

HUBUNGAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DENGAN DEPRESI PADA WANITA YANG MELAKUKAN KONSULTASI DI RIFKA ANNISA WOMEN'S CRISIS CENTER YOGYAKARTA

Richa Vinatalia¹, Carla R Marchira², Mariyono Sedyowinarso¹

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

²Bagian Psikiatri, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Domestic violence incidents in some countries in the world were quite a lot. Acts of violence on women conducted by her partner could impact to her health. Psyche's impact of violence was more serious than physical's impact. Depression was psyche's impact's manifestation which most commonly happened than the others.

Objectives: To know the correlation between the types of domestic violence with depression level among women who have consultation in Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta.

Methods: This research was non experimental methods with descriptive analytic correlation approach and cross sectional design. Research subjects were 30 women who have consultation in Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta and they were taken by purposive sampling methods. Depression levels were measured by using Beck Depression Inventory (BDI) questionnaire. Data was analyzed by using Chi-Square formula.

Results: The result showed the presentation of women who depression because of domestic violence was high enough. It was 83,3%. This research had p value 0,283 bigger than α value = 0,05 which meant H_0 is accepted. It meant that there is no correlation between independent and dependent variable (type of domestic violence is independent variable and depression level is dependent variable).

Conclusion: There was no significant correlation between the types of domestic violence with depression level among women who have consultation in Rifka Annisa Womens Crisis Centre Yogyakarta.

Keywords: domestic violence, depression, women

PENDAHULUAN

Masalah kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga masih merupakan masalah yang tersembunyi dan belum tersentuh oleh perhatian masyarakat.¹ Menurut Komnas Perempuan Indonesia, Kekerasan Terhadap Perempuan (KTP) dikategorikan ke dalam tiga bentuk, yaitu: Kekerasan Dalam Rumah Tangga atau Relasi Personal (KDRT/RP), kekerasan dalam komunitas (komunitas) dan kekerasan terhadap perempuan dan peran negara.²

Insidensi KDRT di beberapa negara di dunia cukup banyak, sedikitnya satu dari empat wanita Eropa pernah mengalami KDRT dalam hidupnya.³ Di Indonesia, tahun 2005 terdapat 16.615 kasus KDRT yang mencakup kekerasan terhadap istri (KTI) 4.886 kasus (29,41%).² Sebuah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) *Women's Crisis Centro* di Jakarta selama tahun 1997-2002 telah menerima pengaduan sebanyak 879 kasus KDRT, dengan persentase paling banyak dilakukan oleh suami korban.⁴ Dari

data kasus di atas kecenderungan kejadian KDRT lebih banyak dilakukan oleh suami terhadap istrinya.

Sebuah studi yang dilakukan oleh *London School of Hygiene dan Tropical Medicine, Program for Appropriate Technology in Health (PATH)*, lembaga penelitian nasional, dan organisasi kewanitaan di beberapa negara menemukan bahwa tindak kekerasan terhadap seorang wanita yang dilakukan oleh pasangannya dapat berakibat bagi kesehatan. Wanita yang menjadi korban kekerasan memiliki masalah kesehatan fisik dan mental dua kali lebih besar dibandingkan wanita yang tidak menjadi korban kekerasan.⁵

Dampak psikologis masalah kekerasan merupakan persoalan yang lebih serius dibanding dampak fisik, pengalaman kekerasan mengikis harga diri dan menempatkan perempuan pada risiko yang lebih besar untuk mengalami berbagai macam masalah kesehatan mental, termasuk depresi, stres pasca trauma, bunuh diri sampai dengan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

Perempuan yang dianiaya oleh pasangannya menderita lebih banyak depresi, kecemasan dan fobia dibandingkan perempuan yang tidak pernah dianiaya.⁶

Dari sekian banyak dampak psikologis yang dialami korban, depresi merupakan manifestasi yang paling umum terjadi. Menurut Michelle Rice⁷, 60% perempuan di Amerika Serikat yang pernah mengalami kekerasan dan dilaporkan menderita depresi. Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan Hegarty *et al*⁸ yang mengungkapkan bahwa kekerasan fisik, emosional dan seksual berhubungan kuat dengan terjadinya depresi pada wanita yang datang ke tempat praktik dokter di daerah Victoria, Australia.

Tahun 1993 di Yogyakarta didirikan Rifka Annisa Women's Crisis Center sebagai organisasi ketiga di Indonesia yang menyediakan pelayanan khusus bagi perempuan yang mengalami kekerasan.⁶ Rifka Annisa Women's Crisis Center juga bekerja sama dengan Unit Pelayanan Perempuan di RS. Panti Rapih dan Ruang Pelayanan Khusus di Kepolisian untuk melakukan pendampingan kepada korban kekerasan, kerja sama ini disebut rujukan Tripartit.⁹

Berdasarkan data di atas, peneliti merasa terpacu untuk melakukan penelitian mengenai hubungan KDRT dengan depresi yang mengambil tempat di Rifka Annisa Women's Crisis Center, Yogyakarta.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah non eksperimental yaitu *descriptive analitic correlational* serta menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah wanita yang melakukan konsultasi di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta. Besar sampel sebanyak 30 orang yang merupakan sampel minimal dalam penelitian *descriptive correlational*. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini ada dua macam, yaitu instrumen Skala Kebohongan *Lie Score Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (LSMMPI) versi I yang digunakan untuk mengetahui kesungguhan responden dalam mengisi kuesioner penelitian dan *Beck Depression Inventory* (BDI) untuk mengukur tingkat depresi.

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Januari hingga Februari 2007 di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center. Data diperoleh dengan cara membagikan kuesioner kepada responden sesuai dengan kriteria inklusi, dalam proses pengambilan data peneliti dibantu oleh beberapa orang konselor

yang secara langsung berinteraksi dengan responden. Sebelumnya, peneliti telah melakukan diskusi dengan konselor mengenai jenis-jenis pertanyaan yang kurang jelas atau tidak dimengerti untuk memperlancar proses pengambilan data selanjutnya. Setelah kuesioner terisi lengkap, konselor mengembalikan kuesioner kepada peneliti dan kemudian dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui *Lie Score* responden.

Metode analisis data yang digunakan untuk mengetahui hubungan variabel bentuk-bentuk KDRT dengan tingkat depresi adalah uji statistik *Chi Square* yang merupakan salah satu uji statistik koefisien korelasi sederhana.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dari seluruh kuesioner yang telah dibagikan, terdapat 1 orang responden yang tereksklusi karena memiliki *lie score* > 10 dan 2 kuesioner lainnya tidak kembali.

Tabel 1. Karakteristik Responden Wanita yang Melakukan Konsultasi di LSM Rifka Annisa WCC Yogyakarta Periode Januari-Februari Tahun 2007 (n=30)

Karakteristik Responden	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Usia	20-29 tahun	6	20,0
	30-39 tahun	12	40,0
	40-49 tahun	12	40,0
Status Pekerjaan	Tidak bekerja	8	26,7
	Bekerja	22	73,3
Tingkat Pendidikan	≤ SMA	19	63,3
	> SMA	11	36,7
Status Pernikahan	Nikah	20	66,7
	Cerai	10	33,3
Lama Pernikahan	≤ 10 tahun	18	60,0
	> 10 tahun	12	40,0

Sumber: Data Primer (diolah)

Dari hasil pengisian kuesioner, maka dapat dikelompokkan bentuk-bentuk KDRT yang dialami oleh responden. Berikut adalah tabel yang memuat jumlah dan persentase bentuk-bentuk KDRT yang dialami responden dapat dilihat pada Tabel 2.

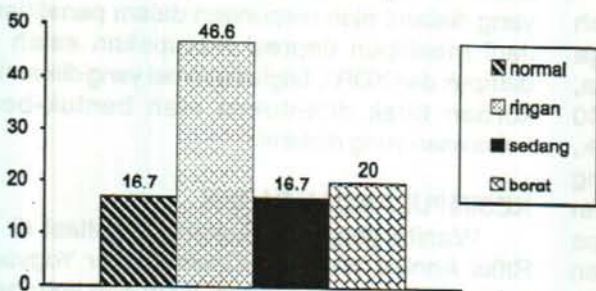
Tabel 2. Bentuk-Bentuk KDRT pada Wanita yang Melakukan Konsultasi di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta Periode Januari-Februari Tahun 2007 (n=30)

Bentuk-bentuk KDRT	Jumlah	Persentase (%)
Fisik	1	3,3
Psikis	2	6,7
Psikis, Fisik	1	3,3
Ekonomi, Psikis	13	43,3
Ekonomi, Psikis, Fisik	9	30,0
Ekonomi, Psikis, Fisik, Seksual	4	13,3
Total	30	100,0

Sumber: Data Primer (diolah)

Tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat 43,3% responden mengalami dua bentuk kekerasan yaitu kekerasan ekonomi dan psikis, 30% responden mengalami tiga bentuk kekerasan yaitu kekerasan ekonomi, psikis dan fisik. Hal ini berarti sebagian besar responden mengalami lebih dari satu bentuk kekerasan sekaligus dalam hidupnya. Tidak ada satupun subjek penelitian dalam penelitian ini yang hanya mengalami kekerasan seksual atau kekerasan ekonomi saja. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Meiyenti pada etnis Minangkabau, bahwa bentuk-bentuk kekerasan yang dialami oleh korban bervariasi. Variasinya berbeda-beda dari satu keluarga dengan keluarga lainnya.¹

Tidak adanya responden penelitian yang hanya mengalami kekerasan seksual saja dapat dikarenakan sulitnya mengungkap kasus kekerasan seksual di lingkup rumah tangga. Hal ini dipengaruhi oleh pandangan masyarakat terhadap perilaku menceritakan masalah seksual dengan orang lain di luar lingkup keluarga yang dianggap tabu atau membuka aib pribadi. Tingkat depresi responden dapat diamati pada Gambar 1.



Gambar 1. Tingkat Depresi Wanita yang Melakukan Konsultasi di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta Periode Januari-Februari Tahun 2007

Depresi yang dialami oleh responden dalam penelitian ini lebih banyak pada tingkat depresi ringan. Menurut Stuart dan Sundeen¹⁰, salah satu faktor risiko depresi adalah kurang dukungan sosial. Dalam penelitian ini responden telah mendapatkan dukungan sosial dengan melakukan konsultasi di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center, sehingga depresi yang dialami menjadi berkurang atau tidak bertambah berat. Meskipun demikian persentase responden yang mengalami depresi cukup besar yaitu sebanyak 83,3%.

Sebanyak 10% dari 20% responden dengan tingkat depresi berat merupakan wanita yang mengalami tiga bentuk kekerasan yakni kekerasan ekonomi, psikis dan fisik. Hanya 3,3% dari 13,3% responden yang mengalami kekerasan ekonomi, psikis, fisik dan seksual dengan menggunakan kriteria BDI dikategorikan mempunyai depresi berat. Hasil ini menjelaskan bahwa tingkat depresi seseorang tidak dipengaruhi oleh variasi bentuk kekerasan yang dialami. Sesuai dengan pernyataan berikut ini, bahwa depresi bisa terjadi atau semakin memburuk tanpa disertai stres kehidupan yang nyata ataupun berarti. Kekerasan fisik adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat. Dalam penelitian ini dapat dilihat bahwa kekerasan fisik berkontribusi terhadap terjadinya depresi berat.

Dapat terlihat pada Tabel 4, dengan menggunakan uji statistik *chi-square* didapatkan hasil X^2 hitung = 17,626, nilai $p = 0,283$ dan X^2 tabel = 24,996 dengan nilai α sebesar 0,05, maka dapat diambil kesimpulan tidak terdapat hubungan antara bentuk-bentuk KDRT dengan tingkat depresi pada wanita yang melakukan konsultasi di Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta.

Tabel 3. Tingkat Depresi Berdasarkan Bentuk-Bentuk KDRT pada Wanita yang Melakukan Konsultasi di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta Periode Januari-Februari Tahun 2007

Bentuk-bentuk KDRT	Tingkat Depresi				Total
	Normal	Ringan	Sedang	Berat	
Fisik	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
Psikis	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%
Psikis, Fisik	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%
Ekonomi, Psikis	6,7%	26,7%	6,7%	3,3%	43,3%
Ekonomi, Psikis, Fisik	3,3%	13,3%	3,3%	10,0%	30,0%
Ekonomi, Psikis, Fisik, Seksual	0,0%	3,3%	6,7%	3,3%	13,3%
Total	16,7%	46,6%	16,7%	20,0%	100,0%

Sumber: Data Primer (diolah)

Tabel 4. Hubungan Bentuk-Bentuk KDRT dengan Tingkat Depresi pada Wanita yang Melakukan Konsultasi di LSM Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta Periode Januari-Februari Tahun 2007

Perbedaan Tingkat Depresi Berdasarkan Bentuk-bentuk KDRT	X^2 Hitung	X^2 Tabel	df	p
	Bentuk-bentuk KDRT	17,626	24,996	15

Sumber: Data Primer (diolah)

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hegarty *et al*⁶ yang mengungkapkan bahwa kekerasan fisik, emosional dan seksual berhubungan kuat dengan terjadinya depresi pada wanita yang datang ke tempat praktik dokter umum di daerah Victoria, Australia. Sampel yang digunakan dalam penelitian tersebut berjumlah 1084 wanita, yang diambil dari 30 tempat praktik dokter umum. Perbedaan hasil penelitian ini dapat dikarenakan oleh beberapa faktor seperti faktor latar belakang budaya dari responden penelitian dan metode penelitian yang digunakan.

Menurut Nur Salam¹¹ beberapa penyebab tidak terbuktinya hipotesis penelitian antara lain yaitu; sampel yang tidak representatif, instrumen yang tidak valid dan reliabel, tidak dikendalikannya variabel luaran atau variabel *random*, desain penelitian yang tidak tepat, metode analisis statistik yang tidak sesuai dan landasan teori atau tinjauan pustaka sudah tidak sesuai. Dari beberapa penyebab tidak terbuktinya hipotesis pada penelitian ini karena metode pengambilan sampel yang tidak representatif dan variabel-variabel lain yang mempengaruhi tingkat depresi tidak dikendalikan oleh peneliti.

Faktor-faktor risiko depresi antara lain adalah episode depresi sebelumnya, riwayat keluarga tentang depresi, percobaan bunuh diri sebelumnya, jenis kelamin wanita, usia saat awitan depresi <40 tahun, masa *postpartum*, komorbiditas medik, kurang dukungan sosial, peristiwa kehidupan yang penuh stres, riwayat personal tentang penganiayaan seksual dan penyalahgunaan zat.¹⁰ Dari beberapa faktor di atas yang mempengaruhi hasil dari penelitian ini adalah jenis kelamin wanita, kurang dukungan sosial, peristiwa kehidupan yang penuh stres, riwayat personal tentang penganiayaan, dalam hal ini adalah KDRT.

Dukungan sosial dapat diperoleh korban KDRT dari berbagai pihak di antaranya teman, keluarga maupun dari tempat konsultasi atau pelaporan. Pendekatan keluarga sangat penting dalam penatalaksanaan pasien yang mengalami depresi. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan karena anggota keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan psikologis dan dukungan dalam membantu pasien menjalani kehidupannya sehari-hari. Mekanisme penanganan yang dilakukan oleh Rifka Annisa *Women's Crisis Center* bersifat terpadu dengan melibatkan unsur kesehatan (rumah sakit dan Puskesmas) dan hukum (kepolisian). Korban KDRT dapat melakukan konsultasi langsung dengan psikolog maupun konselor yang telah dilatih, di kepolisian terdapat ruang pelayanan khusus yang menyediakan tempat yang aman dan nyaman serta perlindungan bagi pelapor, korban maupun saksi korban kekerasan, sedangkan di rumah sakit

terdapat unit pelayanan perempuan yang khusus diperuntukkan bagi perempuan korban kekerasan. Melalui mekanisme tersebut korban kekerasan akan mendapatkan dukungan sosial yang cukup besar sehingga tingkat depresi yang dialami cenderung menurun.

Michelle Rice⁷ menyatakan bahwa 60% perempuan AS yang pernah mengalami kekerasan dilaporkan menderita depresi. Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh sebuah LSM Mitra Perempuan di Jakarta yang menerangkan bahwa dari 165 kasus KDRT pada tahun 2002, 74% perempuan yang menjadi korban menderita gangguan jiwa seperti depresi, rasa rendah diri, fobia dan kecemasan.⁴ Hal ini sesuai dengan hasil dalam penelitian ini bahwa sebagian besar responden mengalami depresi. Jadi dapat diketahui bahwa depresi merupakan salah satu dampak kejiwaan dari perilaku KDRT.

Penelitian ini menghubungkan antara variabel bentuk-bentuk KDRT dengan tingkat depresi dan dengan menggunakan analisis *Chi-Square* didapatkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan frekuensi tingkat depresi pada keenam bentuk KDRT yang dialami oleh responden dalam penelitian ini. Jadi meskipun depresi merupakan salah satu dampak dari KDRT, tingkat depresi yang dialami oleh korban tidak ditentukan oleh bentuk-bentuk kekerasan yang dialami.

KESIMPULAN DAN SARAN

Wanita yang melakukan konsultasi di LSM Rifka Annisa *Women's Crisis Center* Yogyakarta sebagian besar mengalami lebih dari satu bentuk kekerasan. Sebagian besar wanita yang melakukan konsultasi di LSM Rifka Annisa *Women's Crisis Center* Yogyakarta berada pada tingkat depresi ringan. Tidak terdapat hubungan antara bentuk-bentuk KDRT dengan tingkat depresi pada wanita yang melakukan konsultasi di Rifka Annisa *Women's Crisis Center* Yogyakarta.

Institusi Kesehatan dan Pendidikan, sebaiknya mempertimbangkan hasil penelitian ini sebagai bahan masukan dalam memberikan pelayanan keperawatan dan pengobatan terhadap wanita korban KDRT.

Perawat jiwa, komunitas dan keluarga sebaiknya bekerja sama dengan profesi lain khususnya Psikiater dan Psikolog serta LSM dalam usaha deteksi dini dan perawatan terhadap wanita korban KDRT.

Bagi LSM Rifka Annisa *Women's Crisis Center* Yogyakarta perlu untuk mengukur tingkat depresi wanita korban KDRT dengan menggunakan instrumen BDI dan metode wawancara agar hasil lebih valid, serta agar dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan penanganan.

Keluarga perlu mengetahui tingkat depresi yang dialami wanita korban KDRT, sehingga dapat ikut berpartisipasi dalam proses perawatan. Peneliti selanjutnya sebaiknya menggunakan metode pengambilan sampling yang lebih representatif dan lebih besar serta variabel *random* yang mempengaruhi depresi dikendalikan agar hasil penelitian dapat mendukung hipotesis yang telah dibuat. Perlu dipertimbangkan untuk mengambil populasi dari korban KDRT yang tidak melakukan konsultasi atau dibandingkan dengan populasi yang tidak mengalami KDRT.

KEPUSTAKAAN

1. Meiyenti, S. Kekerasan terhadap Perempuan dalam Rumah Tangga. Seri Laporan No.95. Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.1999.
2. Komnas Perempuan. KDRT dan Pembatasan Atas Nama Kesusilaan. Catatan Tahunan Tentang Kekerasan Terhadap Perempuan.2006. Download dari <http://www.komnasperempuan.or.id> Diakses pada tanggal 25 April 2006.
3. Council of Europe.Domestic Violence – The Facts.2002. Download dari situs <http://www.refuge.org.uk> Diakses pada tanggal 16 September 2006.
4. Daulay, H. Kekerasan Dalam Rumah Tangga (Renungan Hari Kartini 21 April 2005). 2005. Download dari situs <http://www.waspada.co.id> Diakses pada tanggal 13 September 2006.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Dampak Serius KDRT Bagi Kesehatan Masyarakat. 2005. Download dari situs <http://www.depkes.go.id> Diakses pada tanggal 19 Mei 2006.
6. Hakimi, M. Hayati, E.N. Marlinawati, V.U. Winkvist, A dan Ellsberg, M.C. Membisu Demi Harmoni: Kekerasan Terhadap Istri dan Kesehatan Perempuan di Jawa Tengah, Indonesia. LPKGM-FK-UGM, Rifka Annisa Women's Crisis Center Yogyakarta, Umea University Sweden, Women's Health Exchange USA. Yogyakarta.2001.
7. Rice, M. Domestic Violence: A National Center for PTSD Fact Sheet. United States Department of Veterans Affairs.2006. Download dari situs <http://www.va.gov> Diakses pada tanggal 16 September 2006.
8. Hegarty, K. Gunn, J. Chondros, P., Small, R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004;328:621-4. Download dari situs <http://bmj.bmjournals.com> Diakses pada tanggal 15 September 2006.
9. Rifka Annisa Women's Crisis Center. Publikasi berita.2006. Download dari situs <http://www.rifka-annisa.or.id> Diakses pada tanggal 13 September 2006.
10. Stuart, G.W., Sundeen, S.J. Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 3. EGC. Jakarta. 1998.
11. Nursalam. Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Edisi pertama. Salemba Medika. Jakarta.2003.