

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PADA WANITA
YANG MENGALAMI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT)
DITINJAU DARI USIA**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

BELA KHOIRUNISA

110710208

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PADA WANITA
YANG MENGALAMI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT)
DITINJAU DARI USIA**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memperoleh Sebagian Persyaratan
Dalam Memperoleh Gelar Sarjana Psikologi
Universitas Airlangga Surabaya



Disusun Oleh
BELA KHOIRUNISA
110710208

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa apa yang tertulis dalam skripsi ini adalah benar adanya dan merupakan hasil karya saya sendiri. Segala kutipan karya pihak lain telah saya tulis dengan menyebutkan sumbernya. Apabila kemudian hari ditemukan adanya plagiasi maka saya rela gelar keserjanaan saya dicabut.

Surabaya, 14 September 2012

Penulis,

Bela Khoirunisa
NIM. 110710208

HALAMAN PERSETUJUAN

**Skripsi ini telah disetujui oleh
Dosen Pembimbing Penulisan Skripsi**

**Margaretha, S.Psi., G.Dip.Psych., M.Sc.
NIP. 198010072005012003**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji
Pada hari Jum'at, tanggal 14 September 2012
Dengan susunan Dewan penguji

Ketua,

Dr. Hamidah, M.Si.
NIP. 196505201997032002

' Sekretaris,

Anggota,

Nurul Hartini, S.Psi. M. Kes.
NIP. 19710421199702001

Margaretha, S.Psi., G.Dip.Psych., M.Sc.
NIP. 198010072005012003

HALAMAN MOTTO

“Bismillaahirrohmaanirrohiim...”

*“if there is a chance that seems to be just for
very a few people,
then why don't you be them?”*

HALAMAN PERSEMBAHAN

Hasil jerih payah ini aku persembahkan untuk.....

Allah SWT...

Yaa Robbi...

Ar-Rahman...

Ar-Rahim...

Papa dan mama...

Dua manusia yang kuhormati...

yang telah mengasuh, menyayangi, dan tidak pernah berhenti untuk selalu mendo'akanku di setiap pijakan langkah dan hembusan nafasnya...

:')

Adik-adikku...

Sahabat-sahabat....

Orang-orang yang kusayangi dan berarti dalam hidupku...

Insyallah aku tidak akan pernah melupakan kalian...

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur ke hadirat Allah SWT. Penulis tidak akan pernah mampu untuk menyelesaikan skripsi ini tanpa rahmat dan kasih sayang dari-Nya.

Penulis juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dan mendukung penulis dalam menyelesaikan skripsi ini, yaitu:

1. Bapak Dr. Seger Handoyo selaku Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan fasilitas selama penulis menempuh pendidikan dan menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Triana Kesuma Dewi, S.Psi., selaku dosen wali yang selalu memberi semangat dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ibu Magaretha, S.Psi., G.Dip.Psych., M.Sc. selaku dosen pembimbing skripsi yang telah banyak memberikan waktu, ilmu, dan perhatiannya selama penulis menyelesaikan Skripsi ini.
4. Bapak Drs. Jani Sudarsono dan ibu Mujiati selaku kedua orang tua penulis. Terima kasih banyak atas segala nasihat, kasih sayang, dan do'a yang selalu terucap tanpa henti bagi penulis.
5. Seluruh dosen yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih banyak atas seluruh ilmu yang telah bapak dan ibu beri selama penulis menempuh pendidikan di Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya.
6. Seluruh polisi bagian Satreskrim Polrestabes Surabaya, Satreskrim Polres Sidoarjo, dan Mbak Hellen dari Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak (P3A) Sidoarjo. Terima kasih atas bantuan Anda semua karena penulis telah diberi kesempatan dan dibantu dalam proses pengambilan data.
7. Seluruh teman dekat dan sahabat penulis. Bastu "uni" Dinda Hermenda, Prima Gratia Pintu Batu, Retno Wisudiani, Bayu Sekar Sari, Nindia Pratitis. Terima kasih banyak untuk seluruh waktu, perhatian, semangat, tawa, canda, benci, dan tangis yang pernah kita bagi bersama.

8. Seluruh teman seperbimbingan penulis. Dao, Rani, Niar, Kiki, Wanda, Mbak Ratri, Mbak Venda, Mbak Febri. Semoga kita semua jadi orang yang lebih baik juga sukses di dunia & akhirat. Amin.
9. Seluruh staf dan teman-teman magang LP3T Unair. Khususnya angkatan 16, *they are* Nia & Irfan “*partner*”, Cici, Ary, Dian, Meru, Handik, Dito, Atik, Nisa, Lendra, Ewik, Nessia, Decky. Terima kasih telah menjadi rekan kerja yang hebat!
10. Kakak-kakak magang LP3T Unair angkatan 15, Mas Vendy “Tuwek” Ichwan, Mas Haikal, Om Fajar, Om Supri, Mu’ammarr, Mbak Rasti, Mbak Tiph, Mbak Indah, Mbak Afni, Nindy, Hana, Endah, Chika. alm. Mbak Binar. Terima kasih untuk pengalaman kerja yang menyenangkan.
11. Teman-teman psikologi angkatan 2007, terima kasih sudah menjadi rekan belajar bagi penulis selama di Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya.
12. Seluruh staf dan karyawan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya. Terima kasih banyak untuk semua bantuan yang diberikan kepada penulis selama menempuh masa pendidikan.
13. Seluruh subjek dalam skripsi ini. Terima kasih banyak atas kepercayaan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis. Tetap berdo’a dan berusaha untuk masa depan yang lebih baik.
14. Pihak-pihak lain yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini. Terima kasih atas bantuan dan do’a yang telah diberikan. Penulis tidak akan dapat menyelesaikan skripsi ini tanpa bantuan kalian semua. ☺
Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam skripsi ini. Oleh karena itu, penulis bersedia menerima kritik dan saran yang bermanfaat untuk perbaikan di waktu yang akan datang.

Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak. Amin.

Surabaya, September 2012

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
ABSTRAK	xiv
<i>ABSTRACT</i>	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah	7
1.3. Batasan Masalah	9
1.4. Rumusan Masalah.....	10
1.5. Tujuan Penelitian.....	10
1.6. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1. Konteks atau Ruang Lingkup Penelitian.....	12
2.2. Kekerasan dalam Rumah Tangga.....	13
2.2.1. Pengertian Kekerasan dalam Rumah Tangga.....	13
2.2.2. Bentuk-bentuk Kekerasan dalam Rumah Tanggl.....	14
2.2.3. Penyebab Kekerasan dalam Rumah Tangga	16
2.2.4. Faktor-faktor Risiko Kekerasan dalam Rumah Tangga	17

2.2.5. Dampak Kekerasan dalam Rumah Tangga	29
2.3. Depresi	24
2.3.1. Pengertian Depresi.....	24
2.3.2. <i>Beck's Depression Theory</i>	25
2.3.3. Faktor-faktor Penyebab Depresi	34
2.3.3.1. Faktor Fisik	34
2.3.3.2. Faktor Psikologis.....	39
2.3.4. Kriteria Diagnosis Gangguan Depresi	43
2.3.5. Tingkatan Depresi.....	45
2.3.6. Dampak Depresi	46
2.4. Masa Dewasa	51
2.4.1. Pengertian Masa Dewasa.....	51
2.4.2. Pembagian Rentang Usia Pada Masa Dewasa.....	52
2.4.3. Karakteristik Perkembangan Masa Dewasa	54
2.5 Dewasa Madya dan Depresi.....	55
2.6. Hubungan Antara Usia dan Depresi.....	56
2.7. Kerangka Konseptual.....	58
2.8. Hipotesis.....	59
BAB III METODE PENELITIAN.....	60
3.1. Tipe Penelitian	60
3.2. Identifikasi Variabel Penelitian.....	60
3.3. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	61
3.4. Subjek Penelitian.....	64
3.5. Teknik Pengumpulan Data.....	67
3.5.1. Instrumen Pengumpulan Data	67
3.5.2. Validitas.....	68
3.5.3. Reliabilitas	71
3.6. Analisis Data	72

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	75
4.1. Gambaran Subjek Penelitian.....	75
4.2. Pelaksanaan Penelitian.....	76
4.3. Hasil Penelitian.....	78
4.3.1. Hasil Uji Asumsi.....	78
4.3.1.1. Uji Normalitas.....	78
4.3.1.2. Uji Homogenitas.....	80
4.3.2. Hasil Analisis Deskriptif.....	81
4.3.3. Hasil Uji Analisis Data.....	82
4.4. Pembahasan.....	85
 BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	 88
5.1. Simpulan.....	88
5.2. Saran.....	88
 DAFTAR PUSTAKA.....	 90
LAMPIRAN.....	94

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Penormaan Skor Total BDI-II	68
Tabel 3.2. Kritik dan Saran oleh <i>Rater</i>	69
Tabel 4.1. Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan usia	75
Tabel 4.2. Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Sumber Pemilihan Subjek	76
Tabel 4.3. Hasil Uji Normalitas Variabel Depresi.....	79
Tabel 4.4. Hasil Uji Homogenitas Variabel Depresi	80
Tabel 4.5. Deskripsi Data Statistik	81
Tabel 4.6. Penormaan Skor Total BDI-II	82
Tabel 4.7. Data Statistik Kelompok.....	83
Tabel 4.8. Hasil Analisis <i>Independent Sample T-test</i>	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Perkembangan Kognitif dan Perilaku Depresi Menurut AaronT.Beck	28
Gambar 2.2. Kerangka konseptual	58

ABSTRAK

Bela Khoirunisa, 110710208, Perbedaan Depresi Pada Wanita yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) Ditinjau dari Usia, Skripsi, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya, 2012.

xv + 93 halaman, 19 lampiran

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan depresi pada wanita yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) ditinjau dari usia. Usia dewasa yang dimaksud adalah dewasa awal dan dewasa madya sehingga dalam penelitian ini akan diselidiki apakah terdapat perbedaan depresi antara wanita yang berada pada rentang usia dewasa awal dan rentang usia dewasa madya.

Penelitian dilakukan pada wanita yang mengalami tindak KDRT oleh suami dengan jumlah subjek penelitian sebanyak 25 orang, yang terdiri dari 19 wanita yang berada pada rentang usia dewasa awal dan 6 wanita yang berada pada rentang usia dewasa madya. *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* yang terdiri dari 21 item dan lembar data diri digunakan untuk mendapatkan data mengenai depresi dan usia subjek. Analisis data penelitian dilakukan dengan teknik statistik *Independent Sample T-test* dengan bantuan program statistik SPSS versi 16 for Windows.

Berdasarkan hasil analisis data penelitian, diperoleh taraf signifikansi 0,097. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada depresi antara wanita usia dewasa awal dan wanita usia dewasa madya yang mengalami tindak KDRT.

Kata kunci: depresi, wanita, dewasa awal, dewasa madya, kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

Daftar Pustaka, 37 (1980 2011)

ABSTRACT

Bela Khoirunisa, 110710208, *Difference of Depression in Women Experiencing Domestic Violence (DV) Based on Age, Undergraduate Thesis, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Surabaya, 2012.*

xv + 93 pages, 19 appendix

This study aims to determine whether there are differences of depression in women who experiencing domestic violence (DV) based on age. The term of adult age is used in this study. Therefore, this study will investigate whether there are differences of depression between young adult women and middle-aged adult women.

The research was conducted on women who experiencing DV by their husbands. The number of subjects as a whole amounted to 25 people, consisting of 19 young adult women and 6 middle-aged adult women. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and sheet of self identity are used as data collection instrument of depression and age. Data analysis was performed with Independent Sample T-test techniques with the help of SPSS program version 16 for Windows.

Based on analysis of data obtained, it is known probability value (Sig). is 0,097. It means there is no significant difference of depression between young adult women and middle-aged adult women experiencing DV.

Key words: *depression, women, young adult, middle-aged adult, domestic violence (DV).*

Bibliography, 37 (1980 2011)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Wanita adalah salah satu makhluk hidup yang diciptakan oleh Tuhan Yang Maha Esa dengan berbagai sifat yang lemah lembut dan kasih sayang, namun pada kenyataannya beberapa wanita justru mengalami tindak kekerasan dalam hidupnya. Berdasarkan *United Nation Declaration on the Elimination of Violence Against Women* (1993; dalam Kaye, 2004), kekerasan terhadap wanita adalah berbagai tindakan kekerasan berdasarkan *gender* yang mengakibatkan; atau kemungkinan besar mengakibatkan; gangguan atau penderitaan secara fisik, seksual atau psikologis pada wanita termasuk berbagai ancaman dalam bentuk tindakan, pemaksaan, atau perampasan kebebasan secara sewenang-wenang baik yang terjadi dalam kehidupan pribadi maupun publik. Beberapa pihak yang memiliki kemungkinan untuk menjadi pelaku tindak kekerasan terhadap wanita adalah pasangan intim atau suami, orang tua atau anggota keluarga yang lain, tetangga, guru, atasan di tempat kerja, polisi, tentara, dan aparat negara lainnya (Watts & Zimmerman, 2002).

Saat ini telah semakin banyak tindak kekerasan terhadap wanita yang terjadi, namun berbagai tindak kekerasan tersebut sulit untuk diketahui secara pasti jumlah kasusnya karena berbagai sebab. Salah satu penyebab kesulitan dalam mengetahui jumlah pasti kasus kekerasan terhadap wanita adalah sikap wanita korban kekerasan tersebut yang cenderung tertutup dan tidak melaporkan tindak

kekerasan yang dialaminya kepada pihak yang berwajib atau kepada lembaga perlindungan wanita lainnya.

Salah satu contoh adalah tindak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang juga cukup sulit untuk diketahui secara pasti jumlah kasusnya. Hal ini dapat terjadi karena adanya anggapan bahwa KDRT adalah sebuah aib dalam keluarga sehingga wanita yang menjadi korban KDRT tidak ingin tindak kekerasan yang dilakukan oleh suaminya diketahui oleh orang lain. Hal ini sesuai dengan pandangan yang dikemukakan oleh Ellsberg dan kolega (2001), Koss (1992), & McNally dan kolega (1998) (dalam Watts & Zimmerman, 2002) yang menyatakan bahwa sensitivitas atau kepekaan perasaan subjek merupakan penyebab dari cukup banyaknya tindak kekerasan terhadap wanita yang tidak dilaporkan, sehingga berbagai data mengenai jumlah kasus tindak kekerasan terhadap wanita yang ada lebih tepat apabila dianggap sebagai gambaran dari tingkatan minimum tindak kekerasan yang terjadi.

Berbagai tindak kekerasan terhadap wanita yang sering terjadi di antaranya adalah kekerasan yang dilakukan oleh pasangan intim atau *intimate partner violence* (IPV); yang disebut juga *domestic violence* (DV) atau KDRT; yang biasa dilakukan oleh suami atau pasangan intim pria, pemerkosaan atau kekerasan seksual (baik yang dilakukan oleh orang yang tidak dikenal maupun pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan oleh suami), perdagangan manusia (*human trafficking*), eksploitasi buruh, aborsi dan pembunuhan terhadap janin dan bayi perempuan, dan pemerkosaan dalam peperangan (Watts & Zimmerman, 2002).

Kasus KDRT yang dilakukan oleh suami terhadap istri merupakan salah satu tindak kekerasan terhadap wanita yang cukup banyak terjadi. Menurut konteks di luar negeri, KDRT atau *domestic violence* (DV) merupakan suatu tindak kekerasan yang meliputi kekerasan fisik, seksual, dan psikologis yang dilakukan oleh suami atau istri, mantan suami atau istri, kekasih laki-laki atau perempuan, mantan kekasih laki-laki atau perempuan, maupun pasangan kencan (*date*) sehingga biasa disebut juga dengan istilah *intimate partner violence* (IPV) atau kekerasan yang dilakukan oleh pasangan intim (*The Centers for Disease Control, 2007; dalam Leaman & Gee, 2008*). Menurut Undang-Undang Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT), konsep KDRT pada konteks di Indonesia adalah suatu tindak kekerasan fisik, psikologis, seksual, dan finansial yang terjadi dalam lingkup rumah tangga yang meliputi suami, istri, anak, orang-orang yang memiliki hubungan kekerabatan, dan orang yang bekerja dan menetap dalam rumah tangga tersebut.

Data mengenai prevalensi terjadinya kekerasan yang dilakukan oleh pasangan intim atau *intimate partner violence* (IPV), yang disebut juga *domestic violence* (DV) atau KDRT, diperoleh dari hasil 50 penelitian populasi *cross-sectional* yang dilakukan selama lebih dari 16 tahun di berbagai negara. Hasil dari penelitian-penelitian ini mengindikasikan bahwa antara 10% hingga 50% wanita yang pernah berpasangan juga pernah mengalami penyerangan secara fisik yang dilakukan oleh pasangan intimnya (*World Health Organization, 2001; dalam Watts & Zimmerman, 2002*).

Hasil penelitian lain juga menyatakan bahwa banyak wanita yang pernah mengalami penyerangan secara seksual oleh pasangannya. Watts dan kolega (1998; dalam Watts & Zimmerman, 2002) melakukan sebuah penelitian *cross-sectional* mengenai rumah tangga yang dilakukan di sebuah provinsi di Zimbabwe menemukan fakta bahwa 26% wanita yang pernah menikah mengaku jika mereka pernah dipaksa oleh suami untuk melakukan hubungan seksual ketika mereka sedang tidak ingin melakukannya dan 20% dari wanita tersebut mengatakan bahwa peristiwa itu terjadi pada setahun sebelum penelitian ini dilakukan.

Sementara itu, Komnas Perempuan Indonesia mencatat bahwa pada tahun 2006 sebanyak 22.512 kasus kekerasan terhadap wanita dilayani oleh 258 lembaga di 32 propinsi di Indonesia dan 74% di antaranya merupakan kasus KDRT yang terbanyak dilayani di Jakarta (7.020 kasus) dan Jawa Tengah (4.878 kasus). Pada tahun 2010, Data Catatan Tahunan yang dimiliki oleh Komnas Perempuan bahkan menunjukkan bahwa setiap hari ada 380 wanita yang menjadi korban KDRT di Indonesia. Berbagai bentuk KDRT yang kerap muncul adalah pemukulan, penganiayaan, penyekapan, penelantaran, penyiksaan bahkan menyebabkan kematian (“Pernyataan Pers Komnas Perempuan”, 2011).

Jumlah korban KDRT tertinggi pada tahun 2011 terdapat di provinsi Jawa Tengah dengan jumlah 25.628 korban, kemudian Jawa Timur menempati urutan kedua dengan jumlah 24.555 korban, dan di urutan ketiga ditempati oleh Jawa Barat dengan jumlah 17.720 korban (“Tingginya KDRT Merupakan Rendahnya Moral”, 2012).

Berdasarkan berbagai pemaparan pada paragraf-paragraf di atas, maka jelas bahwa tindak KDRT merupakan perbuatan yang kejam dan dapat menimbulkan berbagai dampak yang sangat buruk bagi wanita yang menjadi korban tindakan KDRT. Wanita yang mengalami KDRT dari pasangannya memiliki potensi untuk menderita berbagai gangguan kronis baik secara medis maupun psikologis, misalnya saja depresi serta penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang (Berrios & Grady, 1991). Selain itu, apabila dibandingkan dengan wanita yang tidak pernah mengalami KDRT, maka wanita korban KDRT memiliki tingkatan depresi yang semakin tinggi, *self-esteem* yang lebih rendah, dan tingkatan permasalahan psikologis yang lebih tinggi (Cascardi & O’Leary, 1992; Khan, dkk., 1993; Rounsaville & Lifton, 1983; Sato & Heiby, 1992; Testa, dkk., 1993; dalam Levendosky & Graham-Bermann, 2001).

Salah satu dampak psikologis yang cukup serius dari tindak KDRT adalah munculnya depresi atau simtom-simtom depresi pada diri korban. Dampak ini terjadi karena tindak KDRT juga dapat menimbulkan ancaman akan tindak kekerasan yang terjadi selanjutnya, penyerangan fisik dan emosi yang terjadi secara berulang dan sistematis, munculnya hubungan yang penuh dengan kekerasan, dan harga diri yang menurun pada wanita korban KDRT. Seluruh akibat tersebut menimbulkan pandangan mengenai diri yang tidak berguna, tidak cakap, tidak pantas untuk dikasihi, tidak sempurna, dan pada akhirnya mengarah kepada munculnya depresi (Murphy & Cascardi, 1999; dalam Cascardi, dkk., 1999). Tingkat kekerasan yang semakin parah, dari kekerasan verbal menjadi kekerasan fisik yang serius, juga mengakibatkan masalah dalam kehidupan

pernikahan dan depresi menjadi meningkat (Vivian and Malone, 1997; dalam Cascardi, dkk., 1999).

Campbell dan kolega (1997) juga mengemukakan beberapa prediktor yang signifikan terhadap adanya depresi pada wanita korban KDRT; seperti kekerasan fisik masa kanak, kekerasan fisik yang dilakukan oleh pasangan, dan perkelahian sehari-hari. Gabungan antara kekerasan fisik dan perkelahian sehari-hari menimbulkan depresi yang dialami oleh para wanita korban KDRT.

Depresi yang menjadi salah satu akibat dari tindak KDRT tentu saja merupakan akibat yang buruk bagi wanita yang menjadi korban tindak KDRT. Hal ini karena depresi dapat mengakibatkan beberapa dampak yang buruk pula; seperti munculnya pemikiran untuk melakukan bunuh diri, hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau kegiatan dalam pekerjaan, hingga hambatan dalam melakukan hubungan sosial dengan orang lain (Lubis, 2009:127-140).

Menurut Blood (2004) dan Vinton (2001) (dalam Wilke & Vinton, 2005), terdapat konsep yang berbeda mengenai KDRT pada wanita dewasa awal dan wanita dewasa madya. Secara umum, KDRT pada wanita dewasa awal dianggap sebagai tindak kekerasan yang dilakukan oleh suami atau pasangan intim, sedangkan KDRT pada wanita dewasa madya lebih dianggap sebagai tindak kekerasan yang dilakukan oleh anggota keluarga lain atau pengasuh daripada oleh pasangan intim.

Perbedaan konsep tersebut menimbulkan anggapan bahwa korban tindak KDRT lebih banyak berasal dari kelompok wanita dewasa awal sehingga kemungkinan bahwa wanita dewasa madya juga mengalami tindak KDRT kurang

mendapat perhatian. Hal ini kemudian juga menimbulkan anggapan bahwa terdapat perbedaan jenis, dampak, dan layanan bantuan yang dibutuhkan oleh wanita korban tindak KDRT yang berusia dewasa awal dan dewasa madya (Wilke & Vinton, 2005).

Berdasarkan penjelasan pada paragraf sebelumnya, dapat diketahui bahwa perbedaan konsep KDRT pada konteks di luar negeri dan di Indonesia terletak pada ruang lingkup rumah tangga tersebut. Ruang lingkup rumah tangga di Indonesia menekankan pada status resmi sebagai pasangan suami dan istri dan bukan sekedar pasangan intim, misalnya kekasih atau pasangan kencan, seperti yang terdapat pada ruang lingkup rumah tangga yang terdapat di luar negeri.

Beberapa kajian pustaka yang terdapat dalam penelitian ini merupakan data atau hasil penelitian mengenai KDRT yang berasal dari luar negeri, tetapi konsep KDRT yang penulis maksud dalam penelitian ini adalah konsep KDRT yang terdapat di Indonesia sehingga ruang lingkup rumah tangga yang dimaksud dalam penelitian ini juga merupakan ruang lingkup rumah tangga di Indonesia.

Berdasarkan hal tersebut, maka penulis ingin mengetahui apakah terdapat perbedaan depresi, sebagai salah satu dampak KDRT, pada wanita yang mengalami tindak KDRT dan berada pada rentang usia yang berbeda dalam konteks penelitian di Indonesia.

1.2. Identifikasi Masalah

Salah satu faktor yang menimbulkan perbedaan depresi adalah usia individu yang mengalami depresi (Lubis, 2009:62-64). Penelitian-penelitian yang mengkaji

faktor usia ini menghasilkan dua pendapat yang berbeda dan setiap pendapat memiliki argumentasi yang kuat.

Pendapat pertama menyatakan bahwa individu yang berada pada rentang usia dewasa awal memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk mengalami depresi daripada individu yang berada pada rentang usia dewasa madya dan tua. Individu-individu yang berada pada rentang usia 18-29 tahun paling memiliki kecenderungan untuk mengalami episode depresi mayor (*major depressive episode*) (Kessler, dkk., 2003; dalam Nolen-Hoeksema, 2011:185). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Akhtar-Danesh & Landeen (2007) menemukan fakta bahwa prevalensi depresi paling tinggi terdapat pada individu yang berada pada rentang usia 20-24 tahun. Sebuah fakta yang dikemukakan oleh Coryell dan kolega (1992a; dalam Halgin, 1993) juga menyatakan bahwa individu dewasa yang berusia di bawah 40 tahun memiliki kecenderungan sebesar tiga kali lipat untuk mengalami episode awal depresi daripada individu yang berusia di atas 40 tahun.

Pendapat kedua menyatakan bahwa individu usia dewasa madya dan akhir juga tidak sedikit yang mengalami depresi dan memerlukan perhatian yang cukup serius. Penelitian yang dilakukan oleh Wilke & Vinton (2005) menemukan fakta bahwa wanita usia 45 tahun ke atas dan mengalami tindak KDRT memiliki kondisi kesehatan mental yang lebih buruk dan lebih sering menggunakan obat-obat penenang jika dibandingkan dengan wanita yang lebih muda. Selain itu, Fiske dan kolega (2009; dalam Nolen-Hoeksema, 2011:185) juga mengungkapkan bahwa individu yang lebih tua memiliki masalah kesehatan yang lebih serius

sehingga hal ini membuat kecenderungan untuk mengalami depresi juga semakin meningkat.

Dua pendapat yang saling bertolak belakang ini menarik penulis untuk melakukan penelitian mengenai perbedaan depresi antara wanita dewasa awal dan wanita dewasa madya dalam konteks KDRT yang terjadi di Indonesia.

1.3. Batasan Masalah

Beberapa batasan masalah yang disusun oleh penulis dalam penelitian ini adalah:

1. Depresi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah suatu gangguan suasana perasaan (*mood*) yang meliputi berbagai simptom kognitif, afektif, somatis, dan perilaku yang terjadi secara berulang sehingga menimbulkan berbagai hambatan pada wanita yang mengalami tindak KDRT untuk menjalani aktivitas sehari-hari.
2. Usia dewasa yang digunakan dalam penelitian ini adalah usia dewasa awal, yang berkisar antara 18-39 tahun, dan dewasa madya yang berkisar antara 40-59 tahun.
3. Wanita yang menjadi subjek penelitian ini adalah para wanita yang mengalami tindak KDRT yang dilakukan oleh suaminya.
4. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dalam penelitian ini adalah berbagai kekerasan yang bersifat verbal maupun perilaku serta kekerasan yang terjadi dalam berbagai bentuk, yaitu kekerasan fisik, psikologis, seksual, dan finansial.

1.4. Rumusan Masalah

Pertanyaan penelitian yang dirumuskan oleh penulis adalah apakah terdapat perbedaan depresi pada wanita yang mengalami KDRT ditinjau dari usia dewasa awal dan dewasa madya.

1.5. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menguji adanya perbedaan depresi pada wanita yang mengalami KDRT ditinjau dari usia dewasa awal dan dewasa madya.

1.6. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat positif terkait dengan hasil penelitian. Manfaat penelitian yang ingin diberikan oleh penulis terdiri dari dua bagian, yaitu:

1. Manfaat teoritis, yaitu manfaat penelitian yang berguna bagi pengembangan ilmu psikologi khususnya dalam bidang psikologi klinis, di antaranya:
 - a. Memberi kajian mengenai KDRT yang terjadi pada wanita dewasa awal dan wanita dewasa madya.
 - b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi pengembangan berbagai penelitian selanjutnya mengenai dampak yang ditimbulkan oleh KDRT.
2. Manfaat praktis, yaitu manfaat penelitian yang berguna sebagai pengaplikasian hasil penelitian bagi masyarakat, di antaranya:

- a. Memberi informasi kepada masyarakat bahwa KDRT memiliki berbagai dampak yang buruk baik secara fisik maupun psikologis dan salah satu dampak buruk tersebut adalah depresi pada wanita yang menjadi korban tindak KDRT.
- b. Memberi informasi mengenai KDRT kepada wanita usia dewasa sehingga dampak buruk yang ditimbulkan oleh KDRT dapat dihindari atau setidaknya dikurangi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konteks atau Ruang Lingkup Penelitian

Penjelasan mengenai ruang lingkup rumah tangga yang digunakan sebagai acuan oleh penulis dalam penelitian ini adalah penjelasan yang terdapat pada pasal 2 UU Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT) ayat 1 dan 2, yaitu:

- (1) Lingkup rumah tangga dalam Undang-Undang ini meliputi:
 - a. Suami, istri, dan anak.
 - b. Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga dengan orang sebagaimana dimaksud pada huruf (a) karena hubungan darah, perkawinan, persusuan, pengasuhan, dan perwalian, yang menetap dalam rumah tangga.
 - c. Orang yang bekerja membantu rumah tangga dan menetap dalam rumah tangga tersebut.
- (2) Orang yang bekerja sebagaimana dimaksud huruf (c) dipandang sebagai anggota keluarga dalam jangka waktu selama berada dalam rumah tangga yang bersangkutan.

Namun, kekerasan yang dikaji dalam penelitian ini terfokus pada segala bentuk tindak kekerasan yang dilakukan oleh suami terhadap istri di dalam ruang lingkup rumah tangga.

2.2. Kekerasan dalam Rumah Tangga

2.2.1. Pengertian Kekerasan dalam Rumah Tangga

Menurut pasal 1 UU Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT), definisi dari kekerasan dalam rumah tangga adalah setiap perbuatan terhadap seseorang, terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, atau penelantaran rumah tangga, dan termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga.

Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) (1997; dalam Kaye, 2004) mendefinisikan kekerasan dalam rumah tangga (*domestic violence*) sebagai serangkaian tindak pemaksaan seksual, psikologis, dan fisik yang terjadi pada remaja perempuan dan wanita dewasa yang dilakukan oleh mantan pasangan atau pasangan intim pria.

Selain itu, Buzawa (1996; dalam Sudaryana & Faturochman, 2006) mendefinisikan kekerasan dalam rumah tangga sebagai kekerasan yang terjadi antara orang dewasa berlainan jenis yang hidup bersama atau sebelumnya hidup sebagai sepasang suami istri.

Berdasarkan berbagai definisi yang terdapat pada tiga paragraf di atas, maka dapat disusun sebuah kesimpulan bahwa kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) adalah berbagai tindak kekerasan maupun ancaman yang terjadi dalam ruang lingkup rumah tangga; pada umumnya dilakukan oleh suami terhadap istri; yang meliputi aspek fisik, psikologis, seksual, dan finansial

sehingga mengakibatkan penderitaan yang dialami oleh istri pada berbagai aspek tersebut.

2.2.2. Bentuk-bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga

Berbagai bentuk kekerasan dalam rumah tangga yang disebutkan dalam pasal 5 UU Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT) adalah kekerasan fisik, psikologis, seksual, dan finansial atau penelantaran rumah tangga.

Penjelasan mengenai bentuk-bentuk kekerasan tersebut terdapat dalam pasal 6 hingga pasal 9 UU PKDRT Nomor 23 tahun 2004, yaitu:

1. Kekerasan fisik. Menurut pasal 6 UU PKDRT Nomor 23 tahun 2004, kekerasan fisik adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat. Pada beberapa kejadian yang ekstrim, kekerasan fisik juga dapat menyebabkan kematian pada istri. Beberapa contoh tindak kekerasan fisik adalah memukul, menendang, menampar, dan lain-lain (Susilowati, 2008).
2. Kekerasan psikologis. Menurut pasal 7 UU PKDRT Nomor 23 tahun 2004, kekerasan psikologis adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan penderitaan psikologis yang berat pada seseorang. Beberapa contoh tindak kekerasan psikologis adalah menghina, berkata kasar, berkata kotor, dan lain-lain (Susilowati, 2008).

3. Kekerasan seksual. Menurut penjelasan pasal 8 UU PKDRT Nomor 23 tahun 2004, kekerasan seksual adalah setiap perbuatan yang berupa pemaksaan hubungan seksual, pemaksaan hubungan seksual dengan cara tidak wajar atau tidak disukai, dan pemaksaan hubungan seksual dengan orang lain untuk tujuan komersial atau tujuan tertentu. Selain itu, kekerasan seksual dibagi menjadi dua bentuk, yaitu:
 - 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 tangga dengan orang lain untuk tujuan komersial atau tujuan tertentu.
4. Kekerasan finansial atau penelantaran rumah tangga. Ketentuan mengenai penelantaran rumah tangga dijelaskan dalam pasal 9 UU PKDRT Nomor 23 tahun 2004 ayat 1 dan 2 yaitu:
 - (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 atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada di bawah kendali orang tersebut. Beberapa contoh kekerasan finansial atau penelantaran rumah tangga

adalah memaksa atau melarang istri untuk bekerja sedangkan suami tidak memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga, suami tidak memberikan pendapatannya kepada istri, suami mengambil harta istri, suami tidak memberi uang belanja yang mencukupi, menuntut istri memperoleh penghasilan lebih banyak, dan tidak mengizinkan istri untuk meningkatkan karirnya (Susilowati, 2008).

2.2.3. Penyebab Kekerasan dalam Rumah Tangga

Susilowati (2008) mengungkapkan beberapa penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh suami terhadap istrinya, antara lain:

1. Masyarakat membesarkan anak laki-laki dengan menumbuhkan keyakinan bahwa anak laki-laki harus kuat, berani, dan tidak toleran.
2. Pada umumnya, laki-laki dan perempuan tidak diposisikan setara dalam masyarakat.
3. Terdapat persepsi bahwa kekerasan yang terjadi dalam rumah tangga harus ditutupi karena hal tersebut merupakan masalah keluarga dan bukan masalah sosial yang dapat diberitahukan kepada semua orang.
4. Terdapat pemahaman yang keliru terhadap ajaran agama mengenai aturan mendidik istri, kepatuhan istri pada suami, dan penghormatan istri atas posisi suami. Hal ini menimbulkan persepsi bahwa laki-laki dapat menguasai perempuan secara leluasa.

5. Terdapat budaya dalam masyarakat bahwa istri bergantung pada suami, khususnya mengenai masalah ekonomi.
6. Kepribadian dan kondisi psikologis suami yang tidak stabil.
7. Terjadinya sebuah proses imitasi, terutama pada anak laki-laki yang hidup dengan orang tua laki-laki (ayah) yang sering melakukan kekerasan pada ibu atau dirinya.

2.2.4. Faktor-faktor Risiko Kekerasan dalam Rumah Tangga

Baty dan kolega (2008; dalam Keeling & Mason, 2008: 39) menjelaskan bahwa sesungguhnya tidak ada faktor tunggal yang paling tepat untuk memperkirakan terjadinya tindak kekerasan terhadap wanita yang dilakukan oleh pasangan intim atau *intimate partner violence* (IPV), sehingga seluruh wanita yang berasal dari berbagai latar belakang demografis dapat mengalami peristiwa tersebut. Namun, beberapa faktor tertentu dapat meningkatkan risiko seorang wanita untuk mengalami IPV, yaitu:

1. Ras atau etnis. Para wanita yang berasal dari suku Aborigin di Australia memiliki risiko sepuluh kali lebih tinggi untuk mengalami IPV daripada wanita non-Aborigin. Para wanita Aborigin juga memiliki risiko yang lebih tinggi untuk menjadi korban pembunuhan terhadap wanita (*femicide*) yang dilakukan oleh pasangan intim dan hal ini menunjukkan bahwa para wanita Aborigin memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami tindak penyalahgunaan yang berat (Mulroney, 2003).

2. Ketergantungan secara finansial kepada pasangan pria.
3. Kemiskinan. Para wanita yang hidup di bawah garis kemiskinan memiliki risiko yang semakin meningkat untuk mengalami IPV (Tjaden & Thoennes, 2000a).
4. Tingkat pendidikan formal yang rendah.
5. Berbagai norma tradisional mengenai *gender* yang menganjurkan para wanita untuk bersikap tunduk atau patuh.
6. Wanita yang berada pada rentang usia muda.
7. Kehamilan dan masa awal menjadi seorang ibu. Hal ini terjadi di berbagai negara industri dan berkembang. Tindakan IPV dapat berawal atau menjadi semakin buruk selama masa sebelum dan setelah melahirkan (Garcia-Moreno, dkk., 2006).
8. Riwayat mengenai penyiksaan fisik dan seksual pada masa kanak. Para wanita yang mengalami penyiksaan masa kanak atau menyaksikan tindak kekerasan dalam keluarganya memiliki kemungkinan dua hingga tiga kali lebih tinggi untuk mengalami kekerasan dalam hubungan romantis ketika masa dewasa daripada wanita yang tidak mengalami kejadian yang serupa (Coker dkk., 2000b,2000c).
9. Riwayat mengalami kekerasan dalam hubungan romantis yang sebelumnya. Para wanita yang pernah mengalami kekerasan dalam sebuah hubungan romantis memiliki kemungkinan untuk berada dalam sebuah siklus kekerasan, menjalin kembali hubungan dengan mantan pasangan

yang kejam tersebut atau menjalin hubungan baru dengan pasangan yang kejam pula.

10. Penyalahgunaan zat terlarang. Para wanita yang memiliki pasangan pria yang menjadi pecandu zat terlarang memiliki risiko yang meningkat menjadi sepuluh kali lipat untuk mengalami IPV, sedangkan risiko IPV meningkat menjadi tiga belas kali lipat pada sepasang wanita dan pria yang menjadi pecandu zat terlarang (Coker dkk., 2000a).

2.2.5. Dampak Kekerasan dalam Rumah Tangga

Kekerasan dalam rumah tangga yang dilakukan oleh pasangan intim atau *intimate partner violence* (IPV) terhadap wanita dalam lingkup rumah tangga memberikan berbagai dampak negatif bagi kesehatan para korban dan bahkan berlangsung dalam jangka waktu yang lama walaupun tindak kekerasan tersebut telah berakhir. Dampak negatif tersebut berupa status kesehatan dan kualitas hidup yang menurun. Baty dan kolega (2008; dalam Keeling & Mason, 2008: 40) menjelaskan beberapa dampak negatif IPV yang dialami oleh para wanita sebagai berikut:

1. Dampak pada kesehatan fisik. Beberapa luka fisik yang umum ditemukan pada korban IPV, yaitu:
 - a. Luka di bagian kepala, wajah, leher, tubuh bagian atas, payudara, dan perut. Beberapa luka juga ditemukan pada jaringan lunak, seperti luka memar dan sayatan yang biasa disertai dengan keseleo, patah tulang,

luka di bagian kepala dan mata, luka tusuk, dan pemerkosaan (Mullerman, dkk., 1996; Bhandari, dkk., 2006).

- b. Beberapa luka yang tidak cukup terlihat secara fisik, tetapi sesungguhnya hal tersebut menimbulkan komplikasi kesehatan dalam jangka waktu yang lama. Sharps dan kolega (2001a) menyatakan bahwa 10%-44% wanita yang mengalami tindak kekerasan mendapat perlakuan yang kejam, seperti pencekikan dan pemukulan pada bagian kepala. Berbagai perlakuan tersebut dapat mengakibatkan keadaan hilang kesadaran dan kemungkinan besar timbul berbagai masalah medis yang serius. Misalnya saja berupa penyakit saraf yang berkelanjutan, seperti gangguan penglihatan, sakit kepala, pingsan, dan penyakit kronis lainnya (McCauley, dkk., 1995).
- c. Berbagai gejala yang berhubungan dengan perut dan usus (*gastrointestinal*), seperti menurun atau hilangnya selera makan, berbagai gangguan makan (*eating disorders*), dan gangguan fungsi *gastrointestinal* (misalnya *irritable bowel syndrome* yang kronis, gangguan pencernaan (*dyspepsia*), dan sakit perut kronis) (Campbell, dkk., 2002; Coker, dkk., 2000a).
- d. Gangguan fisik yang berhubungan dengan jantung (*cardiovascular*) serta berhubungan erat dengan reaksi sistem saraf simpatetik, seperti hipertensi, kejang jantung, dan jantung yang berdebar-debar (Coker, dkk., 2005).

- e. Sistem kekebalan tubuh yang lebih rendah. Hal ini disebabkan oleh stres yang dialami oleh para wanita yang mengalami IPV. Sistem kekebalan tubuh yang lebih rendah ini membuat para wanita tersebut memperlihatkan lebih banyak tanda, gejala, dan penyakit infeksi virus. Misalnya saja influenza yang merupakan akibat dari stres dalam jangka waktu yang lama (Leserman, dkk., 1998)
2. Dampak pada kesehatan reproduksi. Beberapa contoh dampak yang terjadi adalah:
 - a. Nyeri pinggul yang kronis, sindrom pra menstruasi (*premenstrual syndrome*), nyeri menstruasi (*dysmenorrhea*), penyakit radang pinggul, dan disfungsi seksual (Leserman, dkk., 1998; Coker, dll., 2002a).
 - b. Adanya berbagai keluhan *gynecological*, yaitu berbagai penyakit kandungan dan masalah seksual yang biasa dialami oleh wanita. Penelitian berdasarkan populasi yang dilakukan di Amerika Serikat menyatakan bahwa para korban IPV memiliki masalah *gynecological* sebanyak tiga kali lebih tinggi daripada rata-rata wanita yang tidak mengalami IPV (McCauley, dkk., 1995). Selain itu, sebuah penelitian lain menemukan bahwa para wanita yang mengalami siksaan secara fisik dan seksual juga mengalami masalah *gynecological*, meskipun keluhan dalam jumlah yang lebih banyak dilaporkan oleh para wanita yang mengalami siksaan secara seksual (Campbell, dkk., 2002).
 - c. Kehamilan yang tidak diharapkan. Hal ini terjadi karena hubungan intim yang dipaksakan dan penyalahgunaan kontrasepsi yang

dilakukan oleh pasangan pria. Berdasarkan data yang berasal dari Kolombia, kehamilan yang tidak diharapkan meningkat sebanyak 41% selama lima tahun terakhir dan hal ini terjadi apabila seorang wanita pernah mengalami siksaan secara fisik atau seksual yang dilakukan oleh pasangannya (Pallitto & O'Campo, 2005).

- d. Adanya berbagai isu kesehatan selama masa kehamilan, seperti bobot tubuh yang rendah, anemia, infeksi, dan pendarahan pada trimester pertama dan kedua (Cokkinides, dkk., 1999).
 - e. Kelahiran prematur, terjadi sobekan pada kandungan, pendarahan, dan kematian ibu atau janin (El Kady, dkk., 2005).
 - f. Bobot bayi yang rendah ketika lahir. Sebuah meta analisis dari delapan penelitian, yang dilakukan di Amerika Serikat dan Kanada, menemukan bahwa para wanita yang mengalami tindak kekerasan selama masa kehamilan memiliki 40% kemungkinan untuk melahirkan bayi dengan bobot yang rendah (Murphy, dkk., 2001).
3. Dampak pada kesehatan mental. Baty dan kolega (2008; dalam Keeling & Mason, 2008: 44) memaparkan beberapa hal mengenai dampak pada kesehatan mental yang dialami oleh para wanita yang mengalami IPV, di antaranya adalah:
- a. Berbagai masalah kesehatan mental yang muncul adalah depresi, gangguan stres pasca trauma atau *post-traumatic stress disorder* (PTSD), fobia, kecemasan, gangguan panik, dan gangguan

- penyalahgunaan zat (Carbone-Lopez, dkk., 2006; Pico-Alfonso, dkk., 2006).
- b. Sebuah meta analisis yang dilakukan oleh Golding (1999a) menunjukkan bahwa wanita yang mendapatkan penyiksaan memiliki tiga hingga lima kali kemungkinan untuk mengalami depresi, bunuh diri, PTSD, dan penyalahgunaan zat dan alkohol dibandingkan dengan populasi pada umumnya.
 - c. Beberapa penelitian yang lain menunjukkan korelasi yang positif antara tindak penyiksaan dan depresi, PTSD, dan bunuh diri pada wanita (Nixon, dkk., 2004; Houry, dkk., 2006).
4. Dampak pada aspek finansial. Berikut ini adalah beberapa dampak tindak kekerasan dalam rumah tangga yang terdapat dalam Tolman & Rosen (2001):
- a. Kekerasan dalam rumah tangga atau *domestic violence* dapat menjadi penghalang yang penting terhadap kemampuan untuk mendapatkan dan mempertahankan pekerjaan karena para pelaku kekerasan secara aktif menghalangi usaha pasangannya untuk bekerja (Allard, dkk., 1997; Lloyd & Taluc, 1999; Raphael, 1995; dalam Tolman & Rosen, 2001).
 - b. Secara tidak langsung, kekerasan dalam rumah tangga juga dapat menjadi penghalang untuk mencari dan mempertahankan pekerjaan karena hal tersebut dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai

masalah kesehatan dan gangguan kejiwaan yang dapat menghalangi seseorang untuk beraktivitas.

- c. Kekerasan dalam rumah tangga juga meningkatkan risiko terjadinya penderitaan secara material, seperti tuna wisma, kekurangan makanan, dan berbagai masalah ekonomi lainnya.
- d. Para wanita miskin yang memiliki anak dan menjadi korban kekerasan dalam rumah tangga terkadang menyandarkan diri pada berbagai program bantuan masyarakat untuk mendapatkan keselamatan, terhindar dari kelaparan, dan agar tidak menjadi seorang tuna wisma. Hal ini mereka lakukan apabila mereka memutuskan untuk meninggalkan pasangannya yang telah berlaku kejam.

2.3. Depresi

2.3.1. Pengertian Depresi

Menurut Atkinson (1991; dalam Lubis, 2009:13), depresi adalah suatu gangguan suasana perasaan (*mood*) yang dicirikan dengan ketiadaan harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tidak mampu mengambil keputusan untuk memulai suatu kegiatan, tidak mampu berkonsentrasi, tidak memiliki semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba untuk bunuh diri.

Carr (2001:78) mendefinisikan depresi sebagai suatu kondisi yang dapat terjadi tanpa waktu yang menentu (*episodic*) dan secara berulang serta meliputi suasana hati yang buruk, perhatian yang selektif terhadap hal-hal

negatif mengenai lingkungan sekitar, keyakinan yang bersifat pesimis, dan gangguan pada pola tidur serta selera makan.

Davison dan kolega (2006:372) menjelaskan bahwa depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, serta kehilangan selera makan, hasrat seksual, minat, dan kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan.

Berdasarkan ketiga pengertian tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa depresi adalah suatu gangguan suasana perasaan (*mood disorder*) yang meliputi berbagai simptom kognitif, afektif, somatis, dan perilaku yang terjadi secara berulang serta mempengaruhi individu dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

2.3.2. Beck's Depression Theory

Salah satu teori yang menganggap proses-proses berpikir sebagai faktor penyebab depresi adalah teori Aaron T. Beck. Pemikiran sentralnya adalah bahwa orang-orang yang depresi memiliki pemikiran yang menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif (Davison, 2006:382). Individu yang depresi cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif dalam melakukan evaluasi diri dan interpretasi mengenai hal-hal yang terjadi (Lubis, 2009:94).

Teori kognitif tentang depresi yang dikemukakan oleh Beck ini terdiri dari tiga konsep khusus, yaitu skema, proses informasi yang salah (penyimpangan

kognitif), dan *cognitive triad* (Lubis, 2009:94). Berikut ini adalah penjelasan dari masing-masing tiga konsep tersebut:

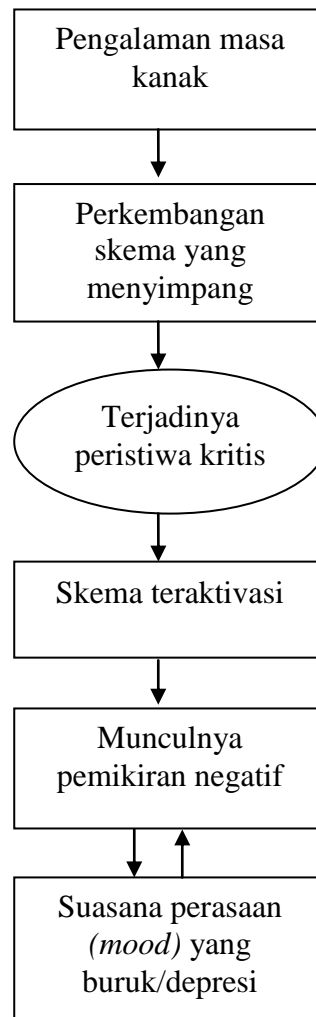
1. Skema.

Definisi skema adalah suatu struktur untuk penyaringan, pengkodean, dan pengevaluasian stimulus yang dihadapi oleh individu (Harvey, dkk., 1961; dalam Lubis, 2009:103). Beck menjelaskan bahwa sesungguhnya setiap orang memiliki berbagai jenis skemata. Hal ini berarti bahwa setiap orang mengatur kehidupannya dengan menggunakan rangkaian persepsi atau paradigma mini (Davison, 2006:382).

Menurut Beck, orang-orang yang depresi mengembangkan suatu skema negatif, yaitu suatu kecenderungan untuk melihat lingkungan secara negatif, pada masa kanak-kanak dan remaja. Skema negatif dapat terbentuk melalui berbagai peristiwa yang tidak menyenangkan, misalnya kehilangan orang tua, tragedi yang terjadi dalam kurun waktu yang saling menyusul, penolakan sosial yang dilakukan oleh teman-teman sebaya, kritik yang didapat dari para guru, atau sikap depresif orang tua. Skema negatif tersebut dapat teraktivasi ketika mereka menghadapi berbagai situasi baru yang memiliki beberapa kemiripan dengan situasi ketika skemata tersebut dipelajari (Davison, 2006:382). Misalnya saja peristiwa perceraian yang dialami ketika masa dewasa mencerminkan kembali penolakan yang dilakukan oleh orang tua ketika masa kanak dahulu (Bennett, 2006:210).

Skema negatif pada individu yang depresi memicu terjadinya pemikiran yang negatif sehingga membuat orang yang bersangkutan menerima realitas secara salah. Hal ini membuat individu tersebut memiliki suasana perasaan (*mood*) yang buruk dan memiliki kecenderungan untuk mengalami depresi (Bennett, 2006:210). Skema yang salah dapat membuat individu yang depresi mengharapkan kegagalan sepanjang waktu, skema yang menyalahkan diri sendiri membebani mereka dengan tanggung jawab atas semua ketidakberuntungan, dan skema yang mengevaluasi diri secara negatif terus-menerus mengingatkan mereka tentang betapa tidak berartinya diri mereka (Davison, 2006:382).

Berikut ini adalah bagan dari proses terbentuknya skema negatif hingga berkembang menjadi kecenderungan individu mengalami gangguan suasana perasaan (*mood*) dan depresi:



Gambar 2.1: Perkembangan Kognitif dan Perilaku Depresi Menurut Aaron T. Beck (Bennett, 2006:210)

2. Penyimpangan kognitif.

Individu yang depresi memiliki karakteristik kognitif yang mencerminkan berbagai distorsi dan penyimpangan mengenai realitas yang ada. Hal yang khas dan membedakan antara kognitif individu yang depresi dengan yang tidak depresi adalah adanya “kesalahan sistematis” (*systematic error*), yaitu prasangka terhadap diri sendiri. Beck (1967; dalam Lubis, 2009:99) menyatakan bahwa berbagai bentuk distorsi atau

penyimpangan kognitif terdapat pada semua tingkat depresi. Berikut ini adalah beberapa bentuk penyimpangan kognitif menurut teori kognitif Beck (Lubis, 2009:100-102):

- a. *Arbitrary inference*, yaitu proses penarikan kesimpulan terhadap suatu situasi atau kejadian tanpa didukung oleh bukti-bukti yang kuat. Pemikiran yang ada kurang mempertimbangkan penjelasan alternatif yang lebih dapat diterima dan lebih memungkinkan. *Arbitrary inference* disebut juga kesimpulan yang subjektif (Davison, 2006:383) dan merupakan bukti bahwa individu yang depresi lebih menekankan pada aspek negatif tanpa mempertimbangkan aspek positif dari suatu situasi (Durand & Barlow, 2010:228).

Contoh dari penyimpangan kognitif ini adalah seorang guru SMA yang menganggap bahwa dirinya adalah seorang guru yang buruk karena dua muridnya tertidur di dalam kelas. Guru tersebut mengambil keputusan bahwa cara mengajarnya tidak efektif dan ia tidak dapat mempertimbangkan beberapa penyebab lain dua muridnya tertidur, misalnya saja karena mereka berpesta sepanjang malam (Durand & Barlow, 2010:228).

- b. *Selective abstraction*, yaitu proses pemusatan pada berbagai detail yang ada di luar konteks, tidak memedulikan berbagai aspek yang lebih menonjol dalam situasi tersebut, dan mengkonseptualisasi berdasarkan fragmen tersebut. Misalnya, seorang pekerja yang merasa tidak berguna ketika suatu hasil produksi perusahaan tempatnya

bekerja gagal berfungsi meskipun ia hanya salah satu dari sekian banyak orang yang berperan dalam proses produksi (Davison, 2006:383).

- c. *Overgeneralization*, yaitu pola penarikan kesimpulan berdasarkan satu atau lebih insiden yang terpisah dan menerapkan konsep yang berlaku untuk semua hal pada situasi-situasi yang berhubungan dan yang tidak berhubungan. *Overgeneralization* dapat dikatakan pula sebagai suatu penarikan kesimpulan menyeluruh yang diambil berdasarkan suatu peristiwa tunggal yang mungkin tidak penting (Davison, 2006:383). Misalnya, seorang karyawan berpikir bahwa ia bukan karyawan yang berdedikasi tinggi karena karyawan lain tiba di kantor lebih dahulu daripada dirinya atau seorang mahasiswa yang merasa bahwa ia akan gagal dalam suatu mata kuliah hanya karena tugas yang ia kerjakan mendapat kritik dari dosennya (Durand & Barlow, 2010:228).
- d. *Magnification and minimization*, yaitu sebuah kesalahan besar dalam mengevaluasi arti dari suatu peristiwa sehingga menimbulkan penyimpangan. Proses ini merupakan manifestasi dari memandang rendah kemampuan dan prestasi diri serta adanya pembesaran terhadap berbagai masalah yang ada. Contoh *magnification* adalah seorang pria yang merasa yakin bahwa ia telah merusak mobilnya karena ia melihat goresan pada mobilnya kemudian ia merasa bahwa ia tidak mampu dalam hal apa pun, sedangkan contoh *minimization* adalah seorang remaja wanita yang merasa bahwa dirinya tidak berguna hanya karena

ia merasa memiliki bentuk tubuh yang gemuk tanpa lebih memperhatikan berbagai prestasi yang telah diraihinya (Davison, 2006:383).

- e. *Personalization*, yaitu sebuah kecenderungan untuk menghubungkan peristiwa eksternal dengan diri sendiri tanpa disertai dasar atau alasan yang memungkinkan terjadinya sesuatu yang dipikirkan oleh individu tersebut. Misalnya, seorang kepala bagian mendengar berita tentang pemutusan hubungan kerja (PHK) terhadap para buruh di perusahaan tempatna bekerja, maka ia berpikir bahwa atasan akan melakukan hal yang sama terhadap dirinya pula.
- f. *Absolutistic thinking*, yaitu kecenderungan untuk menempatkan semua pengalaman ke dalam satu atau dua kategori yang berlawanan, seperti bahagia-sengsara, miskin-kaya, cacat-sempurna, dan sebagainya. Misalnya saja ada seorang karyawan yang berpikir bahwa jika ia tidak berhasil menyelesaikan suatu tugas, maka sudah pasti ia adalah seseorang yang memiliki kegagalan yang besar (Bennett, 2006:210).

3. *Cognitive triad*.

Cognitive triad merupakan tiga pola kognitif yang membuat individu memandang dirinya, menginterpretasi pengalamannya, dan memandang masa depannya secara negatif. Teori kognitif beranggapan bahwa simtom-simtom lain dari depresi merupakan akibat dari aktivasi tiga pola kognitif tersebut (Lubis, 2009: 95). Berikut ini adalah penjelasan mengenai ketiga pola kognitif tersebut (Lubis, 2009:95-99):

- a. Memandang diri secara negatif. Pada pola kognitif ini, individu menganggap dirinya tidak berharga, serba kekurangan, dan cenderung memberi atribut pengalaman yang tidak menyenangkan terhadap dirinya. Penyimpangan kecil dari suatu penampilan yang prima dianggap sebagai suatu kelemahan yang besar. Misalnya, seseorang yang merasa inferior hanya karena ia merasa bahwa orang lain lebih baik secara finansial dan kepandaian daripada dirinya atau seorang pebisnis yang merasa bahwa dirinya bodoh karena ia kehilangan uang dalam suatu transaksi.
- b. Menginterpretasi pengalaman secara negatif. Pada pola kognitif ini, individu memandang dunia dipenuhi oleh berbagai tuntutan di luar batas kemampuannya serta berbagai rintangan yang menghalangi dirinya untuk mencapai tujuan. Individu cenderung untuk membuat suatu interpretasi negatif secara otomatis terhadap situasi yang dihadapi meskipun masih terdapat kemungkinan untuk memberikan penjelasan yang masuk akal. Hal ini terjadi karena individu cenderung untuk bereaksi terhadap hal-hal yang tidak sesuai dengan kenyataan, tetapi terhadap hal-hal yang sesuai dengan persepsinya sendiri. Dengan demikian, tingkah laku individu dapat diubah dengan cara mengubah persepsi individu tersebut terhadap suatu hal (Wilson & O’leary, 1980; dalam Lubis, 2009:97). Pada umumnya, beberapa interpretasi negatif yang muncul, yaitu:

1. Individu sering menginterpretasikan berbagai ucapan netral dari orang lain sebagai ucapan yang sengaja diarahkan untuk menentang dirinya.
 2. Individu dapat memutarbalikkan komentar yang menyenangkan menjadi kurang menyenangkan.
 3. Individu memiliki keyakinan bahwa orang lain memiliki ide-ide buruk mengenai dirinya.
 4. Individu dapat memberi penilaian negatif terhadap orang lain hanya berdasarkan situasi yang terbatas. Misalnya, individu yang depresi menganggap gaya bicara dan perubahan mimik muka lawan bicaranya sebagai tindakan mengkritik dirinya.
 5. Individu cenderung melihat atribut negatif mengenai dirinya ketika ia berada dalam situasi yang penuh kompetisi. Misalnya, seorang mahasiswa beranggapan bahwa dosen tidak menganggapnya cukup pandai untuk menjawab suatu pertanyaan hanya karena dosen tersebut mengajukan pertanyaan kepada mahasiswa lain.
- c. Memandang masa depan secara negatif. Pada pola kognitif ini, pemikiran individu dipenuhi oleh berbagai antisipasi bahwa berbagai kesulitan dan penderitaan yang ia miliki saat ini akan terus berlangsung hingga di masa depan. Berbagai harapan mengenai masa depan yang dimiliki oleh individu selalu diiringi oleh pandangan negatif. Individu juga kurang mampu melihat kemungkinan adanya perbaikan dalam hidupnya. Pandangan negatif mengenai masa depan

ini tidak hanya berlaku untuk masa depan jangka panjang, tetapi juga untuk masa depan jangka pendek. Misalnya saja, individu yang depresi akan memiliki pikiran bahwa pekerjaan yang akan ia kerjakan pasti akan menjadi kacau.

2.3.3. Faktor-faktor Penyebab Depresi

Lubis (2009:61) menjelaskan bahwa penyebab depresi yang sesungguhnya tidak dapat diketahui secara pasti. Hal ini terjadi karena depresi lebih sering disebabkan oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi sehingga menciptakan suatu kondisi tertentu yang berpengaruh terhadap tingkat dan frekuensi depresi. Salah satu faktor yang menyebabkan depresi adalah adanya gabungan ketidakseimbangan biologis dan psikologis, misalnya karena terjadinya peristiwa hidup yang tidak menyenangkan dan adanya penyakit fisik tertentu.

Berikut ini adalah beberapa faktor yang dapat menyebabkan depresi atau meningkatkan risiko seseorang terkena depresi (Lubis, 2009:62-84), yaitu:

2.3.3.1. Faktor Fisik

Beberapa faktor fisik yang menjadi penyebab depresi, yaitu:

1. Faktor genetik.

Seseorang yang memiliki riwayat gangguan depresi berat dalam keluarganya memiliki risiko lebih besar untuk menderita gangguan depresi jika dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya. Gen (kode biologis yang diwariskan oleh orang tua) berpengaruh dalam

terjadinya depresi, namun seseorang tidak akan menderita depresi hanya karena terdapat anggota keluarganya yang menderita depresi melainkan risiko orang tersebut terkena depresi menjadi meningkat (Lubis, 2009:62).

2. Susunan bahan kimia di otak dan tubuh.

Pada orang yang terkena depresi ditemukan perubahan jumlah bahan kimia dalam otak dan tubuh yang memegang peranan besar dalam mengendalikan emosi. Hormon noradrenalin, yang berperan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, berkurang pada seseorang yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormon juga dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi (Kompas, 2008).

Pada otak manusia, terdapat pembawa pesan komunikasi biokimia yang disebut neurotransmitter. Otak dapat bekerja secara harmonis apabila neurotransmitter berada pada tingkat yang normal. Pada keadaan ini, suasana perasaan seseorang secara keseluruhan adalah baik meskipun terkadang orang tersebut mengalami kesenangan dan kesusahan dalam hidup. Namun, riset menunjukkan bahwa kekurangan neurotransmitter serotonin, *norepinephrine*, dan *dopamine* dapat menyebabkan terjadinya depresi; sedangkan apabila jenis-jenis neurotransmitter tersebut berada pada jumlah yang berlebih, maka dapat menyebabkan terjadinya fase manik dalam periode manik-depresi.

3. Faktor usia.

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda, yaitu remaja dan orang dewasa, lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat berbagai tahap dan tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan. Survei masyarakat terakhir melaporkan adanya prevalensi yang tinggi mengenai berbagai gejala depresi pada golongan usia dewasa muda, yaitu usia 18-44 tahun (Wilkinson, 1995).

Penelitian Jorm (2000) menemukan bukti bahwa pada usia dewasa terdapat penurunan kecenderungan kecemasan dan depresi seiring dengan bertambahnya usia. Faktor yang diduga mempengaruhi penurunan tersebut adalah seiring dengan usia yang bertambah maka respon emosi seseorang berkurang, kontrol emosi meningkat, dan terbentuknya kekebalan terhadap pengalaman yang dapat menimbulkan stres.

4. Faktor gender.

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Namun, hal ini belum tentu berarti bahwa wanita lebih mudah terserang depresi melainkan mungkin saja karena wanita lebih sering mengakui mengalami depresi daripada pria atau karena dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita.

Fakta ini dapat terjadi karena adanya tekanan sosial dan perubahan hormonal yang mengarah pada depresi lebih sering ditemui pada wanita daripada pria, misalnya saja kondisi ketika seorang diri di rumah dengan anak-anak kecil serta perubahan hormonal dalam siklus menstruasi yang berhubungan dengan kehamilan, kelahiran, dan menopause. Penelitian Angold (1998) menunjukkan bahwa periode meningkatnya risiko depresi pada wanita terjadi ketika masa pertengahan pubertas.

5. Penyakit fisik.

Perasaan terkejut yang dialami oleh seseorang karena mengetahui dirinya menderita penyakit serius dapat mengarahkan pada kehilangan kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self-esteem*) serta depresi. Penyakit fisik adalah penyebab depresi yang paling umum terjadi pada individu berusia dewasa lanjut.

Selain itu, beberapa penyakit dapat menyebabkan depresi karena pengaruhnya terhadap tubuh. Depresi dapat menyertai penyakit parkinson dan *multiple sclerosis* karena efeknya terhadap otak. Penelitian Starkstein (1990) menunjukkan bahwa dari 105 penderita penyakit parkinson, 21% mengalami depresi berat, 20% mengalami depresi ringan, dan sisanya tidak mengalami depresi.

6. Penggunaan obat terlarang.

Berbagai jenis obat terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena mempengaruhi bahan kimia dalam otak dan

menimbulkan ketergantungan. Menurut Brees (2008), beberapa jenis obat terlarang yang dapat menimbulkan depresi, yaitu:

- a. Marijuana/ganja. Ganja (*cannabis sativa*) adalah jenis obat terlarang yang paling sering digunakan, tetapi jika digunakan sesuai dengan resep dokter dapat mengobati pusing dan mual karena efek kemoterapi. Studi yang dilakukan oleh Harvard Medical School Family Health Guide di Australia melaporkan bahwa wanita yang menggunakan ganja setiap minggu ketika remaja memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk mengalami depresi ketika dewasa daripada wanita yang tidak menggunakan ganja.
- b. Heroin/putauw. Heroin diproses dari *morphine*. Heroin menimbulkan toleransi sehingga dibutuhkan dosis yang lebih besar dari sebelumnya untuk mencapai hasil efek yang sama. efek dari obat ini antara lain dapat menimbulkan kerusakan pada tubuh dan simtom *withdrawal* (sakau) yang dapat memicu depresi serta perilaku bunuh diri.
- c. Kokaina. Studi yang dilakukan oleh *University of Michigan* menemukan bahwa kokaina merusak transmitter *dopamine* pada sel otak yang khusus berhubungan dengan "pusat kenikmatan". Penggunaan kokain dapat mengganggu siklus *dopamine* dan menyebabkan depresi berat.

- d. Ekstasi. Ekstasi adalah jenis obat *amphetamine* yang awalnya digunakan pada tahun 1970 untuk mengobati depresi dan dapat mempengaruhi neurotransmitter serotonin. Ekstasi tidak menyebabkan depresi, tetapi diduga dapat meningkatkan simtom depresi. Riset dari Belanda menunjukkan bahwa anak-anak yang menderita depresi kemungkinan menggunakan ekstasi ketika dewasa.
 - e. *Meth*/sabu-sabu. *Meth* dapat diproduksi di laboratorium bahkan di garasi karena harga bahannya yang murah. Komposisi *meth* adalah *pseudoephedrine* dan tiner cat. *Meth* melepaskan *dopamine* dalam jumlah besar, bersifat sangat candu, dan dapat menyebabkan depresi berat.
7. Kurangnya cahaya matahari.

Faktor ini paling berpengaruh terhadap individu yang mengalami *seasonal affective disorder* (SAD), yaitu gangguan depresi yang terjadi ketika musim dingin.

SAD berhubungan dengan tingkat hormon melatonin yang dilepaskan oleh kelenjar pineal ke otak. Pelepasan hormon ini lebih banyak terjadi ketika gelap. Terapi cahaya dapat menghilangkan simtom SAD. Empat jam dalam sehari terkena cahaya terang, maka dapat mengurangi depresi selama seminggu.

2.3.3.2. Faktor Psikologis

Beberapa faktor psikologis yang menjadi penyebab depresi, yaitu:

1. Faktor kepribadian.

Aspek-aspek kepribadian juga turut mempengaruhi tingkat depresi yang dialami oleh individu serta kerentanan individu terhadap depresi. Individu yang lebih rentan terhadap depresi adalah individu yang memiliki konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, dan memiliki tipe kepribadian *introvert* (Retnowati, 1990; Culbertson, 1997).

Menurut Gordon Parker dari *Black Dog Institute*, seseorang yang menunjukkan hal-hal berikut memiliki risiko terkena depresi:

1. Seseorang yang mengalami kecemasan tingkat tinggi, seorang "pencemas" atau seseorang yang mudah terpengaruh.
2. Seseorang yang pemalu atau rendah diri.
3. Seseorang yang suka mengkritik diri sendiri atau memiliki harga diri yang rendah.
4. Seseorang yang hipersensitif.
5. Seseorang yang perfeksionis.
6. Seseorang yang lebih sering memusatkan perhatian pada diri sendiri (*self-focussed*).

2. Pola pikir.

Aaron Beck (1967) menggambarkan pola pemikiran yang umum terjadi pada gangguan depresi dan dapat membuat seseorang rentan terhadap depresi. Secara singkat, Beck percaya bahwa seseorang yang memiliki pandangan yang negatif mengenai diri sendiri rentan

terhadap depresi. Seseorang yang mengalami depresi atau rentan terhadap depresi memiliki cara yang pesimis dalam berpikir. Seseorang tersebut tidak cenderung untuk tidak mengakui keberhasilan yang diraih dan lebih memilih untuk berfokus pada berbagai kegagalan yang terjadi.

3. Harga diri (*self-esteem*).

Rosenberg (1965) mendefinisikan *self-esteem* sebagai sikap suka atau tidak suka terhadap diri sendiri. Selain itu, *self-esteem* juga berarti pandangan individu terhadap nilai dirinya atau cara individu menilai, mengakui, menghargai, atau menyukai dirinya sendiri (Blascovich & Tomaka, 1991).

Apabila keperluan penghargaan diri individu dapat terpenuhi, maka hal ini dapat menghasilkan sikap dan rasa percaya diri, rasa kuat menghadapi sakit, dan rasa damai. Namun, jika keperluan penghargaan diri tidak dapat terpenuhi, maka hal ini dapat membuat individu memiliki mental yang lemah dan pemikiran yang negatif (Petri, 2004).

Butler dan kolega (1994) berpendapat bahwa harga diri yang rendah dapat menimbulkan pengaruh yang negatif dan mengakibatkan individu menjadi stres dan depresi. Selain itu, individu yang memiliki harga diri yang rendah mudah mengalami kecemasan, tidak bahagia, selalu putus asa, dan tidak percaya diri.

Brehm & Kassin (dalam Liswati, 1995) berpendapat bahwa individu yang memiliki harga diri yang tinggi mampu menghadapi

situasi yang penuh dengan tantangan dan stres. Menurut Berne & Savary (1994), individu yang memiliki harga diri yang tinggi adalah individu yang mengenal dirinya sendiri dengan segala keterbatasannya serta tidak merasa malu dengan segala keterbatasan tersebut dan justru memandang keterbatasan tersebut dengan suatu realitas kemudian menjadikannya sebagai tantangan untuk berkembang.

4. Faktor stres.

Brehm (1990) menyatakan bahwa depresi dapat diakibatkan oleh berbagai peristiwa negatif yang menyebabkan perubahan, pengalaman penuh stres yang ekstrem seperti bencana alam, perang, kematian, pertengkaran, perceraian, serta mikrostressor yang meliputi aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan penelitian Billings dan kolega (dalam Rathus & Nevid, 1991) yang menunjukkan bahwa orang yang depresi mengalami lebih banyak peristiwa yang penuh tekanan dalam hidup dibanding dengan orang yang tidak depresi.

5. Lingkungan keluarga.

Beberapa contoh peristiwa dalam keluarga yang dapat menyebabkan depresi antara lain (Lubis, 2009:84):

- a. Kehilangan orang tua pada masa kanak-kanak.
- b. Jenis pengasuhan anak yang sangat menuntut, kritis, serta sangat menghargai kesuksesan dan menolak kegagalan.
- c. Penyiksaan fisik dan seksual pada masa kanak-kanak.

2.3.4. Kriteria Diagnosis Gangguan Depresi

Berbagai kriteria diagnosis gangguan depresi (*major depressive episode*) yang terdapat dalam DSM-IV-TR yang dipublikasikan oleh *American Psychiatric Association* (APA) pada tahun 2000 (dalam Lubis, 2009:34), yaitu:

- a. Lima (atau lebih) dari simtom di bawah ini telah ada selama 2 minggu berturut-turut dan menunjukkan perubahan dari keadaan sebelumnya; paling sedikit satu dari simtom itu adalah (1) *mood* depresi atau (2) kehilangan ketertarikan atau kesenangan.

Catatan: tidak termasuk simtom yang disebabkan karena kondisi medis atau *mood incongruent delusional* atau halusinasi.

1. *Mood* depresi sepanjang waktu, hampir setiap hari, diindikasikan oleh laporan subjektif (misal: merasa sedih atau kosong) atau pengamatan yang dibuat oleh orang lain (misal: tampak sedih). Catatan: pada anak-anak dan remaja, bisa *mood* yang mudah terganggu.
2. Ditandai dengan menurunnya ketertarikan atau kesenangan pada semua; atau hampir semua; hal atau kegiatan sepanjang waktu, hampir setiap hari (diindikasikan oleh laporan subjektif atau pengamatan oleh orang lain).
3. Kehilangan berat badan ketika tidak sedang berdiet atau terjadi penambahan berat badan (misal: perubahan 5% berat badan dalam sebulan) atau menurun atau meningkatnya selera makan hampir setiap

hari. Catatan: pada anak-anak, kegagalan untuk mencapai berat yang diharapkan.

4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
 5. Peningkatan atau penurunan gerak hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif merasa mudah cepat lelah).
 6. Kelelahan atau kehilangan tenaga hampir setiap hari.
 7. Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak beralasan (bisa juga delusional) hampir setiap hari (tidak hanya berupa *self-reproach* atau perasaan bersalah karena sakit).
 8. Berkurangnya kemampuan berpikir atau berkonsentrasi, atau tidak dapat memutuskan sesuatu, hampir setiap hari (baik melalui penilaian subjektif maupun pengamatan orang lain).
 9. Muncul secara berulang pikiran tentang kematian (bukan hanya karena takut mati), pemikiran akan bunuh diri tanpa rencana yang spesifik, usaha bunuh diri atau sebuah rencana yang spesifik untuk melakukan bunuh diri.
- b. Simtom-simtom tersebut tidak memenuhi kriteria untuk *mixed episode* (gangguan yang berupa perpaduan antara gangguan manik dan depresi).
- c. Simtom-simtom tersebut menyebabkan stres yang berat atau mengganggu kehidupan sosial, pekerjaan, atau fungsi yang lain.

- d. Simtom-simtom tersebut bukan karena efek fisiologis dari obat-obatan (misal: penyalahgunaan obat, pengobatan) atau sebuah kondisi medis umum (misal: *hypothyroidism*).
- e. Simtom-simtom tersebut sebaiknya bukan setelah *bereavement*, misalnya setelah kehilangan seseorang yang dicintai, simtom bertahan hingga lebih dari 2 bulan atau dikarakteristik oleh gangguan fungsional, sering dihantui perasaan tidak berharga, keinginan bunuh diri, simtom psikotik, dan kelambanan psikomotor.

2.3.5. Tingkatan Depresi

Menurut klasifikasi yang disusun oleh organisasi kesehatan dunia atau WHO (*World Health Organization*), depresi dapat digolongkan berdasarkan tingkatan penyakitnya menjadi tiga jenis (Lubis, 2009:35-36), yaitu:

1. Depresi ringan atau *mild/minor depression*. Suasana perasaan yang buruk datang dan pergi secara silih berganti pada penderita depresi ringan. Depresi jenis ini muncul setelah terjadinya stres yang spesifik. Individu akan merasa cemas dan tidak bersemangat.

Depresi ringan ditandai dengan adanya minimal dua gejala *depressive episode* (terdapat pada kriteria depresi dalam DSM IV-TR untuk *major depressive episode*), namun tidak lebih dari lima gejala, dan gejala-gejala tersebut muncul selama dua minggu berturut-turut. Gejala-gejala tersebut juga muncul bukan karena pengaruh obat-obatan atau penyakit.

2. Depresi sedang atau *moderate depression*. Suasana perasaan yang buruk muncul disertai dengan simtom fisik meskipun simtom fisik ini berbeda-beda pada tiap individu.
3. Depresi berat atau *severe depression*. Depresi berat adalah jenis depresi yang tingkat depresinya paling parah. Jenis depresi ini muncul dengan ditandai adanya lima atau lebih *major depressive episode*, terdapat dalam DSM IV-TR, dan berlangsung selama dua minggu berturut-turut. Individu mengalami gangguan dalam kemampuan untuk bekerja, tidur, makan, dan menikmati berbagai hal yang menyenangkan. Depresi jenis ini dapat muncul sekali, dua kali, atau beberapa kali selama hidup.

2.3.6. Dampak Depresi

Beberapa dampak yang dapat ditimbulkan oleh depresi antara lain (Lubis, 2009:127-140):

1. Bunuh diri.

Depresi yang tidak ditangani dapat meningkatkan risiko percobaan bunuh diri. Perasaan kesepian dan ketidakberdayaan merupakan faktor yang sangat besar bagi seseorang untuk melakukan tindakan bunuh diri. Wilkinson (1995; dalam Lubis, 2009:127) menyatakan bahwa 70% pelaku bunuh diri mengidap depresi.

Data organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO) yang dihimpun dari tahun 2005-2007 menyatakan bahwa 50.000 orang Indonesia melakukan bunuh diri. Kasus bunuh diri di Indonesia

sebagian besar terjadi pada orang dewasa dan sedikit yang terjadi pada remaja.

2. Gangguan tidur berupa insomnia dan hipersomnia.

Insomnia sering juga disebut kesulitan seseorang untuk tidur, sedangkan hipersomnia adalah perasaan mengantuk yang berlebihan. Sekitar 80% penderita depresi mengalami insomnia. Pada dasarnya, gangguan tidur meliputi beberapa bentuk sebagai berikut (Priest, 1994; dalam Lubis, 2009:130):

- a. Sulit tidur walaupun sudah merasa lelah.
- b. Bangun tidur lebih awal dari biasa dan tidak dapat tidur kembali.
- c. Tidur dengan perasaan gelisah dan sering bangun pada malam hari.
- d. Tidur berlebihan pada siang hari.

Depresi juga berpengaruh terhadap kualitas tidur yang menyebabkan seseorang merasa lelah setelah bangun tidur. Beberapa individu yang mengalami depresi tidur lebih cepat dari biasa, tetapi sering terbangun pada malam hari. Pada umumnya, individu memiliki perasaan yang tidak nyaman dan tidak rileks, merasa malam sangat lambat berlalu, dan bangun tidur dengan perasaan lebih lelah daripada ketika tidur.

3. Gangguan dalam hubungan dengan orang lain.

Depresi dapat mengakibatkan seseorang menjadi cenderung mudah tersinggung, senantiasa sedih sehingga lebih banyak menjauhkan diri dari orang lain atau dalam situasi lain menyalahkan orang lain. Berbagai hal tersebut menyebabkan hubungan dengan orang lain menjadi tidak baik.

Depresi dapat menimbulkan dampak pada hubungan antara orang tua dan anak. Depresi yang dialami oleh orang tua dapat menimbulkan efek yang buruk dan meningkatkan risiko depresi pada anak-anak.

Depresi juga berdampak pada hubungan pernikahan. Berdasarkan suatu survei, sebanyak hampir 50% perceraian terjadi pada orang yang mengalami gangguan kejiwaan dibandingkan dengan 36% perceraian yang terjadi pada pasangan yang tidak mengalami gangguan emosional. Selain itu, pasangan dari orang yang mengalami depresi juga memiliki risiko tinggi untuk terkena depresi.

4. Gangguan dalam pekerjaan.

American Psychiatric Association (APA) melaporkan sebuah studi mengenai gangguan depresi pada tahun 2002 bahwa pekerja yang mengalami depresi memberikan beban kepada atasan sejumlah tiga kali lebih banyak daripada jumlah beban yang diakibatkan oleh produktivitas yang hilang karena semua penyakit lain. Studi tersebut juga memperkirakan bahwa depresi di tempat kerja membebani atasan sebanyak 44 miliar dollar setahun dengan 20% biaya akibat ketidakhadiran di tempat kerja dan 80% karena produktivitas yang berkurang di tempat kerja (Brees, 2008; dalam Lubis, 2009:133).

Produktivitas dan performa pekerjaan yang terus menurun dapat mengakibatkan individu yang menderita depresi memperoleh pendapatan yang lebih rendah bahkan mungkin dipecat dan menjadi pengangguran.

Hal ini dapat menciptakan depresi yang lebih berat karena kehilangan pekerjaan dapat menciptakan stres yang tinggi pada individu tersebut.

5. Gangguan pola makan.

Beberapa gangguan pola makan yang diakibatkan oleh depresi antara lain:

- a. Bulimia nervosa.
- b. Anoreksia nervosa.
- c. Obesitas

Bulimia nervosa memiliki dua unsur penting, yaitu *binge eating* dan metode kompensasi yang tidak sesuai untuk mencegah penambahan berat badan, seperti olahraga secara berlebihan, mengkonsumsi obat penurun berat badan, memuntahkan kembali makanan yang baru saja dimakan, dan lain-lain. *Binge eating* didefinisikan sebagai aktivitas makan dalam periode tertentu dengan jumlah makanan yang lebih besar daripada yang dimakan oleh individu lain dalam situasi yang sama (Lubis, 2009:134).

Individu yang mengalami anoreksia nervosa beranggapan bahwa dirinya gemuk dan menolak untuk makan sehingga memiliki bobot tubuh di bawah normal.

Emosi dapat mempengaruhi pola makan dan penambahan berat badan. Ketika individu sedang mengalami emosi negatif, seperti stres dan depresi, maka individu tersebut dapat menjadi *overeating*/makan berlebihan (Herman & Polivy, 1980; Ruderman, 1986; dalam Lubis, 2009:137-138).

Penelitian menunjukkan bahwa emosi negatif kronis yang dialami oleh individu, misalnya depresi, dapat membuat individu tersebut berisiko mengalami *binge eating* dan menjadi obesitas (Goodman & Whitaker, 2002; Stice & Spangler, 2002; dalam Lubis, 2009:138).

Banyak penelitian yang menemukan bahwa 59% dari penderita bulimia dan 80% dari penderita anoreksia menderita depresi berat dalam hidupnya. Meskipun banyak penderita bulimia yang mengalami gangguan *mood*, tetapi terdapat lebih banyak bukti yang mendukung bahwa bulimia adalah suatu gangguan psikologis tersendiri (Hinz & Williamson, 1987; dalam Lubis, 2009:135).

6. Munculnya berbagai perilaku merusak.

Beberapa perilaku merusak yang merupakan dampak dari depresi antara lain:

- a. Agresivitas dan kekerasan. Individu yang mengalami depresi juga dapat menjadi mudah tersinggung dan agresif. Perilaku agresif cenderung ditunjukkan oleh individu pria yang mengalami depresi. Hal ini terjadi karena pengaruh hormon *testosterone* yang mempengaruhi perilaku pria. Namun, wanita yang depresi juga dapat menunjukkan perilaku agresif yang serius, misalnya melukai diri sendiri bahkan merusak berbagai barang dan melukai orang-orang di sekitarnya.
- b. Penggunaan alkohol dan zat terlarang. Depresi dapat menyebabkan individu memiliki motivasi untuk mengkonsumsi alkohol dan berbagai jenis zat terlarang. Tindakan ini dilakukan sebagai salah satu cara

untuk melepaskan diri secara sementara dari keadaan yang tidak menyenangkan.

- c. Perilaku merokok. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara emosi negatif yang ditimbulkan oleh depresi dengan frekuensi merokok. Individu yang mengalami depresi memiliki frekuensi merokok yang lebih banyak daripada biasanya. Hal ini terjadi karena beberapa zat kimia yang terdapat di dalam rokok dapat meredakan stres untuk sementara sehingga beberapa orang menganggap bahwa merokok dapat menanggulangi stres.

2.4. Masa Dewasa

2.4.1. Pengertian Masa Dewasa

Kata “dewasa” dalam bahasa Belanda adalah “*volwassen*”. Berdasarkan suku katanya, *vol* berarti penuh dan *wassen* berarti tumbuh. Jadi, “*volwassen*” berarti “sudah tumbuh dengan penuh” atau “selesai tumbuh” (Mönks, dkk., 2004:290).

Selain itu, kata “dewasa” dalam bahasa Inggris adalah “*adult*” yang berasal dari kata kerja dalam bahasa Latin, yaitu “*adolescere*” yang berarti “tumbuh menuju kedewasaan”. Kata “*adult*” sendiri diperoleh dari bentuk pasif kata kerja tersebut, yaitu “*adultus*” yang berarti “telah tumbuh menuju ukuran dan kekuatan yang penuh” atau “telah menjadi dewasa”. Oleh karena itu, istilah “dewasa” berarti individu yang telah mencapai pertumbuhannya

secara menyeluruh dan siap untuk menanggung statusnya di dalam masyarakat bersama dengan para orang dewasa lainnya (Hurlock, 1980:265).

Batas kedewasaan di Indonesia juga berada pada usia dua puluh satu tahun sehingga pada usia tersebut seseorang telah dianggap dewasa dan memiliki hak-hak tertentu sebagai orang dewasa, misalnya hak untuk memilih wakil rakyat, serta memiliki tanggung jawab terhadap berbagai perbuatan yang dilakukannya. Karena individu dewasa telah memiliki tanggung jawab terhadap segala perbuatannya, maka individu tersebut juga telah dapat dikenai sanksi-sanksi pidana tertentu apabila ia melakukan pelanggaran terhadap hukum yang berlaku (Mönks, dkk., 2004:291).

Berdasarkan berbagai pemaparan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa masa dewasa adalah masa ketika individu telah mencapai pertumbuhan masa remaja yang sempurna, baik secara fisik maupun kognitif, serta memiliki peran dan tanggung jawab sebagai orang dewasa yang sah sesuai dengan norma sosial maupun hukum atau undang-undang yang berlaku.

2.4.2. Pembagian Rentang Usia Pada Masa Dewasa

Hurlock (1980:265) menjelaskan bahwa sama seperti masa kanak-kanak dan remaja, pada masa dewasa juga terdapat pembagian rentang usia berdasarkan adanya berbagai perubahan yang terjadi.

Pembagian tersebut tidak bersifat pasti dan kaku, tetapi hanya menunjukkan rentang usia ketika rata-rata pria dan wanita diperkirakan mulai menunjukkan beberapa perubahan dalam penampilan, fungsi-fungsi jasmani,

minat, sikap atau perilaku. Pada rentang-rentang usia ini pula berbagai tekanan lingkungan budaya tertentu menimbulkan masalah-masalah penyesuaian diri (Hurlock, 1980:265).

Pembagian rentang masa dewasa yang dikemukakan oleh Hurlock (1980:265), yaitu:

1. Masa dewasa awal (*early adulthood*).

Masa dewasa awal berlangsung sejak usia delapan belas tahun hingga kira-kira usia empat puluh tahun. Pada masa ini, berbagai perubahan fisik dan psikologis muncul dan menyertai terjadinya awal kapasitas reproduksi.

2. Masa dewasa madya atau pertengahan (*middle adulthood*).

Masa dewasa madya atau usia pertengahan berawal pada usia empat puluh tahun dan berlangsung hingga usia enam puluh tahun. Pada masa ini, kemunduran fisik dan psikologis terlihat jelas pada rata-rata individu.

3. Masa dewasa akhir (*late adulthood*).

Masa dewasa akhir atau usia tua (*old age*) berawal pada usia enam puluh tahun dan berlangsung hingga kematian. Kemunduran fisik dan psikologis semakin cepat terjadi pada masa ini. Namun, berbagai teknik medis yang modern dan perhatian yang cukup mengenai cara berpakaian yang menarik memungkinkan banyak pria dan wanita menjadi terlihat, bertindak, dan merasa sama baiknya seperti ketika mereka muda dahulu.

2.4.3. Karakteristik Perkembangan Masa Dewasa

Berbagai karakteristik perkembangan yang terdapat pada masa dewasa di antaranya:

1. Karakteristik perkembangan pada masa dewasa awal (Santrock, 2002:72-122):
 - a. Mandiri secara ekonomi dengan mendapatkan pekerjaan penuh waktu yang kurang lebih tetap.
 - b. Mandiri dalam membuat keputusan tentang karir, nilai-nilai, keluarga dan hubungan, dan gaya hidup.
 - c. Berada pada masa puncak dari kemampuan fisik dan terutama terjadi antara usia 19 dan 26 tahun.
 - d. Menentukan orientasi dan perilaku seksual.
 - e. Menikah dan menjalankan peran sebagai orang tua.
2. Karakteristik perkembangan pada masa dewasa madya (Santrock, 2002:139):
 - a. Menurunnya kemampuan fisik.
 - b. Tanggung jawab yang dimiliki semakin besar.
 - c. Kesadaran mengenai semakin berkurangnya jumlah waktu yang tersisa dalam kehidupan semakin meningkat.
 - d. Berusaha untuk meneruskan sesuatu yang berarti pada generasi berikutnya.
 - e. Munculnya sindrom sarang kosong (*empty nest syndrome*).
 - f. Mencapai dan mempertahankan kepuasan dalam karir.

3. Karakteristik perkembangan pada masa dewasa akhir (Santrock, 2002:239-251):
 - a. Kondisi fisik yang semakin menurun dan munculnya berbagai permasalahan fisik.
 - b. Penurunan intelektual karena proses penuaan.
 - c. Mulai memasuki masa pensiun.
 - d. Muncul beberapa permasalahan kognitif, misalnya saja Alzheimer.
 - e. Menjadi panutan dan pengayom bagi anak dan cucu.

2.5. Dewasa Madya dan Depresi

Beberapa karakteristik perkembangan pada masa dewasa madya memiliki kerentanan terhadap kecenderungan muncul atau berkembangnya depresi. Individu dewasa madya mendapat banyak kepuasan dari interaksi dengan anak-anak sehingga kepergian anak dari keluarga untuk hidup mandiri mengakibatkan orang tua mengalami perasaan kosong. Hal ini disebut dengan sindrom sarang kosong (*empty nest syndrome*) (Santrock, 2002:162).

Kepergian anak dari keluarga untuk hidup mandiri tidak sepenuhnya mengakibatkan kesedihan pada individu dewasa madya. Beberapa individu dewasa madya justru merasa senang jika anaknya telah mampu hidup secara mandiri, tetapi terdapat beberapa kasus ketika anak pulang kembali ke rumah orang tua karena mengalami kegagalan untuk hidup secara mandiri. Hal ini menimbulkan beberapa permasalahan yang terjadi antara orang tua dan anak. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Clemens & Axelson (1985; dalam

Santrock, 2002:162) menemukan fakta bahwa 42% individu dewasa madya mengalami konflik serius dengan anak-anak dewasa yang tinggal bersama mereka. Individu dewasa madya mengeluh bahwa harus menanggung banyak tanggung jawab atas anak-anak yang sudah dewasa, sedangkan anak-anak dewasa membatasi kebebasannya dan memperlakukan mereka seperti anak-anak daripada orang dewasa.

Salah satu peristiwa lain yang dapat menimbulkan kerentanan akan depresi, khususnya pada wanita dewasa madya, adalah fase menopause yaitu fase ketika periode haid dan kemampuan untuk melahirkan anak berhenti secara keseluruhan dan biasanya terjadi pada usia akhir 40 atau awal 50 tahun (Santrock, 2002:148). Wanita dewasa madya yang mengalami menopause mengeluhkan depresi dan peningkatan sensitifitas, tetapi pada beberapa kasus kedua hal tersebut dihubungkan dengan keadaan lain, seperti bercerai, kehilangan pekerjaan, merawat orang tua yang sakit, dan sebagainya (Dickson, 1989; Strickland, 1987; dalam Santrock, 2002:148).

2.6. Hubungan Antara Usia dan Depresi

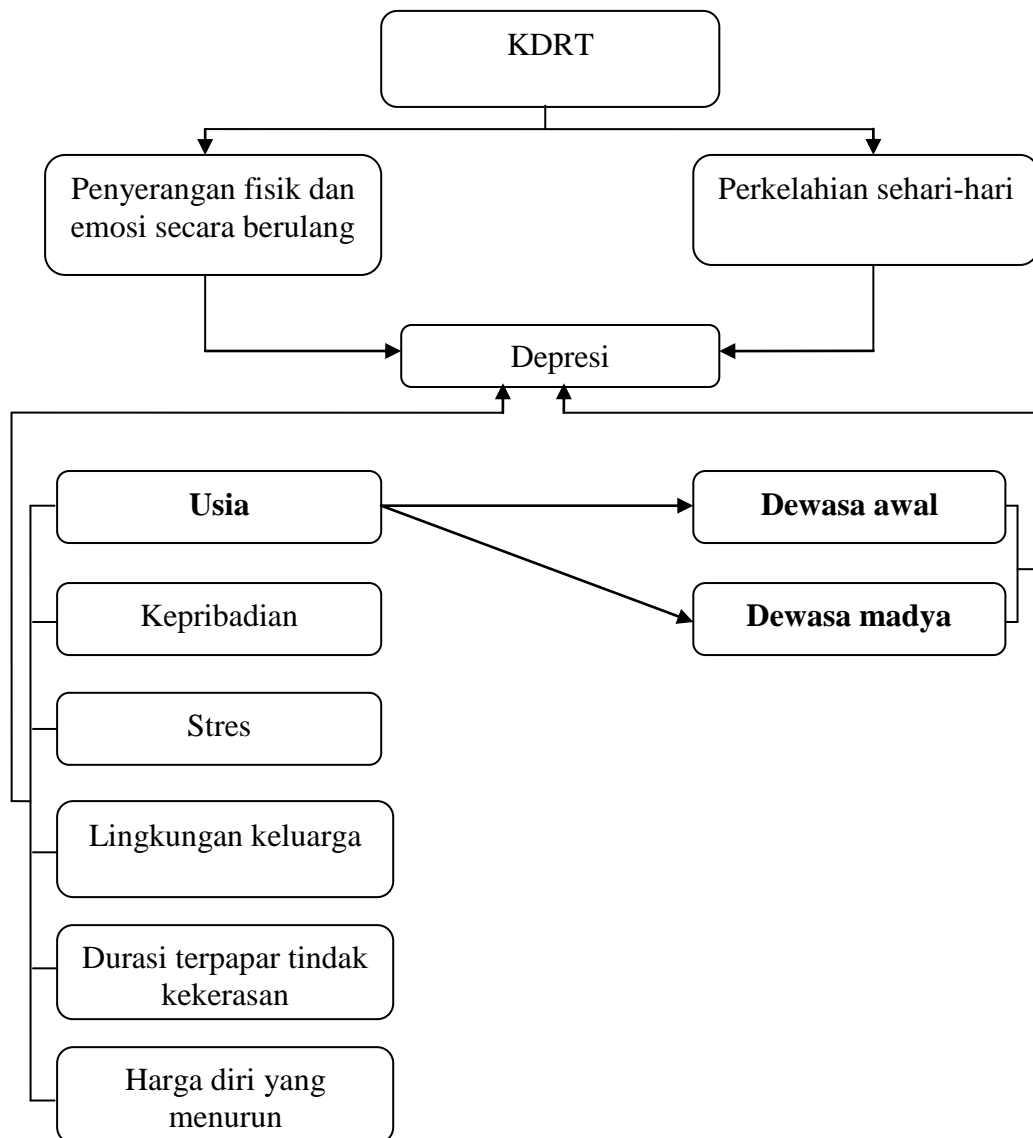
Penelitian yang dilakukan oleh Wilke & Vinton (2005) menemukan fakta bahwa wanita dewasa madya dan akhir (45 tahun ke atas) serta mengalami tindak KDRT memiliki kondisi kesehatan mental yang lebih buruk dan lebih sering menggunakan obat-obat penenang jika dibandingkan dengan wanita dewasa awal. Hal ini disebabkan karena wanita dewasa madya dan akhir mengalami durasi

tindak kekerasan yang lebih lama daripada wanita berusia dewasa awal sehingga kondisi kesehatan mentalnya pun menjadi lebih buruk.

Durasi tindak kekerasan yang lebih lama yang dialami oleh wanita dewasa madya dan akhir tersebut terjadi karena wanita yang berada pada rentang usia tersebut lebih lama tinggal bersama suami dan memilih untuk tetap bertahan dalam hubungan yang penuh dengan tindak kekerasan tersebut. Hal ini terjadi karena wanita dewasa madya dan akhir bersikap lebih patuh terhadap norma-norma *gender* tradisional serta memiliki ketakutan akan kehilangan pasangan hidup apabila berpisah dengan pelaku. Ketakutan ini muncul karena wanita dewasa madya dan akhir merasa memiliki kesempatan yang lebih rendah untuk menikah kembali jika dibandingkan dengan wanita dewasa awal.

Sementara itu, masih menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Wilke & Vinton (2005), wanita dewasa awal yang mengalami tindak KDRT memiliki kondisi kesehatan mental yang lebih baik karena durasi tindak kekerasan yang dialami lebih singkat daripada wanita dewasa madya dan akhir. Alasan yang menjelaskan hal ini di antaranya adalah karena wanita dewasa awal memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai KDRT dan *shelter* yang menyediakan layanan pendampingan bagi mereka. Pengetahuan ini membuat wanita dewasa awal memutuskan untuk tidak tinggal bersama lagi dengan suami dan segera meninggalkan hubungan yang penuh dengan tindak kekerasan tersebut.

2.7. Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka konseptual

2.8. Hipotesis

Hipotesis yang dapat disusun dari penelitian ini yaitu wanita dewasa madya yang mengalami tindak KDRT lebih depresi daripada wanita dewasa awal yang mengalami tindak KDRT.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif, yaitu sebuah metode penelitian yang menggunakan alur berpikir deduktif yang dimulai dengan penentuan sebuah gagasan abstrak, diikuti sebuah prosedur pengukuran, dan diakhiri dengan data empiris yang mewakili gagasan tersebut (Neuman, 2007:111).

Penelitian ini termasuk penelitian survei, yaitu penelitian yang hanya dilakukan atas sampel (Singarimbun dan Effendi, 1989:3; dalam Purwanto, 2010:174). Meskipun penelitian hanya dilakukan atas sampel, tetapi kesimpulan penelitian digeneralisasikan kepada populasi (Purwanto, 2010:174-175).

Berdasarkan sifat analisis data, maka penelitian ini termasuk penelitian perbandingan atau komparatif. Penelitian komparatif merupakan jenis penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan suatu pemahaman tentang apakah ada perbedaan nilai *mean* (rata-rata) dari suatu kelompok subjek dengan kelompok subjek yang lain (Hadjar, 1996:306).

3.2. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel adalah suatu sifat objek penelitian yang hendak diukur (Purwanto, 2010:83). Selain itu, variabel juga merupakan karakteristik atau kualitas individu yang berbeda satu sama lain (Ghiselli, dkk., 1981:10; dalam Purwanto, 2010:96).

Variabel mempunyai tiga ciri, yaitu dapat diukur, membedakan objek dari objek lain dalam suatu populasi, dan memiliki nilai yang bervariasi (Purwanto, 2010:86).

Berikut ini adalah variabel-variabel yang terdapat dalam penelitian ini, yaitu:

1. Variabel bebas (X)

Variabel ini disebut juga *independent variabel*, yaitu variabel yang nilainya mempengaruhi variabel terikat (Purwanto, 2010:88). Variabel bebas juga dipandang sebagai penyebab kemunculan variabel terikat (Kerlinger, 2006:58-59). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia dewasa.

2. Variabel terikat (Y)

Variabel ini disebut juga *dependent variabel*, yaitu variabel yang nilainya dipengaruhi oleh variabel bebas (Purwanto, 2010:88). Variabel terikat merupakan akibat yang bervariasi mengikuti perubahan atau variasi dari variabel bebas (Kerlinger, 2006:58-59). Variabel terikat pada penelitian ini adalah depresi.

3.3. Definisi Operasional Variabel Penelitian

Definisi operasional merupakan sebuah upaya untuk menerjemahkan konsep mengenai variabel yang bersangkutan ke dalam indikator perilaku. Hal yang penting untuk diperhatikan adalah definisi operasional memiliki dua komponen, yaitu (Gravetter & Wallnau, 2009:18):

1. Definisi operasional menggambarkan sekumpulan pengerjaan untuk mengukur sebuah konstruk.

2. Definisi operasional mendefinisikan sebuah konstruk dalam istilah yang dapat diobservasi dan diukur.

Beberapa definisi operasional dari variabel-variabel yang terdapat dalam penelitian ini, yaitu:

1. Usia dewasa.

Definisi operasional dari variabel usia dewasa adalah individu berusia minimal 18 tahun, telah melalui masa perkembangan remaja dengan sempurna baik secara fisik maupun kognitif, dan memiliki peran serta tanggung jawab sebagai individu dewasa yang telah diatur menurut hukum dan undang-undang yang berlaku.

Variabel usia dewasa ini didapat oleh penulis melalui pengisian lembar biodata yang dilakukan oleh masing-masing subjek. Beberapa indikator bahwa individu telah dapat dikatakan dewasa di antaranya adalah:

- a. Hidup secara mandiri dan pada umumnya mulai hidup terpisah dari orang tua.
 - b. Mencari pekerjaan dan pasangan hidup.
 - c. Membentuk sebuah keluarga dan mengasuh anak.
 - d. Memiliki pengakuan atas status kedewasaan menurut hukum dan undang-undang yang berlaku, seperti memiliki kartu tanda penduduk (KTP) dan berhak untuk mengikuti kegiatan pemilu (pemilihan umum).
2. Depresi.

Definisi operasional dari depresi adalah adanya simtom-simtom depresi seperti perasaan sedih, pemikiran untuk bunuh diri, kehilangan minat terhadap

orang lain dan untuk berkegiatan, perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, sulit untuk berkonsentrasi.

Pengukuran tingkat depresi ini didapatkan dengan menggunakan skala *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) yang disusun oleh Aaron T. Beck pada tahun 1996. Penentuan tingkat depresi didapat dengan cara menjumlahkan skor yang telah dipilih pada setiap kelompok pernyataan. Semakin tinggi jumlah skor yang didapat, maka semakin berat tingkat depresi individu tersebut dan sebaliknya.

Indikator-indikator yang digunakan untuk mengungkap tingkat depresi, yaitu (Beck, dkk., 1996; dalam Segal, dkk., 2008):

- a. Perasaan sedih.
- b. Perasaan pesimis.
- c. Kegagalan di masa lalu.
- d. Kehilangan kesenangan.
- e. Perasaan bersalah.
- f. Perasaan dihukum.
- g. Membenci diri sendiri.
- h. Mencela diri sendiri.
- i. Pemikiran atau keinginan mengenai bunuh diri.
- j. Menangis.
- k. Perasaan tidak tenang atau mudah gelisah.
- l. Kehilangan minat pada orang lain atau berkegiatan.
- m. Perasaan bimbang.

- n. Perasaan tidak berharga.
- o. Kehilangan tenaga.
- p. Perubahan pada pola tidur.
- q. Mudah marah.
- r. Perubahan pada nafsu makan.
- s. Kesulitan untuk berkonsentrasi.
- t. Kelelahan.
- u. Kehilangan minat pada seks.

3.4. Subjek Penelitian

Ciri-ciri subjek penelitian ini adalah:

1. Berjenis kelamin wanita.
2. Berada pada rentang usia dewasa awal (20-39 tahun) dan rentang usia dewasa madya (40-59 tahun).
3. Mengalami tindak KDRT yang dilakukan oleh suami.
4. Terakhir kali mengalami tindak KDRT maksimal pada satu tahun sebelum penelitian ini dilakukan.

Subjek penelitian adalah wanita yang berdomisili di Surabaya dan Sidoarjo. Sumber pemilihan subjek adalah kantor polisi, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan informasi dari *significant others*; yang kemudian diperkuat dengan pengakuan secara tertulis oleh subjek; yang menyatakan bahwa wanita tersebut mengalami KDRT yang dilakukan oleh suami. Alasan penulis menentukan

kriteria subjek dan pemilihan lokasi serta sumber-sumber subjek penelitian tersebut adalah:

1. Adanya nama-nama wanita yang tercatat di kantor polisi dan LSM sebagai pelapor dan klien tindakan KDRT telah menjadi justifikasi yang kuat bahwa para wanita tersebut sungguh-sungguh mengalami tindakan KDRT yang dilakukan oleh suaminya.
2. Karena jumlah pelapor atau klien yang diberikan oleh pihak kepolisian dan LSM dirasa masih cukup sedikit, maka penulis mencari informasi dari *significant others* mengenai wanita yang mengalami tindakan KDRT oleh suami.
3. Surabaya dan Sidoarjo merupakan lokasi penelitian yang relatif mudah untuk diakses oleh penulis.
4. Subjek terakhir kali mengalami tindak KDRT maksimal pada satu tahun sebelum penelitian ini dilakukan agar kondisi depresi masih terdapat pada subjek.

Menurut Sugiyono (1997:59; dalam Purwanto, 2010:241) populasi adalah suatu wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas atau karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Selain itu, menurut Hadjar (1996:133; dalam Purwanto, 2010:241) populasi merupakan kelompok besar individu yang mempunyai karakteristik umum yang sama.

Sampel adalah sebagian dari populasi yang memiliki ciri yang sama dengan populasi (Purwanto, 2010:242). Menurut Soenarto (1987:2; dalam Purwanto,

2010:241) sampel adalah suatu bagian yang dipilih dengan cara tertentu untuk mewakili keseluruhan kelompok populasi.

Subjek penelitian dapat berasal dari populasi maupun sampel. Namun menurut Purwanto (2010:239), penghematan pengumpulan data dapat dilakukan dengan melakukan pengambilan sampel (*sampling*) sehingga pengumpulan data tidak dilakukan atas seluruh populasi tetapi cukup pada sampel yang mewakili populasi karena keduanya memiliki kesamaan karakteristik.

Metode *non-probability sampling* dan teknik *purposive sampling* digunakan sebagai metode dan teknik sampling dalam penelitian ini. Metode *non-probability sampling* adalah metode sampling yang tidak memberi peluang yang sama bagi setiap unsur populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sugiyono, 1997:64; dalam Purwanto, 2010:256), sedangkan *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih secara sengaja untuk menyesuaikan dengan tujuan penelitian (Purwanto, 2010:257). Pemilihan subjek dalam *purposive sampling* juga didasarkan atas ciri-ciri tertentu yang dipandang mempunyai kaitan yang erat dengan ciri-ciri populasi yang telah diketahui sebelumnya (Hadi, 2000:226). Penulis menggunakan teknik *purposive sampling* karena populasi penelitian yang terbatas, cukup sulit dijumpai, dan memiliki ciri-ciri atau karakteristik-karakteristik tertentu.

3.5. Teknik Pengumpulan Data

3.5.1. Instrumen Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, penulis menggunakan *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* untuk mengukur variabel depresi. *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* merupakan versi revisi terbaru dari BDI yang disusun pada tahun 1961 dan BDI-IA yang disusun pada tahun 1978 oleh Aaron T. Beck. Pada proses revisi ini, beberapa pilihan respon ditulis menggunakan kata-kata baru supaya menjadi lebih jelas. Selain itu, terdapat beberapa item baru yang disusun dan item yang direvisi sehingga simtom-simtom yang diukur menjadi lebih sesuai dengan kriteria diagnosis resmi mengenai depresi yang terdapat dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke-4 (*DSM-IV*) (APA, 1994; dalam Segal, dkk., 2008).

BDI-II telah sangat sering digunakan untuk melakukan *screening* mengenai depresi pada remaja dan orang dewasa. BDI-II dapat digunakan pada individu berusia 13 tahun ke atas (Beck, dkk., 1996; dalam Segal, dkk., 2008).

BDI-II merupakan alat ukur *screening* mengenai depresi yang berbentuk skala Likert dan terdiri dari 21 item. Proses pengerjaannya cukup memerlukan waktu sekitar 5 hingga 10 menit. Setiap item terdiri dari 4 pernyataan yang masing-masing memiliki poin dengan rentang poin dari 0 sampai 3 yang menunjukkan bahwa semakin tinggi poin maka semakin tinggi pula tingkat depresinya. Subjek diminta untuk memilih pernyataan yang menjelaskan perasaan yang mereka alami selama 2 minggu terakhir. Skor total maksimal

dari seluruh item ini adalah 63 poin (Beck, dkk., 1996; dalam Segal, dkk., 2008).

Berikut ini adalah pengklasifikasian tingkat depresi berdasarkan penormaan rentang skor total BDI-II (Beck, dkk., 1996; dalam Segal, dkk., 2008):

Tabel 3.1
Penormaan Skor Total BDI-II

Rentang skor total BDI-II	Tingkat depresi
0-13	paling rendah
14-19	ringan
20-28	sedang
29-63	berat

Validitas

Validitas adalah kemampuan alat ukur untuk mengukur secara tepat keadaan yang diukur (Purwanto, 2010:197). Menurut Azwar (2011:5-6), suatu alat tes dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila alat tersebut dapat menjalankan fungsi ukurnya.

Validitas BDI-II diperoleh dari pengkorelasian antara BDI-II dengan *Scale for Suicide Ideation*, *Beck Hopelessness Scale*, dan *Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression* dengan korelasi masing-masing sebesar 0,37, 0,68, dan 0,71 (Beck, dkk., 1996; dalam Smith & Erford, 2001).

Pada penelitian ini penulis tetap melakukan uji coba terhadap alat ukur yang digunakan karena penulis belum menemukan versi terjemahan dalam bahasa Indonesia. Sebelumnya penulis melakukan proses penerjemahan BDI-II bersama dengan salah satu mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas

Airlangga Surabaya yang juga sedang menyelesaikan skripsi dan menggunakan alat ukur yang sama. Mahasiswa tersebut bernama Reyza Dahlia Murti dan berasal dari angkatan 2007.

Uji coba BDI-II dilakukan terhadap 45 wanita dengan rentang usia 22 hingga 55 tahun. Para wanita yang menjadi sampel uji coba BDI-II ini tidak harus merupakan korban tindak KDRT.

Jenis validitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah validitas isi (*content validity*) yang merupakan validitas yang diestimasi melalui pengujian terhadap isi tes dengan analisis rasional atau *professional judgement* (Azwar, 2011:45). Validitas isi ditentukan oleh sejauh mana isi alat ukur tersebut mewakili semua aspek dari sebuah kerangka konsep (Ancok, 1995:128).

Pengukuran validitas isi menggunakan *professional judgement* dari 5 dosen Fakultas Psikologi Universitas Airlangga yang dirasa oleh penulis menguasai tema mengenai depresi yang dibahas dalam penelitian ini. Kelima dosen tersebut berperan sebagai *rater* untuk memberikan *professional judgement* mengenai validitas alat ukur ini. Berikut ini adalah komentar yang diberikan oleh kelima *rater* tersebut:

Tabel 3.2
Komentar oleh Rater

No	Nama	Komentar
1	Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes NIP: 197104211997022001	a. Alat ukur ini kurang operasional sehingga sulit dipahami. b. Sebaiknya menggunakan alat ukur yang sudah ada dan sudah terukur validitas dan reliabilitasnya.

Tabel 3.2
Komentar oleh Rater

No.	Nama	Komentar
2.	Dra. Woelan Handadari, M.Si NIP: 195205091986012001	<ul style="list-style-type: none"> a. Pada item B, satu kalimat tidak ada pengulangan dua kata, tetapi diganti dengan kata yang sifatnya menguatkan/ melemahkan atau diganti dengan kata yang lain. b. Pada item K, ditemukan bahasa dalam kalimat yang tidak biasa digunakan dalam kehidupan sehari-hari, sehingga perlu ditambah atau diperhalus. c. Dalam satu kalimat sebaiknya tidak menggunakan kata yang sama, kecuali terdapat anak kalimat dan induk kalimat.
3.	Atika Dian Ariana, S.Psi NIP: 198303042006042004	<ul style="list-style-type: none"> a. Cari BDI versi Indonesia yang sudah ada sehingga tidak perlu menerjemahkan ulang. b. Bila perlu menerjemahkan ulang sebaiknya menerjemahkan terlebih dahulu ke lembaga bahasa sebelum menghubungi <i>rater</i> untuk mendapatkan <i>professional judgement</i>. c. Perhatikan cara skoring dan penormaannya.
4.	Dr. Hamidah, M.Si NIP: 196505201997032002	<ul style="list-style-type: none"> a. Sesuaikan terjemahan dengan tata bahasa Indonesia. b. Ada beberapa terjemahan yang dianggap “tidak harus” disertakan agar tata kalimatnya benar dan mudah dibaca serta dipahami. c. Sesuaikan dengan budaya dan bahasa Indonesia.
5.	Margaretha, S.Psi., G.Dip.Psych.,M.Sc NIP: 198010072005012003	<ul style="list-style-type: none"> a. Cek translasi! Sering kurang terjemahan “<i>I used to be/do</i>” b. Adaptasi kalimat pasif secara tepat; contohnya pada item B c. Penggunaan tanda harus seperti alat ukur asli; contohnya item A.

d. Perhatikan kata sambung supaya kalimat mudah dipahami.

Selain itu, penulis juga melakukan seleksi item BDI-II yang dilakukan berdasarkan data uji coba dengan menggunakan teknik korelasi item total. Proses seleksi item ini dilihat melalui tabel *corrected item-total correlation* yang terdapat pada program statistik SPSS versi 16.0 *for Windows*.

Batasan daya diskriminasi item yang digunakan adalah $r \geq 0,3$. Angka ini ditetapkan sebagai konvensi yang didasarkan pada asumsi distribusi skor dari kelompok subjek yang berjumlah besar (Azwar, 2011:158). Hal ini berarti bahwa jika nilai korelasi perhitungan sama atau lebih besar dari 0,3, maka item tersebut memiliki daya diskriminasi yang baik dan dapat digunakan, begitu pula sebaliknya.

Setelah melakukan uji validitas, maka korelasi item total yang didapat untuk skala ini berkisar antara 0,351 hingga 0,769 sehingga seluruh item BDI-II memiliki daya diskriminasi yang baik dan dapat digunakan.

Reliabilitas

Reliabilitas adalah istilah yang digunakan untuk menunjukkan sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukuran diulangi dua kali atau lebih (Ancok, 1995:123). Reliabilitas mengacu kepada konsistensi atau keterpercayaan hasil ukur yang mengandung makna kecermatan pengukuran (Azwar, 2010:83).

Secara empiris, tinggi atau rendahnya reliabilitas ditunjukkan oleh suatu angka yang disebut koefisien reliabilitas dan dilambangkan oleh huruf “r”. Koefisien reliabilitas berkisar mulai dari 0,0 hingga 1,0 tetapi pada kenyataannya koefisien sebesar 1,0 dan sekecil 0,0 tidak pernah dijumpai. Koefisien reliabilitas $r = 1,0$ berarti adanya konsistensi yang sempurna pada hasil suatu pengukuran. Namun, konsistensi sempurna seperti itu tidak dapat terjadi pada pengukuran aspek-aspek psikologi dan sosial karena terdapat berbagai sumber *error* dalam diri manusia dan dalam pelaksanaan pengukuran (Azwar, 2011:8-9).

Pengujian reliabilitas BDI-II dalam penelitian ini menggunakan teknik *Alpha Cronbach* dengan bantuan program statistik SPSS versi 16.0 *for Windows*. Hasil uji reliabilitas BDI-II menghasilkan koefisien reliabilitas sebesar 0,914 sehingga BDI-II merupakan alat ukur yang reliabel dan layak untuk digunakan.

3.6. Analisis Data

Teknik analisis data penelitian ini merupakan teknik analisis parametrik dengan menggunakan *independent sample t-test*, yang disebut juga uji “t”, yang dikembangkan oleh William Seely Gosset, seorang konsultan statistik dari Irlandia, pada tahun 1915. *Independent sample t-test* merupakan salah satu teknik uji statistik yang digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang signifikan dari dua *mean* (rata-rata) sampel atau kelompok yang dibandingkan

(Hartono, 2010:146). Pada penelitian ini terdapat dua sampel atau kelompok, yaitu kelompok wanita usia dewasa awal dan wanita usia dewasa madya.

Asumsi dasar penggunaan *independent sample t-test* adalah (Pallant, 2007:203-204):

1. Variabel terikat pada setiap teknik analisis parametrik merupakan data interval atau rasio.
2. Menggunakan metode *random sampling* untuk menarik sampel dari populasi. Namun, asumsi ini jarang terjadi pada penelitian mengenai realita pada kehidupan nyata.
3. Observasi atau pengukuran yang menyusun data penelitian tidak boleh dipengaruhi oleh observasi atau pengukuran lainnya.
4. Populasi yang merupakan sumber dari penarikan sampel harus berdistribusi normal. Jika jumlah sampel cukup besar (misalnya saja lebih dari 30), maka pelanggaran dari asumsi ini tidak menyebabkan permasalahan yang berarti.
5. Sampel diperoleh dari populasi yang memiliki variasi yang sama (*homogeneity of variance*). Hal ini berarti bahwa variasi skor pada tiap kelompok adalah sama (tidak berbeda secara signifikan).

Berdasarkan kelima asumsi dasar di atas, maka penulis melakukan uji normalitas dan uji homogenitas terlebih dahulu sebelum melakukan analisis terhadap data penelitian.

Proses analisis data penelitian dengan teknik *independent sample t-test* ini dilakukan dengan menggunakan program statistik SPSS versi 16.0 *for Windows*.

Pengambilan keputusan hasil analisis data penelitian ini didasarkan pada nilai probabilitas berikut ini (Santoso, 2009:285):

1. Jika nilai probabilitas $> 0,05$; maka H_0 diterima.
2. Jika nilai probabilitas $< 0,05$; maka H_0 ditolak.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah wanita yang pada rentang usia 21 hingga 56 tahun, mengalami tindak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) yang dilakukan oleh suami, dan terakhir kali mengalami tindak KDRT oleh suami maksimal pada 1 tahun sebelum penelitian ini dilakukan.

Berdasarkan ciri-ciri subjek penelitian tersebut, maka berikut ini adalah gambaran kondisi subjek penelitian apabila dikategorikan menurut usia dan sumber pemilihan subjek.

Tabel 4.1
Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	Persentase
Dewasa awal	19	76%
Dewasa madya	6	24%
Total	25	100%

Tabel di atas memperlihatkan bahwa subjek penelitian yang berada pada rentang usia dewasa awal; yaitu subjek berusia 21-39 tahun; berjumlah 19 orang dan memiliki persentase sebesar 76%, sedangkan subjek penelitian yang berada pada rentang usia dewasa madya; yaitu subjek berusia 41-56 tahun; berjumlah 6 orang dan memiliki persentase sebesar 24%.

Tabel 4.2
Deskripsi Subjek Penelitian Berdasarkan Sumber Pemilihan Subjek

Sumber Pemilihan Subjek	Frekuensi	Persentase
Polrestabes Surabaya	4	16%
Polresta Sidoarjo	9	36%
Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak (P3A) Sidoarjo	4	16%
Informasi dari <i>significant others</i>	8	32%
Total	25	100%

Berdasarkan tabel di atas maka dapat diketahui gambaran mengenai subjek penelitian, yaitu:

1. Subjek penelitian yang berasal dari Polrestabes Surabaya berjumlah 4 orang dan memiliki persentase sebesar 16%.
2. Subjek penelitian yang berasal dari Polresta Sidoarjo berjumlah 9 orang dan memiliki persentase sebesar 36%.
3. Subjek penelitian yang berasal dari Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak (P3A) Sidoarjo berjumlah 4 orang dan memiliki persentase sebesar 16%.
4. Subjek penelitian yang didapat dari informasi yang diberikan oleh *significant others* berjumlah 8 orang dan memiliki persentase sebesar 32%.

4.2. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Polrestabes Surabaya dan Polres Sidoarjo, Pusat Perlindungan Perempuan dan Anak (P3A) Sidoarjo, dan di daerah Surabaya Utara. Pelaksanaan pengambilan data penelitian berlangsung sejak Juli hingga Desember 2011.

Jumlah kuesioner yang terisi adalah sebanyak 40 kuesioner, tetapi hanya 25 kuesioner yang dapat dianalisis dan diolah oleh penulis. Hal yang menyebabkan sebanyak 15 kuesioner yang tersisa tidak dapat dianalisis adalah karena subjek tidak menyertakan informasi mengenai rentang waktu terjadinya tindak KDRT yang dialami sehingga penulis tidak dapat mengetahui kapan terakhir kali subjek mengalami tindak KDRT yang dilakukan oleh suaminya.

Beberapa hambatan yang dijumpai oleh penulis dalam pelaksanaan penelitian ini adalah:

1. Jumlah subjek penelitian yang relatif sedikit. Hal ini disebabkan karena pihak kepolisian dan LSM tidak dapat memberikan subjek penelitian dalam jumlah yang cukup banyak, yaitu kurang dari lima belas subjek di setiap kantor kepolisian dan LSM.
2. Izin yang sulit didapat untuk melakukan pengambilan data di LSM karena sebagian besar LSM tidak bersedia untuk memberikan kliennya menjadi subjek penelitian ini. Pada umumnya, pihak LSM sangat melindungi kliennya agar tidak diketahui oleh pihak luar.
3. Penulis tidak dapat mendampingi subjek yang berasal dari kantor kepolisian dan LSM pada saat mengisi kuesioner. Hal ini disebabkan karena subjek yang berasal dari kantor kepolisian adalah korban yang dikenakan wajib lapor dan korban yang baru saja melakukan laporan tindak KDRT sehingga waktu kedatangan subjek tidak menentu, sedangkan pihak LSM menghendaki proses pengisian kuesioner didampingi langsung oleh pendamping klien yang bertugas di LSM tersebut.

Penulis berusaha untuk mengurangi kemungkinan terjadinya *missing data* dengan memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner kepada petugas di kantor kepolisian dan pendamping klien di LSM.

4. Terdapat beberapa korban KDRT yang tidak tercatat di kantor kepolisian maupun LSM sehingga penulis membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mendapatkan subjek penelitian ini.

4.3. Hasil Penelitian

4.3.1. Hasil Uji Asumsi

Penulis melakukan dua uji asumsi dalam penelitian ini, yaitu uji normalitas dan uji homogenitas. Dua uji asumsi tersebut dilakukan untuk menentukan teknik statistik yang akan digunakan untuk menganalisis data penelitian, yaitu teknik statistik parametrik atau non parametrik. Seluruh proses uji asumsi dan analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program statistik SPSS versi 16.0 *for Windows*.

4.3.1.1. Uji Normalitas

Uji normalitas data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* sehingga dapat diketahui batasan suatu sebaran data dikatakan normal atau tidak. Ketentuan suatu sebaran data dapat dikatakan normal atau tidak, yaitu (Santoso, 2009:186):

- a. Jika taraf signifikansi lebih dari 0,05; maka sebaran data dikatakan normal.

- b. Jika taraf signifikansi kurang dari 0,05; maka sebaran data dikatakan tidak normal.

Berikut ini adalah tabel hasil uji normalitas data penelitian ini:

Tabel 4.3
Hasil Uji Normalitas Variabel Depresi

		Depresi
N		25
Parameter Normal	Rerata	18.52
	Std. Deviasi	10.357
Perbedaan Ekstrim	Mutlak	.118
	Positif	.118
	Negatif	-.094
<i>Kolmogorov-Smirnov Z</i>		.592
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>		.875

Hasil uji normalitas yang terdapat pada tabel di atas menunjukkan bahwa taraf signifikansi data pada variabel depresi adalah 0,875 (lihat pada baris "*Asymp. Sig. (2-tailed)*"). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa sebaran data pada variabel depresi adalah normal karena taraf signifikansinya lebih besar dari 0,05.

4.3.1.2. Uji Homogenitas

Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui apakah varian skor pada setiap kelompok sampel adalah sama (homogen) (Pallant, 2007:204). Uji homogenitas data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan uji homogenitas varian *Levene Test*. Suatu sebaran data dapat dikatakan homogen atau tidak berdasarkan ketentuan berikut ini (Santoso, 2009:284):

1. Jika taraf signifikansi lebih dari 0,05; maka sebaran data dikatakan homogen.
2. Jika taraf signifikansi kurang dari 0,05; maka sebaran data dikatakan tidak homogen.

Berikut ini adalah tabel hasil uji homogenitas data penelitian ini:

Tabel 4.4
Hasil Uji Homogenitas Variabel Depresi

		<i>Levene</i> <i>Statistic</i>	db1	db2	<i>Sig.</i>
Tingkat Depresi	Berdasarkan Rerata	1.134	1	23	.298
	Berdasarkan Nilai Tengah	1.019	1	23	.323
	Berdasarkan Nilai Tengah dan db yang Disesuaikan	1.019	1	22.369	.324
	Berdasarkan Rerata yang Dipangkas	1.113	1	23	.302

Hasil uji homogenitas yang terdapat pada tabel di atas menunjukkan bahwa taraf signifikansi data pada variabel depresi adalah 0,298 (lihat pada baris "Berdasarkan Rerata"). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa sebaran data pada variabel depresi adalah homogen karena taraf signifikansinya lebih besar dari 0,05.

4.3.2. Hasil Analisis Deskriptif

Berdasarkan hasil sebaran alat ukur, maka didapat deskripsi data penelitian sebagai berikut:

Tabel 4.5
Deskripsi Data Statistik

	Statistik Deskriptif				
	N	Minimal	Maksimal	Rerata	Std. Deviasi
Tingkat Depresi	25	0	39	18.52	10.357
Valid N (listwise)	25				

Pada tabel hasil analisis deskriptif untuk skala depresi di atas dapat diketahui bahwa subjek penelitian menunjukkan skor minimal sebesar 0 dan skor maksimal sebesar 39 sehingga selisih dari kedua skor tersebut adalah 39. Rata-rata (*mean*) skor yang dimiliki oleh subjek penelitian adalah 18,52.

Selain menggunakan deskripsi data statistik di atas, penulis juga membagi skor variabel depresi menjadi 4 kategori berdasarkan penormaan rentang skor total BDI-II yang telah disusun oleh Aaron T. Beck (Beck, dkk., 1996; dalam Segal, dkk., 2008). Berikut ini adalah tabel pembagian tersebut:

Tabel 4.6
Penormaan Skor Total BDI-II

Rentang skor total BDI-II	Tingkat depresi
0-13	paling rendah
14-19	ringan
20-28	sedang
29-63	berat

4.3.3. Hasil Uji Analisis Data

Berdasarkan hasil dari dua uji asumsi yang telah dilakukan, maka sebaran data variabel depresi telah memenuhi dua uji asumsi tersebut sehingga dapat disimpulkan bahwa sebaran data variabel depresi normal dan homogen. Maka dari itu, penulis menggunakan teknik statistik parametrik untuk melakukan uji analisis data penelitian. Teknik statistik parametrik yang digunakan oleh penulis adalah *independent sample t-test* dengan bantuan program statistik SPSS versi 16.0 *for Windows*. Teknik statistik ini digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang signifikan dari dua *mean* (rata-rata) sampel atau kelompok yang dibandingkan (Hartono, 2010:146).

Hipotesis yang telah disusun berdasarkan teori dalam penelitian ini, yaitu:

1. Hipotesis alternatif (H_a), yaitu terdapat perbedaan depresi antara wanita usia dewasa awal dan wanita usia dewasa madya yang mengalami tindak KDRT.
2. Hipotesis nihil (H_0), yaitu tidak terdapat perbedaan depresi antara wanita usia dewasa awal dan wanita usia dewasa madya yang mengalami tindak KDRT.

Berikut ini adalah tabel hasil uji analisis data penelitian ini:

Tabel 4.7
Data Statistik Kelompok

	Usia Subjek	N	Rerata	Std. Deviasi	Std. Kesalahan Rerata
Depresi	Dewasa Awal (21-39)	16	15.94	8.721	2.180
	Dewasa Madya (41-56)	9	23.11	11.921	3.974

Berdasarkan hasil penghitungan pada tabel di atas dapat diketahui bahwa nilai *mean* depresi pada kelompok dewasa madya lebih tinggi dibandingkan kelompok dewasa awal. Pada kelompok dewasa madya diperoleh nilai 23,11; sedangkan pada kelompok dewasa awal diperoleh nilai 15,94. Namun, *mean* kedua kelompok tersebut kurang dapat menjelaskan adanya perbedaan yang sesungguhnya karena jumlah subjek pada tiap kelompok tidak sama.

Berikut ini adalah tabel hasil pengujian hipotesis dengan menggunakan *independent sample t-test*.

Tabel 4.8
Hasil Analisis *Independent Sample T-test*

		<i>Levene's Test</i> Untuk Persamaan Varian		<i>t-test</i> untuk Persamaan Rerata						
		<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	db	<i>Sig. (2-tailed)</i>	Rerata Perbedaan	Std. Error Perbedaan	95% Interval Kepercayaan Mengenai Perbedaan	
									Rendah	Tinggi
Depresi	Varian Sama Diterima	1.134	.298	-1.730	23	.097	-7.174	4.147	-15.751	1.404
	Varian Sama Ditolak			-1.583	12.918	.138	-7.174	4.533	-16.972	2.625

Berdasarkan hasil analisis pada tabel di atas, maka nilai *t-test* yang digunakan adalah nilai-nilai yang terdapat pada baris atas, yaitu baris “varian sama diterima”. Hal ini karena taraf signifikansi pada kolom “*Levene's Test* untuk persamaan varian” lebih besar dari 0,05; yaitu 0,298 sehingga dapat diartikan bahwa varian skor depresi antara kelompok dewasa awal dan dewasa madya adalah sama (homogen) (Pallant, 2007:234).

Pada tabel di atas, dapat diketahui bahwa nilai *t-test* yang tercantum adalah -1,73 (lihat pada kolom “*t*”) dengan taraf signifikansi 0,097 (lihat pada kolom “*Sig. (2-tailed)*”). Berdasarkan taraf signifikansi yang lebih besar daripada 0,05 maka hipotesis yang diterima pada penelitian ini adalah hipotesis nihil (H_0) (Pallant, 2007:235), yaitu tidak terdapat perbedaan depresi antara wanita usia dewasa awal dan wanita usia dewasa madya yang mengalami tindak KDRT.

4.4. Pembahasan

Berdasarkan pemaparan mengenai hasil analisis data pada sub bab di atas, maka dapat diketahui bahwa pada penelitian ini hipotesis yang diterima adalah hipotesis nihil (H_0), yaitu tidak terdapat perbedaan depresi antara wanita usia dewasa awal dan wanita usia dewasa madya yang mengalami tindak KDRT.

Hasil penelitian ini tentu bertolak belakang dengan fakta-fakta yang dikemukakan oleh beberapa penelitian yang dilakukan di luar negeri. Fakta-fakta dari beberapa hasil penelitian tersebut mengemukakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang menimbulkan perbedaan tingkat depresi pada individu. Berbagai hasil penelitian tersebut bahkan terdiri dari dua pendapat yang berbeda dan masing-masing memiliki penjelasan yang cukup kuat.

Pendapat pertama menyatakan bahwa individu yang berada pada rentang usia dewasa awal memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk mengalami depresi daripada individu yang berada pada rentang usia dewasa madya dan dewasa akhir atau individu berusia lanjut (lansia). Usia rata-rata terjadinya onset depresi adalah 30 tahun (Hassin, dkk., 2005; dalam Durand & Barlow, 2010:208). Sebanyak 1% individu di Amerika yang lahir sebelum tahun 1905 mengalami depresi pada usia 75 tahun, sedangkan 6% individu yang lahir sejak tahun 1955 telah mengalami depresi pada usia 24 tahun (Durand & Barlow, 2010:208).

Pendapat kedua yang menyatakan bahwa individu usia dewasa madya dan akhir juga tidak sedikit yang mengalami depresi dan memerlukan perhatian yang cukup serius. Tsai dan kolega (2005; dalam Bennet, 2006:207-208) berpendapat bahwa beberapa penyakit fisik dapat menjadi prediktor yang signifikan dari

simtom depresi pada sampel individu usia dewasa akhir (lansia) di Taiwan; seperti penyakit pernafasan, fungsi kognitif yang lemah, jaringan dukungan sosial yang lemah, ketidakpuasan akan tempat tinggal, persepsi mengenai status kesehatan yang lemah, dan pendapatan yang dirasa tidak cukup. Penelitian yang dilakukan oleh Wilke & Vinton (2005) juga menemukan fakta bahwa wanita korban KDRT yang berusia 45 tahun ke atas memiliki kondisi kesehatan mental dan fisik yang lebih buruk serta lebih sering menggunakan obat-obatan sedatif dan anti depresan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis didasari oleh dua hasil penelitian yang dilakukan oleh Wilke & Vinton (2005). Hasil penelitian Wilke & Vinton (2005) yang pertama adalah bahwa tidak terdapat perbedaan bentuk dan dampak kekerasan pada wanita korban KDRT pada kelompok usia dewasa sehingga tidak terdapat perbedaan depresi pada wanita korban tindak KDRT baik yang berusia dewasa awal maupun dewasa madya pada hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis.

Hasil penelitian Wilke & Vinton (2005) yang kedua menyatakan bahwa wanita dewasa awal memiliki kesehatan mental yang lebih baik daripada wanita dewasa madya karena wanita dewasa awal mengalami durasi tindak kekerasan yang lebih singkat. Hal ini disebabkan karena wanita dewasa awal yang berusia di bawah 45 tahun memiliki pengetahuan yang lebih baik mengenai KDRT dan berbagai layanan, *shelter*, atau LSM pendukung korban KDRT yang siap memberikan bantuan dan dukungan sehingga wanita dewasa awal dapat segera berpisah dari pelaku dan meninggalkan hubungan yang penuh dengan tindak kekerasan tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh Wilke & Vinton (2005) merupakan penelitian mengenai KDRT pada konteks penelitian di luar negeri sehingga terdapat perbedaan konsep mengenai KDRT pada konteks penelitian di Indonesia. Berdasarkan perbedaan konsep KDRT tersebut, terdapat kemungkinan bahwa tidak seluruh wanita yang menjadi korban tindak KDRT pada penelitian Wilke & Vinton (2005) terikat status pernikahan resmi dengan pelaku tindak KDRT. Hal ini mempermudah wanita korban tindak KDRT, khususnya wanita dewasa awal, untuk segera mencari dukungan sosial dan berpisah dari pelaku.

Penulis melakukan penelitian ini berdasarkan konsep KDRT pada konteks penelitian di Indonesia sehingga tindak KDRT yang terjadi dilakukan oleh suami terhadap istri. Wanita yang mengalami tindak KDRT dan terikat status pernikahan dengan suami yang menjadi pelaku KDRT tidak dapat dengan mudah memutuskan untuk segera berpisah dengan suaminya walaupun tetap terdapat kemungkinan bahwa wanita tersebut melaporkan tindak KDRT yang dialami kepada pihak kepolisian atau LSM yang dapat melakukan program pendampingan tindak KDRT. Wanita yang mengalami tindak KDRT oleh suami memiliki berbagai pertimbangan yang membuat mereka tidak dapat dengan mudah memutuskan untuk berpisah dengan suami, di antaranya adalah tidak ingin berpisah dengan pasangan yang memberi nafkah hidup sehari-hari dan tidak ingin jika anak mereka kehilangan sosok seorang ayah.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Berdasarkan analisis data penelitian yang telah dilakukan, maka diperoleh simpulan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat depresi antara wanita dewasa awal dan wanita dewasa madya yang mengalami tindak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka saran yang dapat penulis berikan untuk masyarakat serta para praktisi atau profesional yang sering berhubungan dengan para korban KDRT, seperti petugas kepolisian, relawan LSM, dan psikolog adalah kepedulian, perlindungan, dan pemberian dukungan bagi para wanita yang menjadi korban tindak KDRT agar dampak buruk KDRT dapat dihindari atau setidaknya dikurangi.

Selain itu, penulis juga menyadari bahwa penelitian ini masih memiliki kekurangan-kekurangan. Oleh karena itu, penulis memberikan beberapa saran untuk penelitian selanjutnya sehingga manfaat yang diberikan lebih optimal khususnya untuk perkembangan ilmu psikologi, di antaranya:

1. Pengkajian beberapa faktor lain; seperti *self-esteem*, kepribadian, dan lingkungan keluarga; sebagai variabel bebas yang mungkin dapat

menimbulkan perbedaan tingkat depresi pada wanita yang mengalami tindak KDRT.

2. Pencatatan data demografis secara lengkap, seperti status sosial ekonomi dan status pernikahan, perlu dilakukan sebagai bahan pertimbangan dalam melakukan pembahasan hasil analisis data penelitian.
3. Pendampingan pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti akan mengurangi kemungkinan terjadinya *missing data*.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation Between Depression and Sociodemographic Factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(4), 1-9.
- Ancok, D. (1995). Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian. Dalam Masri Singarimbun & Sofian Effendi (ed., rev. ed), *Metode Penelitian Survei* (hlm. 123-128). Jakarta: PT Pustaka LP3ES Indonesia.
- Azwar, S. (2010). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, S. (2011). *Reliabilitas dan Validitas (edisi ke-3)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bennett, P. (2006). *Abnormal and Clinical Psychology: An Introductory Textbook (2nd. ed.)*. New York: Open University Press.
- Berrios, D. C., & Grady, D. (1991). Domestic Violence: Risk Factors and Outcomes. *The Western Journal of Medicine*, 155, 133-135.
- Campbell, J.C., Kub, J., & Belknap, R.A. (1997). Predictors of Depression in Battered Women. *Violence Against Women*, 3(3), 271-293.
- Carr, A. (2001). *Abnormal Psychology: Psychology Focus*. Psychology Press.
- Cascardi, M., O'Leary, K.D., & Schlee, K.A. (1999). Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227-249.
- Davison, G.C., Neale, J.M., & Kring, A.M. (2006). *Psikologi Abnormal (edisi ke-9)*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Durand, V.M., & Barlow, D.H. (2010). *Essentials of Abnormal Psychology (5th. ed.)*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Gravetter, F.J. & Wallnau, L.B. (2009). *Statistics for The Behavioral Sciences (8th. ed.)*. Belmont: Wadsworth.
- Hadi, S. (2000). *Statistik (jilid 2)*. Yogyakarta: Andi.
- Hadjar, I. (1996). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kuantitatif dalam Pendidikan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

- Hartono. (2010). *SPSS 16.0: Analisis Data Statistika dan Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hurlock, E.B. (1980). *Developmental Psychology: A Life-Span Approach (5th. ed.)*. New Delhi: Tata McGraw-Hill Publishing Company Ltd.
- Kaye, D.K. (2004). Gender Inequality and Domestic Violence: Implications for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Prevention. *African Health Sciences*, 4(1), 67-70.
- Keeling, J., & Mason, T. (2008). *Domestic Violence: A Multi-Professional Approach for Healthcare Practitioners*. New York: McGraw-Hill Open University Press.
- Kerlinger, F.N. (2006). *Asas-Asas Penelitian Behavioral (edisi ke-11)*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Leaman, S.C., & Gee, C.B. (2008). Intimate Partner Violence Among Adolescent and Young Adult Mothers. *J Fam Viol*, 23, 519-528.
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in Battered Women: The Effects of Domestic Violence on Women and Their Children. *Journal of Family Violence*, 16(2), 171-192.
- Lubis, N.L. (2009). *Depresi: Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Mc. Dowel, I. & Newell, C. (2000). *Measuring Health: A Guide To Rating Scales and Questionnaire (2nd. ed.)*. New York; Oxford University Press.
- Mönks, F.J., Knoers, A.M.P., & Haditono, S.R. (2004). *Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam Berbagai Bagiannya (edisi ke-15)*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Neuman, W. Lawrence. (2007). *Basics of Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches (5th. ed.)*. Boston: Ally and Bacon.
- Nolen-Hoeksema, S. (2011). *Abnormal Psychology (Fifth Edition)*. New York: McGraw-Hill.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS (3th. ed.)*. crows Nest: Allen & Unwin.
- Pernyataan Pers Komnas Perempuan: Membongkar Penyiksaan Terhadap Perempuan dalam Konteks Kekerasan dalam Rumah Tangga dan Trafficking (2011, 24 Juni). *Komnas Perempuan* [on-line]. Diakses pada 12 Juli 2011 dari <http://www.komnasperempuan.or.id/2011/06/konferensi-pers->

membongkar-penyiksaan-terhadap-perempuan-dalam-konteks-kekerasan-dalam-rumah-tangga-dan-trafficking/.

- Purwanto. (2010). *Metodologi Penelitian Kuantitatif untuk Psikologi dan Pendidikan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rahayu, N. (2010). *Undang-undang No. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU-PKDRT)*. Diakses pada tanggal 23 Januari 2011 dari <http://www.djpp.info/hukum-pidana/653-undang-undang-no-23-tahun-2004-tentang-penghapusan-kekerasan-dalam-rumah-tangga-uu-pkdr.html>
- Santoso, S. (2009). *Panduan Lengkap Menguasai Statistik dengan SPSS 17*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Santrock, J.W. (2002). *Life-span Development: Perkembangan Masa Hidup (edisi 5, jilid 2)*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Cahill, B.S., & O'Riley, A.A. (2008). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Among Community-Dwelling Older Adults. *Behavior Modification*, 32(1), 3-20.
- Smith, C. & Erford, B.T. (2001, 3 Mei). Test Review: Beck Depression Inventory-II. *Association for Assessment in Counseling* [on-line]. Diakses pada tanggal 6 Juni 2012 dari <http://aac.ncat.edu/newsnotes/y98fall.html>.
- Subandi. (1995). *Dokumentasi Skala Pengukuran Psikologi Klinis Tahap I*. Laporan Penelitian. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gajah Mada.
- Sudaryana & Faturachman. (2006). Intensi Kekerasan Suami Terhadap Istri Ditinjau dari Pengalaman Individu dan Strategi Menghadapi Masalah. *Sosiosains*, 19(4), 467-480.
- Susilowati, P. (2008). *Kekerasan Dalam Rumah Tangga Terhadap Istri*. Diakses pada tanggal 23 Januari 2011 dari http://www.e-psikologi.com/epsi/individual_detail.asp?id=475.
- Suyanto, B. & Karnaji. (2005). Penyusunan Instrumen Penelitian. Dalam Bagong Suryanto & Sutinah (ed.), *Metode Penelitian Sosial: Berbagai Alternatif Pendekatan* (hlm. 60). Jakarta: Kencana.
- Tingginya KDRT Merupakan Rendahnya Moral (2012, 29 Maret). *Surabaya Pagi* [on-line]. Diakses pada tanggal 30 April 2011 dari <http://www.surabayapagi.com/index.php?3b1ca0a43b79bdfd9f9305b81298296219a669563e417f9dbd3bfed0db01fb7c>.

Watts, C. & Zimmerman, C. (2002). Violence Against Women: Global Scope and Magnitude. *The Lancet*, 359(1), 1232-1237.

Wilke, D.J. & Vinton, L. (2005). The Nature and Impact of Domestic Violence Across Age Cohorts. *Affilia*, 20(3), 316-328.

Kuesioner Penelitian

Saya adalah mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Airlangga yang sedang mengambil mata kuliah Skripsi. Saya memerlukan bantuan Anda untuk menjadi subjek penelitian yang sedang saya lakukan saat ini. Saya ucapkan terima kasih atas bantuan dan kesediaan Anda untuk menjadi subjek penelitian saya.

Hormat saya,

Bela Khoirunisa

PETUNJUK

Berikut ini adalah petunjuk pengisian kuesioner ini. Bacalah setiap petunjuk pengisian secara seksama dan teliti!

1. Kuesioner ini terdiri dari **21 kelompok pernyataan**, dari A sampai U.
2. Setiap kelompok pernyataan terdiri dari **4 pernyataan** yang memiliki kode berupa angka 0 sampai 3 di sebelah kiri setiap pernyataan.
3. Silakan membaca setiap pernyataan dengan teliti, kemudian **pilih salah satu pernyataan** dari setiap kelompok pernyataan.
4. Pilih pernyataan yang paling menjelaskan apa yang Anda rasakan **selama 2 minggu terakhir, termasuk hari ini**.
5. Berilah **lingkaran** pada angka yang terdapat di sebelah kiri pernyataan yang Anda pilih.
6. Jika ada beberapa pernyataan dalam satu kelompok pernyataan yang sama-sama mewakili perasaan atau keadaan Anda, maka silakan **lingkari pernyataan yang memiliki angka yang paling tinggi**.
7. **Jangan memilih lebih dari satu pernyataan** untuk setiap kelompok pernyataan, termasuk untuk kelompok pernyataan P atau R.
8. Baca dengan teliti dan **jangan ada kelompok pernyataan yang terlewatkan**.
9. Tidak ada jawaban **benar atau salah** maupun **baik atau buruk** dalam kuesioner ini.
10. Hasil kuesioner ini akan **dijaga kerahasiaannya**. Jadi, silakan Anda mengisi kuesioner ini sesuai dengan keadaan yang Anda rasakan.
11. Selamat mengerjakan dan **terima kasih Anda telah mengisi dengan jujur**.

- A. 0 Saya tidak merasa sedih.
1 Saya sering merasa sedih.
2 Saya merasa sedih sepanjang waktu.
3 Saya merasa sangat sedih atau tidak bahagia dan saya tidak tahan akan hal itu.
- B. 0 Saya tidak putus asa terhadap masa depan saya.
1 Saat ini, saya merasa lebih putus asa terhadap masa depan saya dibandingkan sebelumnya.
2 Saya tidak berharap segala sesuatunya berhasil bagi saya.
3 Saya merasa tidak ada harapan untuk masa depan saya dan masa depan saya hanya akan menjadi lebih buruk.
- C. 0 Saya tidak merasa gagal.
1 Saya telah gagal lebih dari yang seharusnya saya alami.
2 Saat saya melihat kembali ke masa lalu, saya melihat banyak kegagalan.
3 Saya merasa gagal sepenuhnya sebagai seorang manusia.
- D. 0 Saya merasakan banyak kesenangan dari hal-hal yang saya nikmati, seperti yang pernah saya alami dulu.
1 Saya tidak menikmati hal-hal yang dulu saya nikmati.
2 Saya memperoleh sangat sedikit kesenangan dari hal-hal yang dulu saya nikmati.
3 Saya tidak memperoleh kesenangan apapun dari hal-hal yang dulu saya nikmati.
- E. 0 Saya merasa tidak terlalu bersalah.
1 Saya merasa bersalah terhadap banyak hal yang telah saya lakukan atau yang seharusnya saya lakukan.
2 Saya sering merasa sangat bersalah.
3 Saya merasa bersalah sepanjang waktu.

- F. 0 Saya tidak merasa sedang dihukum.
- 1 Saya merasa mungkin saya dihukum.
 - 2 Saya berharap untuk dihukum.
 - 3 Saya merasa sedang dihukum.
- G. 0 Saya merasa diri saya sama seperti sebelumnya.
- 1 Saya telah kehilangan kepercayaan terhadap diri saya sendiri.
 - 2 Saya kecewa terhadap diri saya sendiri.
 - 3 Saya tidak menyukai diri saya sendiri.
- H. 0 Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri sendiri lebih dari biasanya.
- 1 Saya lebih banyak mengkritik diri sendiri dibandingkan sebelumnya.
 - 2 Saya mengkritik diri sendiri untuk semua kesalahan saya.
 - 3 Saya menyalahkan diri sendiri untuk setiap hal buruk yang terjadi.
- I. 0 Saya tidak memiliki pikiran apapun tentang bunuh diri.
- 1 Saya memiliki pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melakukannya.
 - 2 Saya ingin bunuh diri.
 - 3 Saya akan bunuh diri jika saya memiliki kesempatan.
- J. 0 Saya sudah jarang menangis dibandingkan sebelumnya.
- 1 Saya lebih sering menangis dibandingkan sebelumnya.
 - 2 Saya menangis setiap hal-hal kecil.
 - 3 Saya merasa ingin menangis, namun tidak bisa.
- K. 0 Saya tidak lebih gelisah atau tegang dibandingkan biasanya.
- 1 Saya merasa lebih gelisah atau tegang dibandingkan biasanya.
 - 2 Saya sangat gelisah sehingga sulit untuk menenangkan diri.
 - 3 Saya sangat gelisah sehingga saya harus selalu bergerak atau melakukan sesuatu.

- L. 0 Saya tidak kehilangan minat pada orang lain atau kegiatan lain.
- 1 Saya kurang berminat pada orang lain atau kegiatan lain dibandingkan sebelumnya.
 - 2 Saya telah kehilangan minat pada orang lain atau kegiatan lain.
 - 3 Bagi saya, sulit untuk berminat pada sesuatu apapun.
- M. 0 Saya membuat keputusan sebaik yang pernah saya lakukan.
- 1 Saya sulit untuk membuat keputusan dibandingkan biasanya.
 - 2 Saya merasa lebih sulit membuat keputusan dibandingkan sebelumnya.
 - 3 Saya memiliki masalah dalam membuat keputusan apapun.
- N. 0 Saya tidak merasa tidak bermanfaat.
- 1 Saya merasa tidak bermanfaat dan tidak berguna sebagaimana sebelumnya.
 - 2 Saya merasa lebih tidak bermanfaat ketika dibandingkan dengan orang lain.
 - 3 Saya merasa tidak bermanfaat sama sekali.
- O. 0 Saya memiliki banyak tenaga seperti biasanya.
- 1 Saya memiliki lebih sedikit tenaga daripada yang dulu saya miliki.
 - 2 Saya tidak memiliki cukup tenaga untuk melakukan sesuatu yang sangat banyak.
 - 3 Saya tidak memiliki cukup tenaga untuk melakukan apapun.
- P. 0 Saya tidak mengalami perubahan apapun pada pola tidur saya.
- 1a Saya tidur agak lebih banyak daripada biasanya.
 - 1b Saya tidur agak lebih sedikit daripada biasanya.
 - 2a Saya tidur lebih banyak daripada biasanya.
 - 2b Saya tidur lebih sedikit daripada biasanya.
 - 3a Saya tidur hampir sepanjang hari.
 - 3b Saya bangun 1-2 jam lebih cepat dari biasanya dan tidak bisa tidur kembali.

- Q. 0 Saya tidak lagi mudah marah dibandingkan biasanya.
- 1 Saya lebih mudah marah dibandingkan biasanya.
 - 2 Saya sangat mudah marah dibandingkan biasanya.
 - 3 Saya mudah marah sepanjang waktu.
- R. 0 Saya tidak mengalami perubahan apapun pada selera makan saya.
- 1a Selera makan saya agak berkurang dibandingkan biasanya.
 - 1b Selera makan saya agak bertambah dibandingkan biasanya.
 - 2a Selera makan saya jauh berkurang dibandingkan biasanya.
 - 2b Selera makan saya jauh bertambah dibandingkan biasanya.
 - 3a Saya tidak memiliki selera makan sama sekali.
 - 3b Saya ingin makan sepanjang waktu.
- S. 0 Saya bisa berkonsentrasi sebaik yang pernah saya lakukan.
- 1 Saya tidak bisa berkonsentrasi sebaik biasanya.
 - 2 Sulit untuk menjaga pikiran saya pada apapun dalam waktu sangat lama.
 - 3 Saya tidak bisa berkonsentrasi pada apapun.
- T. 0 Saya sudah jarang merasa lelah atau letih dibandingkan biasanya.
- 1 Saya lebih mudah lelah atau letih dibandingkan biasanya.
 - 2 Saya sangat lelah atau letih untuk melakukan banyak hal yang dulu biasa saya lakukan.
 - 3 Saya sangat lelah atau letih untuk melakukan segala hal yang dulu biasa saya lakukan.
- U. 0 Saya tidak merasakan perubahan apapun pada ketertarikan saya terhadap seks dalam beberapa waktu terakhir ini.
- 1 Saat ini, saya kurang tertarik terhadap seks dibandingkan dulu.
 - 2 Saya sangat kurang tertarik terhadap seks saat ini.
 - 3 Saya telah kehilangan seluruh rasa ketertarikan terhadap seks.

SURAT KESEDIAAN MENJADI SUBJEK PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (*boleh inisial*) :

Tempat/tanggal lahir :

Usia : tahun

Menyatakan bersedia menjadi subjek penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Bela Khoirunisa

Fakultas : Psikologi

Universitas : Airlangga

NIM : 110710208

Seluruh keterangan dan pernyataan yang saya berikan mengenai penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya, 2011

(Tanda tangan)

IDENTITAS DIRI SUBJEK

- Nama :
- Alamat :
- Pendidikan terakhir :
- Pekerjaan :
- No. telepon/*handphone* :
- Pendapatan pribadi per bulan : A. Kurang dari 500.000
B. 500.000 - 1.000.000
C. 1.000.000 - 3.000.000
D. 3.000.000 - 5.000.000
E. Lebih dari 5.000.000
- * Pendapatan keluarga per bulan : A. Kurang dari 500.000
B. 500.000 - 1.000.000
C. 1.000.000 - 3.000.000
D. 3.000.000 - 5.000.000
E. Lebih dari 5.000.000

Keterangan:

- *Pendapatan keluarga per bulan* adalah pendapatan **anggota keluarga lain** ditambah dengan pendapatan pribadi yang Anda miliki.
- *Anggota keluarga lain* yang dimaksud adalah suami, orang tua, atau siapa pun; yang termasuk keluarga Anda dan turut memberikan pendapatannya untuk memenuhi kebutuhan hidup Anda sehari-hari.

Screening KDRT untuk Subjek Tidak Tercatat di Lembaga

- Silakan beri tanda silang (X) atau centang (V) di bawah kolom “Ya” atau “Tidak” yang terletak di samping kanan pernyataan-pernyataan berikut.
- Segala informasi dalam kuesioner ini akan **dijaga kerahasiaannya**. Jadi, silakan Anda memilih pernyataan yang sesuai dengan **keadaan yang pernah Anda alami**.
- Saya ucapkan terima kasih banyak atas **kejujuran yang telah Anda** berikan dalam mengisi kuisisioner ini.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Saya pernah mengalami keseleo, memar atau luka kecil karena berkelahi dengan suami.		
2.	Suami pernah memukul saya.		
3.	Suami pernah melempar saya menggunakan sesuatu yang dapat melukai saya.		
4.	Suami pernah memukul dan melempar saya menggunakan sesuatu yang dapat melukai saya.		
5.	Suami pernah menjambak rambut saya.		
6.	Suami pernah mendorong atau membanting tubuh saya.		
7.	Suami pernah mencekik saya.		
8.	Suami pernah menampar saya.		
9.	Suami pernah meludahi saya.		
10.	Suami pernah menendang saya.		
11.	Suami pernah menyiram air panas secara sengaja kepada saya.		
12.	Suami lebih sering memanggil saya dengan sebutan “gendut”, “jelek”, atau sejenisnya.		

13.	Suami sering berteriak, memaki atau mengucapkan kata-kata kotor kepada saya.		
14.	Suami berkata bahwa saya adalah istri yang buruk.		
15.	Suami mengancam akan memukul atau melemparkan sesuatu kepada saya.		
16.	Suami sering merusak berbagai benda apabila sedang berselisih pendapat dengan saya. Misal: memecahkan barang-barang, memukul meja, membanting pintu, dan lain-lain.		
17.	Suami menggunakan kata-kata ancaman agar saya melakukan aktivitas seksual meskipun saya tidak ingin melakukannya.		
18.	Suami mengancam saya menggunakan benda tajam/senjata api agar saya melakukan aktivitas seksual meskipun saya tidak ingin melakukannya.		
19.	Suami menggunakan kekuatan (misal: memukul, menampar, menendang, dan lain-lain) agar saya melakukan aktivitas seksual meskipun saya tidak ingin melakukannya.		
20.	Suami menggunakan kata-kata ancaman agar saya melakukan aktivitas seksual yang tidak lazim/tidak saya sukai (misal: oral seks, anal seks, dan lain-lain).		
21.	Suami mengancam saya menggunakan benda tajam/senjata api agar saya melakukan aktivitas seksual yang tidak lazim/tidak saya sukai (misal: oral seks, anal seks, menggunakan lain-lain).		
22.	Suami menggunakan kekuatan (misal: memukul, menampar, menendang, dan lain-lain) agar saya melakukan aktivitas seksual yang tidak lazim/tidak saya sukai (misal: oral seks, anal seks, dan lain-lain).		

23.	Suami tidak pernah memberikan nafkah (pendapatan hasil kerja) kepada saya.		
24.	Suami melarang saya untuk bekerja, sedangkan suami tidak bekerja/tidak pernah memberikan nafkah (pendapatan hasil kerja) kepada saya.		
25.	Suami memaksa saya untuk bekerja, sedangkan suami tidak bekerja/tidak pernah memberikan nafkah (pendapatan hasil kerja) kepada saya.		

a. Jika Anda pernah mengalami ketidaknyamanan dalam rumah tangga sesuai dengan pernyataan-pernyataan di atas, maka **kapan** ketidaknyamanan dalam rumah tangga tersebut **pertama kali** Anda alami?

.....

b. Selain itu, **kapan** ketidaknyamanan dalam rumah tangga tersebut **terakhir kali** Anda alami?

.....

c. Selain pernyataan-pernyataan di atas, apakah Anda pernah mengalami bentuk ketidaknyamanan dalam rumah tangga yang lain?

- Pernah
- Tidak pernah

d. Jika pernah, coba ceritakan bentuk ketidaknyamanan dalam rumah tangga yang Anda alami tersebut!

.....

- Terima Kasih -

Uji Reliabilitas dan Daya Diskriminasi Instrumen Pengukuran Tingkat Depresi: *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.914	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
aitem01	16.67	121.864	.633	.909
aitem02	16.93	128.564	.546	.911
aitem03	16.56	125.525	.507	.912
aitem04	16.67	122.591	.706	.907
aitem05	16.51	129.528	.438	.913
aitem06	16.53	121.345	.647	.908
aitem07	16.78	123.722	.727	.907
aitem08	15.58	126.159	.473	.912
aitem09	17.13	131.982	.581	.912
aitem10	16.22	125.631	.385	.916
aitem11	16.33	115.455	.769	.905
aitem12	16.71	125.846	.568	.910
aitem13	16.40	117.927	.701	.907
aitem14	16.64	122.371	.700	.907
aitem15	16.51	129.074	.427	.913
aitem16	16.13	130.345	.351	.914
aitem17	16.47	125.300	.572	.910
aitem18	16.49	130.119	.391	.914
aitem19	16.49	125.256	.629	.909
aitem20	16.22	127.359	.506	.911
aitem21	16.69	125.174	.551	.910

Statistik Deskriptif

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TingkatDepresi	25	0	39	18.52	10.357
Valid N (listwise)	25				

Uji Normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TingkatDepresi
N		25
Normal Parameters ^a	Mean	18.52
	Std. Deviation	10.357
Most Extreme Differences	Absolute	.118
	Positive	.118
	Negative	-.094
Kolmogorov-Smirnov Z		.592
Asymp. Sig. (2-tailed)		.875
a. Test distribution is Normal.		

Uji Homogenitas

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
TingkatDepresi	Based on Mean	1.134	1	23	.298
	Based on Median	1.019	1	23	.323
	Based on Median and with adjusted df	1.019	1	22.369	.324
	Based on trimmed mean	1.113	1	23	.302

Uji Statistik *Independent Sample T-test*

Group Statistics

usia subjek		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TingkatDepresi	dewasa awal (21-39)	16	15.94	8.721	2.180
	dewasa madya (41-56)	9	23.11	11.921	3.974

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
TingkatDepresi Equal variances assumed	1.134	.298	-1.730	23	.097	-7.174	4.147	-15.751	1.404
Equal variances not assumed			-1.583	12.918	.138	-7.174	4.533	-16.972	2.625