

Dampak Kekerasan Dalam Rumah Tangga Terhadap Kualitas Hidup

Nani Diana Lie^{1*}, Sarce Makaba², Hasmi³

^{1,2,3} Prodi Kesehatan Reproduksi, Universitas Cenderawasih, Papua, Indonesia

*Email: endel1910@gmail.com

Kata Kunci:

Kekerasan dalam Rumah Tangga, Kualitas Hidup, Ibu Rumah Tangga

Abstrak

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan suatu fenomena perilaku tindak kekerasan yang sangat banyak terjadi di Indonesia dan angkanya meningkat setiap tahun. KDRT berdampak pada semua aspek kehidupan dan adapa mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) terhadap kualitas hidup ibu rumah tangga (IRT) di Kampung Asei Besar Distrik Sentani Timur Kabupaten Jayapura berdasarkan variabel kesehatan fisik, Kesehatan psikologi, dimensi social dan dimensi lingkungan. Penelitian ini dilaksanakan di Kampung Asei Besar, Distrik Sentani Timur, Kabupaten Jayapura, Papua. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei menggunakan kuesioner kepada 132 ibu rumah tangga. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode purposive sampling. Analisis data menggunakan *korelasi pearson*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan KDRT terhadap Kesehatan fisik, Kesehatan psikologi, dimensi sosial dan dimensi lingkungan menunjukkan p value 0,000 yang berarti mempunyai hubungan yang signifikan. Uji statistik korelasi pearson menyatakan bahwa KDRT mempunyai korelasi yang bersifat kuat terhadap kesehatan fisik ($r=0,641$), kesehatan psikologi ($r = 0,654$), dimensi sosial ($r = 0,630$) dan dimensi lingkungan ($r = 0,633$). Kesimpulannya adalah KDRT mempunyai hubungan yang signifikan dan bersifat kuat terhadap Kesehatan fisik, kesehatan psikologi, dimensi sosial dan dimensi lingkungan.

The Impact of Domestic Violence on Quality of Life

Keyword:

Domestic Violence, Quality of Life, Housewife

Abstract

Domestic violence is a phenomenon of violent behavior that is very common in Indonesia and the number is increasing every year. Domestic violence impacts all aspects of life and can affect quality of life. This study aims to determine the relationship of domestic violence to the quality of life of housewives in Asei Besar Village, East Sentani District, Jayapura Regency based on physical health variables, psychological health, social dimensions and environmental dimensions.

This research was conducted in Asei Besar Village, East Sentani District, Jayapura Regency, Papua. The method used in this study was a survey using a questionnaire to 132 housewives. Sampling was done by purposive sampling method. Data analysis uses pearson correlation. The results of the research showed that the relationship of domestic violence to physical health, psychological health, social dimensions and

environmental dimensions shows a p value of 0.000 which means it has a significant relationship. The Pearson correlation statistical test stated that domestic violence had a strong correlation with physical health ($r=0.641$), psychological health ($r = 0.654$), social dimensions ($r = 0.630$) and environmental dimensions ($r = 0.633$). The conclusion of this research was domestic violence has a significant and strong relationship to physical health, psychological health, social dimensions and environmental dimensions.

Pendahuluan

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan fenomena perilaku kekerasan yang sangat umum terjadi di Indonesia (Fika, 2018). Fakta yang terjadi di masyarakat adalah mayoritas korban KDRT adalah perempuan atau istri (Respati, 2013). Fenomena ini semakin memprihatinkan karena seringkali pelaku kekerasan adalah orang-orang yang dipercaya, dihormati, dan dicintai, dan terjadi di wilayah yang seharusnya menjamin keselamatan setiap warganya, yaitu keluarga (Howard et al, 2013).

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa seperempat wanita usia 15-49 yang menikah mengalami kekerasan dalam rumah tangga (WHO, 2022). Data menunjukkan bahwa secara global, 38% penyebab kematian perempuan disebabkan oleh tindak kekerasan dalam rumah tangga (WHO, 2022). Perkiraan prevalensi kekerasan dalam rumah tangga adalah sekitar 20% di negara-negara di wilayah Pasifik Barat, 22% di Eropa, 25% di Amerika, 3% di wilayah Afrika, 31% di wilayah Mediterania Timur, dan 33% di Tenggara. kawasan Asia (WHO, 2022). Hal ini menyebabkan beberapa dampak kesehatan dari kekerasan dalam rumah tangga seperti HIV dan infeksi menular seksual, aborsi yang diinduksi, berat badan lahir rendah dan kelahiran prematur, konsumsi alkohol, depresi dan bunuh diri serta cedera (WHO, 2022).

Jumlah kasus kekerasan terhadap perempuan sepanjang tahun 2020 sebanyak 299.911 kasus (Komnas Perempuan, 2021). Data dari lembaga layanan/formulir pendataan Komnas Perempuan berjumlah 8.234 kasus, dimana jenis kekerasan yang paling menonjol adalah di ranah

privat yaitu kekerasan dalam rumah tangga dan hubungan personal sebanyak 79% atau 6.480 kasus (Komnas Perempuan, 2022). Jumlah kekerasan terhadap istri (KTI) menempati urutan pertama yaitu 3.221 kasus atau 49% (Komnas Perempuan, 2021). Kasus kekerasan berbasis gender di dunia maya (KBGS) juga meningkat, dari 241 kasus pada 2019 menjadi 940 kasus pada 2020 (Komnas Perempuan, 2021).

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jayapura tahun 2021, kasus KDRT terbanyak ditemukan di Kabupaten Sentani sebanyak 16 kasus. Sedangkan data hingga Oktober 2022 sebanyak 9 kasus (50%) dari 18 kasus yang dilaporkan. Kemungkinan tidak semua angka KDRT yang tercatat telah dilaporkan karena tidak adanya lembaga tempat korban melapor, ketidakpercayaan masyarakat terhadap lembaga yang tersedia dan perasaan tidak aman saat melapor (Komnas Perempuan, 2021). Tidak ada data pasti jumlah KDRT di Papua secara nasional, namun dilaporkan bahwa Papua merupakan daerah dengan rekor kekerasan terhadap perempuan dan anak yang tinggi (Kompas, 2022). Hal ini terkait dengan tingginya data kekerasan terhadap perempuan dan anak yang salah satu penyebabnya adalah alkohol (Kompas, 2022). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 juga mencatat Papua mengalami peningkatan konsumsi alkohol selama 10 tahun terakhir. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan rata-rata konsumsi alkohol masyarakat Papua sebesar 9,9 poin per bulan, lebih tinggi dari tingkat nasional sebesar 5,4 poin per bulan. Penelitian Lie (2016) terhadap 60 perempuan di Kampung Harapan, Distrik Sentani Timur, Kabupaten Jayapura, menunjukkan bahwa hampir 40% perempuan

mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian KDRT adalah pendapatan (p -value = 0,045), etnis (p -value = 0,019) dan budaya (p -value = 0,07).

WHOQoL Group (1998) menyatakan bahwa kondisi fisik, psikologis, hubungan sosial dan kesehatan lingkungan yang meliputi kondisi ekonomi merupakan aspek kualitas hidup. Kualitas hidup yang baik terdapat pada seseorang yang dapat menjalankan fungsi dan perannya dalam kehidupan sehari-hari dengan baik, sesuai dengan tahapan perkembangannya (Primardi & Hadjam, 2010). Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda-beda, tergantung pada masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya (Larasati, 2015). Jika menghadapi hal-hal positif maka kualitas hidup juga akan baik, tetapi jika menghadapi hal-hal negatif maka kualitas hidup juga akan buruk (Larasati, 2015).

Perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dapat mengalami trauma yang cukup berat sehingga mempengaruhi kemampuannya untuk beradaptasi dan memecahkan masalah pribadi (Sianturi, 2007). Permasalahan yang muncul akan muncul dalam menjalin hubungan sosial, memiliki kontrol dan konsep diri yang rendah serta cenderung mengambil tindakan berisiko (Sianturi, 2007). IRT yang memiliki konsep diri negatif menunjukkan bahwa keadaan psikologisnya terganggu dalam hubungan sosial (Sianturi, 2007). Tindakan berisiko yang dilakukan oleh remaja dapat mempengaruhi kondisi fisik, keadaan ekonomi dan kesehatannya (Sianturi, 2007).

Kampung Asei Besar merupakan salah satu kawasan di Kecamatan Sentani Timur Kabupaten Jayapura yang terdiri dari 222 kepala keluarga dan mayoritas penduduknya adalah penduduk asli dan menetap. Data KDRT di desa Harapan hingga September 2022 tercatat 10 kasus. Hasil studi pendahuluan melalui wawancara dengan korban kekerasan di Kampung Asei Besar, Kecamatan Sentani, Kabupaten Jayapura pada 12 rumah

tangga. Dari hasil wawancara, penulis menyimpulkan bahwa kekerasan bermula ketika korban dan pelaku bertengkar tentang masalah rumah tangga. Sang suami yang tidak tahan berdebat dengan korban yang terus menerus bertanya tentang permasalahan rumah tangga keduanya, pelaku yang terbawa emosi dan tidak bisa dihentikan, langsung memukul tubuh korban berulang kali. Akibat pemukulan itu korban mengalami luka memar di tangan kiri dan kanan, bengkak di pipi kiri dan memar di punggung. Karena tidak terima dengan kekerasan dari suaminya, korban langsung melaporkan kasus ini ke polisi.

Penelitian yang membahas perempuan sebagai korban kekerasan dalam rumah tangga belum banyak dilakukan. Beberapa penelitian terdahulu secara umum telah membahas tentang konsep diri, pengendalian diri, dan kecemasan remaja, sedangkan penelitian tentang kualitas hidup ibu rumah tangga sebagai korban kekerasan dalam rumah tangga belum banyak dilakukan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengkaji dampak kekerasan dalam rumah tangga terhadap kualitas hidup ibu rumah tangga (IRT) di Desa Asei Besar Kecamatan Sentani Timur Kabupaten Jayapura.

Metode Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian cross sectional yaitu rancangan penelitian yang dilakukan sekali-sekali untuk meneliti hubungan antara variabel bebas kekerasan dalam rumah tangga dengan variabel terikat kualitas hidup ibu rumah tangga. (Hasmi, 2016). Penelitian ini dilakukan dengan mengisi kuesioner variabel kualitas hidup IRT menggunakan kuesioner World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) standar yang dilakukan hanya sekali. Penelitian ini akan dilakukan di Desa Asai Besar, Kecamatan Sentani Timur, Kabupaten Jayapura pada bulan Desember 2022 dengan melibatkan 132 IRT. Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah non-probability sampling dengan metode purposive sampling. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik purposive sampling yang memenuhi kriteria inklusi yaitu bersedia menjadi

responden, sedangkan kriteria eksklusi adalah responden tidak hadir pada saat pengambilan data. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner kualitas hidup yang diadopsi dari kuesioner WHOQoL yang dimodifikasi. Ethical clearance diperoleh dari komite etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Cenderawasih, Papua, Indonesia.

Hasil Analisis Univariat

Penelitian ini dilakukan dengan melibatkan ibu rumah tangga di Kampung Asei Besar Kabupaten Sentani sebanyak 132 responden. Karakteristik yang diteliti antara lain umur, pendidikan, pekerjaan, etnis, penghasilan dan status pernikahan. Adapun hasil karakteristik responden berdasarkan umur dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur

Variabel	Kategori	Tidak KDRT		KDRT		Jumlah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
Umur Ibu	< 20 tahun	0	0	4	3,04	4	3,04
	20-35 tahun	24	18,19	65	49,24	89	67,43
	> 35 tahun	10	7,57	29	21,96	39	29,53
		34	25,76	98	74,24	132	100
Umur Suami	< 20 tahun	0	0	0	0	0	0
	20-35 tahun	23	17,42	51	38,64	74	56,06
	> 35 tahun	11	8,33	47	35,61	58	43,94
		34	25,75	98	74,24	132	100

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden berumur 20-35 tahun yakni sebesar 89 (67,4%) responden, dua kali lipat daripada ibu yang berumur > 35 tahun yakni sebesar 39 (29,5%) responden. Demikian pula pada suami, paling banyak berumur 20-35 tahun sebesar 74 (56,06%) responden, > 35 tahun sebesar 58 (43,9%) responden dan tidak ada yang berumur < 20 tahun.

Tabel 4.2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan Pendidikan

Variabel	Kategori	Tidak KDRT		KDRT		Jumlah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
Pendidikan Ibu	Tidak sekolah	1	0,76	2	1,51	3	2,27
	SD	0	0	11	8,33	11	8,33
	SMP	11	8,33	35	26,51	46	28,85
	SMA	22	16,66	45	34,1	77	50,76
	PT	0	0	5	3,79	5	3,79
		34	25,75	98	74,24	132	100
Pendidikan Suami	Tidak sekolah	0	0	1	0,76	1	0,76
	SD	1	0,76	2	1,51	3	2,27
	SMP	6	4,55	27	20,45	33	25
	SMA	26	19,69	68	51,52	94	71,21
	PT	1	0,76	0	0	1	0,76
		34	25,76	98	74,24	132	100

Data penelitian karakteristik responden berdasarkan pendidikan menunjukkan hasil bahwa persentase responden paling sedikit adalah tidak sekolah 2% (3 responden), diikuti oleh lulusan perguruan tinggi (PT) 3,7% (5 responden), SD 8,3% (11 responden), SMP 34,8% (46 responden) dan SMA 50,75% (67 responden). Demikian juga dengan tingkat pendidikan suami menunjukkan trend yang sama dengan tingkat pendidikan istri, kecuali untuk kategori tidak sekolah dan perguruan tinggi menunjukkan jumlah yang sama yakni 1 responden (0,75%).

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan

Variabel	Kategori	Tidak KDRT		KDRT		Jumlah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
Pekerjaan istri	Tidak bekerja	24	18,19	87	65,91	111	84,2
	Swasta	5	3,79	4	3,03	9	6,82
	PNS	1	0,76	5	3,79	6	4,54
	Petani	2	1,51	2	1,51	4	3,03
	Nelayan	2	1,51	0	0	2	1,51
		34	25,76	98	74,24	132	100
Pekerjaan Suami	Tidak bekerja	2	1,51	3	2,28	5	3,79
	Swasta	13	9,86	18	13,64	31	23,50
	PNS	2	1,51	7	5,30	9	6,81
	Petani	8	6,06	62	46,97	70	53,03
	Nelayan	9	6,81	8	6,07	17	12,88
		34	25,75	98	74,24	132	100

Hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan sebagian besar responden tidak bekerja yakni sebesar 84,09% (111 responden) dan hanya sekitar 1,5% (2 responden) yang bekerja sebagai nelayan. Ibu rumah tangga yang bekerja sebagai petani dua kali lipat jumlahnya daripada ibu yang bekerja sebagai nelayan. Sebaliknya, mayoritas suami bekerja sebagai petani yakni sebesar 53,03% (70 responden).

Tabel 4.4. Distribusi frekuensi responden berdasarkan etnis

Variabel	Kategori	Tidak KDRT		KDRT		Jumlah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
Etnis Ibu	Papua	28	21,21	94	71,21	122	92,42
	Non Papua	6	4,55	4	3,03	10	7,58
		34	25,76	98	74,24	132	100
Etnis Suami	Papua	29	21,97	97	73,48	126	95,45
	Non Papua	5	3,79	1	0,76	6	4,55
		34	25,76	98	74,24	132	100

Hasil penelitian tentang karakteristik responden berdasarkan etnis responden. Mayoritas responden merupakan etnis papua yakni sebesar 92,42% (122 responden), demikian juga dengan etnis suami yang menunjukkan bahwa 95,45% merupakan etnis papua. Terdapat sebagian kecil

etnis non papua baik pada ibu maupun suami masing masing sebesar 7,5% dan 4,5%.

Tabel 4.5. Distribusi frekuensi responden berdasarkan penghasilan

Variabel	Kategori	Tidak KDRT		KDRT		Jumlah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
Penghasilan Ibu	Tidak tetap	31	23,49	89	67,42	120	90,91
	< 1 juta	3	2,27	7	5,31	10	7,58
	1-3 juta	0	0	2	1,51	2	1,51
	> 3 juta	0	0	0	0	0	0
		34	25,76	98	74,24	132	100
Penghasilan Suami	Tidak tetap	23	17,42	88	66,67	111	84,09
	< 1 juta	7	5,30	4	3,03	11	8,33
	1-3 juta	3	9,38	5	3,78	8	6,06
	> 3 juta	1	0,76	1	0,76	2	1,52
		34	32,86	98	74,24	132	100

Sedangkan karakteristik responden berdasarkan penghasilan menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak mempunyai penghasilan yang tetap, baik ibu maupun suami yang masing-masing sebesar 90,9% (120 responden) dan 84,09% (111 responden). Responden dengan penghasilan kurang dari 1 juta mempunyai persentase yang hampir sama antara ibu dan suami, sedangkan ibu tidak ada yang mempunyai penghasilna lebih dari 3 juta perbulan. Hanya 2 suami responden yang mempunyai penghasilan lebih dari 3 juta per bulan.

Tabel 4.6. Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pernikahan

Variabel	Kategori	Tidak KDRT		KDRT		Jumlah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
Status Pernikahan	Menikah	32	24,24	95	71,97	127	96,21
	Tidak menikah	2	1,51	3	2,27	5	3,79
		34	25,75	98	74,24	132	100

Hasil analisis data karakteristik responden berdasarkan status pernikahan menunjukkan hasil bahwa sebesar 96% ibu mempunyai status pernikahan menikah, sedangkan terdapat 4% ibu yang mempunyai status tidak menikah.

Analisis bivariat

Sebelum melakukan analisis data, maka dilakukan uji normalitas data. Dapaun hasil uji normalitas data ditunjukkan pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7. Uji normalitas data menggunakan uji Kolmogorov Smimov

No	Variabel	P value	Asumsi
1	Kesehatan fisik	0,200	Normal
2	Kesehatan psikologi	0,185	Normal
3	Dimensi sosial	0,200	Normal
4	Dimensi lingkungan	0,200	Normal

Sumber: Data Primer diolah

Hasil uji normalitas data menunjukkan bahwa dimensi Kesehatan fisik, Kesehatan psikologi, dimesnid sosial dan dimensi lingkungan terdistribusi normal, ditunjukkan dengan nilai signifikansi secara berturut-berturut (p value=0,200, 0,085, 0,200, 0,200). Uji statistic dilanjutkan dengan uji *pearson*.

Hasil uji korelasi Pearson KDRT terhadap kualitas hidup ibu rumah tangga dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8. Analisis data bivariat dengan korelasi *pearson*

No	Variabel	Mean	p value	r pearson	Kekuatan korelasi
1	Kesehatan fisik	14,80	0,000	0,641	Kuat
2	Kesehatan psikologi	13,52	0,000	0,654	Kuat
3	Dimensi sosial	6,64	0,000	0,630	Kuat
4	Dimensi lingkungan	18,44	0,000	0,633	Kuat

Sumber: Data primer diolah (2023)

Tabel 4.3 menunjukkan hasil analisis data yang menunjukkan signifikansi dan koefisien korelasi masing-masing dimensi kualitas hidup. Hasil menunjukkan bahwa KDRT mempunyai hubungan yang signifikan dengan p value 0,000 dan bersifat kuat pada kesehatan fisik, kesehatan psikologi, dimensi sosial dan dimensi lingkungan dengan masing-masing nilai $r = 0,641$; $r = 0,654$; $r = 0,630$; $r = 0,633$. Berdasarkan nilai rerata pada kesehatan fisik mempunyai nilai rerata 14,80 (> 50%) dari nilai maksimal 28 yang berarti ibu rumah tangga di Kampung Asei Besar mempunyai Kesehatan fisik yang buruk. Demikian pula pada dimensi kesehatan psikologi, dimensi sosial dan dimensi lingkungan masing masing ditunjukkan secara berturut-turut dengan nilai *mean* 13,42 (>13), 6,64 (>6) dan 18,44 (>18) yang menyatakan nilai > 50% sehingga dapat disimpulkan bahwa ibu rumah tangga di Kampung Asei Besar memiliki dimensi kesehatan psikologi, dimensi sosial dan dimensi lingkungan yang kurang.

Pembahasan

Karakteristik Responden

Umur adalah usia individu seseorang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang

tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja sehingga dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih besar dan dewasa akan lebih di percaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas KDRT dialami oleh IRT umur 20-35 tahun. Hasil survey kekerasan dalam rumah tangga nasional di Amerika menunjukkan bahwa semua bentuk kekerasan dalam rumah tangga seringkali terjadi pada korban atau istri yang berusia kurang dari 20-30 tahun. Demikian juga dengan suami, kekerasan dalam rumah tangga banyak dilakukan oleh suami yang umurnya 20-35 tahun, karena pada umur tersebut, suami masih sulit untuk mengontrol emosinya sehingga berpengaruh terhadap tingkah laku semakin bertambah umur maka dapat meningkatkan kematangan mental dan intelektual sehingga dapat membuat keputusan yang lebih bijaksana dalam bertindak dan mengontrol emosi (Ririn & Harimat, 2006).

Mayoritas ibu yang mengalami KDRT berpendidikan SMA. Hasil penelitian ini sesuai dengan laporan dari komnas perempuan yang mengindikasikan bahwa terjadinya kekerasan terhadap perempuan tidak berdasarkan pada tingkat pendidikan, artinya dengan latar belakang pendidikan yang tinggi tidak menjamin perempuan bebas dari perlakuan kasar (Rohmah & Sigit, 2009). Demikian juga dengan suami yang melakukan KDRT mayoritas berpendidikan SMA. Hal ini tidak sesuai dengan teori Notoatmodjo (2010) yang menyebutkan bahwa pendidikan merupakan suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Pendidikan dapat mencerminkan kualitas seseorang dalam berfikir, bersikap dan bertindak semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin baik wawasan dan sumber daya manusianya (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan

merupakan suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat, adapun indikator dari pendidikan yaitu pengetahuan (Notoatmodjo, 2005)

Mayoritas IRT di Kampuang Asei Besar yang mengalami KDRT merupakan IRT yang tidak bekerja. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa ketergantungan istri dalam hal ekonomi kepada suami memaksa istri untuk menuruti semua keinginan suami meskipun merasa menderita. Bahkan, sekalipun tindakan keras dilakukan kepadanya tidak akan melaporkan penderitaannya dengan pertimbangan demi kelangsungan hidup dirinya dan pendidikan anak-anaknya. Hal ini dimanfaatkan oleh suami untuk bertindak sewenang-wenang kepada istrinya. Hasil penelitian Hasnerita & Nurhasanah (2019) hubungan antara pekerjaan istri dengan kekerasan dalam rumah tangga lebih banyak pada istri yang tidak bekerja dengan kekerasan fisik dibandingkan dengan istri yang tidak bekerja. Istri yang tidak bekerja berpeluang 5 kali mengalami kekerasan fisik berat dibandingkan istri yang bekerja. Sedangkan mayoritas pekerjaan suami pelaku KDRT bekerja sebagai petani. Masalah keuangan, uang seringkali dapat menjadi pemicu timbulnya perselisihan di antara suami istri, gaji yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga setiap bulan, sering menimbulkan pertengkaran di tambah dengan tuntutan biaya hidup yang tinggi memicu pertengkaran yang sering berakibat terjadinya kekerasan dalam rumah tangga.

Sebagian besar etnis Papua mengalami Tindakan KDRT. Berbagai bentuk ketidakadilan gender dalam masyarakat memberikan pembatasan kepada perempuan, yaitu: diskriminasi, eksploitasi, marginalisasi, subordinasi, stereotipe/pelabelan negatif, dan kekerasan terhadap perempuan serta beban kerja lebih berat dan panjang bagi perempuan (Suryadi

dan Idris, 2004). Berbagai bentuk ketidakadilan gender ini saling terkait, menimbulkan kekerasan terhadap perempuan, dan mengkristal dalam budaya masyarakat. Pelaku KDRT mayoritas dilakukan oleh suami etnis Papua. Menurut Habiba *et al* (2016) menjelaskan bahwa patriarki adalah kekuasaan dan kontrol yang kompleks dalam masyarakat yang didominasi oleh laki-laki. Patriarki melembagakan subordinasi, ketergantungan, atau pengan dalam perempuan kepada laki-laki dalam masyarakat (Habiba *et al.*, 2016).

Ditinjau dari status perkawinan, tindakan KDRT dialami oleh IRT yang menikah secara sah. Perkawinan adat menimbulkan ketidakadilan dalam memperlakukan perempuan dan sebagai sarana meningkatkan nilai perekonomian. Budaya patriarki membuat perempuan mengalami ketidakadilan dan kekerasan dalam relasi berumah tangga. Sementara itu, pengalaman-pengalaman yang ditunjukkan oleh korban KDRT mengalami penindasan secara fisik dan psikis. Penindasan secara fisik adalah bentuk kekerasan pukulan dan secara psikis adalah tekanan-tekanan batin yang dimiliki korban.

Hubungan KDRT Terhadap Kesehatan Fisik

Analisis data statistik menunjukkan korelasi signifikan dan kuat antara KDRT dan kesehatan fisik dengan nilai $r = 0,641$. KDRT dengan menggunakan kekuatan fisik pada seorang wanita terhadap kepentingan dan keinginan dapat mengakibatkan luka fisik dan mengganggu kesehatan (Dias *et al.*, 2008). Luhulima (2000) menyatakan bahwa penelitian 40 % perempuan yang mengalami kekerasan fisik oleh suaminya merupakan satu bentuk kekerasan fisik. Efek jangka pendek terhadap kesehatan akibat KDRT dapat berupa luka trauma ringan hingga berat seperti lebam, luka lecet hingga luka robek, patah tulang sampai trauma kepala. Selain mengalamai kekerasan fisik, korban KDRT juga mengalami kekerasan seksual. Salah satu yang perlu dipahami bahwa Beberapa dampak KDRT terhadap

kesehatan akibat kekerasan seksual antara lain adalah terjadinya perdarahan pervaginam, terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit Infeksi Menular Seksual, abortus hingga gangguan pada janin. Dampak lain yang dirasakan dalam jangka panjang adalah arthritis (radang pada sendi). Korban KDRT juga memiliki resiko lebih besar untuk mengalami peningkatan tekanan darah, penyakit jantung dan pernafasan (Mc Cue, 2008).

Hubungan KDRT Terhadap Kesehatan psikologi

Hasil uji korelasi *pearson* menunjukkan adanya korelasi antara KDRT dengan dimensi psikologi pada ibu rumah tangga di Kampung Asei Besar, Distrik Sentani, kabupaten Jayapura ($p\text{ value} = 0,000$; $r = 0,654$). Hal ini sejalan dengan penelitian Adeodato *et al.* (2006) yang menjelaskan bahwa perempuan yang mengalami KDRT sebagian besar mengalami depresi yang signifikan dan menunjukkan gejala seperti kecemasan dan insomnia. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami KDRT menyebabkan kualitas hidup yang buruk dan merusak kesehatan mental pada korban (Adeodato *et al.*, 2006). Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Media *et al.* (2011) yang menunjukkan bahwa KDRT dapat mengakibatkan gejala adanya penyakit kronis dan depresi. Penelitian Leite *et al.* (2016) menunjukkan bahwa terdapat lebih dari separuh perempuan yang mengalami KDRT mulai merasakan keadaan kesehatan buruk dan mempunyai pengalaman traumatis yang mengakibatkan adanya perasaan sakit, kurang tidur, kelelahan sepanjang waktu, mudah takut, mudah gugup, tegang atau khawatir dan lebih sering menangis.

Penelitian ini juga didukung oleh Suryakusuma (1995) yang menyatakan bahwa efek psikologis penganiayaan bagi banyak perempuan lebih parah dibanding efek fisiknya. Rasa takut, cemas, letih, kelainan stress post traumatik, serta gangguan makan dan tidur

merupakan reaksi panjang dari tindak kekerasan. Namun, tidak jarang akibat tindak kekerasan terhadap istri juga meng-akibatkan kesehatan reproduksi terganggu secara biologis yang pada akhirnya meng-akibatkan terganggunya secara sosiologis. Istri yang teraniaya sering mengisolasi diri dan menarik diri karena berusaha menyembunyikan bukti penganiayaan mereka.

Dampak dari kekerasan dalam rumah tangga adalah akan mengalami masalah psikologis seperti stress, depresi, dan bunuh diri (Rahmita & Nisa, 2019). Jika masalah kekerasan dalam rumah tangga tidak dapat diselesaikan hubungan pernikahan pun akan terancam perceraian bahkan setelah terjadi perceraian antara pasangan tersebut dapat menyebabkan salah satu pasangan suami-istri tersebut mengalami trauma yang berkepanjangan (Susiana, 2020). Tidak hanya perempuan yang menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga bahkan lelaki pun menjadi korban dari kekerasan rumah tangga (Firadaus, 2015). Dalam dampak KDRT menjadi korban atas masalah dari orang tua mereka.

Hubungan KDRT Terhadap Dimensi Sosial

KDRT juga mempunyai korelasi yang kuat pada dimensi sosial ibu rumah tangga di Kampung Asei Besar, Distrik Sentani, Jayapura (p value = 0,000; $r = 0,630$). Domain hubungan sosial yang secara statistik mempunyai korelasi yang kuat menggambarkan bahwa wanita yang memiliki dukungan dengan jaringan sosial yang baik mempunyai peluang yang lebih kecil untuk mengalami KDRT bila dibandingkan dengan mereka yang tidak mendapatkan dukungan sosial. Kehidupan sosial merupakan faktor timbal balik dan solidaritas yang menjadi dasar hubungan sosial yang mempengaruhi kualitas hidup individu dalam masyarakat (Galheigo, 2008).

Adanya kecenderungan terhadap terjadinya tindak kekerasan dalam rumah tangga menurut Saputri (2008) karena adanya faktor dukungan sosial dan kultur (budaya), dimana istri dipersepsikan sebagai orang nomor dua dan bisa

diperlakukan dengan cara apa saja. Hal ini muncul karena transformasi pengetahuan yang diperoleh dari masa lalu, dimana istri harus nurut pada apa kata suami (bila istri mendebat suami, dipukul), kultur di masyarakat (suami lebih dominan pada istri), tindak kekerasan dalam rumah tangga dianggap masalah privasi, dan masyarakat tidak boleh ikut campur.

Dalam kultur masyarakat patriarki secara umum, seorang suami atau ayah memiliki kuasa kontrol yang dominan terhadap istri dan anak-anaknya. Kuasa kontrol tersebut dapat berbentuk penyalahgunaan peran yang mengarah pada tindakan KDRT sehingga ketidakharmonisan dalam relasi atau hubungan peran pasangan suami-istri menjadi hal yang perlu disikapi secara rasional untuk dijadikan acuan melakukan tindakan preventif terhadap KDRT tersebut (kompasiana, 2022). Penelitian Sabita (2021) menyatakan bahwa pengaruh kekerasan dalam rumah tangga mempengaruhi tingkat keharmonisan dalam keluarga terdiri dari pelantaran, dan pemaksaan, tidak peduli pendidikan anak, tidak memberikan makanan pokok, membuat keluarga terlantar, kurang perhatian kesehatan keluarga, pemaksaan anak dibawah umur untuk bekerja, sering keluar rumah, kurang pengawasan, terjadi perselingkuhan. Ancaman untuk melakukan perbuatan pemaksaan meliputi larangan keluar rumah, ancaman bunuh diri dan larangan mengikuti kegiatan sosial.

Hubungan KDRT Terhadap Dimensi Lingkungan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa KDRT mempunyai korelasi terhadap kualitas hidup dari aspek dimensi lingkungan (p value = 0,000; $r = 0,633$). Hal ini berkaitan dengan ketidakamanan yang terjadi dalam rumah tangga yang meliputi adanya pertengkaran, perlindungan diri dan anak, kurangnya kebebasan, adanya harapan bahwa pelaku akan berubah serta suami sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga (Dias *et al*, 2008). Leite *et al*. (2016) menyatakan bahwa untuk mengakhiri tindakan KDRT yang dialami oleh perempuan yakni dengan menimbulkan kesadaran

untuk membela diri untuk mempertahankan kehidupan. Namun salah satu hambatan yang ada dilingkungan masyarakat adalah sering timbul perasaan menyusahakan, adanya ketakutan, merasa bersalah, pandangan masyarakat terhadap individu serta tidak adanya wadah untuk mencari perlindungan terhadap tindakan KDRT. Oleh karena itu, sangat penting bagi perempuan untuk menjamin adanya wadah sebagai perlindungan perempuan terhadap KDRT (Silva, 2008).

Simpulan

Ada hubungan antara KDRT yang signifikan dan bersifat kuat terhadap kesehatan fisik, kesehatan psikologi, dimensi sosia dan dimensi lingkungan Ibu rumah tangga di Kampung Asei Besar, Distrik Sentani, Kabupaten Jayapura.

Pendanaan

Penelitian ini dilakukan secara mandiri tanpa ada pendanaan dari pihak manapun.

Referensi

- Adeodato GV, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. (2006). Qualidade de vida e depressao em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 39(1):108-13. doi: 10.1590/S0034-89102005000100014
- Alina Suris, Lisa Lind, T. Michael Kashner, dan Patricia D. Borman. (2007). Mental Health, Quality of Life, and health Functioning in Women Veterans. Differential Outcomes Associated with Military and Civilian Sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence*. 22.
- Bair-Merritt, M.H., Crowne, S.S., Burrel. L., Caldera, D. (2008). Impact of Intimate Partner Violence on Childrens Well-Child Care and Medical Home. *Paediatrics*. 121: 473-480.
- Baquandi. (2009). Kekerasan dalam Rumah Tangga. *Skripsi*. Universitas Negeri Malang.
- Desmita, R. (2005). *Psikologi Perkembangan*. Bandung: PT.Remaja Rosdakarya
- Dias ARC, Machado C. (2008). Genero e Violencia conjugal - Uma relação cultural. *Analise Psicologica*. 26(4):34-50.
- Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life : its definition and measurement. Welsh Centre for Learning Disabilities Applied Research Unit. Diunduh dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7701092>.
- Galheigo SM. (2008). Apontamento para se pensar açoes de prevençao a violencia pelo setor saude. *Saude Soc*. 17(3):181-9. doi: 10.1590/S0104-12902008000300018
- Gill TM, Feinstein AR. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 272(8): 619-626.
- Goldblatt, J. (2013). *Special Events*. New York: John Wiley and Sons.
- Hasmi. (2016). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : In Media.
- Hawari, D. (2009). *Penyiksaan Fisik dan Mental dalam Rumah Tangga (Domestik Violence)*. Jakarta: Balai Penerbit.
- Hidayat, T. (2006). Dampak Kekerasan Dalam Rumah Tangga (1 paragraf). <http://www.pikiran-rakyat.com>. Diakses 8 November 2022.
- Hurlock, EB. (1980). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga
- Jahja, Y. (2012). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Kencana.
- Josephine. (2009). Dampak Kekerasan dalam Rumah Tangga Terhadap Pola Perilaku Anak. *Jurnal Pendidikan Penabur*. No.13/Tahun ke-8/Desember.
- Kartono, K. (2002). *Patologi Sosial 2 Kenakalan Remaja*. Jakarta: PT. Grafindo Raja Persada.
- Kemp B. (2012). Quality of Life: What it Really Requires; How to Get It and Keep It. *Amazon.com*. pp. 1Y262.<http://kempqualityoflife-com.webs.com/>. Accessed October 8, 2022.
- Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan). 2022. *Daya Pencegahan dan Penanganan Berbanding Peningkatan Jumlah, Ragam dan Kompleksitas Kekerasan Berbasis Gender terhadap Perempuan*. Komnas Perempuan
- Larasati, T. (2015). *Kualitas Hidup Pada Wanita Yang Sudah Memasuki Masa Menopause*. Jakarta : Universitas Gunadarma
- Leite FMC, Moura MAV, Penna LHG. Percepções das mulheres sobre a violencia

- contra a mulher: uma revisao integrativa da literatura. *Av. Enferm.* 2013;31(2):136-43.
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A, Huth-Bocks, A.C., Rosenblum, Katherine & von Eye, A. (2011) 'The Effects of Domestic Violence on the Stability of Attachment from Infancy to Preschool', *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40: 3, 398-410.
- Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. (2012). Analise espacial da violencia domestica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em Joao Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica.* 28(6): 1111- 21. doi: 10.1590/S0102-311X2012000600010
- Moons, P., Marquet K., Budts W., Geest, Sabina. (2007). Validity, Reliability, and Responsiveness of the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQOL-DW) in Congenital Heart Disease. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2 1-8.USA: BioMed Ltd.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jakarta: Rhineka Cipta.
- Nosikov, A dan Gudex, C. (2008). *Eurohis Developing Common Instrument For Health Survey.* WHO Regional Europe: IOS Press
- Nurrachmawati, A., Nurohma., Rini, P.M. (2012). Potret Kesehatan Perempuan Korban Kekearsan Dalam Rumah Tangga (Studi Kasus di Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Kalimantan Timur). *Jurnal Kesehatan Reproduksi.* 3 (1): 24 -3.
- Papalia, D.E, dkk (2008). *Human Development (Psikologi Perkembangan)* Bagian s/d IX. Jakarta: Kencana.
- Piaget, J dan Barbel I. (2000). *The Psychology of the Child.* New York : Basic Book.
- Poerwandari, E. K. (2005). *Pendekatan Kualitatif dalam Penelitian Psikologi.* Jakarta: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Fakultas Psikologi UI Prastowo
- Primardi, A dan Hadjan, M.N. (2010). Optimisme, Harapan, Dukungan Sosial Keluarga, dan Kualitas Hidup Orang dengan Epilepsi. *Jurnal Psikologi.* 3(2).
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research A Critical Introduction.* London: SAGE Publications, Inc.
- Rasyid, M. 2017. Hubungan Kejadian Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) Dengan Agression Behavior Siswa SMK Maritim Nusantara Di Padang Pariaman Tahun 2017. *Skripsi.* STIKES Perintis Padang
- Renwick, R., dan Brown, I. (2000). Quality of life concept. <http://www.utoronto.ca/qol/profile/adultversion.htm>. Tanggal 5 November 2022.
- Respati, E. (2013). Kesehatan Mental Perempuan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga. *Studi Kualitatif di Pusat Pelayanan Terpadu Kabupaten Jember.* Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jember
- Riskedas. 2018. *Laporan Nasional Riskedas 2018.* Kemenkes RI : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Santos AC, Santos MLM, Nascimento DDG. (2015). Violencia intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saude publica. *Saude em Redes.* 1(2):21-30. doi: 10.18310%2F2446-4813.2015v1n2p21-30 7.
- Santrock, J.W. (2003). *Adolescence. Perkembangan Remaja.* Edisi Keenam. Jakarta: Erlangga.
- Sarwono, W. S. (2010). *Psikologi Remaja.* Edisi 9. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Selviana, M. (2010). Sikap Istri Terhadap Kekerasan Dalam Rumah Tangga (Studi Di Wilayah Kampung "X" Jakarta). *Jurnal Psikologi* 8 (1): 1-10.
- Sianturi, M. N. (2007). Konsep Diri Remaja yang pernah Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga: Penelitian Kualitatif Fenomenologis di Kota Semarang. *Skripsi.* Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro, Semarang.
- Silva AS, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Anjos UU. (2015). Analise da violencia domestica na saude das mulheres. *J Hum Growth Dev.* 25(2):182-6. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.10300>
- Sirgy, M. J. (2002). *The Psychology Of Quality Of Life.* U.S.A. : Kluwer Academic Publisher
- Slovin, MJ. (1960). *Sampling.* New York : Simon and Schuster Inc.

- Soraes, J. (2007). Quality of Life Among Lifetime Victimized Men. *Journal Violence and Victims*. 22(2).
- Subhan, Z. (2001). *Kodrat Perempuan Takdir Atau Mitos*. Yogyakarta: Pustaka
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet
- Sukri. S. (2004) *Islam Menentang Kekerasan Terhadap Istri*. Yogyakarta: Gama Media.
- Tarigan, A., Sutjipto, A., Wibawa, D., Yudhan, E., Soenaryo, H., Harsono, I., & Tjambang, J., dkk. (2001). *Perlindungan Terhadap Perempuan Dan Anak Yang Menjadi Korban Kekerasan: (Bacaan Bagi Awak Ruang Pelayanan Khusus-Police Women Desk) Derap-Warapsari Psikologi Feminins*. Yogyakarta: Paradigma Indonesia.
- Tamrib, A., Tamagola. (2000). *Restu Sosial Budaya atas kekerasan terhadap perempuan, dalam Negara dan kekerasan terhadap perempuan*. Jakarta : The Asia Foundation-Yayasan Jurnal Perempuan.
- Thalib, S.B. (2010). *Psikologi Pendidikan Berbasis Analisis Empiris Aplikatif*. Jakarta: Kencana.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.
- Veenhoven, R. (2005). Apparent Quality-of-Life in Nations: How Long and Happy People Live. *Springer*. 71(1).
- Wahab, R. (2006). *Kekerasan dalam Rumah Tangga: Perspektif Psikologis dan Edukatif*. Unisia.
- Widyastuti, Y., Rahmawati, A dan Purnamaningrum, Y.E. (2009). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitra Maya
- WHO. (2022) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Diakses tanggal 8 November 2022.
- WHO. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assesment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc. Sci. Med.* 46(12): 1569-1585. Great Britain.
- World Health Organization [Internet]. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- Wulandari, L. (2012). *Kebijakan Penanganan Kekerasan Dalam rumah Tangga Melalui Mediasi Penal*. Pusat Studi Gender. Purwokerto.