

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kekerasan terhadap perempuan saat ini menjadi tindakan kriminal yang marak terjadi di Indonesia. Berdasarkan Catatan Tahunan Tentang Kekerasan Terhadap Perempuan (CATAHU Komnas Perempuan) tahun 2015 menyatakan pengaduan kekerasan dalam relasi personal pada tahun 2015 mencapai 8.626 kasus. Bentuk kekerasan terhadap pada perempuan yaitu kekerasan terhadap istri (59%), kekerasan dalam pacaran (21%), kekerasan terhadap anak perempuan (10%), kekerasan dari mantan suami (0,7%) dan mantan pacar (0,7%) serta kekerasan terhadap pekerja rumah tangga (0,4%). Fakta menunjukkan bahwa bentuk kekerasan pada istri mempunyai presentase paling tinggi yaitu 59%, maka disimpulkan kekerasan paling banyak terjadi pada lingkup rumah tangga.

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) adalah perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik (yang mengakibatkan rasa sakit atau luka), seksual (berupa pemaksaan), psikologis (yang mengakibatkan takut atau tidak berdaya), dan ekonomi (penelantaran secara materi) dalam lingkup rumah tangga. Lingkup rumah tangga adalah orang-orang yang mempunyai hubungan sedarah atau orang yang bekerja membantu dan menetap di rumah tangga tersebut. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa perempuan lebih beresiko mengalami kekerasan di dalam rumah dibandingkan saat mereka berada di jalan atau di tengah keramaian. Fenomena yang menjadi perhatian adalah kekerasan pada

perempuan dilakukan oleh pasangan intimnya yang seharusnya menjadi sosok kepala keluarga yang dipercaya dan melindungi. Individu dapat dikatakan sebagai korban kekerasan dalam rumah tangga apabila individu menderita jasmaniah dan rohaniah akibat tindakan merugikan dari lingkup rumah tangga, dalam penelitian ini pelaku kekerasan adalah suami sedangkan korban adalah istri.

Jenis tindak kekerasan rumah tangga yang terjadi pada perempuan yaitu kekerasan fisik mencapai 3.410 (40%), kekerasan psikis 2.444 (28%), kekerasan seksual 2.274 (26%) dan kekerasan ekonomi 496 kasus (6%). Tingginya presentasi kasus kekerasan fisik sebagai urutan pertama serta kekerasan psikis juga terjadi pada tahun sebelumnya (CATAHU Komnas Perempuan, 2015). Dewasa ini, korban kekerasan fisik dan psikis tetap menjadi perhatian utama, hal ini mengingat dampak yang ditimbulkan sangat berbahaya karena berhubungan dengan kesehatan secara fisik dan mental. Dampak kekerasan secara fisik dapat menyebabkan luka, patah tulang, kehilangan fungsi alat indera, kerusakan organ reproduksi bahkan kematian pada korban. Dampak kekerasan psikis yang dialami para korban seperti mengalami kecemasan dan kemurungan, ketergantungan pada alkohol hingga percobaan bunuh diri.

Johnson (1999) menyatakan bahwa korban kekerasan fisik juga akan disertai dengan kekerasan psikis (Lamanna, dkk., 2012), namun kekerasan psikis tidak selalu disertai dengan fisik. Sebanyak 42% perempuan yang mengalami penganiayaan secara fisik akan mempunyai pengaruh buruk pada kesehatan

psikologis. Peterman & Dixon (2003) menyatakan tidak ada karakteristik khusus untuk menggambarkan profil psikologis korban kekerasan rumah tangga, karakteristik psikologis korban kekerasan hanya dapat digambarkan secara umum. Haqqi & Faizi (2010) secara umum, korban kekerasan fisik dan psikis mempunyai persamaan karakteristik yaitu keduanya cenderung merasa cemas dan terintimidasi, trauma karena perlakuan yang pernah diterima baik berupa pukulan dan bentakan serta berperilaku pasif dan tidak mampu mengambil keputusan.

Luhulima (2000) menambahkan korban kekerasan dalam rumah tangga dengan semua jenis kekerasan (fisik, psikis, ekonomi dan seksual) mempunyai karakteristik psikologis secara umum seperti memiliki harga diri yang rendah, lebih percaya pada mitos bahwa pemukulan yang diterima korban akibat kesalahannya yang pantas diterima, menerima bahwa kekerasan yang dialaminya merupakan tanggung jawabnya. Korban juga selalu merasa bersalah, menyangkal perasaan marah pada dirinya sendiri, menggunakan seks sebagai cara untuk memperbaiki hubungan dengan pelaku korban kekerasan, memandang dirinya sebagai korban dan merasa tidak ada yang dapat menolong untuk memecahkan masalahnya.

Korban tindak kekerasan dalam rumah tangga berpotensi terjadi pada semua kalangan baik ekonomi dan pendidikan tinggi hingga rendah. Salah satu penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga di Indonesia adalah pengaruh budaya patriarki yang berorientasi pada peran dan hak laki-laki. Budaya patriarki menunjukkan adanya ketimpangan kekuasaan yang dimiliki laki-laki dan

perempuan. Stigma yang muncul pada perempuan adalah tidak mandiri dan kaum yang lemah (Sahardin, 2002). Laki-laki dianggap sebagai *ordinate* sedangkan kaum perempuan sebagai *subordinate*. Ideologi peran jender dengan stigma tersebut mengantarkan perempuan pada lingkup domain reproduksi, pelayanan dan kehidupan tanpa kuasa. Stigma ini menempatkan perempuan sangat rentan dengan kekerasan berbasis jender (Aini, 2010).

Kekuasaan dan kontrol yang dimiliki lelaki sering digunakan untuk menindas pasangannya melalui kekerasan yang dapat berupa fisik dan psikis, hal ini disebut dengan teror patriarki. Kekerasan dalam rumah tangga bukan merupakan proses yang pendek. Budaya dominasi laki-laki tidak mudah diubah, namun hal yang menjadi poin utama adalah pentingnya unsur dominasi laki-laki tanpa kekerasan merugikan orang lain. Penelitian Buzawa & Buzawa (1996) menyatakan bahwa sebesar 88% suami yang menganiaya istri dan anaknya juga pernah mengalami penganiayaan pada masa kecil. Kekerasan dalam rumah tangga dianggap sebagai suatu siklus yang terus berulang, hal ini dapat membuat korban kekerasan menjadi pelaku kekerasan tentunya hal ini harus segera dihentikan (Wimbarti, 2002).

Abell & Jansen (1980) menyatakan bahwa mayoritas para korban kekerasan lebih memilih untuk mempertahankan rumah tangganya. Hal ini bukan disebabkan mereka menikmati aksi kekerasan yang dilakukan suaminya melainkan karena mereka takut pada suami mereka, alasan stigma sosial serta ketidakmandirian finansial. Johnson (1999) juga memberi pendapat serupa mengenai alasan umum para korban lebih bertahan adalah komitmen personal

seperti rasa cinta, identitas sebagai istri atau suami, komitmen moral berupa rasa tanggung jawab atas pernikahannya dan komitmen struktural seperti tekanan sosial yang dialami (Lianawati, 2009).

Berawal dari situasi kekerasan dalam rumah tangga mempunyai dampak negatif secara psikologis dan fisik pada korbannya. Secara psikologis, sindrom perempuan teraniaya (*battered woman syndrome*) sering ditemukan pada korban kekerasan dalam rumah tangga. Istilah ini menggambarkan serangkaian simtom dan perilaku ketidakberdayaan perempuan yang cukup lama dan sering terpapar oleh penganiayaan oleh pelaku yang tidak lain suaminya sendiri. Townend (1993) menyatakan situasi dapat mengarahkan individu pada suatu pemikiran negatif sehingga memunculkan perasaan yang tidak menyenangkan, ketegangan serta dapat menghabiskan banyak energi. Hal ini juga terjadi pada korban kekerasan dalam rumah tangga, situasi kekerasan rumah tangga yang dialami korban ditafsirkan sebagai peristiwa negatif sehingga korban memiliki pemikiran negatif tentang dirinya seperti merasa dirinya sebagai orang yang tidak berdaya dan tidak berguna. Pemikiran negatif mengenai dirinya dan situasi kekerasan yang dialaminya mempengaruhi perasaan yang menimbulkan ketegangan dan rasa ketidaknyamanan yang dapat mendorong munculnya perasaan cemas.

Perempuan yang menjadi korban kekerasan akan beresiko empat kali lebih besar menderita gangguan kejiwaan, seperti cemas dibandingkan pada perempuan yang tidak mengalami kekerasan. Hal ini dikarenakan kecemasan mempunyai hubungan yang kuat sebagai dampak psikologis yang disebabkan oleh situasi kekerasan dalam rumah tangga (Marchira, dkk., 2007). Serupa pernyataan diatas

Mapayi, dkk., (2012) kembali menegaskan bahwa kecemasan signifikan terhadap situasi kekerasan dalam rumah tangga.

Taylor (1953) menyatakan kecemasan merupakan tingkat dorongan (*drive*) pada individu yang dimanifestasikan pada dua hal yaitu kecemasan yang tampak dan dirasakan sendiri. Individu dengan kecemasan tinggi memiliki kecenderungan untuk mengalami kegelisahan dalam menghadapi stres dan situasi yang dimanifestasikan dalam respon fisiologis dan psikis. Spielberger (1977) membedakan kecemasan menjadi dua yaitu kecemasan sebagai suatu sifat (*trait anxiety*) yaitu kecemasan yang bersifat permanen yang dikarenakan sifat dan kecemasan sebagai suatu keadaan (*state anxiety*) yaitu kecemasan sementara karena adanya suatu situasi. Penelitian ini berfokus pada kecemasan yang bersifat *state*. Situasi kekerasan dalam rumah tangga berkaitan dengan bahaya fisik dan ancaman yang bersifat koersif, maka hal ini dapat menimbulkan penderitaan bagi para korban sehingga terjadi kecemasan (Mukashema, 2014). Kecemasan yang bersifat *state* ditandai dengan perasaan tegang dan kekhawatiran yang dihayati secara sadar dan bersifat subjektif.

Kecemasan dianggap normal bila terjadi pada individu, terlebih bila individu dalam suatu situasi yang ditafsirkan menegangkan. Kecemasan dapat digunakan sebagai pertanda adanya ancaman. Kecemasan mulai dianggap patologi ketika individu memiliki tingkat kecemasan yang terlampau rendah karena dapat menjadikan individu apatis terhadap bahaya yang mengancamnya. Kecemasan tingkat tinggi juga dianggap patologi karena dapat berkembang menjadi gangguan (neurotis) sehingga dapat menghambat fungsi individu. Kecemasan yang

diakibatkan suatu situasi yang spesifik dan tidak dapat dikendalikan oleh individu digolongkan pada gangguan kecemasan menyeluruh. Gangguan kecemasan menyeluruh merupakan kecemasan yang paling sering terjadi. Konsep kecemasan ini sulit dikendalikan dan berhubungan dengan gejala somatik dan perasaan cemas berlebihan (Blanchan, dkk., 2008). Berdasarkan uraian diatas, penelitian ini berfokus pada kecemasan dikarenakan *state* yang digolongkan gangguan pada kecemasan menyeluruh yang dimanifestasikan pada gejala reaksi kecemasan kronik dengan tingkat tinggi.

Bentuk kekerasan yang dialami individu dapat mempengaruhi tingkat kecemasan. Individu yang menghadapi semakin banyak stresor maka akan semakin tinggi pula tingkat kecemasannya, terlebih bila individu dengan kekerasan ganda berupa fisik disertai psikis dapat merangsang kecemasan tingkat tinggi (Marchira, dkk., 2007). Kecemasan dapat diwujudkan secara afek, perilaku dan sistem tubuh. Gambaran kecemasan berupa afektif yang dialami korban kekerasan dalam rumah tangga berupa fisik dan psikis adalah merasa khawatir melakukan kesalahan pada suami sehingga mengalami kekerasan kembali, mudah merasa bersalah atas apa yang dilakukan, sulit untuk mengambil keputusan hingga bersifat pasif, sulit tidur, menurunnya konsentrasi dan aktivitas. Respon kecemasan fisiologis yang sering nampak adalah seringnya sakit kepala, jantung berdebar dan berkeringat dingin. Kecemasan yang dialami oleh korban kekerasan dalam rumah tangga dapat disebabkan kurangnya keterampilan sosial, adanya pola pikir dan persepsi negatif terhadap suatu situasi atau diri sendiri, adanya pengalaman yang tidak menyenangkan karena seringnya subjek mengalami

kekerasan oleh pasangannya sendiri dan tidak adanya dukungan pasangan yang seharusnya sebagai tokoh pelindung.

Korban yang merasa cemas diakibatkan situasi kekerasan yang dialaminya maka akan menunjukkan perilaku asertif yang rendah karena merasa tidak yakin lagi bahwa responnya akan menghasilkan apa yang diinginkan (Brecklin, 2004). Wolpe (1958) menegaskan bahwa kecemasan dan pengalaman negatif yang dipelajari individu dapat menimbulkan perilaku non asertif yaitu pasif (Heimberg & Becker, 1981). Pernyataan serupa juga dinyatakan oleh korban kekerasan rumah tangga mengenai kecemasan yang dirasakannya hingga membuat para korban menjadi pasif.

“Kalo suami sudah marah, saya takut mbak.. Apa-apa disebelahnya dibantingi koyo orang apa ya.. koyo orang kalap wis mbak. Sampe sekarang saya sering sesek nafas, tangan gemeter, kalo tidur sering kebangun inget ekspresinya. Kalo ketemu dia, saya lebih banyak menghindar. Jadi nggak ada komunikasi, lha timbang apa-apa salah. Saya diem aja.. Saya masih trauma mbak, kalo dibentak. Saya udah nurut mbak, nggak dinafkahi yo diem, dia nggak tanggung jawab saya ya diem. Saya sampe judeg mbak.. Dulu saya hampir mau mati mbak, karena mau dicekik sampe saya nggak bisa nglawan kehabisan nafas. Sejak saat itu saya jadi malah takut mbak” (A, 53 tahun).

“Awalnya rumah kami punya budaya patriarki yang tinggi mbak, apa-apa saya harus nurut, mulai beda pendapat. Saya mulai ketakutan mbak, pas saya sudah diisolasi dikamar seharian. Itu nggak bisa ngapa-ngapain. Kalau dia (suami) sudah marah dia bentak-bentak saya sampai omongan kotor. Saya diam aja mbak. Saya sering ditampar, dilempar barang ada kalo enam kali, dia juga sering pake anak-anak buat ancaman. Anak-anak seolah-olah kaya pisau bermata dua, apa-apa mesti ancamannya pake anak” (B, 36 tahun).

Perilaku pasif adalah ketidakmampuan individu untuk berespon dengan cara mengabaikan haknya sendiri dan tidak mampu untuk mengekspresikan pendapat, perasaannya. Perilaku pasif bertujuan untuk menghindari konflik

dengan cara menyenangkan orang lain. Ketika individu yang non asertif mengutarakan pendapat, perasaannya melalui cara yang merendah dan banyak menggunakan permintaan maaf. Abell & Jansen (1980) juga menyatakan bahwa banyak korban kekerasan menjadi pasif, tidak berdaya, depresi dan tidak mampu untuk merespon situasi kekerasan dengan tepat. Korban kekerasan memilih “diam” dan menerima perlakuan kekerasan dari suaminya (Townes & Adams, 2015).

Korban yang menjadi pasif maka korban tidak berani untuk berbuat sesuatu seperti mengambil keputusan, mengekspresikan keinginannya dan menyampaikan apa yang dipikirkan dan dirasakannya secara jujur. Kremer, dkk., (1980) menyatakan individu dengan perilaku non asertif dan kecemasan memiliki signifikan yang tinggi. Wolpe (1958) berpendapat individu yang bertindak asertif dapat mengurangi atau menghilangkan kecemasan pada dirinya dalam mengungkapkan pemikirannya secara jujur. Perilaku asertif merupakan pernyataan emosi yang tepat terhadap orang lain karena dapat meningkatkan perasaan bebas dari tertekan serta menghambat kecemasan (Heriot & Pritchard, 2004).

Berdasarkan pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa terjadinya perilaku non asertif berawal dari suatu situasi kekerasan dalam rumah tangga yang ditafsirkan oleh para korban sehingga menimbulkan pemikiran negatif. Hal ini mempengaruhi perasaan serta menimbulkan kecemasan yang bersifat *state* sehingga memunculkan sebuah perilaku pasif. Brecklin & Ullman (2004) juga

memberi pernyataan serupa bahwa korban dengan riwayat kekerasan menunjukkan perilaku asertif yang rendah.

Perkembangan perilaku asertif pada setiap individu dipengaruhi beberapa faktor yaitu jenis kelamin, harga diri, kebudayaan, tingkat pendidikan dan situasi tertentu lingkungan sekitar. Faktor- faktor tersebut merupakan variabel penghubung terapi asertif untuk menurunkan kecemasan, setiap individu mempunyai faktor perkembangan asertif yang berbeda, namun pada penelitian ini tidak mengukur variabel penghubung.

Para korban tindak kekerasan juga membutuhkan suatu bantuan psikologis untuk mengurangi dampak psikologis yang dialami korban. Hawari (2009) juga menyatakan terdapat beberapa hal yang dapat dilakukan terhadap kasus kekerasan dalam rumah tangga terutama korban dengan dampak psikologis dan mental dengan cara memberi bantuan serta penguatan psikologis seperti konseling dan terapi terkait dengan masalah yang dialami korban kekerasan dalam rumah tangga. Bantuan psikologis yang tepat untuk korban kekerasan dalam rumah tangga bertujuan untuk meningkatkan keamanan fisik, terjadi peningkatan harga diri, mengurangi perasaan tidak berdaya, menghilangkan perasaan putus asa dan mencegah terjadinya bunuh diri serta isolasi sosial.

Terapi asertif merupakan terapi psikologis yang tepat untuk menolong perempuan yang merasa tidak berdaya (*battered women*) karena pengalaman kekerasan, perasaan bersalah serta meningkatkan komunikasi yang pernah mengalami kekerasan (Abell & Jansen, 1980). Terapi asertif merupakan salah satu terapi yang cukup tepat karena untuk membantu individu melepaskan diri dari

perilaku non asertif (pasif). Dasar terapi asertif untuk mengatasi konflik dalam situasi interpersonal dan membantu individu mengatasi berbagai situasi secara efektif bila keinginan dirinya bertentangan keinginan orang lain. Heimberg, dkk., (1977) menyatakan terapi asertif efektif untuk menyelesaikan permasalahan sosial dan membantu individu untuk mengganti kecemasan dan memilih respon yang efektif. Individu yang gagal berperilaku asertif akan mengakibatkan stres, cemas dan gangguan kepribadian (Niusha, dkk., 2012).

Wolpe (1954) merekomendasikan terapi asertif untuk individu yang menderita kecemasan interpersonal dalam aplikasi klinis (Heimberg & Montgomery, 1977). Townsend & Marry (2009) juga berpendapat bahwa terapi asertif tepat untuk mengatasi perilaku yang muncul dari tindak kekerasan dalam rumah tangga. Brecklin (2004) menyatakan mayoritas (44% hingga 88%) subjek terapi asertif pernah mengalami kekerasan secara seksual atau fisik. Wolpe (1954) menyarankan terapi asertif tepat untuk individu dengan kecemasan neurotis (Orenstein, dkk., 1975). Adanya terapi asertif ditujukan pada para korban kekerasan agar mampu menghadapi perasaan cemas dengan berespon asertif sehingga mengurangi kecemasan tinggi hingga pada tingkat sedang sehingga sesuai konsep normal.

Terapi asertif termasuk dalam teknik terapi perilaku, melalui terapi asertif, perilaku sosial dapat dipelajari dan perilaku yang maladaptif dapat dihilangkan kemudian diganti dengan perilaku yang baru. Menurut paradigma teori perilaku, perilaku pasif diasumsikan sebagai kurangnya kemampuan untuk mengembangkan interaksi sosial (Heimberg & Becker, 1981). Lazarus (1971)

menyatakan perilaku asertif bukan sekedar tentang keterampilan individu untuk mengekspresikan kebutuhannya namun juga harus memahami kapan perilaku tersebut perlu dilakukan dan tidak perlu untuk dilakukan. Pendekatan melalui kognitif juga penting untuk mempelajari pemikiran irasional sehingga menimbulkan perilaku non asertif (Peneva & Mavrodiev, 2013). Thorpe (1975) menyatakan perilaku non asertif yaitu pasif muncul dari adanya situasi yang penuh dengan kecemasan dan kognitif yang maladaptif. Adanya kontribusi teknik kognitif menyatakan bahwa terdapat dua prosedur utama dalam terapi asertif yaitu restrukturisasi kognitif dan prosedur terapi perilaku (Linehan, dkk., 1979). Kirsch (1974) juga menyatakan bahwa peran teknik perilaku dan kognitif yang dipadukan dengan teknik asertif akan lebih efektif untuk mengurangi kecemasan pada perubahan perempuan yang mengalami kekerasan (Wolfe & Fodor, 1977).

Terjadinya penurunan tingkat kecemasan pada individu akan diawali dengan perubahan aspek kognitif, afektif dan perilaku, melalui hal perubahan aspek kognitif maka individu akan mengenali dan mengganti keyakinan irasional mengenai penafsiran negatif pada situasi yang dialaminya, keyakinan irasional mengenai arti pengabdian pada suami. Aspek afektif yang berubah adalah Perubahan afektif mencakup subjek mampu berperilaku asertif tanpa merasa cemas sehingga terjadi perubahan aspek perilaku yaitu mampu bersikap asertif secara verbal dan non verbal

Berdasarkan wawancara awal yang dilakukan pada beberapa korban kekerasan dalam rumah tangga, penulis merumuskan para korban cenderung mengalami kecemasan akibat situasi (*anxiety state*) kekerasan yang dialaminya.

Situasi kekerasan yang dialami para korban memunculkan kecemasan sehingga tidak mampu mengekspresikan perasaannya. Berdasarkan pemaparan fenomena diatas maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan terapi asertif pada korban kekerasan agar dapat menurunkan kecemasan yang tinggi. Adanya terapi asertif diharapkan para korban dapat menyampaikan perasaannya, pemikirannya dengan jujur dan perasaan negatifnya dengan efektif.

Terapi asertif yang akan diberikan merupakan yang dimodifikasi penulis dari penelitian oleh Wolfe & Fodor (1977) yang berjudul "*Modifying Assertive Behavior in Women: A Comparison of Three Approaches*" serta Abel & Jansen (1980) yang berjudul "*Assertive Therapy for Battered for Battered Women*". Kedua penelitian ini membahas mengenai terapi asertif yang salah satu dasar teorinya dari Lange & Jakubowski (1976). Penelitian ini awalnya penulis akan memberi pemaparan mengenai konsep perilaku asertif agar para korban paham perbedaan asertif dan agresif. Adanya terapi asertif diharapkan dapat mengurangi kecemasan pada korban kekerasan dalam rumah tangga melalui menyampaikan perasaannya tanpa merasa tertekan terutama pada suami sebagai pelaku tindak kekerasan. Pelaksanaan terapi akan dilaksanakan secara individual karena untuk menjaga privasi sesama korban kekerasan.

Penelitian ini menggunakan istilah terapi asertif, meskipun tinjauan pustaka banyak menggunakan istilah pelatihan asertif. Alasan penulis menggunakan istilah terapi asertif adalah para subjek yang akan digunakan berada dalam kondisi cemas dan bersifat klinis. Istilah terapi asertif juga lebih tepat digunakan karena terdapat unsur restrukturisasi kognitif dimana para

subjek harus mengetahui alasan mereka berperilaku asertif, bukan sekedar mempelajari suatu keterampilan asertif (Rees & Graham, 1991). Alasan tersebut yang membuat penulis melakukan penelitian mengenai “Terapi Asertif untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan pada Korban Kekerasan Fisik dan Psikis dalam Rumah Tangga (KDRT)”

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada penurunan tingkat kecemasan pada korban kekerasan fisik dan psikis dalam rumah tangga sebelum dan sesudah mengikuti terapi asertif?
2. Bagaimana deskripsi penurunan tingkat kecemasan pada korban kekerasan fisik dan psikis dalam rumah tangga sebelum dan sesudah mengikuti terapi asertif?

1.3 Signifikansi Penelitian

Berdasarkan studi literatur dari jurnal dan buku dalam negeri dan luar negeri, banyak yang membahas mengenai efektivitas terapi asertif pada seting klinis. Istilah yang digunakan pada penelitian terdahulu banyak menggunakan pelatihan daripada terapi, namun pelatihan dan terapi asertif memiliki persamaan yaitu keduanya merupakan suatu upaya untuk belajar dan merubah tingkat keterampilan, pengetahuan dan sikap, berhubungan dengan pemecahan masalah

serta berupaya mengembangkan kemampuan individu dalam mengelola ketidakpastian dan situasi baru. Banyak penelitian yang mengungkap efektivitas pelatihan asertif tepat untuk membantu mengajarkan respon yang tepat pada korban kekerasan. Berikut adalah penelitian terdahulu yang menjadi wawasan dan pengembangan bagi penulis.

Sebuah penelitian dengan judul “*Self Defense / Assertiveness Training, Women’s Victimization History, and Psychological Characteristics*” yang dilakukan oleh Brecklin (2004) yang mengajukan hipotesis bahwa pelatihan asertif akan mempunyai simtom depresi dan kecemasan. Brecklin menyatakan bahwa 44% hingga 88% subjek terapi asertif merupakan pernah mengalami kekerasan fisik atau seksual. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah mahasiswi. Pengukuran depresi diukur melalui skala *Beck Depression Inventory* (BDI), kecemasan diukur melalui *State Trait Anxiety Inventory*. Didapatkan hasil bahwa pelatihan asertif efektif untuk para korban kekerasan untuk mengurangi stres, kecemasan, perasaan takut, mudah tersinggung serta meningkatkan harga diri. Perempuan yang memiliki pengalaman kekerasan ganda seperti ekonomi dan seksual menunjukkan asertivitas yang rendah dan lebih banyak stres psikologis serta kurang mampu berkonsentrasi.

Penelitian lain yang juga mengungkap keefektifan pelatihan asertif untuk korban kekerasan dalam rumah tangga dilakukan oleh Wardani, dkk., (2012). Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan asertif pada korban kekerasan dalam rumah tangga. Pelatihan asertif diberikan kepada istri yang beresiko untuk mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh

pasangannya serta mencegah terjadinya kekerasan. Penelitian ini menggunakan kelompok kontrol dan eksperimen untuk mengetahui efektivitas pelatihan asertif. Hasil penelitian yang dilakukan Wardani, dkk., (2012) adalah terdapat perbandingan kemampuan asertif untuk mencegah kekerasan dalam rumah tangga antar kelompok eksperimen dan kontrol. Kelompok intervensi menunjukkan peningkatan kemampuan asertif dibanding kelompok yang tidak mendapatkan terapi asertif. Hal tersebut menunjukkan bahwa kemampuan asertif istri dalam mencegah terjadinya kekerasan dalam rumah tangga dapat meningkat melalui pemberian pelatihan asertif.

Hal lain yang menjadi sorotan utama mengenai penelitian terdahulu mengenai efektivitas pelatihan asertif untuk menurunkan kecemasan juga banyak dibahas meskipun bukan dalam situasi kekerasan. Penelitian lain yang juga mengungkap bahwa pelatihan asertif efektif untuk menurunkan kecemasan sosial pada pekerja relawan kesehatan dilakukan oleh Manesh, dkk (2015). Relawan kesehatan berpartisipasi dalam permasalahan mengenai promosi kesehatan pada individu, keluarga dan komunitas. Para relawan kesehatan sering berhadapan secara langsung dengan masyarakat. Salah satu aksi preventif yang digunakan untuk menghadapi kecemasan sosial dengan memberi pelatihan asertif. Penelitian ini merupakan kuasi ekperimental dengan menggunakan tiga kelompok yaitu kontrol, eksperimen dan plasebo. Penelitian ini menggunakan sampel yaitu relawan kesehatan dengan rentang usia 30 hingga 39. Hasil penelitian menunjukkan menunjukkan bahwa tes (*pretest* dan *posttest*) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap intra-kelompok tiga kelompok (eksperimental, kontrol

dan plasebo) sosial skor kecemasan serta terdapat perbedaan antara *pretest* dan *posttest*.

Penelitian yang dilakukan Niusha, dkk., (2012) juga mengungkap mengenai efektivitas pelatihan asertif untuk mengatasi kecemasan dengan judul "*Effects of Assertiveness Training on Test Anxiety of Girl in First Grade of Guidance School*". Penelitian ini memiliki latar belakang bahwa kecemasan dapat meminimalkan potensi siswa, melalui pelatihan asertif diharapkan siswa dapat beradaptasi sosial tanpa merasa kecemasan. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuasi eksperimen dengan membagi subjek mejadi dua yaitu kelompok eksperimen dan kontrol. Adanya pelatihan asertif, didapatkan hasil yang signifikan kecemasan pada siswa berkurang setelah mendapatkan perlakuan pelatihan asertif.

Pelatihan asertif juga ditujukan pada pasien psikiatri salah satunya gangguan kecemasan. Penelitian berjudul "*Effectiveness of Assertive Community Treatment in Hong Kong Among Patients With Frequent Hospital Admissions*" oleh Liem & Lee (2013) menyatakan bahwa terapisan komunitas asertif efektif pada pasien psikiatri. Penelitian ini menggunakan sampel pasien yang terdiagnosis gangguan mood, gangguan kecemasan dan gangguan kepribadian. Penelitian ini menggunakan tipe penelitian eksperimen, terdapat kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil penelitian ini memaparkan bahwa terdapat penurunan simptom-simtom gangguan psikiatri. Terdapat perbedaan terkait pengizinan masuk kembali ke rumah sakit, jangka waktu perawatan, kunjungan gawat darurat dokter dan ketidakhadiran pasien pada kedua kelompok.

1.4 Tujuan Penelitian

1. Mengetahui penurunan tingkat kecemasan pada korban kekerasan fisik dan psikis dalam rumah tangga setelah mengikuti terapi asertif
2. Mengetahui deskripsi penurunan tingkat kecemasan pada korban kekerasan fisik dan psikis dalam rumah tangga sesudah mengikuti terapi asertif

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoretis

Penelitian ini diharapkan menambah referensi mengenai intervensi bagi korban tindak Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) untuk menurunkan kecemasan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini diharapkan menurunkan tingkat kecemasan dan mengembangkan keterampilan baru dalam menghadapi masalah tindakan kekerasan pada korban Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).