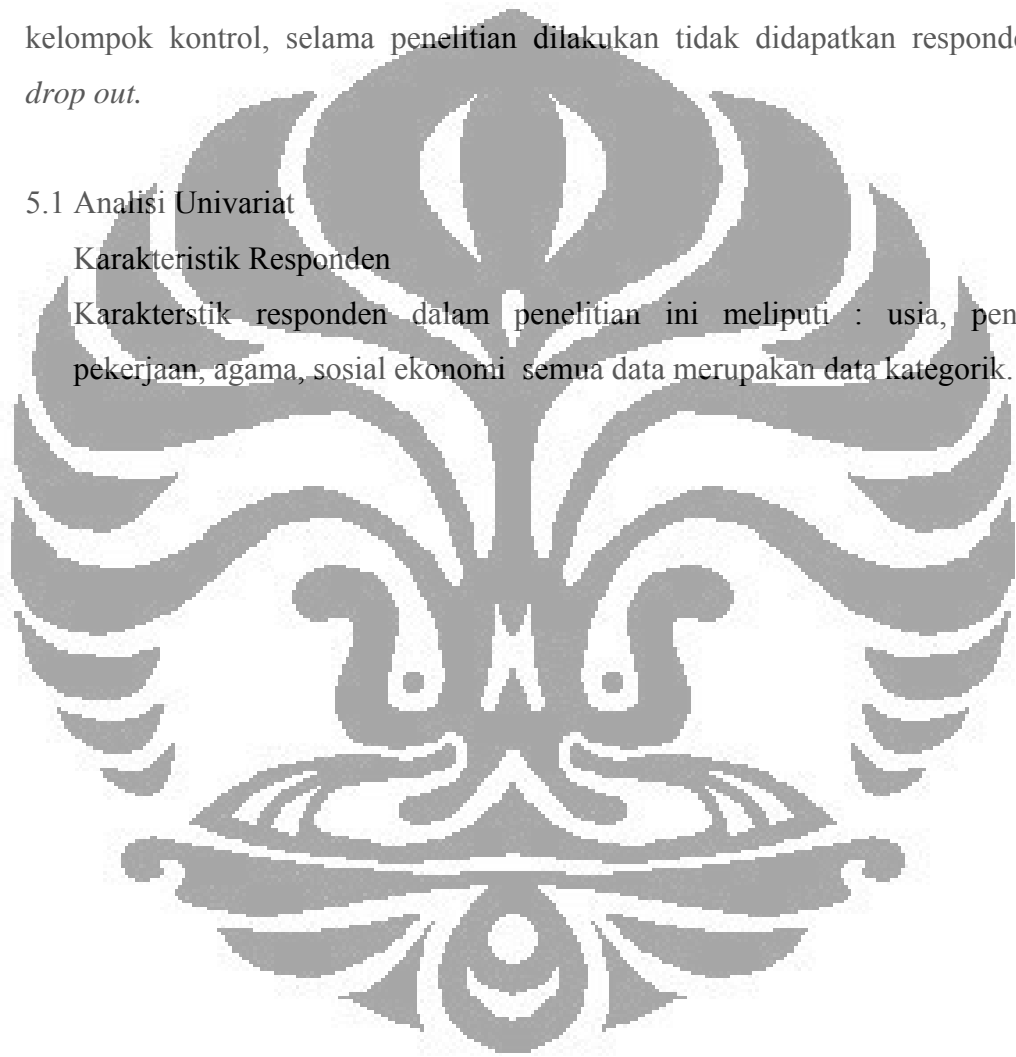
### HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Karisidenan Surakarta. Pengumpulan data dilakukan pada 18 Mei sampai 27 Juni 2009. Responden penelitian dalam penelitian ini berjumlah 70 orang terdiri dari 35 orang kelompok intervensi dan 35 orang kelompok kontrol, selama penelitian dilakukan tidak didapatkan responden yang *drop out*.

#### 5.1 Analisa Univariat

##### Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi : usia, pendidikan, pekerjaan, agama, sosial ekonomi semua data merupakan data kategorik.



Tabel. 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik usia, pendidikan, pekerjaan, agama pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol  
Di Karisidenan Surakarta  
Juni 2009 (n1 = n2 = 35)

Karakteristik responden	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol	
	n	%	n	%
<b>Usia</b>				
20-30	10	28.6	10	28.6
31-40	18	51.4	16	45.7
41-50	6	17.1	8	22.9
>50	1	2.9	1	2.9
<b>Pendidikan</b>				
Tidak sekolah	1	2.9	1	2.9
SD	7	20.0	4	11.4
SMP	4	11.4	5	14.3
SMA	16	45.7	18	51.4
Akademi/Perguruan Tinggi	7	20.0	7	20.0
<b>Pekerjaan</b>				
Tidak bekerja	13	37.1	19	54.3
Buruh/Tani	6	17.1	4	11.4
Swasta	10	28.6	6	17.1
Wiraswasta	5	14.3	4	11.4
PNS	1	2.9	2	5.7
<b>Agama</b>				
Islam	30	85.7	28	80.0
Kristen	5	14.3	4	11.4
Katolik	0	0	3	8.6
<b>Sosial Ekonomi</b>				
Bawah	13	37.1	12	34.3
Menengah	17	48.6	10	28.6
Atas	5	14.3	13	37.1

Usia responden pada kelompok intervensi kebanyakan berusia 31 sampai 40 tahun yaitu sebanyak 51,4 %. Sedangkan kelompok kontrol mayoritas berusia 31-40 tahun yaitu sebanyak 45,7%. Pendidikan responden pada kelompok intervensi kebanyakan SMA yaitu sebanyak 45,7% dan pendidikan mayoritas kelompok kontrol adalah SMA yaitu sebanyak 51,4 %. Pekerjaan pada kelompok intervensi kebanyakan tidak bekerja yaitu sebanyak 37,1% sedangkan pada kelompok kontrol mayoritas tidak bekerja sebanyak 54,3 %. Agama pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol mayoritas beragama

Islam. Sosial ekonomi kelompok intervensi kebanyakan kelas menengah sebanyak 37,1% sedangkan kelompok kontrol mayoritas kelas atas 37,1%.

## 5.2 Analisis Bivariat

### 5.2.1 Hasil Uji homogenitas

Hasil uji homogenitas antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi square homogeneity*.

Tabel 5.2 Hasil uji homogenitas usia, pendidikan, pekerjaan, agama, sosial ekonomi dan lamanya KDRT antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta Juni 2009 (n = 70)

Karakteristik	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol		p value
	n	%	N	%	
Usia					
20 – 30 th	10	28,6	10	28,6	0,832
31 – 40 th	18	51,4	16	45,7	
41 – 50 th	7	20,0	9	25,7	
Pendidikan					
SD	8	22,9	5	14,3	0,820
SMP	4	11,4	5	14,5	
SMA	16	45,7	18	51,4	
PT	7	20,0	7	20,0	
Pekerjaan					
IRT	13	37,1	19	54,3	0,471
Buruh	6	17,1	4	11,4	
Swata	10	28,6	6	17,1	
Wiraswasta	6	17,1	6	17,1	
Agama					
Islam	30	85,7	28	80,0	0,204
Kristen	5	14,3	4	11,4	
Katolik	0	0,00	3	8,6	
Sosialekonomi					
Bawah	13	37,1	12	34,3	0,067
Menengah	17	48,6	10	28,6	
Atas	5	14,3	13	37,1	
Lama KDRT					
1-4 th	18	51,4	16	45,7	0,632
5-10 th	17	48,6	19	54,3	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil uji homogenitas pada usia, pendidikan, pekerjaan, agama dan sosial ekonomi dan lama KDRT responden antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah homogen ( $p > 0,05$ ).

### 5.2.2 Hubungan karakteristik responden dengan kondisi psikologis perempuan korban KDRT.

Untuk mengetahui hubungan karakteristik responden dengan kondisi psikologis perempuan korban KDRT digunakan uji *chi square*.

Tabel 5.3 Hubungan karakteristik responden dengan kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta Juni 2009 (n = 35)

Karakteristik Responden	Kondisi psikologis p value		
	Depresi	Cemas	PTSD
Usia	0,652	0,112	0,689
Pendidikan	0,130	0,181	0,139
Agama	1,000	0,631	1,000
Pekerjaan	0,478	0,086	0,070
Sosial ekonomi	0,258	0,086	0,070
Lama KDRT	0,328	0,922	0,238

$\alpha \leq 0,05$

Hasil uji statistik hubungan karakteristik responden dengan kondisi psikologis perempuan korban KDRT menunjukkan nilai  $p > 0,05$  yang artinya tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan kondisi psikologis perempuan korban KDRT.

### 5.2.3 Hasil uji dependensi kondisi psikologis sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi.

Untuk mengetahui perbedaan kondisi psikologis perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi digunakan uji *McNemar*.

a. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis depresi

Tabel 5.3 Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi di Karisidenan Surakarta. Juni 2009 (n = 35)

Pengukuran Kelompok Intervensi	Tingkat depresi								Total		<i>p value</i>
	Tdk depresi		Ringan		Sedang		Berat		n	%	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Sebelum	0	0,00	11	31,4	24	68,6	0	0,00	35	100	0,001
Sesudah	0	0,00	22	62,9	13	37,1	0	0,00	35	100	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil pengukuran tingkat depresi pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mengalami depresi ringan sebanyak 31,4% orang dan depresi sedang sebanyak 68,6% orang. Sedangkan sesudah diberikan intervensi yang mengalami depresi ringan menjadi 62,9% orang dan yang mengalami depresi sedang menjadi 37,1% orang.

Hasil uji statistik ditemukan ada perbedaan bermakna kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi ( $p < 0,05$ ).

b. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis cemas

Tabel 5.4 Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi di Karisidenan Surakarta. Juni 2009 (n = 35)

Pengukuran Kelompok	Tingkat Cemas								Total n	<i>p value</i>	
	Tdk cemas		Ringan		Sedang		Berat				
Intervensi	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Sebelum	0	0,00	15	42,9	20	57,1	0	0,00	35	100	0,002
Sesudah	0	0,00	25	71,4	10	28,6	0	0,00	35	100	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil pengukuran tingkat cemas pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mengalami cemas ringan sebanyak 42,9% orang dan cemas sedang sebanyak 57,1% orang. Sedangkan sesudah diberikan intervensi yang mengalami cemas ringan menjadi 71,4% orang dan yang mengalami cemas sedang menjadi 28,6% orang.

Hasil uji statistik ditemukan ada perbedaan bermakna kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi ( $p < 0,05$ ).

c. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis depresi

Tabel 5.5 Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI menurut kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT pada kelompok intervensi di Karisidenan Surakarta. Juni 2009 (n = 35)

Pengukuran Kelompok	Tingkat PTSD								Total n	<i>p value</i>	
	Tdk PTSD		Ringan		Sedang		Berat				
Intervensi	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Sebelum	0	0,00	22	62,9	13	37,1	0	0,00	35	100	0,250
Sesudah	0	0,00	25	71,4	10	28,6	0	0,00	35	100	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil pengukuran tingkat PTSD pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mengalami PTSD ringan sebanyak 62,9% orang dan PTSD sedang sebanyak 37,1% orang. Sedangkan sesudah diberikan intervensi yang mengalami PTSD ringan menjadi 71,4% orang dan yang mengalami PTSD sedang menjadi 28,6% orang.

Hasil uji statistik tidak ada perbedaan bermakna kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi ( $p > 0,05$ ).

#### 5.2.4 Hasil uji perbedaan proporsi kondisi psikologis sebelum dan sesudah pemberian Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Untuk mengetahui perbedaan proporsi kondisi psikologis perempuan korban KDRT antara sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol digunakan uji *chi square*.

##### a. Kondisi psikologis depresi

Tabel 5.6 Perbedaan proporsi kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Karisidenan Surakarta Juni 2009 ( $n_1 = n_2 = 35$ )

Pengukuran	Kelompok	Tingkat depresi				Total		<i>p value</i>
		Ringan		Sedang		n	%	
		n	%	n	%			
Sebelum	Klp Intervensi	11	31,4	24	68,6	35	100	0,597
	Klp Kontrol	9	25,7	26	74,3	35	100	
Sesudah	Klp Intervensi	22	62,9	13	37,1	35	100	0,001
	Klp Kontrol	8	22,9	27	77,1	35	100	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil uji statistik ditemukan tidak ada perbedaan proporsi kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT sebelum diberikan intervensi Paket pasutri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p > 0,05$ ). Hasil uji statistik ditemukan ada perbedaan proporsi kondisi psikologis depresi perempuan korban KDRT sesudah diberikan intervensi Paket pasutri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p < 0,05$ ).

b. Kondisi psikologis cemas

Tabel 5.7 Perbedaan proporsi kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Karisidenan Surakarta Juni 2009 ( $n_1 = n_2 = 35$ )

Pengukuran	Kelompok	Tingkat Cemas				Total		<i>p value</i>
		Ringan		Sedang		n	%	
		n	%	n	%			
Sebelum	Klp Intervensi	15	42,9	20	57,1	35	100	0,631
	Klp Kontrol	17	48,6	18	51,4	35	100	
Sesudah	Klp Intervensi	25	71,4	10	28,6	35	100	0,004
	Klp Kontrol	13	37,1	22	62,9	35	100	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil uji statistik ditemukan tidak ada perbedaan proporsi kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT sebelum diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p > 0,05$ ). Hasil uji statistik ada perbedaan proporsi kondisi psikologis cemas perempuan korban KDRT sesudah diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p < 0,05$ ).



## c. Kondisi psikologis PTSD

Tabel 5.8 Perbedaan proporsi kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT sebelum dan sesudah diberikan Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Karisidenan Surakarta Juni 2009 (n1= n2 =35)

Pengukuran	Kelompok	Tingkat PTSD				Total		<i>p value</i>
		Ringan		Sedang		n	%	
		n	%	n	%			
Sebelum	Klp Intervensi	22	62,9	13	37,1	35	100	1,00
	Klp Kontrol	22	62,9	13	37,1	35	100	
Sesudah	Klp Intervensi	25	71,4	10	28,6	35	100	0,314
	Klp Kontrol	21	60,0	14	40,0	35	100	

$\alpha \leq 0,05$

Hasil uji statistik ditemukan tidak ada perbedaan proporsi kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT sebelum diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p > 0,05$ ). Hasil uji statistik ditemukan tidak ada perbedaan proporsi kondisi psikologis PTSD perempuan korban KDRT sesudah diberikan intervensi Paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p > 0,05$ ).

### 5.3 Data kualitatif

Untuk memperkuat data kuantitatif diatas, peneliti menambahkan data kualitatif tentang respon responden setelah diberikan Paket PASUTRI. Berdasarkan hasil observasi kepada 7 orang responden didapatkan bahwa secara umum menyatakan adanya perubahan suasana hati menjadi lebih baik.

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan respon non verbal pada kondisi psikologis depresi, ketika peneliti mengunjungi rumah responden setelah diberikan paket PASUTRI rata-rata responden menunjukkan respon verbal

menyatakan senang, berkurang beban pikirannya, menyatakan senang merasa ada orang yang memperhatikan, tertarik untuk menjalin hubungan dengan orang baru, merasa lebih berharga, lebih percaya diri, lebih bersemangat melakukan aktifitas sehari-hari, lebih bisa menikmati hari-hari, makan lebih enak, sedikit gangguan tidur, bisa menceritakan apa yang responden rasakan pada orang yang dipercayainya membuat responden merasa lebih ringan beban pikirannya.

Perubahan itu dapat dilihat dari pernyataan 7 responden sebelum diberikan paket PASUTRI yang rata-rata mengatakan *"Saya merasa bingung sekali mba, dengan perilaku suami saya itu, saya tidak tahu harus bagaimana lagi, saya sudah merasa stress, kenapa nasib saya seperti ini, apa salah saya, kepala saya ini rasanya berat.... sekali"*, responden tampak sedih dan menangis. Setelah diberikan paket PASUTRI, 7 responden rata-rata mengatakan *"Alhamdulillah mba, saya mencoba mempraktekkan yang mba ajarin itu sekarang saya merasa lebih sehat mba..., kepala saya pusingnya sudah berkurang, dan terus terang yang membuat saya berubah itu yang paling mempengaruhi ya..., anak saya mba..., saya merasa dengan menceritakan apa yang saya rasakan, saya merasa ada orang yang bisa mengerti saya, walaupun pada awalnya saya ragu-ragu takut menjadi beban anak saya, tapi setelah saya coba ternyata anak saya memberikan dukungan pada saya, itu semua membuat saya lebih kuat mba"* kata responden dengan semangat.

Sedangkan respon nonverbalnya rata-rata menunjukkan berkurangnya gejala depresi, berdasarkan hasil observasi menunjukkan ekspresi wajah senang, tersenyum, tampak santai, tampak lebih sehat, ketika responden menceritakan perilaku suaminya rata-rata tampak santai, tidak tegang, senang, dan wajah tampak lebih segar. Rata-rata responden tampak lebih bersemangat untuk melakukan aktifitasnya sehari-hari, di antaranya yang peneliti temukan adalah berdagang dipasar, mengikuti senam, mengantar sekolah anaknya, memasak, menghitung bon-bon barang dagangan toko, bahkan ada yang mencoba memulai wiraswata dengan usaha *laundry* dan dengan semangat meminta peneliti untuk membantu menyebarkan brosur usahanya.

Kondisi ini berbeda ketika peneliti meminta responden menceritakan perilaku suaminya sebelum diberikan Paket PASUTRI, dimana responden pada saat itu menyatakan sangat sedih, tidak tahu harus bagaimana, bingung, stress.

Hasil observasi untuk kondisi psikologis cemas, untuk respon verbalnya ditemukan setelah diberikan paket PASUTRI rata-rata responden mengatakan merasa lebih aman karena ada orang yang menemani dan peduli kepadanya, merasa berkurang rasa was-wasnya, kata orang saya dulu orangnya sensitif tapi sekarang katanya tidak terlalu sensitif, lebih percaya diri.

Perubahan ini tampak dari pernyataan 7 responden sebelum diberikan paket PASUTRI yang rata-rata mengatakan *"Saya merasa selalu was-was mba, takut, walaupun sudah melapor ke Polisi, takutnya dirumah suami saya mukulin saya lagi, suami saya itu orangnya sangat emosional, mudah marah jadi saya selalu kawatir mba..."* kata responden tampak waspada. Setelah diberikan paket PASUTRI 7 responden rata-rata mengatakan *"Ya sekarang saya lebih terbuka wawasan saya mba, saya mencoba tetap kuat, dengan adanya orang-orang terdekat saya yang selalu mendukung saya ini, memberikan rasa aman walaupun tidak seratus persen, tetapi ya bedalah mba dengan dulu semua saya tutup rapat-rapat saya pikul sendiri, sekarang fokus saya adalah cari duit dan anak mba, suami syukur bisa berubah, kalo tidak bisa ya kita bisanya hanya berdoa mba...."* kata responden dengan semangat.

Sedangkan respon non verbalnya ditemukan rata-rata responden tampak lebih enjoy, lebih terbuka pada orang dilingkungannya, ekspresi tidak tampak ketakutan, curiga dan was-was seperti saat pertama kali peneliti datang, yang menyatakan bahwa walaupun sudah dilaporkan ke Polisi, responden masih merasa was-was, takut, merasa tidak aman dan kebanyakan mengekspresikan dengan cara menangis kalau mengingat perilaku suaminya. Beberapa responden yang sebelumnya mengalami gangguan sulit tidur setelah sering mempraktekkan teknik relaksasi mengaku tidur lebih mudah.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan hasil penelitian meliputi interpretasi hasil, keterbatasan, dan implikasi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian meliputi 1) Karakteristik responden, 2) Hasil distribusi kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta, 3) Hasil uji perbedaan kondisi psikologis sebelum dan sesudah diberikan paket PASUTRI pada kelompok intervensi, 4) Hasil uji perbedaan proporsi kondisi psikologis sebelum dan sesudah pemberian paket PASUTRI pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### **6.1 Interpretasi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Karakteristik Responden**

###### **6.1.1.1 Usia**

Hasil penelitian ini sesuai dengan data dari Komnas Perempuan (2007) yang melaporkan bahwa usia perempuan korban KDRT yang terbanyak adalah usia 25-40 tahun. Hasil penelitian yang mendukung adalah penelitian oleh Avdibegović & Sinanović (2006) menyatakan bahwa usia perempuan korban KDRT berkisar 26-35 tahun. Hasil penelitian ini juga didukung oleh Rahayu (2008) yang mengatakan perempuan usia 25-35 tahun rawan mengalami kekerasan oleh suami karena masalah perkawinan, konflik dengan pasangan, tekanan ekonomi, kepribadian lemah dan tergantung.

###### **6.1.1.2 Pendidikan**

Hasil penelitian ini sesuai dengan data dari Komnas Perempuan (2007) yang menunjukkan rata-rata terbanyak pendidikan perempuan korban KDRT adalah SMA. Penelitian yang mendukung yaitu oleh Avdibegović & Sinanović (2006) yang melaporkan bahwa mayoritas pendidikan perempuan korban KDRT adalah SMA.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden paling banyak adalah tingkat rendah dan menengah. Temuan ini sejalan dengan pendapat Nurmaliah (2006) yang mengatakan kualitas hidup perempuan di Indonesia saat ini menduduki peringkat paling rendah di ASEAN. Rendahnya kualitas hidup perempuan Indonesia terlihat diantaranya adalah aspek pendidikan. Fakta menunjukkan rendahnya angka partisipasi perempuan di jenjang pendidikan tinggi, yakni kurang dari 5%. Hal ini dapat terjadi karena perempuan tidak memiliki kesempatan pendidikan yang sama dengan laki-laki, sehingga perempuan mempunyai sedikit peluang untuk mendapatkan pekerjaan yang layak dan gaji yang layak (WHO, 2005).

Kimmel (2002) mengatakan ketidaksetaraan gender dalam pendidikan memegang peranan penting terjadinya KDRT. Ketidaksetaraan gender dalam pendidikan menyebabkan perempuan tidak dapat memperoleh hak-haknya. Lebih lanjut Hakimi, et al. (2001) menambahkan tingkat pendidikan yang rendah serta status perempuan yang dianggap lebih rendah menyebabkan perempuan rawan terhadap kekerasan, faktor lain adalah pengalaman kekerasan domestik pada ibu kandung maupun ibu mertua responden secara signifikan dapat meningkatkan risiko kekerasan dari suami.

#### 6.1.1.3 Pekerjaan

Hasil penelitian ini sesuai dengan data dari Komnas Perempuan (2007) dilaporkan bahwa mayoritas perempuan korban KDRT adalah ibu rumah tangga atau tidak bekerja. Hasil penelitian yang mendukung adalah oleh Avdibegović & Sinanović (2006) yang menyatakan bahwa perempuan korban KDRT adalah ibu rumah tangga. Dalam budaya masyarakat kita masih beranggapan tugas utama seorang istri adalah sebagai ibu rumah tangga, mengasuh anak dan melayani suami. Sementara laki-laki adalah kepala keluarga dan bertugas mencari nafkah. Kondisi ini menyebabkan perempuan mengalami ketergantungan secara ekonomi dan tidak

mempunyai "*bargaining position*" sehingga rawan mengalami tindak kekerasan (Rahman, 2008).

Lebih lanjut Poerwandari (2008) mengatakan bila perempuan memiliki kemandirian ekonomi, ia lebih memiliki kendali atas dirinya sendiri dan lebih mudah mengambil keputusan dengan kehendak bebasnya. Perempuan yang tidak memiliki akses ekonomi akan jauh lebih sulit melepaskan diri dari hubungan yang diwarnai kekerasan

Kemandirian ekonomi tidak langsung menjadi jaminan bahwa perempuan akan terbebas dari kekerasan. Poerwandari (2008) menambahkan bahwa ada sebagian perempuan yang meskipun memiliki pendidikan tinggi dan memiliki pekerjaan yang baik, tetap mengalami penganiayaan dan sulit melepaskan diri dari hubungan yang diwarnai kekerasan. Hal ini terbukti bahwa sebagian responden memiliki suami yang pengangguran dan istri yang bekerja. Lebih lanjut Poerwandari mengatakan bahwa perempuan seperti ini lahir atau dibesarkan dalam lingkungan yang menekankan pentingnya peran-peran tradisional perempuan seperti kepatuhan dan ketergantungan pada laki-laki.

Dalam kehidupan masyarakat di Surakarta perempuan masih banyak dituntut untuk melakukan peran-peran tradisional. Lebih lanjut Nurmaliah (2006) menjelaskan adanya anggapan bahwa perempuan memiliki sifat memelihara dan rajin, berakibat semua pekerjaan domestik rumah tangga menjadi tanggung jawab perempuan. Konsekuensinya, banyak perempuan harus bekerja keras melakukan tugasnya. Apabila perempuan bekerja, ia juga dituntut untuk melaksanakan tugas-tugasnya sebagai ibu dan istri. Apabila perempuan tidak mampu melakukan tugas-tugasnya dengan baik dianggap melanggar norma dan patut mendapat tindakan kekerasan. Bentuk ketidakadilan dalam pekerjaan yang lain adalah adanya anggapan di masyarakat bahwa pekerjaan yang dianggap

sebagai jenis "pekerjaan perempuan" dianggap dan dinilai lebih rendah daripada "pekerjaan laki-laki".

Sementara itu menurut Krug, et al. (2002) tindakan isolasi pada perempuan di dalam keluarga dan masyarakat juga dapat berkontribusi menambah potensi terjadinya KDRT karena perempuan menjadi tidak mempunyai akses pada keluarga dan organisasi lokal. Jaringan ini dapat formal maupun informal. Dengan kata lain partisipasi perempuan dalam jaringan sosial merupakan faktor kritis bagi perempuan untuk belajar mengurangi risiko dan menyelesaikan masalahnya.

#### 6.1.1.4 Agama

Pemahaman kaidah keagamaan yang sepotong-sepotong dalam kitab suci menyebabkan pemahaman yang mengakibatkan posisi dominasi laki-laki terhadap perempuan dan sebaliknya menempatkan perempuan dalam kewajibannya.

Permasalahan yang lain seringkali idealisasi Lembaga perkawinan sebagai lembaga yang tak terceraiakan, seringkali digunakan sebagai legitimasi untuk memposisikan perempuan dalam posisi ketergantungan dan ketidakberdayaan untuk terus berusaha mempertahankan perkawinannya dengan hanya secara sepihak mengorbankan dirinya (Darmono & Diatri, 2008). Aziz (2002) menambahkan bahwa pemahaman agama yang keliru terhadap ajaran agama sehingga menganggap bahwa laki-laki boleh mengusai perempuan. Pemahaman ajaran agama yang setengah-setengah oleh umatnya bisa menyebabkan terjadinya kekerasan suami terhadap istri. Interpretasi agama, yang tidak sesuai dengan universal agama, misalnya seperti *Nusyuz*, yakni suami boleh memukul istri dengan alasan mendidik atau istri tidak mau melayani kebutuhan seksual suami, maka suami berhak memukul dan istri dilaknat malaikat.

#### 6.1.1.5 Sosial ekonomi

Salah satu faktor utama terjadinya tindak kekerasan adalah kemiskinan, meskipun bukan berarti bahwa kekerasan dalam rumah tangga terutama terjadi pada kelompok miskin. Faktor relatif lainnya antara lain pengangguran, urbanisasi yang terjadi disertai kesenjangan pendapatan, kurangnya dukungan sosial, kurangnya kesempatan perempuan dalam lapangan kerja. Realitas ekonomi memaksa perempuan untuk menerima penganiayaan dari orang pada siapa ia bergantung (Darmono & Diatri, 2008).

Dari faktor ekonomi, laki-laki dianggap sebagai pencari nafkah dan juga secara kodrati dianggap mempunyai kemampuan lebih dari perempuan. Laki-laki wajar dan berhak memperlakukan istri sekendaknya. Justifikasi secara legal lewat perkawinan, lelaki pemimpin dan oleh karenanya memiliki hak dan kewajiban untuk mendidik dan mengajar apa yang menurutnya benar lewat cara apapun, termasuk lewat kekerasan. Ini dianggap sebagai perwujudan kasih sayang dia terhadap istri (Sadli, Rahman & Habsjah, 2006).

Dari segi sosial menurut Jamaa & Hadidjah (2008) hubungan sosial antara perempuan dan laki-laki dalam budaya masyarakat Indonesia yang juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain seperti agama, ras, etnis kelas, maupun gender menempatkan posisi perempuan lebih rendah daripada laki-laki dan dianggap tidak penting sehingga menyebabkan perempuan dibatasi oleh banyak aturan-aturan yang harus dijalani yang pada akhirnya merugikan bagi perempuan itu sendiri. Pembatasan dapat berupa pembatasan ruang sosial, penetapan posisi, dan perilaku. Kekerasan dilakukan ketika timbul anggapan sosial bahwa perempuan melampaui batas yang telah ditetapkan dalam peran sosial. Peran sosial yang harus dijalani perempuan ini seolah-olah menjadikan keabsahan untuk melakukan kekerasan pada perempuan dan dianggap wajar mendapat perlakuan tersebut.



Fenomena yang menunjukkan perempuan diposisikan lebih rendah secara sosial, ekonomi di berbagai tempat seringkali membuat kesulitan bagi perempuan untuk keluar dari KDRT, sebab kekerasan pada perempuan adalah disebabkan ketidakadilan gender (IGWG of USAID'S, 2006). Di negara-negara berkembang berlaku norma-norma sosial bagi perempuan, bahwa perempuan harus menikah dan wajib mempertahankan atau menjaga kehormatan rumah tangga dengan tetap bertahan dalam perkawinan yang penuh dengan kekejaman (WHO, 2005).

#### 6.1.1.6 Lama KDRT

Pengaruh lama KDRT terhadap kondisi psikologis perempuan ditemukan tidak ada hubungan, hal ini menunjukkan perubahan kondisi psikologis yang terjadi tidak dipengaruhi oleh lamanya KDRT yang dialami. Hal ini dapat terjadi karena kasus KDRT adalah masalah yang unik. Artinya konflik yang terjadi pada pasangan KDRT adalah konflik relasi antar orang dekat atau orang-orang yang secara emosional masih dicintai dan disayangi. Menurut Krug, et al. (2002) perempuan yang melaporkan suaminya ke Polisi pada umumnya tidak benar-benar menginginkan suaminya dipenjara, mereka hanya ingin suaminya jera dan tidak melakukan kekerasan lagi.

Selain permasalahan diatas peran sosial yang harus dijalani perempuan seolah-olah menjadikan keabsahan untuk melakukan kekerasan pada perempuan dan dianggap wajar mendapat perlakuan tersebut. Lebih lanjut Poerwandari (2008) menambahkan ideologi gender sebagai konstruksi sosial menyebabkan difestarikannya mitos-mitos serta pembedaan terhadap perempuan. Perempuan dilihat sebagai lebih rendah, berbeda, pendamping, menjadi objek, hak milik, ada untuk kepentingan laki-laki. Pandangan-pandangan ini secara logis menyebabkan perempuan lebih rentan mengalami kekerasan. Sosialisasi peran yang telah diyakini dalam masyarakat menyebabkan perempuan itu sendiri merasa tidak berdaya dan menyakini bahwa ia pantas mendapatkan perlakuan itu.

Dalam penelitian ini didapatkan banyak responden yang telah mengalami kekerasan dari suaminya bertahun-tahun bahkan sejak menikah sampai mempunyai anak tiga. Ketika ditanya apa yang membuat mereka bertahan mereka menjawab hal itu wajar dalam rumah tangga ada tidak enakunya, istri harus patuh kepada suami. Mereka juga mengatakan suaminya sebetulnya tidak jahat dia hanya mudah emosional. Beberapa responden mengatakan penyebab terjadinya pemukulan diantaranya adalah istri itu sendiri sehingga ia merasa pantas mendapat perlakuan itu.

#### 6.1.2 Kondisi psikologis perempuan korban KDRT di Karisidenan Surakarta

Temuan penting dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ketiga kondisi psikologis pada kedua kelompok sebelum diberikan paket PASUTRI menunjukkan persentase yang lebih besar pada gangguan psikologis tingkat sedang daripada ringan. Gangguan psikologis yang paling tinggi adalah depresi sedang. Temuan ini sesuai dengan penelitian oleh Avdibegović & Sinanović (2006) yang menyatakan bahwa perempuan korban KDRT terbukti signifikan mengalami depresi, cemas dan PTSD. Penelitian lain yang mendukung adalah oleh Krug, et al. (2002) perempuan korban KDRT dapat mengalami gangguan psikologis yaitu depresi, cemas dan PTSD. Lebih lanjut Barnett (2000) menambahkan, masalah psikologis yang paling banyak dialami perempuan korban KDRT adalah depresi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Bancroft & Ascione (2008) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan perempuan yang mengalami KDRT dengan PTSD. Hasil penelitian oleh Jones, Hughes & Unerstallerrer (2001) mengatakan perempuan yang menjadi korban KDRT terbukti mengalami PTSD. Hasil ini menunjukkan bahwa korban KDRT mengalami gangguan psikologis, yang dapat diakibatkan karena pertentangan psikologis yang kompleks.

Situasi yang dihadapi oleh korban KDRT sangat kompleks misalnya pertentangan psikologis status sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, di satu pihak ingin membebaskan diri, tetapi terdapat ketergantungan secara ekonomi kepada pelaku (suami), perasaan takut dan benci terhadap perilaku suami berhadapan dengan rasa tanggung jawab sebagai istri untuk melayani suami, melindungi anak dan menjaga keutuhan keluarga. Situasi ini menempatkan mereka pada kondisi tekanan psikologis yang sangat berat. Korban KDRT seringkali terjebak dalam siklus kekerasan yang berkepanjangan, tidak berdaya untuk menyelamatkan diri, serta kesulitan mengakses sumber bantuan. Banyaknya korban KDRT dirasakan perlu dikembangkan program-program pemulihan untuk korban dan pelaku.

#### 6.1.3 Perbedaan tingkat depresi, cemas dan PTSD sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa hipotesa dalam penelitian ini diterima yaitu kondisi psikologis setelah memperoleh paket PASUTRI lebih baik daripada sebelum intervensi pada kelompok intervensi.

Paket PASUTRI terdiri dari dua paket yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan teknik relaksasi progresif serta pendampingan korban dan pelaku oleh orang terdekat. Peneliti menggabungkan tiga bentuk intervensi ini karena ketiganya sangat mudah dipelajari, dapat dilakukan kapan saja dan didukung oleh dasar pemikiran yang kuat serta dasar keilmuan dan ditunjang oleh hasil-hasil penelitian tentang keefektifan tindakan tersebut dalam memperbaiki gangguan psikologis.

Hasil penelitian yang mendukung intervensi ini adalah penelitian Franzblau, et al. (2008) menyatakan bahwa teknik relaksasi *breathing exercise* terbukti signifikan mengurangi gejala-gejala cemas dan memperbaiki mood. Teknik ini dapat dikombinasikan dengan terapi yang

lain. Dalam Paket PASUTRI teknik relaksasi ini dikombinasikan dengan relaksasi progresif dan pendampingan korban dan pelaku oleh orang terdekat untuk membantu memberikan support.

Intervensi yang lain dalam paket PASUTRI adalah melakukan teknik relaksasi. Progressive. Secara konsep teknik relaksasi progresif menurut Akrom (2009) dapat menurunkan ketegangan, kecemasan sehingga badan menjadi relaks pikiran menjadi segar. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dengan relaksasi progresif menyebabkan perubahan fisik dan sensasi yang disebut "*relaxation respons*", perubahan fisik dan sensasi tersebut meliputi meningkatnya suplai darah ke otot, menebalnya otot, pernafasan cepat dan lambat, meningkatkan detak jantung, fungsi pencernaan melambat. Respon relaksasi datang dari penggunaan teknik relaksasi untuk menenangkan tubuh. Selama relaksasi progresif, pada saat kontraksi pernafasan melambat dan detak jantung serta tekanan darah turun. Ketika otot relaks, otot tidak memerlukan banyak oksigen seperti saat kontraksi. Hal ini memungkinkan aliran darah ke area tubuh yang lain, hal ini dapat mengurangi banyak ketidaknyamanan fisik sebagai efek kecemasan.

Selanjutnya kegiatan pendampingan dilakukan pada pasangan suami istri yang dilakukan oleh orang terdekat baik pada korban dan pelaku. Temuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi pada pasangan terbukti efektif untuk memperbaiki kondisi psikologis perempuan korban KDRT. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Stith (2002) menunjukkan bahwa intervensi pada pasangan suami istri pada kasus KDRT menunjukkan 92% responden tidak terjadi insiden kekerasan setelah intervensi. Kondisi real dilapangan didapatkan bahwa seringkali setelah melapor ke kepolisian korban merasa takut, khawatir dan merasa tidak aman kembali ke rumah.

Sejauh ini khususnya di Surakarta belum ada rumah aman, dan pengawasan dari kepolisian tidak bisa menjamin keselamatan korban ketika di rumah, sehingga korban masih beresiko mengalami kekerasan lagi dan merasa tidak aman kembali ke rumah. Untuk mengatasi kesenjangan ini maka salah satu upaya adalah pemberdayaan keluarga dengan menjadikan orang terdekat sebagai pendamping. Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Payne (2009) yang melaporkan bahwa sistem legal dianggap gagal melindungi perempuan korban KDRT, karena pendekatan yang dilakukan tidak sesuai dengan kebutuhan korban. Sementara itu seringkali keluarga dan lingkungan merasa enggan untuk ikut campur tangan karena dianggap urusan rumah tangga adalah urusan pribadi. Fakta ini menunjukkan bahwa perlu adanya dukungan orang terdekat untuk membantu dan melindungi korban. Keterbatasan lembaga resmi yang ditunjuk pemerintah dalam hal ini adalah kepolisian adalah alasan yang kuat untuk pemberdayaan keluarga.

Peneliti memilih pemberdayaan keluarga karena idealnya masalah keluarga seyogyanya diselesaikan oleh keluarga itu sendiri. Bagaimanapun pelaku kekerasan adalah orang terdekatnya, yang mungkin disayangnya, sehingga korban banyak menghadapi konflik yang membingungkan. Tidak mudah bagi korban untuk mengungkapkan pada orang luar bahwa ia mengalami kekerasan. Oleh karena itu menurut Poerwandari (2008) pihak luar sebaiknya tidak terlalu banyak menasehati, atau memaksakan pendapatnya. Bila kita terlalu banyak menasehati korban dapat tersinggung bersikap defensif dan dapat menolak kita. Yang dapat dilakukan adalah menjadi pendamping yang dapat berperan sebagai teman.

Pendampingan bagi korban perlu melibatkan pihak yang mampu berperan sebagai pendamping sesungguhnya. Menjadi pendamping berarti berperan sebagai teman. Kita tidak mengedepankan konseling, terapi psikologis, atau bimbingan rohani, melainkan pertama-tama kepedulian, kesediaan mendengar, penghormatan, keinginan memfasilitasi penyelesaian masalah.

Diperlukan kemampuan mendengar, memahami, baru kemudian membantu membukakan alternatif penyelesaian masalah. Membiarkan korban merenung, dan akhirnya mampu memilih yang terbaik bagi dirinya. Bila demikian, pendampingan orang terdekat dimaknai sebagai segala tindakan berupa dukungan, percakapan menguatkan, dan fasilitasi penyelesaian masalah (Poerwandari, 2005).

Paket PASUTRI juga memberikan perhatian pada pelaku dengan pemberdayaan keluarga. Intervensi untuk pelaku kekerasan menurut Poerwandari (2008) sesungguhnya merupakan hal yang sangat penting. Tanpa adanya intervensi pada pelaku kekerasan menyebabkan korban sering terjebak dalam siklus kekerasan yang berkepanjangan. Pendampingan ini dapat dilakukan oleh siapa saja yang dipercaya korban dan pelaku. Fenomena yang ada penyelesaian kasus KDRT selama ini masih berfokus pada perempuan sebagai korban, padahal sesungguhnya yang lebih memerlukan intervensi adalah pelaku. Lebih lanjut Poerwandari menambahkan pelaku harus dibantu untuk mengembangkan perilaku-perilaku baru yang tidak merugikan orang lain, dan menunjukkan penghormatan pada orang lain.

Kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa penanganan kasus KDRT di Kepolisian lebih berfokus pada penanganan hukum. Kasus KDRT tidaklah sama dengan tindak kejahatan yang lain, diperlukan pendekatan terapi kepada pelaku KDRT yang sangat berbeda dengan pelaku tindak kriminal lainnya (Dharmono, et al. 2008). Pernyataan ini didukung oleh Poerwandari (2008) yang mengatakan KDRT terjadi dalam lingkup personal yang penuh muatan relasi emosi, penyelesaiannya tidak sama dengan tindak kriminalitas yang lain.

Intervensi pada pelaku di antaranya suami dikenakan wajib lapor selama dalam pengawasan dan pendekatan yang dilakukan pada pelaku adalah pendekatan ancaman hukum. Hal ini menyebabkan pelaku takut

melakukan KDRT lagi karena takut dipenjara, nama baik tercemar atau dikenakan denda bukan karena pelaku menyadari bahwa perilaku kekerasan adalah tindakan yang tidak bisa diterima. Sehingga diperlukan suatu bentuk intervensi pada pelaku yang tetap dapat diterima oleh pelaku dan membantu pelaku menyadari perbuatannya tidak dapat dibenarkan dan bertanggung jawab terhadap perbuatannya (Poerwandari, 2008). Pendekatan oleh orang terdekat memungkinkan tetap menjaga nama baik, dan pelaku merasa lebih nyaman melakukan sharing.

Kondisi psikologis PTSD terbukti tidak bermakna setelah intervensi paket PASUTRI. Hal ini dapat terjadi karena disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah waktu yang digunakan untuk memberikan intervensi sangat terbatas hanya 2 minggu. Menurut Jones, Hughes & Unerstallerrer (2001) strategi untuk mengatasi PTSD belum ditemukan teknik yang paling sesuai. Menurut penelitian lain menyatakan bahwa belum ditemukan intervensi yang sesuai untuk menghilangkan PTSD korban KDRT, seseorang yang mengalami PTSD memerlukan waktu yang cukup dan pendekatan yang sesuai agar efektif mengatasi PTSD (Mertin & Mohr, 2000).

3. Perbedaan tingkat depresi, cemas dan PTSD sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa hipotesa dalam penelitian ini diterima yaitu kondisi psikologis pada kelompok yang memperoleh paket PASUTRI lebih baik dari pada kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi.

Hasil penelitian ditemukan bahwa kondisi psikologis awal responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi adalah sama. Setelah diberikan

paket PASUTRI kondisi psikologis depresi dan cemas berbeda antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana kelompok intervensi mengalami perbaikan kondisi psikologis. Dalam penelitian eksperimen uji perbedaan kondisi psikologis kedua kelompok ini penting terutama kondisi awal sebelum dilakukan intervensi. Ditemukannya kondisi awal yang sama antara dua kelompok dalam penelitian berguna untuk mengetahui apakah kedua kelompok homogen. Kelompok kontrol berguna untuk melihat perbedaan perubahan kondisi psikologis perempuan korban KDRT antara kelompok yang diberikan paket PASUTRI dengan yang tidak diberikan.

#### 6.2 Keterbatasan Penelitian :

Dalam penelitian ini ditemukan beberapa keterbatasan yaitu :

Keterbatasan cara pengambilan sampling, cara yang digunakan tidak random hal ini dilakukan karena keterbatasan jumlah responden pada kelompok kontrol, sehingga dapat menyebabkan tidak memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur untuk dipilih menjadi sampel.

Terbatasnya jumlah calon responden, keterbatasan ini dikarenakan peneliti hanya menggunakan data dari POLRES untuk mengetahui perempuan yang mengalami KDRT yang berarti tidak mewakili seluruh populasi.

Keterbatasan tenaga, keterbatasan ini menyebabkan proses pendampingan terutama pada pelaku tidak memungkinkan dilakukan monitor dengan baik karena berbagai hal baik dari peneliti maupun pelaku, diantaranya kesulitan untuk dapat bertemu dengan pelaku dikarenakan berbagai hal misalnya karena



bekerja, alamat yang berjauhan menyebabkan proses pendampingan kepada pelaku tidak dapat dievaluasi dengan optimal, letak geografis yang berjauhan sangat menyita tenaga dan waktu.

### 6.3 Implikasi Keperawatan :

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa KDRT berdampak buruk pada kondisi psikologis perempuan korban KDRT. Fenomena yang ada saat ini program-program pemulihan kondisi psikologis untuk para korban terutama di Karisidenan Surakarta belum dapat dilaksanakan dengan baik.

Hasil penelitian menunjukkan paket PASUTRI dapat membantu memperbaiki kondisi psikologis perempuan korban KDRT menjadi lebih baik. Hal ini sangat membantu perempuan korban KDRT untuk proses pemulihan dan meningkatkan derajat kesehatan perempuan. Namun demikian masih ditemukan banyak kendala dan hambatan yang menyebabkan pelaksanaan paket ini tidak berjalan sesuai yang direncanakan. Untuk itu paket ini dapat dipertimbangkan sebagai salah satu intervensi pencegahan pada tingkat tersier.

Untuk perbaikan ke depan diperlukan perencanaan dan kerjasama yang baik antar berbagai pihak agar dilaksanakan program-program pemulihan pada korban. Perawat maternitas memegang peranan penting dalam mengembangkan suatu paket-paket pemulihan melalui penelitian-penelitian agar ditemukan suatu paket yang efektif, yang dapat diterapkan pada semua level pencegahan KDRT. Untuk mewujudkan usaha itu diperlukan kerjasama yang baik antar berbagai pihak yang terkait pemerintah, LSM, masyarakat, perempuan.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

- a. Karakteristik responden usia kebanyakan 31-40 tahun, pendidikan kebanyakan SMA, pekerjaan kebanyakan ibu rumah tangga, agama mayoritas Islam, dan tingkat social ekonomi kebanyakan adalah tingkat bawah.
- b. Kondisi psikologis perempuan korban KDRT setelah diberikan paket PASUTRI lebih baik daripada sebelum intervensi pada kelompok intervensi.
- c. Kondisi psikologis pada kelompok yang memperoleh paket PASUTRI lebih baik daripada kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi.

#### 7.2 Saran

##### a. Perempuan korban KDRT

Untuk membantu proses pemulihan korban dan pelaku KDRT dan perencanaan penanganan dan pencegahan terjadinya KDRT perlu diperhatikan faktor-faktor yang dapat memicu terjadinya KDRT itu sendiri. Di antaranya adalah prinsip keadilan gender pada semua bidang dan faktor-faktor risiko pada perempuan yang dapat meningkatkan KDRT. Diperlukan suatu upaya untuk menurunkan risiko pada perempuan diantaranya pada semua level pencegahan KDRT diantaranya memperhatikan usia pernikahan, perbaikan pendidikan perempuan, melibatkan tokoh-tokoh agama, sosialisasi bias gender pada berbagai bidang.

##### b. Pelaku KDRT

Paket ini dapat bermanfaat untuk membantu pelaku KDRT menyadari perbuatannya dan membantu para pelaku mengendalikan perilakunya melalui pendampingan oleh orang terdekat pelaku. Sangat disadari bahwa pelaksanaan upaya-upaya intervensi pada pelaku mengalami banyak kendala-kendala. Oleh karena itu diperlukan dukungan dan kerjasama

antara berbagai pihak diantaranya pemerintah, LSM, donator, masyarakat, tokoh agama, aktifis perempuan dan tidak lupa perempuan itu sendiri melalui upaya pemberdayaan sesama perempuan.

c. Masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan paket PASUTRI terbukti efektif memperbaiki terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT oleh karena itu perlu dipertimbangkan untuk digunakan sebagai paket untuk penanganan pemulihan perempuan korban KDRT. Agar diperoleh hasil yang baik maka sebaiknya penerapan paket PASUTRI diberikan sesegera mungkin.

d. Penelitian

Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya memperhatikan keterbatasan dalam penelitian ini dan memperbaiki menjadi kekurangannya. Sedangkan penelitian selanjutnya yang perlu dilakukan diantaranya adalah 1) Pengaruh pendampingan korban KDRT dan pelaku KDRT oleh orang terdekat studi grounded, penelitian kualitatif, 2) Respon dan coping perempuan korban KDRT setelah suaminya dipenjarakan studi grounded penelitian kualitatif, 3) Hubungan lama dan frekuensi KDRT yang dialami perempuan korban dengan kondisi psikologis, design cross sectional.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2005), UU penghapusan kekerasan dalam rumah tangga bukan monopoli kaum perempuan, *dalam majalah Amanah*, No.58 Th.XVIII, Januari 2005.
- Avdibegović, E., Sinanović, O. (2006) Consequences of domestic violence on women's mental health in bosnia and Herzegovina, *Croat Med J.* 2006;47:730-41.
- Akrom, S. (2009) Progressive muscle relaxation can help you reduce anxiety and prevent panic ; What is progressive muscle relaxation?, <http://www.anxietydepressionhealth.org>, diperoleh tanggal 2 Mei 2009.
- Azis, A.H. (2003). *Riset keperawatan & teknik penulisan ilmiah*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Aziz, R., A. (2002) Perempuan korban di ranah domestik, dalam *Majalah Forum Keadilan*, 4 Oktober 2002.
- Arikunto, S. (2000). *Prosedur penelitian, suatu pendekatan praktek*. Edisi 4. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bambang, S. (2004) "Rumah perempuan" kupang bantu perempuan korban kekerasan mendapat layanan medis, <http://www.jurnalperempuan.com>, diperoleh tanggal 22 Februari 2008.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Meuser, K. T., Daiuto, A., and Stickle, T. R. (1998). "Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems." *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 66:53-88.
- Barnett, O.W. (2000). Why battered women do not leave, part 1: External inhibiting factors within society. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1, 343-372.
- Brancoft & Ascione. (2008) Long term effects of domestic violence, <http://www.aardvarc.org/dv/effects.shtml> , diambil tanggal 25 Juni 2009.

Bograd, M. & Mederos, F. (2000). Battering and couples therapy : universal screening and selection of treatment modality. *Journal of Marital and Family Therapy*, July 1999.

Chamberlain, L. (2008) A prevention primer for domestic violence: terminology, tools, and the public health approach, Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence, Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, <http://new.vawnet.org>, diperoleh tanggal 12 Januari 2009.

Coalition for Women Abuse Policy and Protocol in Prince Edward Island. (2001) Responding to Women Abuse A Resource Guide for Service Provider, <http://www.isn.net>, diperoleh tanggal 11 November 2007.

Dharmono, S., & Diatri, H. (2008) *Kekerasan dalam rumah tangga dampaknya terhadap kesehatan jiwa*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Dharmono, S., Priyadi, Purnianti, Hakim, A., Kolibonso, R., S. (2008) Draft : Modul konseling bagi pelaku kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), Disampaikan dalam Workshop 27 Juni 2008 di Jakarta.

Dahlan, M., S. (2008) *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta.

Declaration on the elimination of violence against women, New York, NY, United Nations. (1993) (United Nations General Assembly resolution document A/RES/48/104).

Dep Kes R.I. (2005) Dampak Serious KDRT Bagi Kesehatan Masyarakat <http://www.itjen.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 20 Juli 2008

Dep Kes R.I. (2007) Dampak kekerasan dalam rumah tangga bagi wanita, [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id), diperoleh tanggal 22-02-2007.

Dep Kes R.I. (2002) Informasi kesehatan reproduksi, pedoman pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan di tingkat pelayanan dasar, Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Jakarta.

- Dryden-Edwards, R. (2009) Posttraumatic Stress Disorder, <http://www.nimh.nih.gov>, diperoleh tanggal 12 Maret 2009.
- Edleson, J.L., & Tolman, R.M. (2004) *Intervention for men who batter an ecological approach*, Sage Publications, Inc. United States of America.
- Emenike, E., Lawoko, S., Dalal, K. (2008) Intimate partner violence and reproductive health of women in Kenya, *International Nursing Review* 55, 97-102.
- Franzblau, S., H., Echevarria, S., Smith, M., Cantfort, T., E. (2008) A preliminary investigation of effects of giving testimony and learning yogic breathing techniques on battered women's feelings of depression, *Journal of Interpersonal Violence*, Vol.23, No.12, 1800-1808.
- Farris, E.L. (2008) Intimate partner violence, *BMJ* 2004;328;595-596 [doi:10.1136/bmj.328.7440.595](https://doi.org/10.1136/bmj.328.7440.595), diperoleh tanggal 25 Desember 2008.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, M., O'Farrell, T. J., & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 87-96.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).
- Jones, L., Hughes, M., Unsterstaller, U. (2001) Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence : a review of the research, *Journal Trauma, Violence & Abuse*, Vol.2, No.2, 99-119.
- Hakimi, M., et al. (2001) Membisu demi harmoni : kekerasan terhadap istri dan kesehatan perempuan di Jawa Tengah, Indonesia.
- Hakimi, M., Hayati, N., Winkvist, A., Ellsberg, M., C. (2001) Perempuan Indonesia rawan kekerasan, <http://kompas.com>, diperoleh tanggal 15 Juni 2009.
- Hidayat, T. (2006) Dampak kekerasan dalam rumah tangga. <http://www.pikiran-rakyat.com>, diperoleh tanggal 11 November 2008.

Himpunan Peraturan Perundang-undangan tentang Pelanggaran HAM (Hak Asasi Manusia). (2007) Penerbit Trinity, Cetakan Pertama

IGWG of USAID. (2006) Addressing gender-based violence through USAID'S health programs : a guide for health sector program officers, Washington, D.C.

Institute for Clinical System Improvement. (2006) Health care guidelines domestic violence, Tenth Edition.

Jamaa, L., & Hadidjah. (2008) *Hukum Islam dan undang-undang anti kekerasan dalam rumah tangga*, PT Bina Ilmu, Surabaya.

Jodi R. A., Sally A. St.G. (2001) What Couples Say Works in Domestic Violence Therapy, *The Qualitative Report*, Volume 6, Nomor 3, <http://www.nova.edu/ssss/OR/OR6-3/allen.html>, diperoleh tanggal 10 Maret 2009.

Komisi Nasional Perempuan. (2007) Kasus kekerasan dalam rumah tangga di Indonesia, <http://www.pikiran-rakyat.com>, diperoleh tanggal 12 Januari 2009.

Komisi Nasional Perempuan. (2007) Catatan Tahunan Kekerasan Terhadap Perempuan, diperoleh tanggal 12 Juni 2008.

Krug, E., Linda D., James, Margaret. (2002) *World Report on Violence and Health*. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Kimmel, M.S. (2002) Gender symmetry in domestic violence a substantive and methodological research review, *Violence Against Women*, Vol. 8 No. 11, November 2002 1332-1363, DOI: 10.1177/107780102237407, © 2002 Sage Publications

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004) *Canadian Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

LBH APIK Jakarta. (2006) Bentuk-bentuk kekerasan dalam rumah tangga, <http://www.lbh.apik.or.id/kdrt.bentuk.htm>. diperoleh tanggal 15 Agustus 2008.

Payne, D. (2009) Domestic violence and the female victim : the real reason women stay!, *Juornal of Multicultural, Gender and Minority Studies*, Vol 3, Issue 1.

Pratiwi, L. (2002) Kekerasan dalam rumah tangga (Dampak psikologis yang dialami oleh perempuan dan anak ) : Diskusi terbatas, Mitra Perempuan, Jakarta.

Poerwandari, K. (2007) Menjadikan persoalan kekerasan terhadap perempuan sebagai masalah bersama, <http://www.rahima.or.id.htm>, diperoleh tanggal 12 November 2008

Poerwandari, K. (2008) *Penguatan psikologis untuk menanggulangi kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan seksual*, Panduan dalam bentuk tanya jawab, Program Studi Kajian Wanita, Program Pascasarjana, Universitas Indonesia, Jakarta.

Poerwandari, K & Iskandar, L. (2005) *Pendampingan korban kekerasan*. <http://www.kabarindonesia.com>, diperoleh tanggal 12 Februari 2009.

PP: No 4 tahun 2006 Tentang pemulihan korban KDRT. (2006) [www.cedawui.net](http://www.cedawui.net), Diperoleh tanggal 12 Februari 2009.

Nurmaliah, Y. (2006) Bias gender dalam pendidikan Islam, <http://www.icrp-online.org>, diperoleh 12 Februari 2009.

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*, PT.Rineka Cipta, Jakarta

Rahman, A. (2007) *Perempuan dan kesehatan*, Program Studi Kajian Wanita, Program Pascaarjana UI, makalah tidak dipublikasikan.

Rahayu, N. (2008) Empat kategori perempuan rawan kekerasan, <http://acehlong.com/2009>, diperoleh tanggal 15 Juni 2009.



Rothman, E. F., Butchart, A., Cerda M. (2003) *Intervening with perpetrators of intimate partner violence : a global perspective*, WHO, Geneva.

Sabri, L., Hastono, S.P. (2008) *Statistik kesehatan*, Edisi Revisi, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta.

Sadli, S., Rahman, A., & Habsjah, A. (2006) *Implementasi pasal 12 undang-undang nomor 7 tahun 1984, Pelayanan kehamilan, persalinan dan pasca persalinan*, Kelompok Kerja Convention Watch, Universitas Indonesia.

Sadock, B.J & Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science/ clinical psychiatry*. 10th Ed. Lippincot: Williams & Wilkins.

Stith, S. M., McCollum, E. E., Rosen, K. H., & Locke, L. D, (2002). *Multicouple group treatment for domestic violence*. In F Kaslow (Ed.). *Comprehensive textbook of psychotherapy* (Vol. 4). New York: Wiley

Stith, S. M., Rosen, K. H, McCollum, E. E. (2003) Effectiveness of couples treatment for spouse abuse, *Journal of Marital and Family Therapy* , Juli 2003.

Sugiyono. (2005). *Statistika untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.

UNICEF. (2000) *Domestic violence against women and girls*, Innocent Digest, No.6- June, Innocenti Research Centre, Florence, Italy.

UNICEF. (2006) *Behind closed doors the impact of domestic violence on children*, New York.

WHO. ( 2005) *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study protocol*, Geneva, World Health Organisation.

WHO. (2004) *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*, Geneva.

**PENJELASAN TENTANG PENELITIAN**

Judul Penelitian :

**“EFEKTIFITAS PAKET PASUTRI TERHADAP KONDISI PSIKOLOGIS  
PEREMPUAN KORBAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA  
DI KARISIDENAN SURAKARTA”**

Peneliti : Winarsih Nur Ambarwati

No Telpn : 081381015860

Saya Winarsih Nur Ambarwati (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Maternitas Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui efektifitas model PASUTRI terhadap kondisi psikologis perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga di Karisidenan Surakarta.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan maternitas di tatanan komunitas. Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak terlibat atau berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara. Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Peneliti,

## LEMBAR PERSETUJUAN

---

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan maternitas di tatanan komunitas.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surakarta, .....2009

Responden,  
.....

# LEMBAR KUESIONER

Petunjuk pengisian :

Pilihlah salah satu dari jawaban yang tersedia dengan menuliskan memberi tanda silang pada kotak di sebelah jawaban yang saudara pilih.

## *Kuesioner A*

1. Umur :

- |                          |               |                          |               |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 20 – 30 tahun | <input type="checkbox"/> | 41 – 50 tahun |
| <input type="checkbox"/> | 31 – 40 tahun | <input type="checkbox"/> | > 50 tahun    |

2. Pendidikan :

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tidak pernah sekolah       |
| <input type="checkbox"/> | SD                         |
| <input type="checkbox"/> | SMP                        |
| <input type="checkbox"/> | SMA                        |
| <input type="checkbox"/> | Akademi / Perguruan Tinggi |

3. Pekerjaan :

- |                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Tidak bekerja |
| <input type="checkbox"/> | Buruh / Tani  |
| <input type="checkbox"/> | Swasta        |
| <input type="checkbox"/> | Wiraswasta    |
| <input type="checkbox"/> | PNS / ABRI    |

4. Agama

- |                          |         |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Islam   |
| <input type="checkbox"/> | Kristen |
| <input type="checkbox"/> | Hindu   |

Budha

Katolik

5. Sosial ekonomi

Bawah, Penghasilan kurang dari Rp.724.000,00

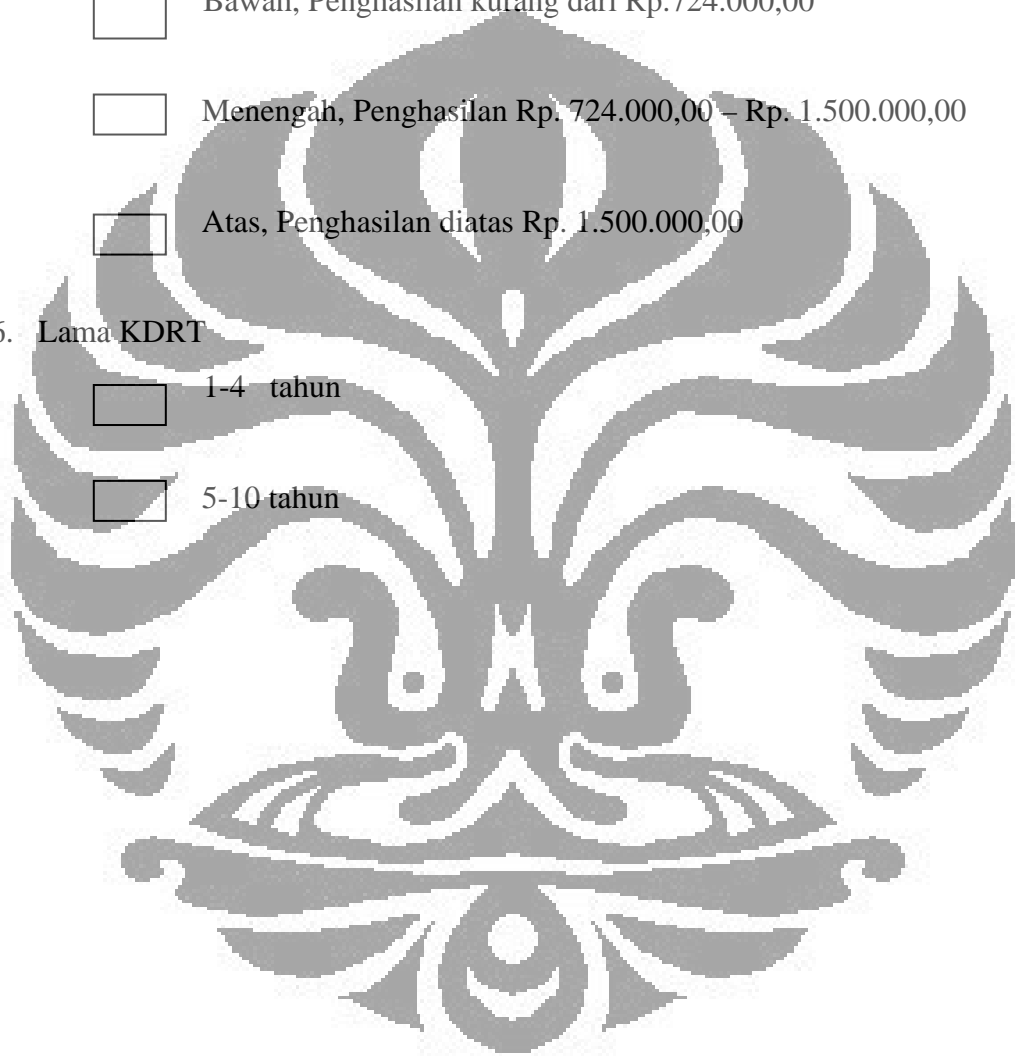
Menengah, Penghasilan Rp. 724.000,00 – Rp. 1.500.000,00

Atas, Penghasilan diatas Rp. 1.500.000,00

6. Lama KDRT

1-4 tahun

5-10 tahun



## Kuesioner B 1

Nomor Responden : .....

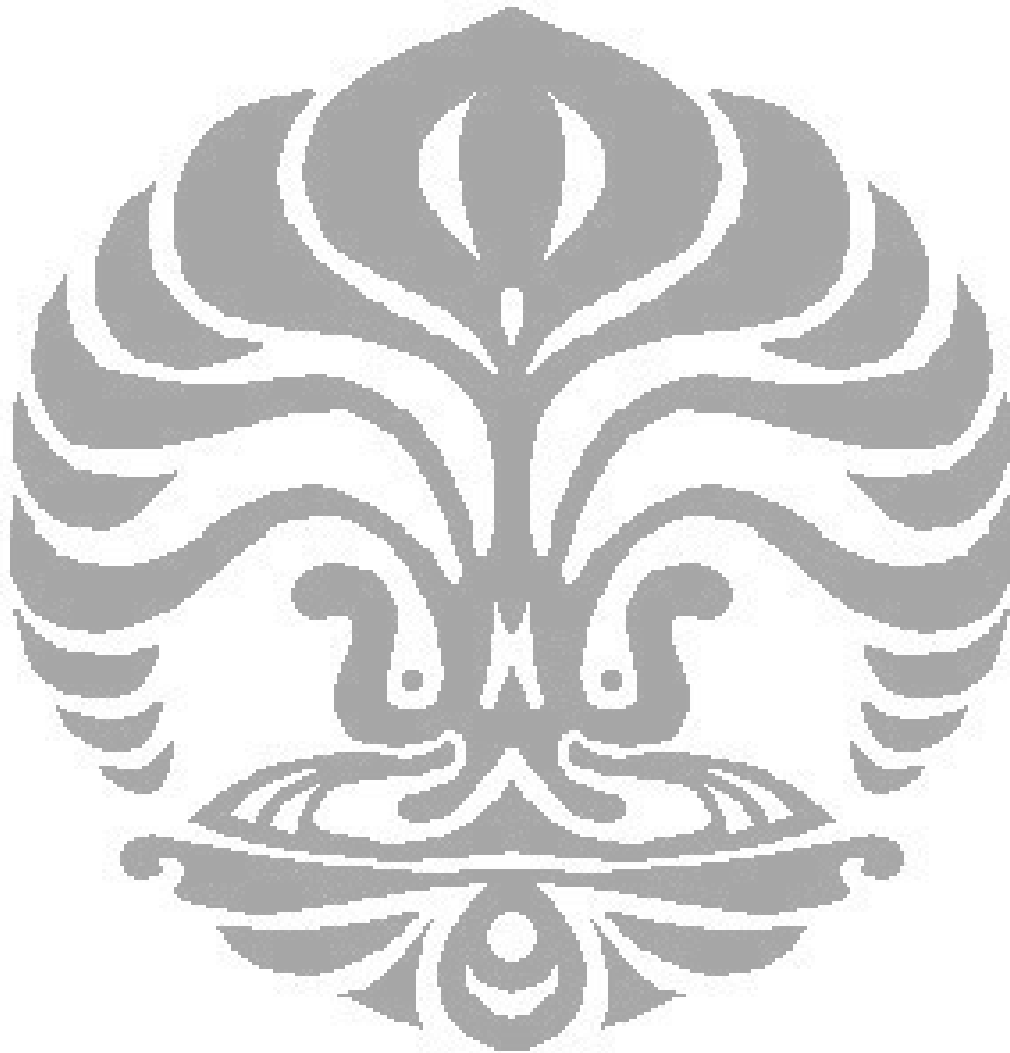
Nama Responden : .....

### Petunjuk :

Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda centang (√) di sebelah kanan pernyataan yang sesuai dengan bagaimana perasaan responden **saat ini**, hanya itu, pada saat ini. Tidak ada jawaban yang salah atau benar. Sebaiknya anda mendorong responden jangan menghabiskan terlalu banyak waktu hanya pada salah satu pernyataan, segera berikan jawaban yang menggambarkan perasaannya saat ini.

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Saya merasa sedih, seperti kehilangan harapan				
2	Saya merasa bersalah dan pantas dihukum.				
3	Saya ingin bunuh diri saja				
4	Saya kesulitan mengawali tidur				
5	Saya terbangun tengah malam				
6	Saya terbangun dari tidur lebih awal dan tidak bisa tidur lagi				
7	Saya tidak memiliki energi yang cukup untuk beraktifitas sehari-hari				
8	Saya merasa lambat saat bicara dan beraktifitas				
9	Saya merasa gelisah				
10	Saya merasa tegang dan sensitif				
11	Saya sering merasa kram perut, diarea				
12	Saya merasa tidak nafsu makan				
13	Saya merasa nyeri pinggang, sakit kepala, nyeri dada				
14	Saya merasa kehilangan gairah seks				
15	Saya merasa sedih tanpa alasan				
16	Saya merasa sering kencing				
17	Saya menyadari merasa tertekan				
18	Saya merasa sering kencing pada malam				

	hari				
19	Saya merasa sering curiga pada orang lain				
20	Saya sering melakukan aktifitas berulang-ulang tanpa disadari				
	TOTAL SKORE				



## Kuesioner B 2

Nomor Responden : .....

Nama Responden : .....

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Saya merasa mengalami gangguan pencernaan seperti kesulitan saat menelan, lambung terasa penuh, nyeri ulu hati seperti terbakar, mual, muntah, diare, perut kram				
2	Saya merasa selalu khawatir seperti perasaan tidak menentu, sensitif, prihatin dan perasaan ketakutan berlebihan.				
3	Saya merasa tegang dengan ketidakmampuan untuk relaks, gelisah, kelelahan dan tangan bergetar.				
4	Saya merasa takut pada orang asing, binatang, berada ditempat umum, sendiri, tempat gelap.				
5	Saya mengalami gangguan tidur seperti sulit mengawali tidur, bangun tengah malam dan bangun lebih awal.				
6	Saya merasa sulit berkonsentrasi dan mudah lupa.				
7	Saya merasa tertekan, kehilangan harapan dan sedih.				
8	Saya merasa badan saya lemah, nyeri otot dan leher.				
9	Saya merasa pandangan saya kabur, telinga berdenging, seperti ditusuk-tusuk jarum.				
10	Saya merasa berdebar-debar, nyeri dada, seperti mau pingsan.				
11	Saya merasa sesak napas, tenggorokan menyempit.				
12	Saya merasa sering kencing, gangguan menstruasi, nyeri saat bersenggama.				
13	Saya merasa mulut terasa kering, berkeriungat, pusing.				
14	Saya merasa tegang, gelisah, lelah, berkeriungat.				
	<b>TOTAL SKORE</b>				



## Kuesioner B 3

Nomor Responden : .....

Nama Responden : .....

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1	Saya tidak dapat menghilangkan/melupakan peristiwa traumatik itu dari benak saya.				
2	Saya menghindari pikiran, tempat dan benda-benda yang dapat mengingatkan saya pada peristiwa itu				
3	Saya kehilangan ketertarikan/minat untuk ikut bergabung dalam aktifitas				
4	Saya merasa disisihkan dan terasing dari orang-orang				
5	Ketika saya mengingat kembali peristiwa itu seolah-olah peristiwa itu terjadi pada saat ini				
6	Saya selalu waspada untuk memastikan anda tidak mengalami apa yang saya alami.				
7	Saya merasa bersalah dan sedih jika mengingat peristiwa itu.				
8	Saya merasa berdebar-debar, berkeringat, ketika anda mengingatkan kembali peristiwa itu.				
9	Saya merasa mati rasa				
10	Saya merasa kesulitan untuk mengawali tidur dan mempertahankan tidur				
	TOTAL SKORE				

## **PEDOMAN WAWANCARA**

### **ANALISIS RISIKO**

Pedoman wawancara ini diadaptasi dari Poerwandari (2008). Doronglah korban untuk menjawab pertanyaan secara jujur :

1. Kapan kekerasan dialami pertama kalinya? Dalam bentuk bagaimana? Apa yang memicu terjadinya kekerasan tersebut?
2. Kapan kekerasan dialami terakhir kalinya? Dalam bentuk apa? Apa pemicunya?
3. Bagaimana umumnya kekerasan dilakukan? Seberapa sering kekerasan terjadi? Apa saja yang menjadi pemicunya?
4. Bagaimana gambaran kekerasan yang paling intens, paling serius atau paling menyakitkan? Kapan itu terjadi? Apa pemicunya?
5. Bagaimana pelaku/suami melakukan kekerasannya? Apakah menggunakan senjata atau alat?
6. Siapa saja yang menjadi korban kekerasan dari pelaku/suami?
7. Apa yang biasanya dilakukan pelaku/suami setelah kekerasan terjadi?
8. Bagaimana pelaku/suami menampilkan diri didepan orang-orang lain? Bagaimana korban menggambarkan karakteristik pelaku/suami?
9. Perilaku apa saja yang dilakukan korban yang berdasarkan pengalaman, makin membuat pelaku/suami marah?
10. Perilaku apa saja yang dilakukan korban, yang berdasarkan pengalaman dapat sedikit menenangkan pelaku/suami atau membuatnya menghentikan tindakannya?
11. Bagaimana umumnya korban bereaksi bila terjadi pertengkaran?



UNIVERSITAS INDONESIA

**PROTOKOL INTERVENSI PAKET PASUTRI**

Oleh :

**WINARSIH NUR AMBARWATI**

**0706195075**

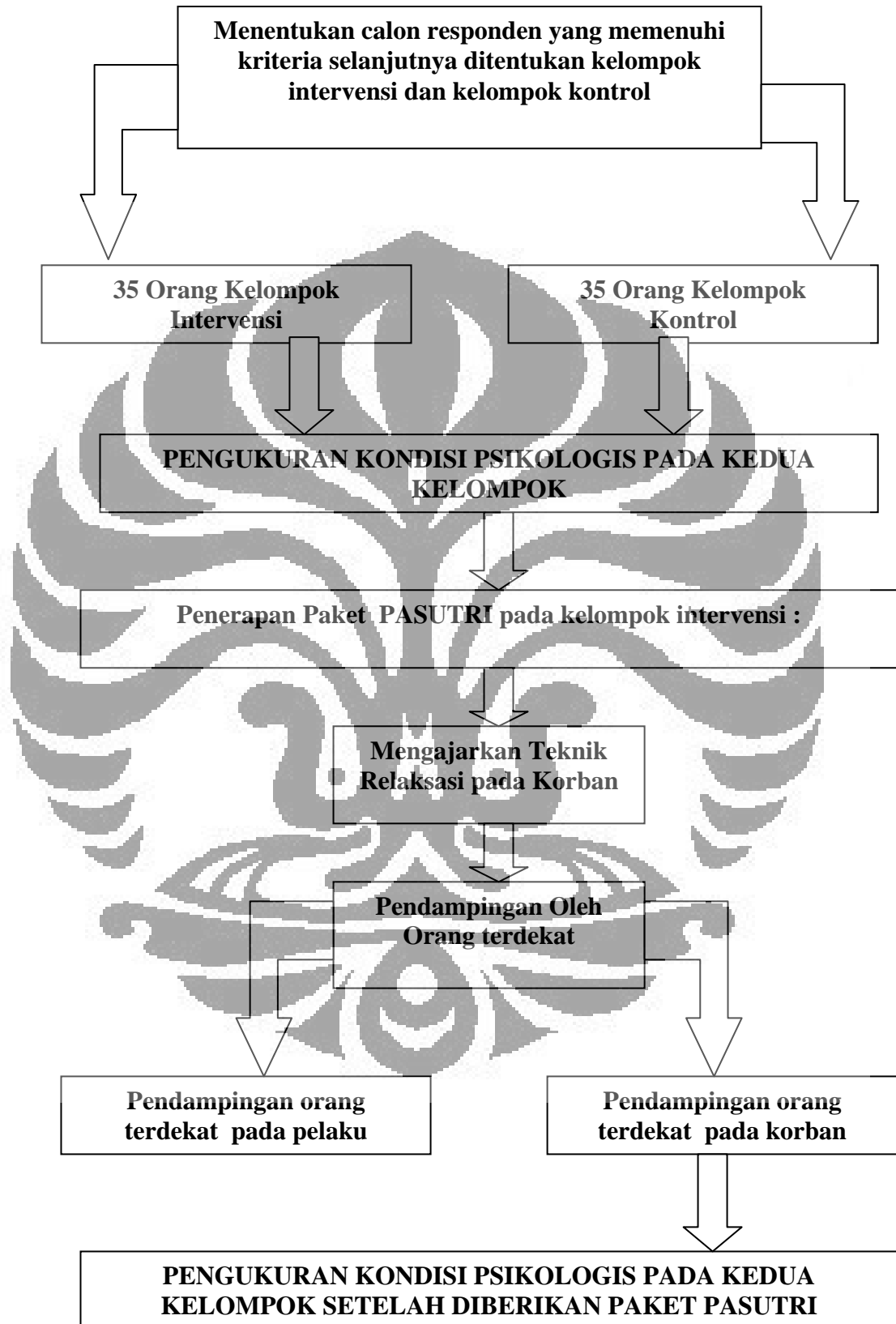
**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**JAKARTA, 2009**

## PROTOKOL INTERVENSI PAKET PASUTRI



Seluruh prosedur pengambilan data dilaksanakan selama 3 minggu, satu minggu untuk proses seleksi, 1 minggu untuk intervensi, dan 1 minggu diberikan waktu bagi pasangan untuk melakukan refleksi kemudian dilakukan evaluasi.

Pengukuran kondisi psikologis perempuan korban KDRT meliputi PTSD, cemas, depresi dilakukan sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut

#### 1. Tahap persiapan

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat izin pelaksanaan penelitian dari pembimbing penelitian, uji etik oleh komite etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan izin dari KaPoltabes Surakarta, Sukoharjo dan Boyolali. Selanjutnya peneliti berkordinasi dengan cara mendatangi secara langsung Poltabes Surakarta, Boyolali dan Sukoharjo bagian penanganan Perlindungan Perempuan dan Anak (PPA) untuk mengetahui jumlah calon responden dan alamat calon responden yang dapat dihubungi. Untuk memperlancar jalannya penelitian peneliti dibantu oleh 5 orang fasilitator yang akan dipilih oleh peneliti untuk membantu peneliti dalam pengumpulan data ke responden.

#### 2. Tahap pelaksanaan

Seleksi calon responden

Pada tahap ini peneliti melakukan seleksi calon responden dengan urutan kegiatan sebagai berikut :

- a. Peneliti mendata kembali calon responden dan alamat lengkap yang data basenya didapatkan dari Poltabes Surakarta, Boyolali dan Sukoharjo.

- b. Peneliti menghubungi calon responden melalui telpon, bila tidak ada nomor telpon peneliti akan mendatangi alamat secara langsung.
- c. Peneliti membuat kontrak waktu untuk bertemu secara langsung dengan pasangan perempuan korban KDRT untuk melakukan seleksi sesuai kriteria pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.
- d. Setelah didapatkan daftar calon responden yang sesuai kriteria selanjutnya peneliti memberikan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian dan paket PASUTRI. Calon responden memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait adalah: peneliti memberikan informasi kepada subyek (*informed consent*) yang terdiri dari: (1) penjelasan manfaat penelitian; (2) penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan; (3) penjelasan manfaat yang didapatkan; (4) persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian; (5) persetujuan pasangan suami istri dapat mengundurkan diri kapan saja; dan (6) jaminan anonimitas dan kerahasiaan.
- e. Setelah calon responden mendapatkan informasi peneliti menyiapkan formulir persetujuan untuk diisi oleh calon responden apakah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini apa tidak.
- f. Setelah ditetapkan kelompok kontrol dan kelompok intervensi kedua kelompok dilakukan pengukuran kondisi psikologis untuk mengetahui kondisi psikologis perempuan korban KDRT pada kedua kelompok.

- g. Setelah pengukuran awal selanjutnya peneliti membuat kontrak waktu untuk diberikan paket PASUTRI pada kelompok intervensi. Setelah tahap ini masuk langkah kedua yaitu pendampingan individu.

#### Pelaksanaan paket PASUTRI

Pada tahap ini ada dua aktifitas yaitu pemberian paket PASUTRI pada perempuan korban KDRT yang terdiri dari teknik relaksasi dan pendampingan oleh orang terdekat korban. Aktifitas kedua adalah mendiskusikan dengan keluarga atau istri siapa orang terdekat pelaku yang bersedia mendampingi pelaku sebagai teman. Tahap ini dilakukan dalam waktu satu minggu.

##### 1. Pendampingan kepada korban

Aktifitas yang dilakukan selama pendampingan kepada korban ada dua yaitu :

- a. Mengajarkan kepada korban teknik relaksasi dengan cara pertama peneliti menjelaskan langkah-langkahnya kemudian dilanjutkan dengan memberikan contoh dan ibu diminta untuk mempraktekkan secara langsung. Teknik relaksasi yang diajarkan adalah teknik relaksasi napas dalam dan teknik relaksasi progresif. Setelah ibu memahami dan mampu melakukan sendiri dengan baik, selanjutnya peneliti menganjurkan untuk selalu mempraktekkan sebelum tidur malam. Kegiatan mengajarkan teknik relaksasi ini diajarkan satu kali, dengan lama pertemuan satu jam. Untuk memantau pelaksanaan teknik relaksasi peneliti melakukan evaluasi lewat telpon.

b. Pada akhir pertemuan di atas peneliti menggali pada responden siapakah orang terdekat korban yang bisa dijadikan teman, setelah didapatkan peneliti mencatat kemudian dilanjutkan memberikan penjelasan kepada korban bahwa ia didampingi oleh orang tersebut, korban dapat menjalankan aktifitas sehari-hari dengan biasa dengan didampingi oleh seorang teman dan layaknya berteman.

c. Setelah itu peneliti menemui orang yang dijadikan teman untuk memberikan pengarahan perannya sebagai pendamping korban. Namun dalam penelitian ini pada kenyataannya tidak semua pendamping dapat ditemui. Pelaksanaan pendampingan dievaluasi langsung pada perempuan korban KDRT dengan cara ditanya secara langsung dan bagaimana perasaannya setelah dilakukan pendampingan. Evaluasi dilakukan setelah dua minggu.

## 2. Pendampingan kepada pelaku

Aktifitas pendampingan kepada pelaku sama dengan korban. Untuk pendampingan kepada korban menggunakan pendampingan oleh orang terdekat pelaku. Peneliti mendiskusikan dengan istri dan keluarga untuk mengidentifikasi siapa orang terdekat yang bisa dijadikan pendamping pelaku. Setelah didapat orang yang dijadikan pendamping, peneliti memberikan penjelasan kepada calon pendamping tentang perannya sebagai pendamping yaitu berperan sebagai teman bagi pelaku.. Ia bisa melakukan sharing, dan aktifitas sebagaimana layaknya berteman. Bila memungkinkan pendamping dapat memasukkan nilai-nilai tentang



antikekerasan agar pelaku bisa menyadari perbuatannya adalah tidak dapat dibenarkan.

#### Terminasi – Evaluasi

Setelah pasangan diberikan intervensi masing-masing pelaku dan korban diberikan waktu selama 1 minggu untuk beradaptasi dengan perubahan yang baru. Pada tahap akhir peneliti menjelaskan bahwa pemberian paket PASUTRI telah selesai. Setelah 1 minggu dilakukan evaluasi terhadap kondisi psikologis perempuan korban KDRT meliputi PTSD, cemas dan depresi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan cara dilakukan post tes dengan cara peneliti melakukan kunjungan rumah.



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODUL  
“PAKET PASUTRI” PADA KEKERASAN DALAM RUMAH  
TANGGA**



Oleh :

**WINARSIH NUR AMBARWATI**

**0706195075**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA, 2009**

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rohmat dan hidayah-NYA untuk seluruh umat manusia di muka bumi. Atas izin-Nya peneliti dapat menyelesaikan modul dengan judul **“PAKET PASUTRI PADA KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA”**. Modul PASUTRI terapi ini berisi pedoman tentang proses pemulihan pelaku dan korban KDRT. Modul ini disusun dalam rangka memberikan pedoman dalam melakukan pendampingan pada korban dan pelaku kekerasan dalam rumah tangga untuk membantu proses pemulihan terutama kondisi psikologis perempuan korban KDRT dan membantu pelaku kekerasan untuk menyelesaikan dan mengatasi perilaku kekerasan secara konstruktif dan asertif serta mencegah terjadinya perilaku kekerasan pada pasangan sehingga dapat memutus siklus KDRT.

Selama proses penyusunan modul ini, penulis tidak lepas mendapatkan petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak. Penulis menyadari bahwa modul ini masih jauh dari sempurna, untuk itu mengharapkan kritik serta saran yang bersifat membangun demi perbaikan selanjutnya. Akhirnya, besar harapan agar modul ini dapat membantu dalam pelaksanaan program pemulihan perempuan korban KDRT dan pelaku KDRT, serta bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan umumnya bagi pengembangan ilmu keperawatan Maternitas. Amien.

Jakarta, April 2009

Peneliti

## PAKET PASUTRI

Pengertian :

Paket PASUTRI adalah serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk pemulihan kondisi psikologis perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga (istri) dengan cara memberikan pendampingan kepada korban oleh orang terdekat sebagai teman, mengajarkan teknik relaksasi dan pendampingan oleh orang terdekat untuk pelaku kekerasan dalam Rumah Tangga (suami).

Tujuan :

Membantu proses pemulihan kondisi psikologis perempuan korban KDRT.

Manfaat :

1. Sebagai pedoman dalam pemulihan korban dan pasangan KDRT
2. Sebagai upaya dalam pencegahan pengulangan KDRT.
3. Membantu perempuan korban KDRT memperoleh hak-haknya.
4. Meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan perempuan korban KDRT.
5. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam penanganan KDRT melalui peningkatan ketrampilan sebagai pendamping.

Apa yang sebaiknya ibu lakukan bila anda mengalami kekerasan atau korban kekerasan dalam rumah tangga.

### A. Teknik relaksasi

Teknik relaksasi merupakan pendekatan yang baik untuk mengatasi masalah stress (Calderon & Thompson, 2004). Menurut Anthony, Amy, Sarah (2005) teknik relaksasi efektif menurunkan depresi. Teknik relaksasi yang akan diajarkan yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi progresif.

#### 1. Teknik relaksasi nafas dalam

##### a. Pengertian.

Teknik relaksasi dengan cara mengembangkan diafragma seperti menarik napas dan merelaksan diafragma seperti saat mengeluarkan napas, dengan tujuan meminimalkan kerja otot-otot pernafasan menurut Schwartz & Associates (1995 dalam Segal, 2008).

b. Kelebihan

- 1). Mudah dipelajari
- 2). Dapat dilakukan dimana saja
- 3). Dapat menurunkan tingkat kecemasan dengan cepat.

c. Cara melakukan relaksasi nafas dalam

Kunci dari teknik relaksasi nafas dalam adalah bernafas pernafasan dari perut, dan mendapatkan oksigen sebanyak-banyaknya dari paru-paru. Ketika menghirup nafas sedalam-dalamnya kita akan memasukkan oksigen lebih banyak. Menurut Davis, Eshelman & Mckay (2000, dalam Akrom, 2009) dengan kadar oksigen yang lebih banyak maka akan mengurangi ketegangan, meningkatkan rasa nyaman.

Teknik relaksasi nafas dalam :

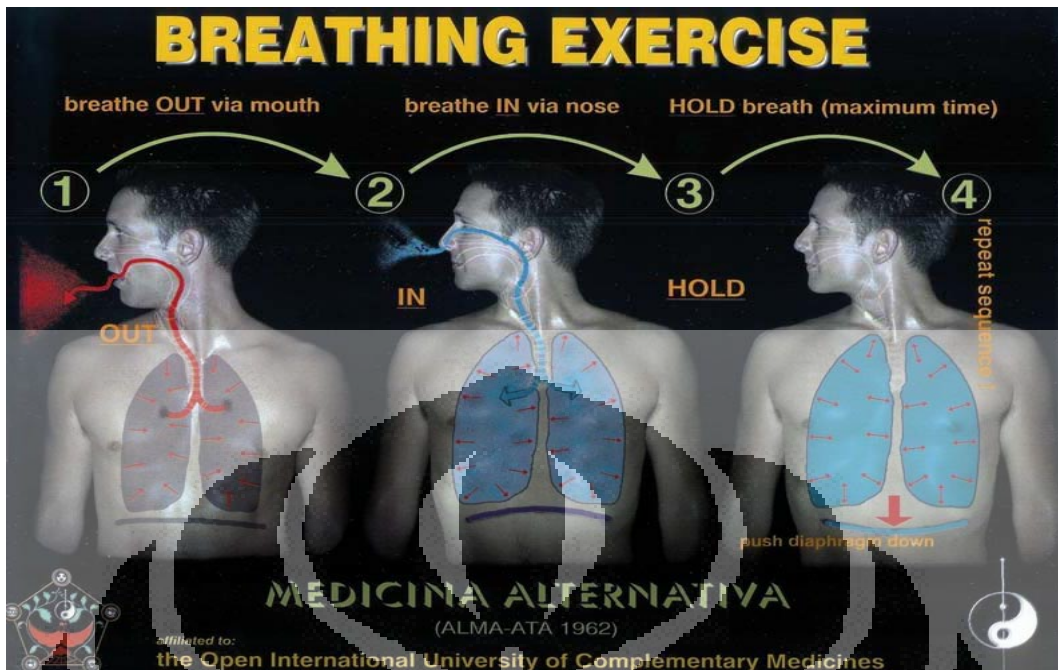
- a). Duduklah dengan nyaman pada posisi tulang belakang tegak. Letakkan satu tangan diatas dada dan tangan yang lain diatas perut.
- b). Tarik napas melalui hidung. Tangan yang diatas perut seharusnya naik keatas. Dan tangan yang diatas dada seharusnya bergerak sangat sedikit.
- c). Keluarkan nafas melalui mulut pelan-pelan, dorong keluar udara sebanyak-banyaknya dengan cara mengkontraksikan otot-otot perut. Tangan yang diatas perut seharusnya bergerak turun dan tangan yang diatas dada bergerak sangat sedikit.
- d). Teknik ini dapat dilakukan setiap hari selama 10-15 menit.
- e). Apabila tidak memungkinkan untuk duduk dapat dilakukan dengan cara berbaring.

Gambar 1. Teknik relaksasi nafas dalam

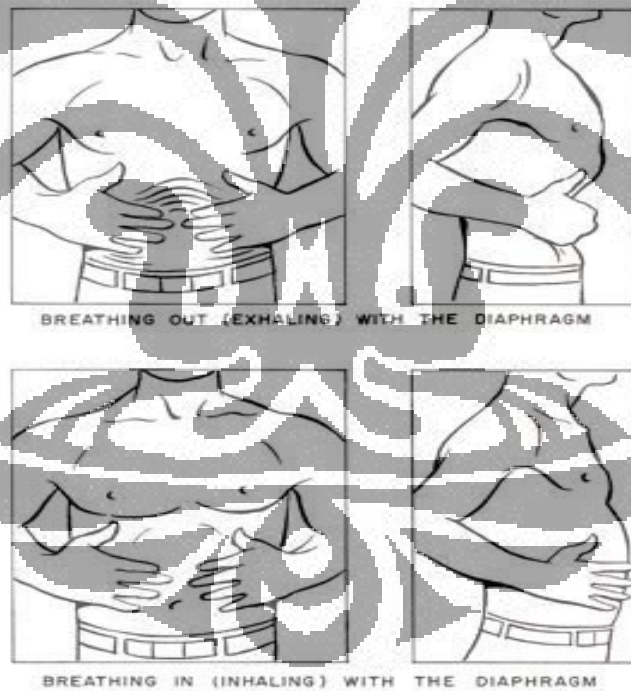


Sumber: <http://www.fhs.gov.hk>

Gambar 2. Memasukkan dan mengeluarkan oksigen



Gambar 3. Posisi tangan dan perubahan perut



Sumber : [www.samuidetox.com](http://www.samuidetox.com)

## 2. Teknik relaksasi progresif

### a. Pengertian

Teknik relaksasi dengan mempelajari perubahan tekanan pada sekumpulan otot yang berbeda dalam tubuh dengan menegangkan dan mengkontraksikan untuk memberikan otot tekanan kemudian direlaksasikan, teknik ini dikembangkan oleh Edmund Jacobson tahun 1938.

Gambar 5. Relaksasi progresif



Sumber : [www.p-b-e.net](http://www.p-b-e.net)

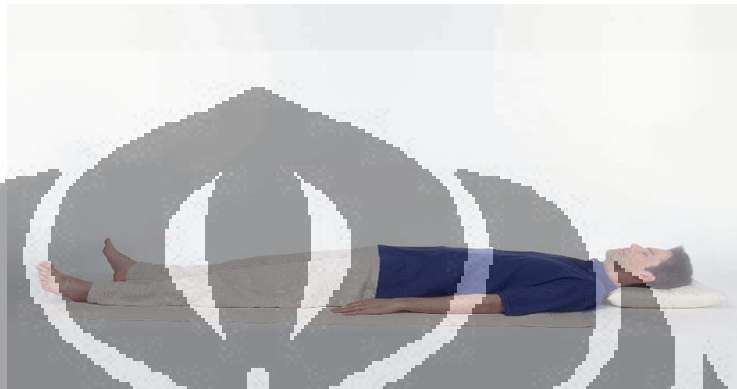
### b. Manfaat

Dengan melakukan teknik relaksasi progresif secara reguler menurut Davis, Eshelman & Mckay (2000, dalam Akrom, 2009) dapat menurunkan ketegangan, kecemasan sehingga badan menjadi relaks sehingga pikiran menjadi segar. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dengan relaksasi progresif menyebabkan perubahan fisik dan sensasi yang disebut "*relaxation respon*", perubahan fisik dan sensasi tersebut meliputi meningkatnya suplai darah ke otot, menebalnya otot, pernafasan cepat dan lambat, meningkatkan detak jantung, fungsi pencernaan melambat. Respon relaksasi datang dari penggunaan teknik relaksasi untuk menenangkan tubuh. Selama relaksasi progresif, pada saat kontraksi pernafasan melambat dan detak jantung serta tekanan darah turun. Ketika otot relaks, otot tidak memerlukan banyak oksigen seperti saat kontraksi. Hal ini memungkinkan aliran darah ke area tubuh yang lain, hal ini dapat mengurangi banyak ketidaknyamanan fisik sebagai efek kecemasan.



- c. Teknik relaksasi progresif
  - a) Lepaskan sepatu pakailah baju yang nyaman.
  - b) Cobalah beberapa menit untuk relaks, tarik nafas keluar nafas dengan nafas dalam. Dapat dilakukan dalam posisi duduk atau tidur terlentang diatas lantai.

Gambar 6. langkah-langkah relaksasi progresif



Sumber : [ucrcounselingcenter.podbean.com](http://ucrcounselingcenter.podbean.com)

- c) Jika anda sudah merasa rileks dan siap untuk mulai, fokuskan perhatian anda ke kaki kanan.
- d). Perlahan-lahan kontraksikan kaki kanan anda, kencangkan semaksimal mungkin pertahankan selama hitungan 10 kali. Relaksan kaki kanan anda.



- e). Relakslah untuk beberapa saat, kemudian tarik nafas dan keluarkan nafas perlahan-lahan.

- f). Jika anda sudah siap, lanjutkan dengan melakukan langkah-langkah yang sama seperti kaki kanan dengan periode mengencangkan dan merelaksan otot.
- g). Lanjutkan dengan melakukan langkah-langkah yang sama pada kedua tangan anda.



- h). Selanjutnya lakukan pada bagian tubuh yang lain perut, punggung, leher, wajah dengan cara yang sama.

#### B. Carilah orang terdekat sebagai teman

Dalam keluarga kita sering menjalankan peran sebagai pendamping bagi anak-anak kita, anggota keluarga kita yang sedang sakit atau mempunyai masalah. Perhatian dan dukungan orang-orang terdekat anda sangat berperan dalam membantu anda meningkatkan mekanisme coping anda atau setidaknya membantu mengurangi beban psikologis yang anda rasakan. Pendampingan oleh orang terdekat memungkinkan pendampingan dilakukan dari hari ke hari, menemani anda, memberikan perasaan aman, memberikan dukungan konkrit. Dan dukungan konkrit adalah hal yang sangat penting untuk memfasilitasi proses pemulihan. Melalui dukungan konkrit seseorang merasa sungguh-sungguh diterima, dimengerti dan diberi rasa aman. Cobalah untuk terbuka pada orang yang anda percayai sebagai

teman, mulailah dengan melakukan aktifitas bersama-sama dan menceritakan perasaan yang anda rasakan. Mintalah pendapat atau sekedar sharing perasaan.

### Menjadi teman

Menjadi teman berarti berperan mendengar, memahami, baru kemudian membantu membukakan alternatif penyelesaian masalah. Pendampingan adalah segala tindakan berupa dukungan, percakapan menguatkan, dan fasilitasi penyelesaian masalah. Anda sebagai korban dapat mencari teman bisa tetangga, anggota keluarga, teman, atau kelompok profesional yang mampu berperan sebagai teman saat menjalankan tugas profesionalnya melakukan pemeriksaan atau upaya pemulihan.

Gambar 7. Pendampingan orang terdekat



Sumber : [www.freewebs.com](http://www.freewebs.com)

### C. Teman untuk suami

Paket pendampingan pada pelaku sama dengan pada korban yaitu pendampingan oleh orang terdekat. Namun ada sedikit perbedaan tujuan yang ingin dicapai dari pendampingan kepada pelaku yaitu lebih cenderung untuk menyadarkan pelaku bahwa perbuatannya adalah tidak dapat dibenarkan dan diharapkan pelaku dapat menyadari perbuatannya dan bertanggung jawab atas perbuatannya sehingga pelaku diharapkan mempunyai kesadaran untuk mengubah perilakunya. Pendampingan mungkin akan lebih baik adalah orang terdekat yang disegani oleh pelaku.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akrom, S. (2009) Progressive muscle relaxation can help you reduce anxiety and prevent panic ; What is progressive muscle relaxation?, <http://www.anxietydepressionhealth.org>, diperoleh tanggal 2 Mei 2009.
- Edleson, J.L., & Tolman, R.M., (1992) *Intervention for men who batter an ecological approach*, Sage Publications, Inc. United States of America.
- Lembaga Konsultasi Pemberdayaan Perempuan (LKP2) Fatayat NU dan The Asia Foundation (2003) *Buku panduan konselor tentang kekerasan dalam rumah tangga*, edisi revisi, Jakarta.
- Calderon, K.S., Thompson, W.W. (2004) Biofeedback relaxation training: a rediscovered mind-body tool in public health, *American Journal of Health Studies*, Fall, 2004, <http://www.ideafit.com>, diperoleh tanggal 1 Mei 2009.
- Krug, E., Linda D., James M., (2002) *World Report on Violence and Health*. World Health Organization. Geneva, Switzerland.
- Jorm, A.F., Morgan, A.J., Hetrick, S.E. (2008) Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 4. Art. No.: CD007142. DOI: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.
- Poerwandari, K & Iskandar, L (2005) *Pendampingan korban kekerasan*. <http://www.kabarindonesia.com>, diperoleh tanggal 12 Februari 2009.
- Poerwandari, K., (2008) *Penguatan psikologis untuk menanggulangi kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan seksual*, Panduan dalam bentuk tanya jawab, Program Studi Kajian Wanita, Program Pascasarjana, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Segal, J. (2008) Stress relief : relaxation practices that reduce stress, <http://www.helpguide.org>, diperoleh tanggal 2 Mei 2009.