



KETIKA GEN BICARA: PENGARUH RESEPTOR SEROTONIN DALAM KONFLIK RUMAH TANGGA

"Keputusan tersulit adalah ketika terlalu lelah untuk bertahan, tetapi terlalu sakit untuk melepaskan."

KETIKA GEN BICARA

PENGARUH RESEPTOR SEROTONIN DALAM KONFLIK
RUMAH TANGGA

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

KETIKA GEN BICARA
PENGARUH RESEPTOR SEROTONIN DALAM KONFLIK
RUMAH TANGGA

Oleh:

Dr. dr. Made Darmayasa, Sp.OG (K).

Dr. dr. Lely Setyawati Kurniawan, Sp.KJ (K)



CV. GREEN
PUBLISHER

KETIKA GEN BICARA
PENGARUH RESEPTOR SEROTONIN DALAM KONFLIK RUMAH TANGGA

Penulis:

Dr. dr. Made Darmayasa, Sp. OG (K).

Dr. dr. Lely Setyawati Kurniawan, Sp. KJ (K)

ISBN:

978-634-7194-19-0

Perancang Sampul:

Radin Surya

Editor:

Ida Farida

Komarudin

Penata Letak:

Ida Farida

Komarudin

Pracetak dan Produksi:

Tim Penerbit

Penerbit:

CV. Green Publisher Indonesia



CV. GREEN
PUBLISHER

Hak Cipta:

Hak Cipta 2025, Pada Penulis

Copyright © 2025 by CV. Green Publisher Indonesia

All Right Reserved

Cetakan Pertama, April 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang

**Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit**

Kekerasan dalam rumah tangga dapat dicegah dan diantisipasi, asalkan pasangan yang akan memasuki gerbang indah pernikahan mempersiapkan diri dengan baik, melewati semua skrining karakter dan kepribadian serta menjalani Konseling Pra-Nikah.

(Lely S. Kurniawan)

SEKAPUR SIRIH

Kepala Departemen / KSM Psikiatri
FK. UNUD / RS. Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar
Ni Ketut Putri Ariani, dr., Sp.K.J., Subsp.K.L.(K)

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan masalah sosial yang kompleks dan mendalam, memiliki dampak bagi individu, keluarga, dan masyarakat. Fenomena ini tidak hanya melibatkan faktor sosial, budaya, dan psikologis, tetapi juga dipengaruhi oleh aspek biologis yang seringkali terlupakan. Buku ini hadir untuk menggali salah satu faktor biologis yang berperan dalam kekerasan dalam rumah tangga, yaitu pengaruh gen reseptor serotonin.

Serotonin, sebagai salah satu neurotransmitter utama dalam otak, telah lama dikaitkan dengan berbagai aspek perilaku manusia, termasuk emosi, suasana hati, dan pengaturan agresi. Melalui pembahasan mengenai hubungan antara gen reseptor serotonin dengan kecenderungan perilaku kekerasan, buku ini mencoba mengungkap dimensi baru yang dapat memberikan wawasan lebih mendalam tentang penyebab kekerasan dalam rumah tangga. Hubungan antara faktor genetik dengan mekanisme biologis yang memengaruhi perilaku kekerasan, serta bagaimana pengaruh ini berinteraksi dengan kondisi sosial dan psikologis individu akan diulas secara mendalam di sini, sebagai salah satu upaya untuk merumuskan solusi yang lebih holistik dalam penanggulangan KDRT, serta menawarkan perspektif tentang pencegahan dan intervensi yang berbasis pada pemahaman ilmiah.

Dengan menghubungkan aspek biologis dan psikososial, buku ini dapat menjadi sumbangan pemikiran yang berguna bagi para akademisi, profesional, pembuat kebijakan, serta masyarakat luas dalam upaya bersama mengurangi dan mengatasi kekerasan dalam rumah tangga.

KATA PENGANTAR

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah tindakan kekerasan yang terjadi di dalam lingkungan rumah tangga, tidak harus berupa kekerasan fisik, tetapi bisa secara emosional, seksual, dan ekonomi, yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya. KDRT menyebabkan dampak serius pada kesehatan fisik dan mental korban, mempengaruhi kesejahteraan anak-anak yang menyaksikan atau mengalami kekerasan tersebut.

Buku Monograf berjudul **Kekerasan Dalam Rumah Tangga dan Pengaruh Gen Reseptor Serotonin** ini mencoba membuka wawasan kita tentang berbagai faktor penyebab, pencetus dan pemicu terjadinya KDRT, agar kita dapat mengupayakan berbagai program pencegahan, pengobatan, terapi dan rehabilitasi baik terhadap korban, maupun pelaku KDRT.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Rektor dan Ketua LPPM Universitas Udayana, dan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, yang telah mendanai dan mendukung terbitnya buku ini. Terimakasih untuk semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini. Keluarga yang sehat, bahagia, dan bertumbuh kuat tanpa tindak kekerasan adalah dambaan kita bersama.

Denpasar, November 2024

Penulis

KONTRIBUTOR

Dr. dr. I Made Darmayasa, Sp.OG (K).

Dr. dr. Lely Setyawati Kurniawan, Sp.KJ (K).

Grace Noviana Chandra, S.Psi., M.Psi., Psikolog

dr. Theresia Ratnasari Widjaja

dr. Grace Venny Karouw

dr. N. Guruh Dirga

dr. Ida Ayu Kartika Widiadnyani

dr. Ida Bagus Made Andy Wiraputra

dr. Hanadhia Irbah H.

dr. Angelina Tulus

dr. Mikael Aditya

dr. Hartono Kosim



Dr. Lely S. Kurniawan bersama para dokter kontributor penulis buku.

***Tiada kata yang lebih indah
selain melihat, merasakan indahnya kebersamaan, keceriaan, dan
saling mengerti satu sama lain.***

DAFTAR ISI

SEKAPUR SIRIH	i
KATA PENGANTAR.....	ii
KONTRIBUTOR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
PENDAHULUAN.....	x
BAB 1 FENOMENA KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA	1
A. HUBUNGAN KDRT DAN PERILAKU AGRESIF	3
B. HUBUNGAN KDRT DAN STRES KEHIDUPAN	3
C. HUBUNGAN KDRT DAN KECERDASAN EMOSIONAL.....	4
 BAB 2 KARAKTERISTIK PELAKU KDRT DI BALI	7
A. PELAKU KDRT (KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA).....	8
B. HUBUNGAN KDRT (KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA) DAN CIRI KEPRIBADIAN.....	9
C. KOMPONEN KDRT (KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA).....	10
 BAB 3 SEROTONIN DAN TINDAK KEKERASAN	12
A. CARA KERJA SEROTONIN	14
B. GEN RESEPTOR SEROTONIN	17
C. SUBTIPE SEROTONIN.....	19
D. AGRESIVITAS, TINDAK KEKERASAN DAN SEROTONIN.....	21
 BAB 4 HUBUNGAN ANTARA POLIMORFISME GENETIK DAN AGRESI:	29
A. PERAN GENETIKA DALAM AGRESI	30
B. KONSEP DASAR POLIMORFISME GENETIK.....	31
C. GEN TERKAIT AGRESI.....	31
D. MEKANISME NEUROBIOLOGIS POLIMORFISME GENETIK DALAM AGRESI.....	33
E. FAKTOR LINGKUNGAN DALAM MEMPERKUAT ATAU MENEKAN PERILAKU KEKERASAN.....	33
 BAB 5 TRADISI, PATRIARKI, DAN KONSTRUKSI SOSIAL YANG MEMBENTUK RELASI GENDER DALAM BUDAYA BALI DAN HUBUNGANNYA DENGAN GEN RESEPTOR SEROTONIN	45

A. DASAR ILMIAH: GEN RESEPTOR SEROTONIN DAN PERILAKU KEKERASAN.....	46
B. TRADISI, PATRIARKI, DAN KONSTRUKSI SOSIAL SEBAGAI FAKTOR LINGKUNGAN.....	47
C. CONTOH KASUS DALAM MASYARAKAT BALI	48
D. UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN	49
 BAB 6 HUBUNGAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DENGAN TRAUMA MASA KECIL, STRES LINGKUNGAN, DAN DINAMIKA KELUARGA.....	56
A. PENDAHULUAN	57
B. ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO KDRT	59
C. TRAUMA MASA KECIL.....	60
D. STRES LINGKUNGAN.....	61
E. DINAMIKA KELUARGA.....	62
 BAB 7 PERAN TRAUMA DALAM PERUBAHAN NEUROANATOMI OTAK DAN PENGARUHNYA TERHADAP REGULASI EMOSI DAN PERILAKU	64
A. TRAUMA DAN OTAK: LANDASAN NEUROANATOMI.....	65
B. DAMPAK TRAUMA TERHADAP REGULASI EMOSI.....	67
C. PERILAKU ADAPTIF DAN MALADAPTIF AKIBAT TRAUMA	68
D. PERAN NEUROTRANSMITTER 5 HT TERHADAP PERILAKU REGULASI EMOSI DI OTAK	69
E. IMPLIKASI KLINIS DAN TERAPEUTIK	73
 BAB 8 PERAN TRAUMA DALAM PERUBAHAN NEUROANATOMI OTAK DAN PENGARUHNYA TERHADAP REGULASI EMOSI DAN PERILAKU	75
A. TRAUMA MASA KECIL SEBAGAI FAKTOR RISIKO PELAKU KDRT	81
B. PROFIL GENETIK DAN HUBUNGANNYA DENGAN KDRT	85
C. KETERLIBATAN UNTUK PENANGANAN KDRT DI BALI.....	86
D. KESIMPULAN	87
 BAB 9 PENGARUH KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DENGAN KESEHATAN SEKSUAL.....	89
A. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT)	90
B. PENGUKURAN KEKERASAN	93
C. EPIDEMIOLOGI.....	94
D. DAMPAK KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI.....	95
E. PERAN TENAGA KESEHATAN	102

BAB 10 MELAWAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA: KEBIJAKAN DAN INTERVENSI BERBASIS SOSIAL, BUDAYA, DAN GENETIK.....	105
A. CONTOH KASUS KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA.....	108
B. UNDANG-UNDANG YANG MENANGANI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA.....	111
 BAB 11 MELACAK AKAR KEKERASAN: SINERGI FAKTOR BIOLOGIS DAN SOSIAL DALAM KDRT DI BALI	115
A. JENIS-JENIS KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA	117
B. FAKTOR KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA	118
C. PENCEGAHAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA	124
D. PENANGANAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA	125
 BAB 12 PENDEKATAN HUKUM, EDUKASI, DAN KESEHATAN MENTAL PADA KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA.....	129
A. PENDEKATAN HUKUM, EDUKASI, DAN KESEHATAN MENTAL PADA KDRT	131
B. KOLABORASI ANTAR-PILAR UNTUK KEBERHASILAN PENANGANAN KDRT	135
 PENUTUP.....	136
DAFTAR PUSTAKA.....	138

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Model Respesifikasi Final hubungan antara KDRT, kecerdasan emosional (KE), stres kehidupan (SK), dan perilaku agresif (PA).....	2
Gambar 2. Model hubungan antara KDRT, perilaku agresif, stres kehidupan, dan kecerdasan emosional seseorang.....	6
Gambar 3. Rumus bangun Serotonin	13
Gambar 4. Serotonin Pathway	14
Gambar 5. Peran Serotonin	16
Gambar 6. Perjalanan neurotransmitter di celah sinaps.....	19
Gambar 7. Ilustrasi reseptor Serotonin	19
Gambar 8. Hubungan antara ion chanel dan reseptor serotonin.....	22
Gambar 9. Kromosom dan Gen.....	23
Gambar 10. Susunan Kromosom	24
Gambar 11. Lokasi gen 5HT1A pada manusia	26
Gambar 12. Lokasi gen 5HT1A pada tikus.....	26
Gambar 13. Roda Kekuatan dan Kontrol Medis.	103
Gambar 14. Roda Kekuatan Advokasi.	104

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Famili Reseptor Serotonin	20
Tabel 2. Distribusi Reseptor Serotonin dalam tubuh manusia	21

PENDAHULUAN

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah salah satu fenomena sosial yang masih menjadi tantangan besar di banyak negara, termasuk Indonesia. Fenomena ini tidak hanya mempengaruhi para korban secara fisik dan emosional, tetapi juga memiliki dampak yang luas terhadap struktur sosial dan kesehatan mental masyarakat. Meskipun berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah dan lembaga terkait untuk menangani KDRT, kenyataannya angka Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) masih tinggi dan seringkali tidak dilaporkan.

KDRT melibatkan berbagai bentuk kekerasan, mulai dari fisik, emosional, seksual, hingga ekonomi, yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya. Dalam banyak kasus, korban kekerasan ini adalah perempuan dan anak-anak yang seringkali merasa terjebak dalam situasi tanpa jalan keluar. Rendahnya kesadaran hukum, ketakutan akan stigma sosial, serta kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar menjadi faktor-faktor yang memperparah kondisi ini.

Penyebab KDRT memberikan petunjuk tentang berbagai variasi faktor penyebab. Salah satu contohnya adalah neurotransmitter Serotonin. Serotonin sendiri dikenal sebagai suatu neurotransmitter penting yang berfungsi untuk mengirim berbagai pesan di dalam otak, misalnya tentang suasana perasaan, emosi, tidur ataupun selera makan.

Reseptor 5-*hydroxytryptamine* atau reseptor 5-HT adalah reseptor *ligand-gated ion channels* (LGIC), yang berpasangan dengan protein-G dan reseptor kanal ion yang ditemukan baik pada sistem saraf pusat maupun sistem saraf perifer. Mereka memediasi kedua proses yang terjadi melalui neurotransmisi stimulasi dan inhibisi yang beraksi terhadap ligan alaminya.

Dalam konteks inilah, penting untuk mencermati dan memahami fenomena KDRT secara mendalam. Dengan meningkatkan kesadaran masyarakat, memberikan edukasi yang tepat, serta memperkuat sistem hukum dan dukungan sosial, diharapkan kita dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman dan mendukung bagi semua anggota keluarga. Melalui buku ini, diharapkan pembaca dapat mendapatkan pemahaman yang komprehensif mengenai KDRT, sekaligus mendapatkan inspirasi untuk berkontribusi dalam upaya pencegahan dan penanganan kasus-kasus KDRT di masyarakat.

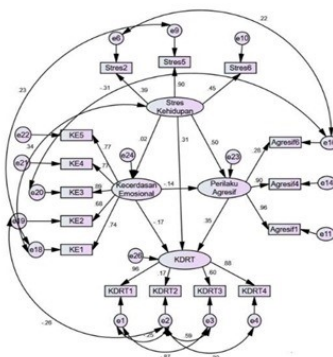
BAB 1

FENOMENA KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan masalah global yang sering terjadi tetapi seolah terabaikan. Peningkatan kasus KDRT bahkan mencapai 60-70% setiap tahunnya. Berdasarkan data dari Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan), jumlah kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Indonesia pada tahun 2023 mencapai 288.111 kasus. Setidaknya ada tiga juta kasus yang dilaporkan sepanjang tahun ini. Menurut Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak terdapat 28 juta perempuan Indonesia pernah mengalami KDRT. Fenomena gunung es dari KDRT ini membuat prevalensi KDRT secara nasional juga terus meningkat.

Dampak yang paling sering dari KDRT adalah masalah kesehatan dan perilaku (72%) serta masalah psikiatri (58%). Dampak pada anak-anak ternyata sangat memprihatinkan, karena lebih dari 90% korban KDRT ini mengalami masalah psikologis atau perilaku. Yang sangat memprihatinkan 41% dari korban KDRT sama sekali tidak mampu berbuat apa-apa, mereka hanya pasrah menerima nasib mereka diperlakukan dengan kasar oleh anggota keluarga. Kalaupun muncul keberanian biasanya para korban KDRT memilih cara aman untuk berpisah meninggalkan pasangannya.

Fenomena kekerasan secara umum juga banyak terjadi di sekitar kita. Berbagai kekerasan ternyata juga terjadi di sekolah, dilakukan oleh para guru dan rekan-rekan sesama pelajar, sehingga menambah panjang daftar kekerasan yang dialami oleh anak-anak sejak usia yang sangat dini. Benih-benih kekerasan yang telah ada akan tumbuh semakin subur di otak anak-anak tersebut. Para guru diharapkan dapat mengajar dan melatih mereka agar kecerdasan emosional mereka bertambah dan makin terasah. Hubungan antara KDRT dengan berbagai sifat, karakter, dan kecerdasan seseorang dapat dilihat di sini pada gambar 1.



Gambar 1. Model Spesifikasi Ulang Final hubungan antara KDRT, kecerdasan emosional (KE), stres kehidupan (SK), dan perilaku agresif (PA)

A. HUBUNGAN KDRT DAN PERILAKU AGRESIF

Terdapat begitu banyak tindakan atau perilaku agresif yang dapat membuat korban ketakutan, trauma bahkan sampai mengalami berbagai gejala gangguan jiwa. Risiko dan dampak KDRT adalah mengalami gangguan jiwa, bunuh diri dan berubahnya para korban KDRT terjebak dalam lingkaran setan menjadi pelaku KDRT bagi pasangan dan anak-anaknya. Hasil *confirmatory factor analysis* (CFA) menunjukkan bahwasemua indikator KDRT cukup signifikan ($p < 0,001$) baik dari segi pelaku kekerasan, jenis kekerasan, skor kekerasan dan jenis kekerasan yang mereka alami. Makin berat kekerasan yang dialami, risiko seseorang mengalami gangguan jiwa akan semakin besar.

Hal ini menjadi tugas dan catatan penting bagi para calon orangtua agar mulai mempersiapkan anak-anak mereka untuk tidak melakukan perilaku agresif yang nantinya menjadi bibit untuk terjadinya gangguan jiwa. Anak tidak hanya perlu dinasehati agar mereka menjadi baik, terlebih lagi orangtua harus memberikan teladan yang baik untuk mereka. Menjadi tanggung jawab kita bersama untuk dapat menangani kasus demi kasus secara tuntas agar tidak menyisakan bom waktu untuk munculnya gangguan emosi, mental dan perilaku di kemudian hari.

B. HUBUNGAN KDRT DAN STRES KEHIDUPAN

Stres kehidupan (SK) yang ternyata ikut serta melatar-belakangi terjadinya KDRT. Kriteria stres kehidupan menurut Holmes dan Rahe yang terdiri dari 43 item dipakai sebagai dasar untuk menghitung hubungan antara KDRT dan stres kehidupan yang pernah dialami setahun terakhir. Terdapat 10 peristiwa kehidupan yang dapat dianggap sebagai stres dan diperhitungkan di sini secara bermakna ikut mempengaruhi terjadinya KDRT, yaitu pindah kerja, perubahan rumah, perubahan kegiatan sosial, perubahan keuangan, perceraian dan kebiasaan, keretakan hubungan keluarga (terutama pertengkaran dengan pasangan), perubahan pertemuan keluarga,

hari raya, sakit atau kecelakaan.

Pengaruh stres kehidupan sendiri sebetulnya sudah cukup bermakna secara langsung terhadap terjadinya KDRT, dengan efek *loading factors* 0,687. Angka ini justru mengecil 0,003 jika dihubungkan dengan perilaku agresif seseorang. Hubungan antara stres kehidupan (SK) dan KDRT dapat diartikan sebagai hubungan langsung yang cukup bermakna.

Peristiwa traumatik di masa lalu tak dapat diabaikan begitu saja, karena akan berdampak pada terjadinya kekerasan di kemudian hari, dalam hal ini adalah kejadian KDRT. Sebagaimana diketahui peristiwa traumatik kehidupan memang terus akan menetap dalam otak seseorang, seumur hidup akan tersimpan rapi di dalam sistem limbik manusia dan suatu saat nanti bakal muncul kembali dalam bentuk KDRT dan berbagai gangguan jiwa, misalnya saat ada suatu kejadian yang memicunya.

C. HUBUNGAN KDRT DAN KECERDASAN EMOSIONAL

Kecerdasan emosional (KE) dapat dipelajari dan dilatih sejak dini. Dengan melihat hasil ini para pemangku kebijakan dapat mulai menyusun suatu pelatihan guna mengurangi angka kejadian KDRT serta mencegah munculnya kasus baru melalui berbagai program pelatihan dan kursus-kursus singkat melibatkan semua pasangan baik yang masih muda, pasangan yang telah lama menikah dengan prioritas pada mereka yang berisiko mengalami atau melakukan KDRT. Lembaga-lembaga yang mengurus pernikahan juga mulai memikirkan modul-modul pelatihan yang dapat dipakai sebagai program pencegahan bagi pasangan yang akan menikah.

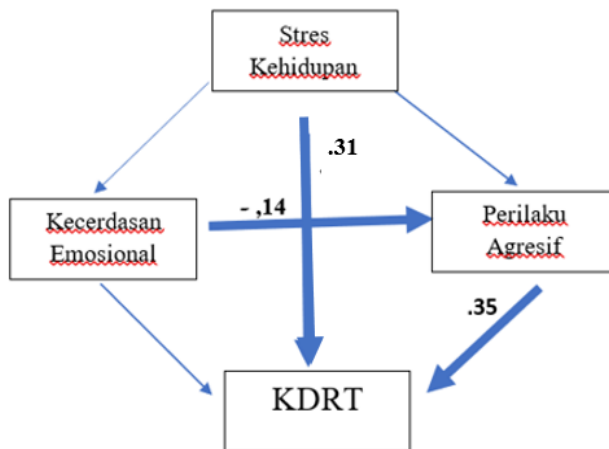
Terdapat 5 jenis kecerdasan emosional yang dipakai untuk mengukur seberapa besar kecerdasan emosional seseorang, yaitu kesadaran diri, pengaturan diri, motivasi diri, empati, dan ketrampilan sosial. Mereka yang memiliki kecerdasan emosional baik tidak akan melakukan kekerasan, demikian sebaliknya orang dengan kecerdasan emosional rendah akan banyak

melakukan tindak kekerasan. Hubungan antara tindak kekerasan dan kecerdasan emosional dapat digambarkan pada bagan di bawah ini.

Hubungan antara kecerdasan emosional (KE) dan KDRT terjadi secara tidak langsung (*indirect effect*) melalui stres kehidupan (SK), dimana besaran efek *loading factors*-nya mencapai angka 0,738. Jika dijumlahkan dengan efek *loading factors* diperoleh angka 0,928 (sangat berpengaruh). Dapat disimpulkan bahwa jalur pengaruh kecerdasan emosional (KE) terhadap terjadinya KDRT adalah melalui stres kehidupan (SK) yang dialami seseorang.

Kecerdasan emosional seseorang sangat berperan dan menjadi sebuah faktor positif untuk mencegah terjadinya KDRT. Kalau agresivitas dianggap sebagai sebuah faktor bawaan atau genetik, tidak demikian dengan kecerdasan emosional, karena Kecerdasan emosional dapat dipelajari sejak usia yang sangat dini. Yang perlu dipastikan adalah apakah seorang anak mendapatkan pelajaran yang baik di awal kehidupan mereka, jika ternyata mereka tinggal dalam keluarga yang penuh dengan KDRT.

Dari gambar 1 di atas tampak bahwa efek hubungan yang signifikan tampak diantara ke-4 variabel di atas, yaitu antara Perilaku Agresif (PA) ke KDRT sebesar 0,35 dan efek hubungan Stres Kehidupan (SK) ke KDRT sebesar 0,31. Efek hubungan antara Kecerdasan Emosional (KE) ke KDRT terjadi secara tidak langsung, yaitu melewati Perilaku Agresif (PA) dengan hubungan negatif sebesar - 0,14 dilanjutkan dengan efek hubungan Perilaku Agresif (PA) ke KDRT yang memang cukup tinggi, yaitu sebesar 0,35. Artinya mereka yang memiliki Kecerdasan Emosional yang tinggi cenderung lebih sedikit berperilaku agresif, demikian sebaliknya jika kecerdasan emosional mereka rendah, kemungkinan melakukan tindakan agresif akan meningkat sebesar 0,14. Jika disederhanakan model hubungan tersebut tampak seperti gambar 2.



Gambar 2. Model hubungan antara KDRT, perilaku agresif, stres kehidupan, dan kecerdasan emosional seseorang.

Kesimpulan:

Dapat disimpulkan bahwa terdapat 2 hal yang secara langsung cukup signifikan untuk terjadinya KDRT, yaitu perilaku agresif dan stres kehidupan. Tindakan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) akan lebih tinggi jika sebelum memasuki jenjang pernikahan ternyata subyek telah memiliki riwayat perilaku agresif sebelumnya, demikian juga saat mereka mengalami berbagai stres kehidupan, risiko terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) juga akan semakin meningkat. Kecerdasan emosional (KE) berefek negatif terhadap terjadinya KDRT, mereka yang memiliki KE tinggi cenderung tidak berperilaku agresif, demikian sebaliknya, mereka dengan KE buruk cenderung berperilaku agresif.

= / =

BAB 2

KARAKTERISTIK PELAKU KDRT DI BALI

A. PELAKU KDRT (KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA)

Kekerasan yang ada dalam diri seseorang memang relatif menetap, dan telah ada atau dibawa sejak usia dini. Mereka yang melakukan KDRT umumnya pernah menjadi korban tindak kekerasan sebelumnya, atau setidaknya pernah menjadi saksi terjadinya tindak kekerasan yang dilakukan oleh orang-tua ataupun keluarga mereka, dimana kekerasan terbanyak diperoleh dari para suami (42,74%). Tindak kekerasan oleh istri, pasangan yang belum secara resmi menikah dan ayah, menduduki peringkat berikutnya, masing-masing menyumbangkan 12% sebagai bentuk rantai kekerasan dalam keluarga. Teori intergenerasional yang menyatakan bahwa apabila seorang anak mendapat kekerasan dari orang-tuanya, mereka akan cenderung melakukan hal yang sama terhadap keturunannya, sehingga rantai kekerasan menjadi makin kuat dan sulit untuk diputus.

Dari sudut penilaian keteraturan keluarga, ternyata sepertiga dari para pelaku KDRT ini tergolong memiliki kehidupan yang kurang teratur (34,19%), sisanya 48,72% memiliki kehidupan keluarga yang cukup teratur dan hanya 17,09% saja yang memiliki kehidupan keluarga teratur. Responden terbanyak berasal dari wilayah kota Denpasar (60,68%), sisanya tersebar di delapan kabupaten di Bali. Seluruh responden menyatakan dirinya memang mengalami stres, dengan bagian terbesar adalah stres yang sedang (53,8%), diikuti dengan stres berat (38,5%) dan hanya tujuh orang yang menyatakan dirinya stres ringan saja (7,7%).

Pelaku KDRT terbanyak adalah para suami (lebih dari 50%), sisanya adalah anggota keluarga yang lain seperti istri, orangtua dan anak-anak. Yang menarik di sini ternyata pelaku KDRT yang belum secara resmi menikah juga dilaporkan. Mereka bisa jadi masih berstatus pacar, wanita idaman lain, pria idaman lain, ataupun pasangan siri. Menurut aparat penegak hukum laporan mereka justru banyak yang kembali dicabut karena rasa kasihan, ataupun tindak lanjut yang berbeda dengan ekspektasi pelapor. KDRT paling banyak ternyata dilakukan oleh pasangan, tanpa memandang usia. KDRT dapat

dialami dan dilakukan oleh siapa saja mulai dari para pasangan muda sampai para lansia yang sudah melewati tahun emas perkawinan mereka (telah menikah 50 tahun).

B. HUBUNGAN KDRT (KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA) DAN CIRI KEPRIBADIAN

Ciri kepribadian para pelaku KDRT terbanyak adalah mereka dengan Ciri Kepribadian *Narcissistic* (17,95%) disusul dengan ciri kepribadian Depresif (16,24%) dan Dependen (15,38%) sehingga jika dikelompokkan ke dalam masing-masing pola kepribadian, maka akan didapatkan bahwa kelompok terbesar pelaku KDRT sebenarnya adalah mereka yang memiliki pola kepribadian tipe C yaitu Depresif, Dependen, *Negativistic*, *Compulsive* dan *Avoidant* yang jumlahnya mencapai 55 orang (47,01%). Baru kemudian disusul dengan pola kepribadian tipe B yaitu *Narcissistic*, *Masochistic*, *Sadistic*, *Histrionic* dan *Borderline* (36,75%). Kelompok ke-3 adalah mereka dengan Ciri Kepribadian tipe A seperti Paranoid, *Schizoid* dan Schizotipal justru jumlahnya paling sedikit (16,24%).

Beberapa literatur menyimpulkan bahwa pelaku KDRT memiliki karakter dan gangguan jiwa tertentu, seperti sifat yang mudah curiga (paranoid) yang nantinya cenderung menjadi gangguan Waham Menetap. Dalam hal ini terungkap bahwa justru mereka yang memiliki pola kepribadian tipe C cenderung 1,3 kali lebih banyak melakukan KDRT dibandingkan dengan mereka yang memiliki pola kepribadian tipe B dan 2,9 kali lebih banyak dibandingkan pola kepribadian tipe A. Kenyataan semacam ini membuka mata kita bahwa KDRT sebenarnya adalah masalah psikososial yang didasari oleh permasalahan psikologis dan biologi.

Fokus yang lebih besar diperlukan untuk sejak awal mengenali karakter dan ciri kepribadian masing-masing calon pasangan, agar kelak sesudah memasuki jenjang pernikahan kejadian kekerasan seperti ini tidak akan terjadi lagi. Lembaga pemerintah dan swasta yang selama ini sudah menggalakkan

pentingnya konseling pra-nikah bagi calon pengantin perlu mendapat dukungan lebih besar agar mereka mampu melakukan fungsinya secara tepat sasaran dalam mencegah terjadinya KDRT.

C. KOMPONEN KDRT (KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA)

Indikator yang dipakai dalam mengukur terjadinya dan jenis-jenis KDRT dibagi menjadi 4 variabel untuk mengetahui berbagai bentuk kekerasan yang telah terjadi, siapa pelakunya dan siapa korban dari kekerasan tersebut, bagaimana dampak dari tindak kekerasan serta pengaruhnya dalam diri korban.

Pelaku kekerasan fisik lebih banyak pria dibandingkan wanita, sementara wanita lebih sering melakukan kekerasan psikologis/emosional terhadap korbannya. Perilaku kekerasan yang mereka lakukan adalah: menampar, mendorong, menarik dengan kasar, memaksa hubungan seksual, menolak hubungan seksual, melakukan kekerasan ekonomi, menelantarkan, mengabaikan saat korban sakit, melempar benda-benda, menendang, berteriak atau membentak, memukul atau menyakiti, memakai senjata, memaki atau menghina, dan berselingkuh. Perilaku kekerasan ini cenderung resiprokal, jika awalnya dilakukan oleh laki-laki, sekian waktu kemudian pihak wanita turut melakukan berbagai kekerasan yang kurang lebih sama dengan perilaku pasangannya. Hal inilah yang memicu terjadinya kekerasan intergenerasional yang turun temurun tak ada habisnya.

Perilaku kekerasan yang dilakukan oleh para pelaku di sini umumnya adalah perilaku impulsif yang sebelumnya memang tidak pernah direncanakan oleh mereka. Itulah sebabnya banyak korban kekerasan yang begitu trauma hidup bersama dengan pelaku, karena setelah melakukan kekerasan justru para pelaku ini berubah menjadi sosok yang manis, jauh lebih baik dan sopan dibandingkan sebelumnya, seolah menjadi suatu kata penebusan dan penyesalan dari perbuatan mereka. Seringkali banyak orang tak percaya saat

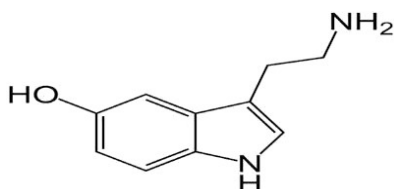
para korban menceritakan tindak kekerasan yang telah dialaminya, karena di mata orang lain pelaku kekerasan ini justru merupakan sosok yang baik, pandai berpura-pura untuk menutup-nutupi apa yang telah mereka lakukan. Hal ini sesuai dengan ciri kepribadian pelaku di sini, dimana kelompok terbanyak pelaku KDRT memiliki ciri kepribadian narsistik (17,95%) dan depresif (16,24%).

Terdapat hubungan yang multi model antara terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga(KDRT) dengan beberapa faktor yang lain, yaitu perilaku agresif, stres kehidupan dan kecerdasan emosional, baik secara langsung maupun secara tidak langsung. KDRT erat kaitannya dengan Perilaku Agresif (PA), Stres Kehidupan (SK), dan Kecerdasan Emosional (KE) seseorang, seperti yang tampak pada gambar 1 dan 2 tentang Model Struktural KDRT. Ciri kepribadian (CK) dan status sosial (SS) ternyata tidak valid dan kurang sesuai untuk dipergunakan sebagai indikator mengukur terjadinya KDRT.

BAB 3

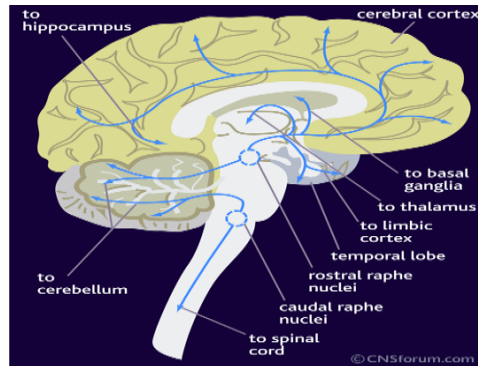
SEROTONIN DAN TINDAK KEKERASAN

Serotonin adalah neurotransmitter yang mengatur banyak bagian otak melalui berbagai jalur di otak. Serotonin digunakan mengatur transmisi dalam fungsi otak, guna mengatur sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler dan endokrin. Serotonin terdapat hampir di seluruh tubuh dan memainkan peranan penting dalam pencernaan makanan, sirkulasi darah dan pernafasan. Sembilan puluh persen serotonin yang ditemukan dalam tubuh terletak di sel-sel *enterochromaffin* dalam saluran cerna. Serotonin langsung atau tidak langsung mempengaruhi hampir semua sel di otak dan berkaitan dengan berbagai fungsi seperti suasana perasaan, keinginan seksual, memori, nafsu makan, perilaku tidur dan perilaku sosial.



Gambar 3. Rumus bangun Serotonin

Meskipun hanya satu dari satu juta neuron *Central Nervous System* (CNS) yang memproduksi serotonin, sel-sel ini sangat berpengaruh terhadap seluruh aspek fungsi CNS. Badan sel dari neuron serotonergik berkelompok di *midline raphe nuclei* dari batang otak, bagian *rostral raphe nuclei* mengirim proyeksi asending akson ke seluruh otak, sementara bagian *ascending caudal raphe nuclei* mengirimkan proyeksinya ke medula, *cerebellum* dan *spinal cord*, seperti yang terlihat pada gambar 2. Serat-serat *descending* serotonergik yang menginervasi tanduk dorsalis dari *spinal cord* akan berimplikasi pada supresi jalur nosiseptif, yang nantinya akan berpengaruh pada efek penghilang nyeri beberapa *anti depressan*.



Gambar 4. Serotonin Pathway

Serotonin diisolasi pada tahun 1948 oleh Maurice Rapport, Arda Greene dan Irvine Page di Klinik Cleveland. Awalnya diduga Serotonin merupakan suatu vasokonstriktor yang menyebabkan penyempitan pembuluh-pembuluh darah, dan ternyata memang demikian salah satu efeknya. Selain itu Serotonin juga dikenal turut berperan sebagai kontributor untuk perasaan sejahtera/bahagia, sehingga dikenal juga sebagai “hormon kebahagiaan” meskipun Serotonin bukanlah hormon. Akhirnya klinisi menyelami lebih dalam tentang struktur kimia dan efek-efek serotonin di dalam otak, dan mengelompokkan Serotonin sebagai suatu neurotransmitter dengan berbagai macam peran seperti yang dikenal saat ini.

A. CARA KERJA SEROTONIN

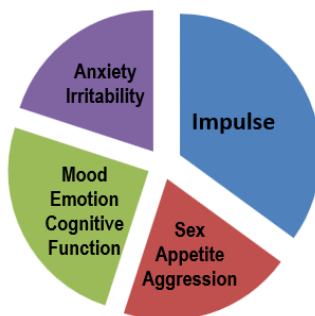
Cara kerja Serotonin seperti neurotransmitter yang lain, akan memasuki vesikel ke terminal presinaps, dimana proses kimia berlangsung, melalui sinaps tersebut neurotransmitter akan dilepaskan. Sementara itu gen reseptor akan tiba di sinaps berikutnya untuk menerima neurotransmitter, demikian proses ini berulang sampai ke seluruh tubuh. Neurotransmitter yang tidak diterima oleh sinaps berikutnya akan diambil melalui proses pengambilan kembali (*re-uptake*) dalam arti kembali ke sinaps sebelumnya. Masalah akan muncul pada saat Serotonin yang diterima oleh sinaps berikutnya terlalu sedikit atau terlalu banyak. Para ilmuwan mencoba menggambarkan keseluruhan peran yang dimainkan oleh Serotonin, meskipun tidak selalu sama untuk semua orang.

Apa yang terjadi di dalam otak saat seseorang mengalami kesulitan emosional, memang tak sepenuhnya diketahui. Teknik-teknik modern seperti CT-scan otak mulai memberikan informasi, meskipun tak terlalu mengejutkan, terdapat beberapa perubahan pada korteks yang membuat kita tahu tentang emosi, dan berbagai bagian di sistem limbik yang memiliki fungsi hampir sama. Keduanya, memiliki hubungan yang cukup erat, meskipun tidak ada yang tahu secara pasti apa yang salah dengan bagian-bagian otak tersebut.

Serotonin merupakan zat kimiawi yang penting di dalam otak, dimana berbagai zat seperti *ecstasy* akan mempengaruhi efek serotonin ini. Serotonin adalah suatu neurotransmitter yang menolong mengirim berbagai pesan di dalam otak, meliputi suasana perasaan, emosi, tidur dan selera makan. Serotonin dan kortisol bekerja bersama-sama, Serotonin dilepaskan di dalam otak pada saat sekelompok sel-sel otak telah aktif, sehingga memungkinkan untuk saling berkomunikasi satu sama lain. Serotonin dengan kadar normal akan memunculkan perasaan bahagia, tetapi pada waktu tubuh mengalami stres yang berlebihan, tubuh akan mulai menggunakan Serotonin lebih banyak untuk mengkompensasi kondisi tersebut.

Penurunan kadar Serotonin di otak akan mengakibatkan berbagai simptom fisik dan mental. Hari ini banyak klinisi percaya bahwa stres sangat berperan dan dianggap sebagai pelaku kejahatan utama yang mengakibatkan turunnya kadar Serotonin. Rendahnya kadar Serotonin tersebut juga ternyata menimbulkan tambahan stres lagi. Turunnya kadar Serotonin akan mengakibatkan gejala fisik dan mental ringan termasuk *irritable*, kelelahan, sulit konsentrasi, kurang tidur, dan banyaknya pikiran negatif. Perubahan kadar serotonin di otak akan mempengaruhi perilaku seseorang. Gejala-gejala fisik akibat rendahnya kadar serotonin misalnya kegemukan, gangguan makan, nyeri kronis dan migren. Efek mental yang muncul meliputi insomnia, penyalahgunaan alkohol, depresi, cemas dan munculnya serangan panik. Sedangkan efek perilaku akibat turunnya Serotonin meliputi kurangnya rasa percaya diri, perilaku dan pikiran obsesif, serta berbagai pikiran negatif yang

kronis. Serotonin disekresi dalam saluran gastrointestinal, melalui sel-sel enterokromafin, selain itu juga didapatkan dalam platelet untuk membantu proses pembekuan darah, serta di dalam sel-sel neuron sebagai pengatur kontraksi otot dan status mental seseorang. Peran serotonin bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 5. Peran Serotonin

Kadar serotonin yang rendah dalam otak berhubungan dengan peningkatan kepekaan terhadap perilaku impulsif, agresi, makan berlebihan, depresi, penyalahgunaan alkohol dan bunuh diri yang sadis. Saya menemukan bahwa tindak kekerasan berhubungan dengan rendahnya kadar Serotonin. Sekelompok orang Swedia mengukur kadar 5-HIAA dan metabolit Serotonin lainnya dalam cairan serebrospinal dari 16 orang pria yang dihukum karena membunuh, 22 orang pria yang bunuh diri dan 39 laki-laki sehat sebagai kontrol. Kadar Serotonin paling rendah didapatkan pada laki-laki yang membunuh pasangan seksualnya dan mencoba untuk membunuh dirinya sendiri.

Jika fungsi serotonergik yang rendah membuat seseorang agresif dan berperilaku sadis, dapatkah hal yang sebaliknya terjadi, jika defisiensi Serotonin diperbaiki, maka perilaku seseorang akan menjadi lebih baik? Meskipun belum ada penjelasan lanjutan yang sistematis di area ini, beberapa bukti menunjukkan bahwa hal itu sangat mungkin terjadi. Fungsi serotonergik dapat meningkat melalui dua cara yang mendasar, yaitu melalui penyediaan *precursor* metabolik untuk terbentuknya Serotonin, atau melalui inaktivasi Serotonin yang dilepaskan di celah sinaps.

Pemberian infus 5-HTP (5-Hydroxytryptophan) yang merupakan *precursor* dari Serotonin akan meningkatkan ekskresi 5-HIAA di dalam urine, sehingga terbukti bahwa sebagian besar 5-HTP yang diberikan akan terkonversi menjadi Serotonin. Subyek yang memiliki kadar Serotonin tinggi dalam darahnya menceritakan pengalamannya, denyut jantung dan peristaltik usus meningkat, telinga berdenging dan di seluruh ruangan tercium bau apek seolah kekurangan udara segar, aktivitas psikomotor mengalami peningkatan, terjadi disorganisasi pembicaraan dan kesulitan untuk berpikir dan berkonsentrasi.

Melalui sebuah studi di Institut Psikiatri King College, London, terungkap bahwa pengurangan Serotonin melalui metode *tryptophan depletion (TD)* akan mengakibatkan peningkatan agresivitas. Para wanita sehat yang direkrut dalam penelitian tersebut diberikan minuman yang memiliki efek menghilangkan tryptophan. Dalam waktu 4,5 jam kemudian mereka bertanding dalam sebuah kompetisi dengan kecepatan waktu bereaksi. Hasilnya wanita yang telah meminum cairan *tryptophan depletion (TD)* tersebut tampak berperilaku lebih agresif terhadap respon provokasi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa penurunan neurotransmisi serotonergik akan meningkatkan agresivitas pada wanita sama seperti pada pria.

B. GEN RESEPTOR SEROTONIN

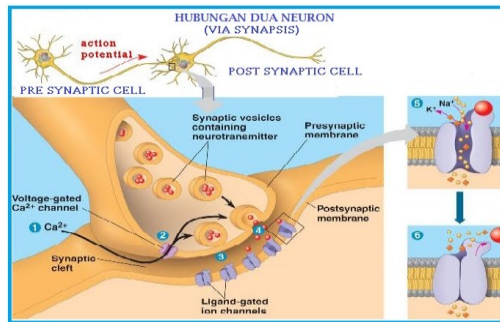
Reseptor Serotonin atau juga dikenal sebagai reseptor 5 -hidroksitriptamin atau reseptor 5-HT adalah suatu kelompok dari reseptor terhubung-protein G dan reseptor kanal ion (*ligand-gated ion channels*, disingkat LGIC) yang ditemukan pada sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Reseptor serotonin memperantarai neurotransmisi eksitatori dan inhibitori yang beraksi terhadap ligan alaminya. Reseptor Serotonin (5-HT) telah lama diketahui keberadaannya pada berbagai hewan, seperti lalat buah, tikus, katak, kelinci, anjing, babi, sapi dan kera seperti yang diungkap oleh Julius dan kawan-kawan pada tahun 1990. Penelitian dua tahun berikutnya berhasil mengungkap beberapa tipe reseptor tersebut secara komplit yang ternyata memiliki *codon* jauh lebih panjang

dibandingkan pada hewan, misalnya reseptor Serotonin tipe 2A (HTR2A) memiliki 1321 *codon*, sedangkan tipe 1E (HTR1E) memiliki 1921 *codon*. Dari 14 sub tipe reseptor Serotonin yang ada saat ini, reseptor 5HT1A dan 5HT7 memiliki hubungan dengan kecemasan, depresi dan fungsi kognitif terkait dengan mekanisme pembelajaran emosional dan memori.

Semua tipe reseptor 5-HT mirip dengan reseptor terganggeng protein G (*G Protein-Coupled Reseptor*) kecuali untuk reseptor 5-HT3 yang dimiliki superfamili *Cys-loop ligand-gated* dalam saluran ion. Setelah neurotransmitter keluar dari vesikel, neurotransmitter akan ditangkap oleh reseptor spesifiknya. Reseptor yang biasa digunakan, ada 2 macam, yaitu: *transmitter-gated channels* (ionotropik) dan *G-Protein-Coupled Receptors* (metabotropik). *G-Protein-Coupled Receptors* terdiri dari 1 polipeptida yang mempunyai 7 *spanning alpha helices*. Struktur ini sangat bervariasi, yang menentukan jenis G-protein dan jenis efektor yang akan diaktifkan. Walaupun berbeda, *G-Protein-Coupled Receptors* mempunyai proses sama, sebagai berikut:

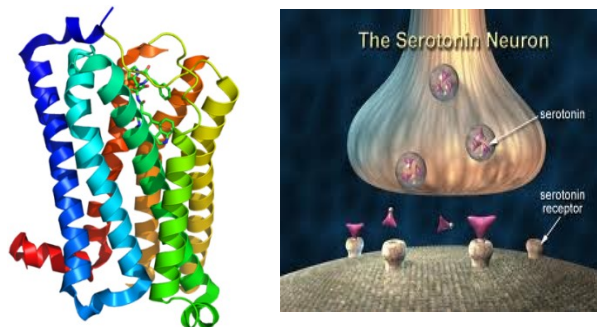
- A. Setiap protein G memiliki 3 sub-unit, yaitu α , β dan γ . Dalam keadaan istirahat, Guanosin difosfat (GDP) akan berikatan dengan subunit α
- B. Jika terdapat neurotransmitter yang berikatan dengannya, GDP akan diubah menjadi GTP (Guanosin trifosfat)
- C. Perubahan ini akan menyebabkan kompleks protein G terpecah menjadi 2, yaitu subunit α serta gabungan subunit β dan γ
- D. Setelah prosesnya selesai, maka GTP akan diubah kembali menjadi GDP

Gambar 4 di bawah ini mencoba menerangkan hubungan antara dua neuron melalui celah sinaps, bagaimana proses pelepasan neurotransmitaer yang terjadi di celah sinaps hingga diproses dalam *ligand-gated ion channels* di membrane post sinaps. Proses ini akan berlangsung dengan baik saat emosi seseorang berada dalam keadaan normal, dan akan berubah total saat seseorang mengalami berbagai peristiwa yang tidak mengenakkan, misalnya saat sedih, marah, kecewa, dan emosi negatif lainnya.



Gambar 6. Perjalanan neurotransmitter di celah sinaps.

Sementara gambar 5 merupakan ilustrasi agar dapat membayangkan hubungan rangkaian DNA yang menyusun gen reseptor Serotonin. Pola gen penyandi ini memiliki pola yang berbeda pada masing-masing orang, atau sering disebut dengan istilah polimorfisme. Lokasi dari reseptor Serotonin dapat ditemukan pada membran post sinaps.



Gen reseptor
Serotonin

Gambar 7. Ilustrasi reseptor Serotonin

C. SUBTIPE SEROTONIN

Terdapat tujuh kelas reseptor serotonin mencakup total 14 reseptor serotonin serta distribusinya dapat dilihat pada table 2.1 dan 2.2. Fungsi Serotonergik 5-HT sentral dan perifer pada manusia cukup berfluktuasi tergantung situasi lingkungan. Penelitian tersebut dilakukan di Amerika, tampak peran potensial 5-HT yang berbeda dalam beberapa fenomena untuk suasana hati, perilaku makan dan bunuh diri. Fenomena ini mungkin terkait dengan perubahan fungsi 5-HT pusat dan perifer. Konsentrasi 5-HT

hipotalamus pada spesimen otak pasca-mortem manusia tercatat menurun di musim dingin, meskipun tercatat menunjukkan nilai puncak di musim gugur.

Masing-masing reseptor Serotonin memiliki mekanisme yang berbeda, dengan respon inhibitori dan eksitatori seperti yang tampak pada tabel 1. Subyek dengan risiko genetik yang tinggi akan mudah menderita depresi berat saat mengalami suatu musibah ataupun stresor kehidupan yang berat. Bahkan apabila risiko genetik tersebut sangat tinggi, tanpa stresor kehidupan yang beratpun subyek akan mudah jatuh dalam kondisi depresi.

Tabel 1. Famili Reseptor Serotonin

Famili	Tipe	Mekanisme	Respon
<u>5-HT₁</u>	<u>G_i/G_o-protein coupled.</u>	Menurunkan level <u>cAMP</u> seluler.	Inhibitori
<u>5-HT₂</u>	<u>G_q/G₁₁-protein coupled.</u>	Meningkatkan level <u>IP₃</u> dan <u>DAG</u> .	Eksitatori
<u>5-HT₃</u>	Ligand-gated <u>Na⁺ and K⁺ cation channel.</u>	<u>Depolariisasi membran plasma.</u>	Eksitatori
<u>5-HT₄</u>	<u>G_s-protein coupled.</u>	Meningkatkan level <u>cAMP</u> seluler.	Eksitatori
<u>5-HT₅</u>	<u>G_i/G_o-protein coupled.</u>	Menurunkan level <u>cAMP</u> seluler.	Inhibitori
<u>5-HT₆</u>	<u>G_s-protein coupled.</u>	Meningkatkan level <u>cAMP</u> seluler.	Eksitatori
<u>5-HT₇</u>	<u>G_s-protein coupled.</u>	Meningkatkan level <u>cAMP</u> seluler.	Eksitatori

Risiko genetik ini dapat diamati dalam studi anak kembar. Kembar *monozygote* dengan salah satu pasangan mengalami depresi berat memiliki risiko sangat tinggi, sama halnya dengan kembar *dizygote* dengan salah satu pasangan mengalami depresi berat akan memiliki risiko tinggi. Sementara kembar *dizygote* dengan salah satu pasangan tidak mengalami depresi memiliki

risiko rendah dan kembar *monozygote* dengan salah satu pasangan tidak mengalami depresi memiliki risiko sangat rendah.

Inti dari semua metode genetika molekuler adalah kenyataan bahwa gen dapat menukar lokasi kromosomnya diantara alel selama *meiosis*. Saat *meiosis* kromosom yang berasal dari ibu dan kromosom yang berasal dari bapak sangat berdekatan dan dapat mengalami rekombinasi meiotik. Gen yang berdekatan memiliki kemungkinan yang kecil untuk dilepaskan dibandingkan dengan gen yang berjauhan. Sedangkan gen yang menempel biasanya diturunkan secara bersama-sama ke sel anak setelah *meiosis*, disebut *genetically linked*.

D. AGRESIVITAS, TINDAK KEKERASAN DAN SEROTONIN

Kemampuan manusia untuk melakukan agresivitas dan tindak kekerasan yang tidak dapat dihalangi oleh orang lain, akan mengakibatkan beban yang sangat dahsyat dan mahal di masyarakat. Secara pasti agresivitas pada individu akan terbentuk secara bertahap, dengan melalui beberapa pengalaman berulang sesudah mengalami kemenangan konflik-konflik sosial, dengan peningkatan (dari periode laten yang singkat, makin tinggi frekuensinya, sampai akhirnya secara ganas melakukan penyerangan), persisten (dari awalnya kurang menyerang, melalui kekalahan sampai akhirnya secara berulang melakukan serangan dan gigitan yang agresif), tanpa diskriminasi (menyerang wanita dan pria yang tidak ikut campur urusannya), membahayakan (meningkatnya kepekaan anggota tubuh dan mengakibatkan luka) sampai akhirnya melakukan serangan agresif.

Tabel 2. Distribusi Reseptor Serotonin dalam tubuh manusia

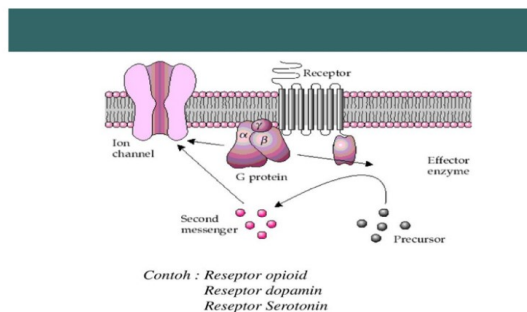
Reseptor	Kloning pertama	Gen	1	2	3	4	5
5-HT1A	1987	Templat: Gene	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
5-HT1B	1992	Templat: Gene	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
5-HT1D	1991	Templat: Gene	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
5-HT1E	1992	Templat: Gene	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
5-HT1F	1993	Templat: Gene	Tid	Ya	Tidak	Tidak	Tidak

			ak				
<u>5-HT2A</u>	1988	<u>Templat: Gene</u>	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
<u>5-HT2B</u>	1992	<u>Templat: Gene</u>	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
<u>5-HT2C</u>	1988	<u>Templat: Gene</u>	Ya	Ya	Ya	Ya	Ya
<u>5-HT3</u>	1993	<u>Templat: Gene</u>	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak
<u>5-HT4</u>	1995	<u>Templat: Gene</u>	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak
<u>5-HT5A</u>	1994	<u>Templat: Gene</u>	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
<u>5-HT5B</u>	1993	<u>Templat: Gene</u>	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
<u>5-HT6</u>	1993	<u>Templat: Gene</u>	Tidak	Ya	Tidak	Tidak	Tidak
<u>5-HT7</u>	1993	<u>Templat: Gene</u>	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak

SSP = susunan saraf pusat; GI = gastro-intestinal

Keterangan : 1. Pembuluh Darah, 2. SSP, 3. Saluran GI, 4. Platelet, 5. Otot Polos

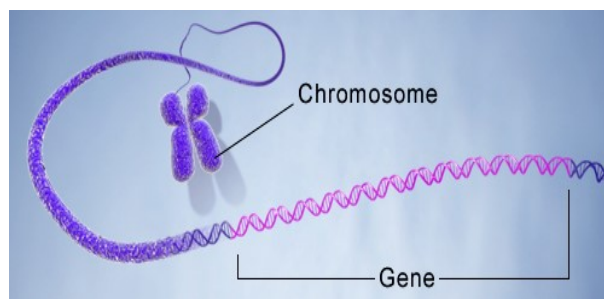
Secara nyata percobaan dengan model binatang memberikan kita kesempatan untuk mengidentifikasi perubahan plastis dari saraf dalam sistem kontrol neurochemical yang agresif, dimana hipotesis mengatakan akan menjadi penyebab tranformasi. Dalam hal ini kita fokus mengamati neurotransmisi dari komponen regular serotonin otak (5-HT).



Gambar 8. Hubungan antara ion chanel dan reseptor serotonin

Serotonin mempengaruhi berbagai faktor psikologis dan sosial, sementara faktor-faktor psikologis dan sosial akan mempengaruhi kadar serotonin. Didapatkan hubungan menetap secara timbal-balik dalam sistem ini. Gangguan fungsi serotonin bisa diperoleh dari berbagai metode, termasuk dengan meneliti metabolit serotonin tersebut, terutama 5-hydroxyindoleaceticacid (5-HIAA) di dalam cairan serebrospinal (CSF, Cerebrospinal fluid). Rendahnya kadar (5-HIAA) di dalam CSF merupakan indikasi rendahnya aktivitas serotonergik di otak. Aktivitas serotonergik juga dapat diperoleh dengan melakukan pengukuran perifer, termasuk triptofan plasma dan pengambilan serotonin dalam platelet. Fungsi serotonergik sentral juga diteliti melalui respon prolaktin terhadap agen-agen yang dapat meningkatkan aktivitas serotonergik.

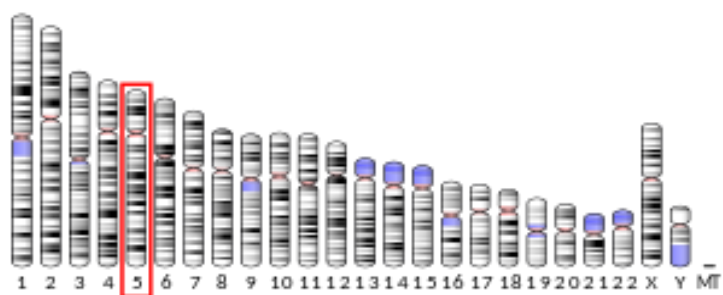
Penelitian pada tikus-tikus yang mengalami mutasi dan kekurangan gen reseptor Serotonin tipe 1B akan nampak lebih agresif. Mereka menyerang semua hewan yang mengganggu secara lebih bersemangat dibandingkan tikus-tikus tipe liar yang menunjukkan perilaku impulsif motorik. Pada manusia didapatkan beberapa variasi gen reseptor subtype yang harus diperhitungkan keberagaman agresinya, impulsivitasnya dan respon serotonergik susunan saraf pusatnya. Gen reseptor Serotonin tipe 2 didapatkan dalam jumlah tinggi di korteks prefrontal, suatu area yang mempengaruhi perilaku agresif dan kejam seseorang.



Gambar 9. Kromosom dan Gen

Disfungsi serotonergik akan mempengaruhi tindakan agresi secara berbeda-beda, tergantung dari kontrol impuls masing-masing individu, regulasi

emosional dan kemampuan sosialnya. Dengan demikian fungsi serotonergik tidak saja secara individual, tetapi juga terhadap dinamika kelompok dan pada gilirannya akan dipengaruhi oleh dinamika grup tersebut. Apakah agresi akan terjadi saat didapatkan disfungsi serotonin akan sangat tergantung pada berbagai perbedaan individual serta konteks sosial secara keseluruhan.



Gambar 10. Susunan Kromosom

Ada tiga bidang penting yang berhubungan dengan agresi, yang disebut kontrol impuls, pengaturan/regulasi afektif dan fungsi sosial. Secara luas literatur era tahun 1960-an memperlihatkan bukti-bukti adanya hubungan antara agresi binatang dan berkurangnya fungsi serotonergik. Sejak akhir 1970-an penelitian difokuskan pada agresivitas manusia, dengan memeriksa adanya tindak kekerasan terhadap orang lain, sama seperti tindakan bunuh diri, sebagai salah satu bentuk tindak kekerasan, dalam hal ini kekerasan yang ditujukan kepada dirinya sendiri. Dengan demikian fungsi serotonergik dipakai sebagai suatu marker dan prediktor bagi keduanya, baik tindak kekerasan maupun tindakan bunuh diri. Meskipun demikian tidak semua perilaku agresif berhubungan dengan penurunan fungsi serotonin, sehingga dibutuhkan evaluasi karakteristik lebih lanjut untuk menilai hubungan tersebut.

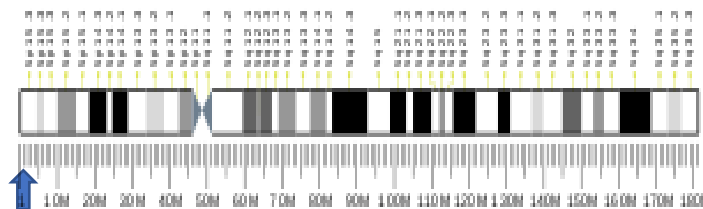
Penelitian tentang agresi pada 26 orang tentara, memperoleh data adanya agresi 'seumur hidup', dimana tindakan bunuh diri berhubungan dengan rendahnya kadar 5-HIAA mereka. Agresi seumur hidup tersebut diperoleh dari 9 kategori perilaku, dimana hanya 2 diantaranya yang berhubungan dengan kegiatan menyerang dan berkelahian.

Sementara katagori lainnya didapat dari riwayat *temper tantrum*, disiplin sekolah semasa kanak-kanak, perilaku antisosial, masalah pergaulan dengan supervisor dan disiplin militer saat mereka dewasa. Ternyata terdapat 12 orang yang terdiagnosis dengan gangguan kepribadian tipe ambang, mereka memperlihatkan banyak masalah kehidupan secara bervariasi di berbagai area fungsi Kehidupan.

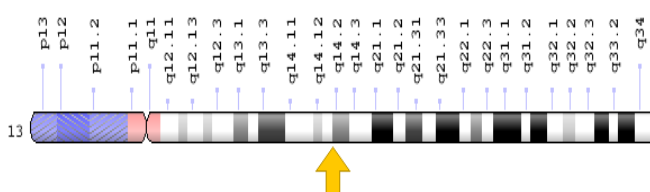
Kekerasan fisik merupakan salah satu kejadian yang berpotensi menimbulkan trauma dalam diri seseorang, disamping perkosaan dan bencana alam. Stresor keuangan, asmara dan lingkungan pekerjaan dianggap tidak begitu berpotensi menimbulkan stres. Ketika depresi terjadi, seseorang yang memiliki dukungan sosial yang tinggi akan lebih mudah dipulihkan keadaannya, karena dukungan sosial merupakan faktor protektif yang sangat penting bagi keadaan jiwa seseorang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara faktor genetik, serotonin, dan faktor lingkungan terhadap kondisi seseorang, baik yang mempengaruhi mereka menjadi pelaku ataupun korban dalam sebuah kekerasan.

Penelitian selama 4 minggu terhadap 71 pasien yang menderita Gangguan Depresi secara signifikan menunjukkan perubahan pada reseptor 5HTR2A. Perubahan tampak pada genotip, allele, dan distribusinya dibandingkan dengan mereka yang normal.

Lokasi kromosom 5-HTR1A berbeda pada binatang dan manusia. Menurut *Genetic Home Reference*, dalam uraiannya tentang Homo sapiens Annotation dinyatakan bahwa lokasi *cytogenetic* kromosom 5-HTR1A pada tikus adalah 13q14.2. Lengan panjang (q) dari kromosom ke 13 pada posisi 14.2. Lokasi molekuler gen tersebut terletak diantara *base pairs* 46.831.542 sampai 46.897.076 dari kromosom nomor 13. Pada manusia terletak pada kromosom nomer 5, yaitu pada *band* 5q12.3 yang terletak pada *base pairs* 63.960.356 sampai 63.962.507 seperti yang tampak pada gambar 8 dan 9 di bawah ini.



Gambar 11. Lokasi gen 5HT1A pada manusia



Gambar 12. Lokasi gen 5HT1A pada tikus

Neurotransmitter Serotonin (5HT) berimplikasi pada regulasi mood, memainkan peranan untuk patofisiologi dan terapi depresi. Reseptor subtype 5-HT_{1A} muncul secara kritis karena reseptor 5-HT_{1A} memiliki densitas yang tinggi pada area limbik dan kortikal yang terlibat dalam regulasi mood, sementara 5-HT_{1A} agonis berperan menghilangkan kecemasan dan depresi. Penelitian dengan *positron emission tomography* (PET) melaporkan adanya penurunan ikatan reseptor 5-HT_{1A} pada pasien dengan depresi berat, gangguan panik, dan berhubungan dengan kecemasan dan pola perilaku agresif. Pada manusia reseptor 5-HT_{1A} berimplikasi pada gangguan cemas, depresi dan pengobatannya. Bagaimanapun juga faktor fisiologi dan genetik yang mengontrol ekspresi reseptor 5-HT_{1A} tidak dapat dipastikan dari mana asalnya dalam mengontrol kesehatan dan timbulnya penyakit. Pemeriksaan dengan *positron emission tomography* (PET) selektif memakai ligand [¹¹C] WAY 100635 dapat dipakai untuk melihat pengaruh faktor-faktor genetik terhadap ekspresi reseptor 5HT_{1A} di dalam otak manusia.

Dalam sebuah Scientific Reports yang dilakukan di China dilaporkan adanya kemungkinan hubungan antara polimorfisme gen reseptor 5HT1A dengan romantisme seseorang juga pernah dilakukan pada sekelompok anak muda yang belum memiliki pacar saat mereka berusia 23 – 26 tahun. Individu yang memiliki hubungan romantis dengan pasangannya ternyata lebih banyak yang memiliki genotip CC (50,4%) dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki pasangan dengan *odds ratio* 1,569.

Kesimpulan

Serotonin adalah neurotransmitter yang berperan penting dalam berbagai fungsi tubuh, terutama dalam pengaturan emosi, tidur, nafsu makan, dan suasana hati. Sebagian besar serotonin ditemukan dalam saluran pencernaan, namun ia juga memainkan peranan vital di otak, mempengaruhi perilaku, kognisi, dan respons terhadap stres. Serotonin diproduksi oleh neuron-neuron di raphe nuclei batang otak dan bekerja melalui berbagai reseptor yang tersebar di seluruh tubuh. Gangguan dalam sistem serotonin dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental, seperti yang terlihat pada gejala-gejala depresi, kecemasan, hingga gangguan perilaku seperti agresivitas dan kekerasan.

Rendahnya kadar serotonin dalam otak dapat menyebabkan berbagai masalah psikologis dan fisik, termasuk depresi, gangguan tidur, serta peningkatan impulsivitas dan agresivitas. Penelitian menunjukkan bahwa kadar serotonin yang rendah berhubungan dengan peningkatan risiko perilaku kekerasan, bunuh diri, dan gangguan mental lainnya. Penurunan fungsi serotonergik ini dapat dipicu oleh faktor genetik, stresor lingkungan, atau gangguan metabolisme serotonin. Selain itu, reseptor serotonin yang berbeda mempengaruhi berbagai aspek perilaku dan kondisi mental, yang menunjukkan kompleksitas pengaruh serotonin terhadap sistem saraf pusat dan perilaku manusia.

Pengelolaan kadar serotonin dapat dilakukan melalui berbagai pendekatan, termasuk pengobatan dengan obat-obatan yang mempengaruhi sistem serotonin, seperti antidepresan. Pemberian prekursor serotonin, seperti 5-HTP, dapat meningkatkan kadar serotonin, meskipun efeknya bisa beragam antara individu. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami lebih dalam hubungan antara serotonin, perilaku agresif, dan faktor lingkungan, agar dapat mengembangkan terapi yang lebih efektif untuk gangguan psikologis yang terkait dengan ketidakseimbangan serotonin.

Gen reseptor serotonin 5-HT_{1A} cukup dapat menggambarkan terdapatnya suatu tipe gen yang spesifik berhubungan dengan kejadian KDRT. Penelitian ini diharapkan dapat memulai sebuah babak baru bagi para peneliti berikutnya untuk lebih mengenali peran dan manfaat Serotonin. Selain itu para dokter dan perawat yang bekerja di klinik-klinik rehabilitasi bagi para korban KDRT dapat bekerja lebih profesional sesuai dengan kebutuhan para korban secara holistik. Terdapat sebuah terobosan baru tentang peran neurotransmitter Serotonin, khususnya gen reseptor Serotonin tipe 1A (5HT_{1A}).

Sementara dari pemeriksaan gen serotonin 5HT_{1A} yang dilakukan terhadap 39 responden subyek penelitian ditemukan adanya alel G 2,9 kali lebih banyak daripada alel C. Pada populasi umum tipe terbanyak adalah justru alel C yang disebut sebagai tipe normal atau *wild type*. Alel G yang dominan pada responden pelaku dan korban KDRT dapat diasumsikan sebagai suatu petanda biologis untuk terjadinya tindak kekerasan di kemudian hari.

= / =

BAB 4

HUBUNGAN ANTARA POLIMORFISME GENETIK DAN AGRESI:

PERAN FAKTOR LINGKUNGAN DALAM MEMPERKUAT ATAU MENEKAN PERILAKU KEKERASAN

Agresi merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk menyakiti atau mengontrol individu lain, baik secara fisik, verbal, maupun simbolis. Fenomena ini memiliki relevansi besar dalam konteks sosial, psikologis, dan biologis. Dari perkelahian individu hingga konflik global, agresi adalah elemen mendasar yang memengaruhi dinamika hubungan manusia.

Secara historis, agresi seringkali dianggap sebagai hasil dari pengaruh lingkungan, seperti pengalaman traumatis, pendidikan, atau tekanan sosial. Namun, penelitian terbaru menunjukkan bahwa agresi juga memiliki dasar genetik yang kuat. Dalam beberapa dekade terakhir, bidang genetika perilaku telah berkembang pesat, memberikan wawasan tentang bagaimana variasi dalam DNA (dikenal sebagai polimorfisme genetik) berkontribusi pada perbedaan perilaku antarindividu.

Bab ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara polimorfisme genetik dan agresi, dengan penekanan pada bagaimana faktor lingkungan memperkuat atau menekan perilaku kekerasan.

A. PERAN GENETIKA DALAM AGRESI

Polimorfisme genetik merujuk pada keberadaan dua atau lebih varian alel dalam populasi, yang memengaruhi fungsi atau ekspresi gen. Polimorfisme ini seringkali ditemukan dalam gen yang terkait dengan neurotransmitter, seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin, yang semuanya memiliki peran penting dalam mengatur emosi dan impulsivitas. Namun, genetik saja tidak cukup untuk menjelaskan agresi. Interaksi dengan faktor lingkungan seperti trauma masa kecil, pola asuh, atau kondisi sosial-ekonomi dapat memperkuat atau menekan kecenderungan genetik terhadap perilaku kekerasan. Oleh karena itu, pendekatan yang lebih holistik, yang menggabungkan genetika dan lingkungan, menjadi sangat penting untuk memahami agresi.

B. KONSEP DASAR POLIMORFISME GENETIK

Polimorfisme genetik adalah bentuk variasi dalam DNA yang terjadi secara alami di antara individu dalam suatu populasi. Variasi ini dapat berupa perubahan dalam satu basa DNA (SNP, single nucleotide polymorphism), penghapusan, duplikasi, atau variasi panjang alel. Polimorfisme dapat memengaruhi fungsi protein yang dihasilkan oleh gen, termasuk protein yang mengatur sistem neurotransmitter di otak.

Dalam konteks agresi, genetik memainkan peran melalui regulasi:

1. **Neurotransmitter (seperti serotonin dan dopamin)**, yang memengaruhi pengendalian impuls dan emosi.
2. **Hormon (seperti kortisol dan testosteron)**, yang berhubungan dengan respons stres dan perilaku dominasi.
3. **Fungsi otak** di wilayah seperti amigdala (pengolahan emosi) dan korteks prefrontal (pengambilan keputusan dan pengendalian impuls).

C. GEN TERKAIT AGRESI

Gen MAOA (Monoamine Oxidase A)

Gen MAOA berperan dalam memecah neurotransmitter seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin di otak. Enzim yang dihasilkan oleh gen ini mengatur kadar neurotransmitter tersebut, yang berdampak langsung pada pengendalian emosi dan perilaku impulsif.

- **Polimorfisme MAOA-L (Low activity)** : Individu dengan varian ini memiliki aktivitas enzim MAOA yang rendah, yang dapat menyebabkan peningkatan kadar neurotransmitter di otak. Kondisi ini sering dikaitkan dengan perilaku impulsif dan agresif, terutama jika individu tersebut mengalami trauma masa kecil.

Sebuah studi oleh Caspi et al. (2002) menemukan bahwa pria dengan varian MAOA-L yang mengalami pelecehan masa kecil memiliki risiko lebih tinggi untuk menunjukkan perilaku kekerasan dibandingkan dengan pria tanpa

riwayat trauma. Studi ini menyoroti pentingnya interaksi antara genetik dan pengalaman lingkungan.

Gen DRD4 (Dopamine Receptor D4)

Gen DRD4 mengkode reseptor dopamin, yang berperan dalam sistem penghargaan otak dan regulasi emosi. Polimorfisme pada gen ini, terutama alel panjang (7-repeat allele), dikaitkan dengan sensitivitas lingkungan yang tinggi.

- **Alel Panjang DRD4** : Individu dengan alel panjang cenderung lebih rentan terhadap impulsivitas dan agresi dalam kondisi lingkungan yang penuh tekanan. Namun, sensitivitas yang sama dapat menghasilkan hasil positif jika individu tumbuh dalam lingkungan yang mendukung, seperti keluarga yang hangat dan penuh perhatian.

Gen 5-HTTLPR (Serotonin Transporter)

Polimorfisme 5-HTTLPR memengaruhi transportasi serotonin di sinapsis otak. Alel pendek dari gen ini telah dikaitkan dengan sensitivitas tinggi terhadap pengalaman lingkungan, termasuk stres dan trauma.

- **Hubungan dengan Agresi** : Dalam lingkungan penuh tekanan, individu dengan alel pendek menunjukkan respons emosional yang lebih intens, yang dapat memicu perilaku agresif. Sebaliknya, dalam lingkungan positif, mereka cenderung menunjukkan tingkat empati yang lebih tinggi.

Gen-gen Lainnya (COMT, OXTR, AVPR1A)

Selain gen MAOA, DRD4, dan 5-HTTLPR, beberapa gen lain juga memengaruhi agresi:

- **COMT (Catechol-O-methyltransferase)**: Polimorfisme pada gen ini memengaruhi metabolisme dopamin di korteks prefrontal, yang berhubungan dengan pengendalian impuls.
- **OXTR (Oxytocin Receptor)** dan **AVPR1A (Arginine Vasopressin Receptor 1A)**: Gen-gen ini berhubungan dengan perilaku sosial dan empati, yang dapat menekan atau meningkatkan agresi tergantung pada lingkungan sosial.

D. MEKANISME NEUROBIOLOGIS POLIMORFISME GENETIK DALAM AGRESI

Polimorfisme genetik memengaruhi perilaku agresif melalui mekanisme neurobiologis berikut:

1. **Sistem Limbik dan Regulasi Emosi** : Polimorfisme MAOA-L dan 5-HTTLPR memengaruhi aktivitas amigdala, yang bertanggung jawab untuk respons emosional, termasuk kemarahan dan rasa takut.
2. **Korteks Prefrontal dan Pengendalian Impuls** : Fungsi korteks prefrontal terganggu pada individu dengan polimorfisme tertentu, seperti DRD4 dan COMT, yang menyebabkan kesulitan dalam mengendalikan impuls agresif.
3. **Respons Stres** : Individu dengan predisposisi genetik tertentu menunjukkan respons stres yang berlebihan, seperti pelepasan kortisol yang tinggi, yang meningkatkan kemungkinan perilaku agresif.

E. FAKTOR LINGKUNGAN DALAM MEMPERKUAT ATAU MENEKAN PERILAKU KEKERASAN

Interaksi antara genetik dan lingkungan (gene-environment interaction, G×E) menjadi kunci dalam memahami bagaimana predisposisi genetik terhadap agresi dapat diekspresikan atau ditekan. Faktor lingkungan mencakup pengalaman masa kecil, kondisi sosial-ekonomi, paparan media, dan norma budaya. Penelitian menunjukkan bahwa lingkungan tertentu dapat memperkuat risiko genetik terhadap agresi, sementara lingkungan lain berpotensi menekan kecenderungan tersebut dengan memberikan dukungan dan kesempatan untuk regulasi diri.

Hubungan antara polimorfisme genetik dan agresi adalah hasil interaksi kompleks antara faktor biologis dan lingkungan. Meskipun genetik memainkan peran dalam membentuk predisposisi terhadap agresi, ekspresi perilaku tersebut sangat dipengaruhi oleh lingkungan. Faktor seperti pola asuh,

pengalaman traumatis, stres sosial, dan paparan media dapat memperkuat atau menekan kecenderungan genetik.

Intervensi yang tepat, baik pada tingkat individu maupun masyarakat, dapat membantu mengurangi perilaku kekerasan secara signifikan. Dengan memahami peran interaksi genetik dan lingkungan, kita dapat menciptakan strategi yang lebih efektif untuk mendorong regulasi diri dan mempromosikan hubungan sosial yang sehat.

1. Lingkungan Keluarga: Faktor Kunci pada Masa Kanak-kanak

a. Peran Pola Asuh

Pola asuh yang diterapkan oleh orang tua memiliki dampak signifikan pada perkembangan emosi dan perilaku anak, terutama bagi individu dengan predisposisi genetik terhadap agresi. Pola asuh yang penuh kekerasan atau kurang responsif dapat meningkatkan kemungkinan perilaku agresif.

- **Pola Asuh Kasar** : Studi menunjukkan bahwa anak-anak dengan polimorfisme MAOA-L yang dibesarkan dalam lingkungan kekerasan cenderung menunjukkan agresi fisik lebih tinggi dibandingkan anak-anak dengan genetik yang sama tetapi tumbuh dalam keluarga yang hangat.
- **Pola Asuh Positif** : Sebaliknya, pola asuh penuh kasih dapat mengurangi ekspresi genetik terhadap agresi. Misalnya, pelibatan orang tua dalam aktivitas anak dan komunikasi yang terbuka dapat membantu meningkatkan pengendalian diri anak.

b. Stabilitas Emosional dan Hubungan Orang Tua-Anak

Kehadiran emosional orang tua sangat penting dalam menekan ekspresi genetik agresi. Anak-anak yang merasa diterima dan didukung secara emosional cenderung memiliki regulasi emosi yang lebih baik, meskipun memiliki predisposisi genetik terhadap perilaku impulsif.

c. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

Lingkungan rumah tangga yang penuh konflik atau kekerasan memberikan tekanan tambahan pada anak-anak dengan risiko genetik. Trauma masa kecil, seperti menyaksikan kekerasan antar orang tua, meningkatkan kemungkinan anak mengembangkan respons agresif sebagai mekanisme pertahanan.

Berdasarkan meta-analisis oleh Kim-Cohen et al. (2006), individu dengan varian MAOA-L yang terpapar kekerasan rumah tangga menunjukkan peningkatan signifikan dalam perilaku antisosial, dibandingkan dengan individu tanpa predisposisi genetik yang sama.

2. Stres Sosial dan Ekonomi

a. Kemiskinan dan Ketidakadilan Sosial

Kemiskinan adalah salah satu faktor lingkungan yang paling signifikan dalam memperkuat perilaku kekerasan. Stres yang muncul akibat ketidakamanan finansial, kurangnya akses pendidikan, atau ketidakadilan sosial dapat memperburuk dampak genetik pada regulasi emosi.

Interaksi Genetik : Polimorfisme DRD4 dan 5-HTTLPR sering dikaitkan dengan sensitivitas terhadap stres lingkungan. Individu dengan varian ini menunjukkan respons yang lebih agresif dalam situasi ketidakstabilan ekonomi.

b. Lingkungan Berisiko Tinggi

Hidup di lingkungan yang penuh kejahatan, kekerasan, dan minim dukungan sosial memperbesar risiko perilaku agresif pada individu dengan predisposisi genetik. Selain itu, paparan konstan terhadap kekerasan dapat mengakibatkan desensitisasi terhadap agresi, yang pada akhirnya memperkuat perilaku tersebut.

Sebuah studi longitudinal oleh Dodge et al. (2008) menemukan bahwa anak-anak dengan alel pendek 5-HTTLPR lebih mungkin mengembangkan perilaku agresif jika mereka tinggal di lingkungan dengan tingkat kejahatan tinggi.

3. Paparan Media dan Teknologi

a. Media Kekerasan dan Dampaknya

Paparan terhadap media yang menampilkan kekerasan, baik dalam bentuk video game, film, maupun berita, dapat memperkuat perilaku agresif pada individu dengan sensitivitas genetik tertentu.

Respon Genetik : Anak-anak dengan alel pendek 5-HTTLPR menunjukkan respons emosional yang lebih kuat terhadap konten media yang mengandung kekerasan, yang dapat memengaruhi perilaku agresif mereka di dunia nyata.

b. Media sebagai Alat Edukasi

Meskipun paparan media kekerasan dapat memperburuk agresi, media juga memiliki potensi besar untuk menekan perilaku kekerasan. Program berbasis pendidikan yang mengajarkan empati, resolusi konflik, dan pengendalian diri dapat membantu individu mengatasi kecenderungan agresif mereka.

4. Trauma dan Pengalaman Masa Kecil

a. Efek Jangka Panjang Trauma

Pengalaman traumatis pada masa kecil, seperti pelecehan fisik, emosional, atau seksual, memiliki efek yang mendalam pada perkembangan otak. Trauma ini dapat memengaruhi regulasi emosi dan respons stres, terutama bagi individu dengan predisposisi genetik terhadap agresi.

Dampak pada Otak : Studi pencitraan otak menunjukkan bahwa individu yang mengalami trauma masa kecil seringkali memiliki hiperaktivitas amigdala dan hipofungsi korteks prefrontal, yang keduanya memengaruhi perilaku impulsif.

b. Strategi Pemulihan

Pendekatan berbasis terapi, seperti terapi kognitif-perilaku (CBT) dan terapi keluarga, dapat membantu individu mengatasi efek trauma dan mengurangi perilaku agresif.

Sebuah studi oleh Fisher et al. (2015) menemukan bahwa terapi berbasis trauma efektif dalam mengurangi agresi pada individu dengan varian MAOA-L yang mengalami pelecehan masa kecil.

5. Budaya dan Norma Sosial

a. Budaya yang Mendorong atau Menekan Kekerasan

Budaya memiliki peran besar dalam membentuk norma tentang agresi. Dalam masyarakat yang memandang agresi sebagai cara yang dapat diterima untuk menyelesaikan konflik, perilaku kekerasan lebih mungkin terjadi. Sebaliknya, budaya yang menekankan kerjasama dan empati dapat menekan ekspresi agresi.

b. Peran Pendidikan Karakter

Pendidikan yang mengajarkan nilai-nilai prososial, seperti empati dan kerja sama, dapat menjadi alat yang efektif untuk menekan perilaku kekerasan pada individu dengan risiko genetik.

6. Intervensi untuk Menekan Perilaku Kekerasan pada Individu dengan Risiko Genetik

Intervensi berbasis lingkungan memegang peranan penting dalam mengurangi dampak predisposisi genetik terhadap agresi. Pendekatan ini mencakup berbagai aspek, mulai dari terapi individual hingga kebijakan sosial yang lebih luas. Berikut adalah penjelasan lebih rinci tentang berbagai strategi yang dapat digunakan:

a. Intervensi pada Masa Kanak-Kanak

Intervensi dini yang ditargetkan pada anak-anak dengan risiko genetik agresi memiliki dampak yang signifikan dalam mengurangi ekspresi perilaku kekerasan di kemudian hari.

1) Program Parenting Positif

Pendidikan bagi orang tua tentang pola asuh positif dapat membantu mereka menciptakan lingkungan yang mendukung perkembangan emosional anak.

Fokus Program:

- Mengajarkan keterampilan komunikasi non-kekerasan.
- Memberikan pendekatan disiplin yang konstruktif.
- Meningkatkan hubungan emosional antara orang tua dan anak.

2) Intervensi Berbasis Sekolah

Sekolah adalah salah satu lingkungan kunci di mana perilaku agresif seringkali muncul. Program yang dirancang untuk mengajarkan keterampilan sosial dan emosional dapat membantu anak-anak belajar mengelola impuls agresif. Tujuan Utama :

- Meningkatkan empati.
- Mengajarkan strategi penyelesaian konflik.
- Mengurangi perilaku bullying.

b. Terapi Psikologis dan Psikososial

Untuk individu dengan predisposisi genetik yang signifikan, terapi psikologis dapat membantu mereka mengembangkan keterampilan pengendalian diri dan strategi koping.

1. Terapi Kognitif-Perilaku (CBT)

CBT adalah salah satu metode paling efektif untuk menangani perilaku agresif. Terapi ini bertujuan untuk mengubah pola pikir negatif dan menggantinya dengan cara berpikir yang lebih adaptif. Pendekatan CBT :

- Mengidentifikasi pemicu emosi agresif.
- Mengembangkan keterampilan untuk mengatur emosi dan impuls.
- Melatih keterampilan sosial yang prososial.

2. Terapi Berbasis Mindfulness

Latihan mindfulness membantu individu untuk lebih sadar akan pikiran, emosi, dan impuls mereka, sehingga mengurangi perilaku impulsif yang terkait dengan agresi.

Efek pada Otak : Penelitian menunjukkan bahwa mindfulness dapat meningkatkan aktivitas di korteks prefrontal, area otak yang bertanggung jawab untuk pengendalian diri.

c. Intervensi Sosial dan Kebijakan Publik

1. Meningkatkan Kesejahteraan Sosial

Lingkungan sosial yang stabil dan mendukung dapat menekan ekspresi genetik terhadap agresi. Intervensi pada tingkat masyarakat mencakup:

- Memberikan akses pendidikan berkualitas.
- Memperbaiki kondisi perumahan di wilayah berisiko tinggi.
- Menyediakan layanan kesehatan mental yang terjangkau.

2. Program Pemberdayaan Komunitas

Komunitas dapat menjadi sumber dukungan sosial yang penting, terutama bagi individu yang tumbuh di lingkungan dengan tingkat kejahatan tinggi.

3. Regulasi Media

Paparan terhadap media kekerasan dapat memengaruhi perilaku agresif, terutama pada individu yang rentan secara genetik. Kebijakan untuk mengurangi paparan terhadap konten kekerasan dapat membantu menekan efek ini.

7. Pendekatan Multidisiplin untuk Memahami Agresi

Pentingnya pendekatan multidisiplin dalam memahami hubungan antara polimorfisme genetik dan agresi tidak dapat diabaikan. Pendekatan ini melibatkan kolaborasi dari berbagai bidang:

- **Psikologi:** Untuk memahami mekanisme kognitif dan emosional.
- **Genetika:** Untuk mengeksplorasi varian genetik yang terkait dengan agresi.
- **Neurosains:** Untuk menganalisis struktur dan fungsi otak yang terlibat.
- **Sosiologi:** Untuk mempelajari peran norma sosial dan kebijakan publik.

Pendekatan yang terintegrasi akan menghasilkan wawasan yang lebih komprehensif, memungkinkan pengembangan intervensi yang lebih efektif.

8. Studi Kasus dan Penelitian Empiris

Untuk memahami lebih mendalam hubungan antara polimorfisme genetik, agresi, dan pengaruh lingkungan, berbagai studi kasus dan penelitian empiris telah dilakukan. Bagian ini mengulas beberapa penelitian kunci yang memperkuat konsep interaksi genetik-lingkungan (G×E).

a. Studi Longitudinal pada Anak dan Remaja

Salah satu pendekatan paling umum dalam penelitian G×E adalah studi longitudinal, di mana perilaku individu dipantau selama periode tertentu untuk melihat bagaimana faktor genetik dan lingkungan memengaruhi perkembangan perilaku agresif.

Studi Dunedin Multidisciplinary Health and Development:

Penelitian Dunedin dari Selandia Baru adalah salah satu studi paling komprehensif dalam bidang ini. Dalam penelitian ini, para peneliti mempelajari hubungan antara polimorfisme genetik MAOA dan agresi dalam konteks kekerasan masa kecil.

Hasil Utama :

- Anak-anak dengan varian MAOA-L yang mengalami kekerasan masa kecil menunjukkan tingkat perilaku antisosial yang lebih tinggi dibandingkan anak-anak tanpa pengalaman kekerasan.
- Namun, pada anak-anak dengan pengalaman masa kecil yang mendukung, efek predisposisi genetik terhadap agresi berkurang drastis.

Implikasi : Penelitian ini menunjukkan bahwa lingkungan masa kecil memiliki peran krusial dalam memperkuat atau menekan predisposisi genetik terhadap agresi.

b. Studi Eksperimental pada Lingkungan Laboratorium

Penelitian eksperimen dalam lingkungan terkendali juga memberikan wawasan penting tentang hubungan antara faktor genetik dan agresi.

Studi Neuropsikologi pada Alel 5-HTTLPR : Penelitian oleh Carver et al. (2011) mengeksplorasi efek alel pendek 5-HTTLPR dalam situasi sosial yang memicu stres.

Metodologi :

- Peserta diminta menghadapi situasi yang dirancang untuk memancing emosi negatif, seperti kritik sosial atau ketidakadilan.
- Aktivitas otak diukur menggunakan fMRI untuk melihat respons emosi dan regulasi diri.

Hasil Utama :

- Individu dengan alel pendek 5-HTTLPR menunjukkan respons amigdala yang lebih tinggi terhadap stres sosial, yang dikaitkan dengan perilaku agresif.
- Namun, partisipan yang sebelumnya diajarkan strategi pengelolaan stres menunjukkan penurunan respons agresif meskipun memiliki predisposisi genetik.

Implikasi : Studi ini menunjukkan bahwa pelatihan regulasi emosi dapat membantu individu dengan predisposisi genetik menekan perilaku agresif.

c. Studi Komunitas dalam Lingkungan Berisiko Tinggi

Penelitian berbasis komunitas memberikan gambaran nyata tentang bagaimana faktor lingkungan kolektif memengaruhi perilaku individu.

Studi pada Lingkungan Perkotaan dengan Tingkat Kejahatan Tinggi : Sebuah studi yang dilakukan oleh Dodge et al. (2008) meneliti anak-anak yang tinggal di daerah dengan tingkat kejahatan tinggi di Amerika Serikat. Fokusnya adalah pada hubungan antara gen MAOA, pola asuh, dan norma sosial lokal.

Hasil Utama :

- Anak-anak dengan alel MAOA-L lebih rentan terhadap pengaruh norma sosial agresif di lingkungan mereka.
- Program mentoring berbasis komunitas berhasil mengurangi perilaku agresif pada kelompok ini dengan meningkatkan dukungan sosial dan memberikan role model yang positif.

Implikasi : Intervensi berbasis komunitas dapat menjadi alat penting untuk memitigasi efek lingkungan negatif pada individu dengan predisposisi genetik terhadap agresi.

9. Tantangan dalam Penelitian G×E

Meskipun penelitian tentang hubungan antara polimorfisme genetik dan agresi telah memberikan wawasan yang berharga, terdapat sejumlah tantangan yang perlu diatasi untuk memperdalam pemahaman di bidang ini.

a. Kompleksitas Interaksi Genetik dan Lingkungan

Interaksi antara genetik dan lingkungan bersifat multifaktorial, sehingga sulit untuk memisahkan pengaruh masing-masing. Beberapa tantangan utama adalah:

- Kesulitan dalam mengukur faktor lingkungan secara objektif.
- Variasi lintas budaya dalam norma sosial dan pola asuh.
- Efek kumulatif dari berbagai pengalaman lingkungan selama hidup.

b. Kesulitan dalam Replikasi Studi

Beberapa studi G×E menunjukkan hasil yang sulit direplikasi, terutama karena perbedaan metodologi dan populasi sampel. Hal ini menyoroti perlunya standar yang lebih konsisten dalam penelitian di bidang ini.

c. Etika Penelitian

Penelitian tentang hubungan antara genetik dan agresi menimbulkan isu etis, termasuk:

- Potensi penyalahgunaan informasi genetik untuk menstigmatisasi individu atau kelompok tertentu.

- Dilema tentang bagaimana hasil penelitian harus digunakan dalam kebijakan publik.

10. Masa Depan Penelitian dan Aplikasi Praktis

Kedepannya, penelitian tentang hubungan polimorfisme genetik dan agresi perlu terus berkembang, terutama dalam hal:

a. Pengembangan Teknologi Genetik

Kemajuan dalam teknologi genetika, seperti CRISPR-Cas9, dapat membuka peluang untuk memahami lebih dalam mekanisme genetik di balik agresi dan, dalam jangka panjang, mungkin menawarkan solusi untuk memodulasi gen tertentu.

b. Integrasi Pendekatan Multidisiplin

Menggabungkan genetik dengan bidang lain, seperti psikologi, sosiologi, dan neurosains, akan memberikan pendekatan yang lebih holistik dalam memahami dan menangani perilaku agresif.

c. Kebijakan Berbasis Bukti

Penelitian G×E harus digunakan untuk mendukung kebijakan publik yang berfokus pada pencegahan kekerasan, seperti :

- Penyediaan layanan kesehatan mental universal.
- Investasi dalam pendidikan sosial-emosional di sekolah.
- Program komunitas yang mendukung keluarga di lingkungan berisiko tinggi.

Kesimpulan Akhir

Studi tentang hubungan antara polimorfisme genetik dan agresi memberikan wawasan berharga tentang kompleksitas perilaku manusia. Meskipun predisposisi genetik memainkan peran penting, lingkungan memiliki pengaruh yang besar dalam memperkuat atau menekan ekspresi perilaku agresif. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang interaksi genetik-lingkungan, kita dapat mengembangkan strategi yang lebih efektif untuk mencegah kekerasan dan mempromosikan masyarakat yang lebih damai.

Penutup

Pemahaman tentang hubungan antara polimorfisme genetik, agresi, dan pengaruh lingkungan memberikan peluang besar untuk mencegah kekerasan melalui intervensi berbasis bukti. Dengan mengintegrasikan ilmu genetika, psikologi, sosiologi, dan kebijakan publik, kita dapat menciptakan masyarakat yang lebih damai dan adil. Pendekatan ini tidak hanya mendorong pencegahan kekerasan tetapi juga memperkuat nilai-nilai kemanusiaan melalui pemahaman yang lebih baik tentang perilaku manusia.

= / =

BAB 5

TRADISI, PATRIARKI, DAN KONSTRUKSI SOSIAL YANG MEMBENTUK RELASI GENDER DALAM BUDAYA BALI DAN HUBUNGANNYA DENGAN GEN RESEPTOR SEROTONIN

Serotonin adalah neurotransmitter penting dalam otak yang berperan dalam mengatur suasana hati, emosi, dan perilaku. Gen yang terkait dengan sistem serotonin, seperti *serotonin receptor gene* (5-HTR), memiliki peran signifikan dalam menentukan kerentanan seseorang terhadap perilaku agresif atau kekerasan. Variasi genetik pada gen ini dapat memengaruhi cara seseorang merespons stres, kontrol impuls, dan pemrosesan emosi. Dalam konteks sosial, tradisi, patriarki, dan konstruksi sosial di masyarakat Bali memberikan tekanan tambahan yang dapat memicu atau memperparah kekerasan, terutama Kekerasan dalam Rumah Tangga(KDRT).

A. DASAR ILMIAH: GEN RESEPTOR SEROTONIN DAN PERILAKU KEKERASAN

Gen 5-HTR, terutama 5-HTR1A dan 5-HTR2A, memengaruhi aktivitas serotonin di otak. Individu dengan variasi tertentu pada gen ini memiliki risiko lebih tinggi terhadap gangguan regulasi emosi, impulsif, dan agresi. Berikut adalah mekanisme utamanya:

- **Disregulasi Emosi:** Variasi genetik dapat mengurangi efektivitas reseptor serotonin, sehingga otak kurang mampu mengendalikan respons emosional terhadap stres atau provokasi.
- **Kontrol Impuls:** Rendahnya aktivitas serotonin sering dikaitkan dengan peningkatan impulsivitas, yang dapat memicu perilaku kekerasan.
- **Respon terhadap Stres:** Individu dengan genotipe tertentu menunjukkan reaktivitas stres yang lebih tinggi, yang dapat menyebabkan perilaku agresif dalam situasi yang penuh tekanan.

Namun, gen ini tidak bekerja dalam isolasi. Faktor lingkungan, seperti budaya, tradisi, dan sistem sosial, berperan besar dalam memengaruhi apakah predisposisi genetik ini akan diwujudkan dalam perilaku kekerasan. Di Bali, tradisi adat dan sistem patriarki memberikan konteks unik untuk memahami kaitan ini.

B. TRADISI, PATRIARKI, DAN KONSTRUKSI SOSIAL SEBAGAI FAKTOR LINGKUNGAN

1. Tradisi Adat Bali dan Tekanan Sosial

Masyarakat Bali sangat berpegang pada tradisi dan adat istiadat. Ritual keagamaan, kewajiban adat, dan upacara keluarga menciptakan struktur sosial yang kaku, yang seringkali memberikan tekanan psikologis. Laki-laki memiliki tanggung jawab besar dalam memenuhi kewajiban adat, seperti memimpin upacara, menyediakan persembahan, dan menjaga kehormatan keluarga. Tekanan ini, jika digabungkan dengan predisposisi genetik terhadap impulsivitas, dapat meningkatkan risiko kekerasan, terutama dalam rumah tangga.

Contohnya, seorang laki-laki yang merasa gagal memenuhi tanggung jawab adatnya mungkin mengalami rasa malu atau frustrasi yang besar. Jika ia memiliki variasi gen 5-HTR yang membuatnya kurang mampu mengelola emosi, frustrasi ini dapat meledak menjadi perilaku agresif terhadap anggota keluarga.

2. Sistem Patriarki di Bali

Sistem patriarki di Bali menempatkan laki-laki sebagai pemegang otoritas utama dalam keluarga dan komunitas. Perempuan, di sisi lain, seringkali berada dalam posisi subordinat, dengan peran tradisional sebagai ibu rumah tangga dan pelaksana tugas-tugas adat. Struktur ini dapat menciptakan dinamika kekuasaan yang tidak seimbang, yang meningkatkan risiko KDRT.

Patriarki juga memperkuat norma bahwa kekerasan adalah bentuk "kontrol" yang dapat diterima dalam rumah tangga. Dalam beberapa kasus, laki-laki yang merasa otoritasnya terancam, baik karena tekanan sosial atau ketidakstabilan emosional, mungkin menggunakan kekerasan untuk "memulihkan" kekuasaannya. Jika laki-laki tersebut memiliki predisposisi genetik terhadap agresi, sistem patriarki memberikan konteks yang memperkuat manifestasi perilaku ini.

3. Konstruksi Sosial Gender

Konstruksi sosial di Bali menentukan peran laki-laki dan perempuan dengan tegas. Laki-laki diharapkan menjadi kepala keluarga yang kuat dan stabil, sementara perempuan diharapkan patuh dan mendukung peran suami. Konstruksi ini dapat menciptakan konflik internal, terutama ketika individu merasa tidak mampu memenuhi harapan sosial.

Sebagai contoh, seorang suami yang kehilangan pekerjaan atau merasa tidak dihormati oleh istrinya dapat mengalami tekanan sosial yang besar. Dalam konteks ini, predisposisi genetik terhadap agresi dapat memanifestasikan diri sebagai kekerasan, yang dilihat sebagai cara untuk mengatasi rasa kehilangan kontrol atau otoritas.

C. CONTOH KASUS DALAM MASYARAKAT BALI

1. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

KDRT di Bali seringkali terjadi karena kombinasi antara tekanan adat, patriarki, dan konstruksi sosial. Misalnya, seorang laki-laki yang merasa malu karena tidak mampu memenuhi tuntutan adat (seperti membiayai *upacara ngaben*) dapat melampiaskan frustrasinya pada istri atau anak-anaknya. Jika individu tersebut memiliki variasi gen 5-HTT yang memengaruhi pengendalian emosi, risiko kekerasan meningkat.

2. Konflik dalam Upacara Adat

Laki-laki yang memegang tanggung jawab dalam upacara adat seringkali berada di bawah tekanan besar. Jika terjadi konflik dalam pelaksanaan upacara, seperti kesalahpahaman dengan anggota keluarga, predisposisi genetik terhadap impulsivitas dapat memperburuk situasi, menghasilkan perilaku agresif atau kekerasan verbal.

D. UPAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN

Mengatasi kekerasan yang dipengaruhi oleh faktor genetik dan sosial memerlukan pendekatan holistik yang melibatkan pendidikan, intervensi budaya, dan dukungan psikologis:

a. Edukasi tentang Pengendalian Emosi

Peningkatan kesadaran akan pentingnya kesehatan mental dapat membantu individu memahami dan mengelola emosi mereka, terutama mereka yang memiliki predisposisi genetik terhadap impulsivitas.

b. Reformasi Sosial dan Adat

Perubahan dalam norma-norma adat dan sistem patriarki, seperti memberikan peran yang lebih setara bagi perempuan dalam pengambilan keputusan, dapat membantu mengurangi tekanan sosial pada laki-laki dan perempuan.

c. Konseling Genetik dan Psikoterapi

Bagi individu yang diketahui memiliki variasi genetik tertentu, konseling genetik dapat membantu mereka memahami risiko dan cara mengelola predisposisi genetik mereka. Psikoterapi, seperti terapi kognitif perilaku, juga dapat membantu dalam pengendalian emosi dan impulsivitas.

d. Pemberdayaan Perempuan

Meningkatkan akses perempuan terhadap pendidikan, ekonomi, dan partisipasi dalam komunitas dapat membantu mengurangi ketergantungan pada laki-laki, yang seringkali menjadi pemicu ketegangan dalam rumah tangga.

Gen reseptor serotonin memainkan peran penting dalam memengaruhi perilaku agresif, tetapi manifestasi perilaku ini sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan budaya. Di Bali, tradisi, patriarki, dan konstruksi sosial menciptakan konteks yang dapat memperburuk risiko kekerasan, terutama dalam rumah tangga. Dengan memahami hubungan antara faktor genetik dan sosial, masyarakat dapat mengembangkan strategi yang lebih efektif untuk

mencegah kekerasan dan menciptakan lingkungan yang lebih setara dan inklusif.

Contoh nyata dari pengaruh genetik dan sosial ini dalam kehidupan masyarakat Bali menunjukkan perlunya pendekatan berbasis budaya dalam menangani masalah kekerasan, sambil tetap menghormati tradisi lokal.

Budaya Bali, dengan keunikan adat istiadat dan nilai-nilai religius yang kental, menjadi salah satu budaya yang paling dikenal di dunia. Sistem sosialnya yang diatur oleh nilai-nilai Hindu Dharma dan tradisi lokal telah membentuk cara masyarakat Bali memandang dan menjalani kehidupan sehari-hari. Salah satu aspek penting dari sistem sosial ini adalah konstruksi relasi gender, di mana peran laki-laki dan perempuan ditentukan oleh norma tradisional, agama, dan struktur patriarki yang telah berakar kuat.

Relasi gender di Bali secara historis dipengaruhi oleh nilai-nilai patrilineal, di mana laki-laki memiliki peran utama dalam garis keturunan keluarga. Dalam struktur ini, laki-laki dianggap sebagai pewaris tanggung jawab adat dan agama, sementara perempuan seringkali ditempatkan dalam peran pendukung yang bersifat domestik. Perempuan diharapkan untuk menjaga keharmonisan rumah tangga, menjalankan tugas-tugas keagamaan yang bersifat simbolis, dan melestarikan tradisi keluarga suami setelah menikah. Sistem ini, meskipun sering dipandang sebagai bagian dari harmoni budaya Bali, juga memunculkan tantangan, terutama dalam hal kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.

Patriarki sebagai sistem sosial menjadi salah satu pilar utama dalam relasi gender di Bali. Patriarki tidak hanya membentuk hierarki dalam keluarga, tetapi juga memperluas pengaruhnya ke dalam masyarakat melalui aturan adat, struktur politik lokal seperti banjar (organisasi komunitas), dan ritual keagamaan. Dalam banyak kasus, perempuan memiliki peran terbatas dalam pengambilan keputusan penting baik di tingkat keluarga maupun komunitas. Hal ini tidak hanya membatasi peluang perempuan untuk berpartisipasi secara

aktif dalam kehidupan publik tetapi juga mengukuhkan posisi subordinat perempuan dalam relasi gender.

Konstruksi sosial yang membentuk relasi gender di Bali tidak hanya berasal dari tradisi dan patriarki, tetapi juga diperkuat oleh pendidikan dan norma sosial. Anak-anak diajarkan sejak usia dini untuk memahami peran gender mereka sesuai dengan harapan masyarakat. Anak laki-laki seringkali dididik untuk menjadi pemimpin, pelindung keluarga, dan pewaris tanggung jawab spiritual, sedangkan anak perempuan diajarkan untuk menjalani peran sebagai penjaga keharmonisan rumah tangga dan pelaksana tugas-tugas domestik. Konstruksi ini mengakar dalam nilai-nilai budaya dan agama, membuatnya sulit untuk diubah tanpa menciptakan ketegangan antara tradisi dan modernitas.

Namun, dalam beberapa dekade terakhir, pengaruh globalisasi, modernisasi, dan gerakan kesetaraan gender telah mulai menantang tradisi ini. Perempuan Bali kini memiliki akses yang lebih besar terhadap pendidikan dan pekerjaan, memberikan mereka peluang untuk melampaui peran tradisional mereka. Meski begitu, perubahan ini tidak mudah diterima oleh semua pihak. Banyak perempuan masih menghadapi tekanan sosial untuk mematuhi norma-norma tradisional, dan stigma terhadap perempuan yang berusaha melampaui peran gender mereka masih kuat.

Pendahuluan ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana tradisi, patriarki, dan konstruksi sosial membentuk relasi gender dalam budaya Bali. Dengan memahami akar budaya dan sosial dari relasi gender ini, kita dapat melihat bagaimana mereka memengaruhi kehidupan masyarakat Bali, baik dalam aspek personal maupun sosial. Tulisan ini juga akan membahas bagaimana nilai-nilai tradisional ini menghadapi tantangan dari perubahan sosial, serta peluang yang muncul untuk menciptakan masyarakat yang lebih inklusif dan adil.

Dalam konteks yang lebih luas, penting untuk mengenali bahwa relasi gender bukanlah sekadar produk dari tradisi, tetapi juga hasil dari interaksi

kompleks antara norma budaya, agama, dan dinamika sosial. Oleh karena itu, memahami relasi gender dalam budaya Bali membutuhkan pendekatan yang holistik, yang mempertimbangkan tidak hanya aspek tradisional tetapi juga faktor-faktor modern yang memengaruhi perubahan sosial. Dengan pendekatan ini, kita dapat lebih baik mengevaluasi tantangan dan peluang untuk mencapai kesetaraan gender dalam masyarakat Bali yang terus berkembang.

RELASI GENDER DALAM TRADISI BALI

Relasi gender dalam tradisi Bali merupakan hasil dari perpaduan antara nilai-nilai adat, agama Hindu, dan struktur sosial yang telah berkembang selama berabad-abad. Peran gender di Bali tidak hanya mencerminkan hubungan antara laki-laki dan perempuan dalam kehidupan sehari-hari, tetapi juga menjadi bagian integral dari keberlanjutan tradisi, pelaksanaan ritual, dan pengaturan sosial. Meskipun memiliki sisi harmonis, relasi gender dalam tradisi Bali seringkali didasarkan pada hierarki yang menempatkan laki-laki sebagai pemimpin dan perempuan sebagai pendukung. Tulisan ini akan menjelaskan secara rinci bagaimana tradisi Bali membentuk relasi gender, peran masing-masing gender dalam kehidupan sosial dan keagamaan, serta tantangan dan peluang yang dihadapi dalam konteks modern.

1. Sistem Patrilineal dalam Tradisi Bali

Salah satu fondasi relasi gender di Bali adalah sistem patrilineal, di mana garis keturunan diturunkan melalui pihak laki-laki. Sistem ini menempatkan laki-laki sebagai pewaris utama dalam keluarga. Mereka memiliki tanggung jawab untuk melanjutkan nama keluarga, mengurus tanah warisan, dan menjalankan berbagai ritual adat. Perempuan, di sisi lain, meskipun dihormati atas peran mereka, seringkali dianggap sebagai anggota sementara dalam keluarga inti karena setelah menikah mereka bergabung dengan keluarga suami.

Sistem patrilineal ini tercermin dalam tradisi *nyentana* dan *nyeburin*. Dalam *nyentana*, yang lebih jarang terjadi, seorang perempuan tetap tinggal di keluarga asalnya, dan suami yang bergabung menjadi bagian dari keluarganya. Namun, tradisi ini dianggap menyimpang dari norma umum dan hanya dilakukan dalam kondisi tertentu, seperti ketika tidak ada anak laki-laki dalam keluarga untuk melanjutkan garis keturunan.

2. Peran Gender dalam Ritual Keagamaan dan Adat

Dalam tradisi Bali, laki-laki dan perempuan memiliki peran yang berbeda namun saling melengkapi dalam pelaksanaan ritual keagamaan. Laki-laki biasanya bertugas sebagai pemimpin ritual atau pelaksana tugas-tugas yang dianggap lebih "sakral." Sebagai contoh, laki-laki memimpin upacara keagamaan besar seperti *melasti* atau *ngaben*.

Perempuan, di sisi lain, memiliki peran signifikan dalam mempersiapkan segala kebutuhan upacara. Mereka membuat *banten* (persembahan), menghias pura, dan mengurus logistik untuk ritual. Meskipun tugas ini penting untuk keberlangsungan tradisi, peran perempuan seringkali dianggap sebagai pelengkap dan tidak mendapatkan pengakuan yang sama seperti peran laki-laki. Dalam banyak hal, peran perempuan dianggap sebagai bentuk pengabdian kepada keluarga dan komunitas.

3. Norma Sosial dan Relasi Gender dalam Keluarga

Relasi gender dalam keluarga Bali juga sangat dipengaruhi oleh norma sosial. Laki-laki diharapkan menjadi kepala keluarga yang bertanggung jawab atas kesejahteraan ekonomi dan spiritual keluarga. Sebagai kepala keluarga, laki-laki memiliki otoritas dalam pengambilan keputusan penting, baik yang berkaitan dengan keuangan, pendidikan anak, maupun pelaksanaan adat.

Perempuan, di sisi lain, menjalankan peran sebagai pengelola rumah tangga dan pendidik anak. Selain itu, perempuan juga memiliki tanggung jawab besar dalam memastikan keharmonisan keluarga dan memenuhi tuntutan adat. Beban ganda ini seringkali membuat perempuan Bali bekerja lebih keras untuk

menyeimbangkan peran domestik, adat, dan pekerjaan profesional, terutama dalam konteks modern.

4. Tradisi Patriarki dan Dampaknya terhadap Kesetaraan Gender

Sistem patriarki yang melekat dalam tradisi Bali menjadi salah satu faktor utama yang membentuk relasi gender. Dalam sistem ini, laki-laki memiliki akses yang lebih besar terhadap sumber daya, pendidikan, dan peluang untuk berpartisipasi dalam kehidupan publik. Perempuan, meskipun memiliki kontribusi besar dalam tradisi dan keluarga, seringkali mengalami keterbatasan dalam hal pengakuan formal.

Sebagai contoh, dalam pembagian warisan, laki-laki umumnya mendapatkan bagian yang lebih besar dibandingkan perempuan. Dalam banyak kasus, perempuan tidak mendapatkan hak waris sama sekali, terutama jika mereka sudah menikah. Hal ini diperparah oleh pandangan bahwa perempuan yang menikah akan "beralih" ke keluarga suami dan tidak lagi dianggap sebagai bagian penuh dari keluarga asalnya.

5. Tantangan dan Perubahan dalam Relasi Gender

Dalam beberapa dekade terakhir, perubahan sosial dan ekonomi telah membawa tantangan baru bagi relasi gender di Bali. Perempuan kini memiliki akses yang lebih besar terhadap pendidikan dan pekerjaan di luar rumah, yang memungkinkan mereka untuk lebih mandiri secara ekonomi. Namun, perubahan ini juga menciptakan ketegangan antara peran tradisional dan modern.

Banyak perempuan Bali yang bekerja tetap diharapkan untuk menjalankan tanggung jawab adat dan domestik. Hal ini seringkali menyebabkan beban kerja yang berlipat ganda. Di sisi lain, laki-laki juga menghadapi tekanan untuk memenuhi harapan sebagai kepala keluarga, terutama dalam kondisi ekonomi yang semakin menantang.

6. Upaya Menuju Kesetaraan Gender

Untuk menciptakan relasi gender yang lebih setara, berbagai upaya telah dilakukan oleh komunitas, pemerintah, dan organisasi masyarakat di Bali. Pendidikan menjadi salah satu faktor utama dalam mendorong perubahan. Dengan akses pendidikan yang lebih baik, perempuan Bali kini memiliki kesempatan untuk mengubah posisi mereka dalam keluarga dan masyarakat.

Selain itu, gerakan kesetaraan gender juga mulai mendapatkan tempat dalam budaya Bali. Organisasi lokal dan internasional bekerja sama untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya hak-hak perempuan dan membangun sistem hukum yang lebih inklusif. Namun, tantangan utama tetap terletak pada bagaimana mengubah norma budaya tanpa merusak harmoni tradisional yang menjadi identitas masyarakat Bali.

Relasi gender dalam tradisi Bali mencerminkan interaksi kompleks antara norma adat, agama, dan sosial yang telah berlangsung selama berabad-abad. Meskipun laki-laki dan perempuan memiliki peran yang berbeda dalam tradisi, hierarki patriarki seringkali menempatkan perempuan dalam posisi subordinat.

Namun, dengan perubahan sosial yang sedang berlangsung, ada peluang untuk menciptakan relasi gender yang lebih setara tanpa mengorbankan nilai-nilai budaya. Melalui pendidikan, pemberdayaan perempuan, dan pengakuan terhadap kontribusi perempuan dalam tradisi dan kehidupan modern, masyarakat Bali dapat menemukan keseimbangan antara menjaga tradisi dan mendukung kesetaraan gender.

= / =

BAB 6

HUBUNGAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DENGAN TRAUMA MASA KECIL, STRES LINGKUNGAN, DAN DINAMIKA KELUARGA

A. PENDAHULUAN

Trauma masa kecil dan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dapat saling berkaitan dan berdampak pada kesehatan mental seseorang. Trauma masa kecil dapat terjadi ketika seseorang mengalami peristiwa buruk atau kurang menyenangkan di masa kecil. Trauma ini dapat berdampak pada kesehatan mental seseorang hingga dewasa, seperti depresi, kecemasan, dan PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). Trauma juga dapat memengaruhi perilaku anak, seperti menjadi lebih agresif atau menarik diri dari lingkungan sosial.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah tindakan atau ancaman kekerasan yang terjadi dalam hubungan intim, baik terhadap pasangan, anak, atau anggota keluarga lainnya. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) tidak hanya mencakup kekerasan fisik, tetapi juga kekerasan psikologis, seksual, dan ekonomi, yang bertujuan untuk mengontrol atau mendominasi pihak lain. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan masalah serius yang berdampak luas, baik bagi korban, keluarga, maupun masyarakat. Menurut *World Health Organization* (WHO), KDRT didefinisikan sebagai pola perilaku kekerasan atau kontrol dalam hubungan intim yang melibatkan fisik, seksual, psikologis, atau ekonomi yang dilakukan oleh salah satu pasangan terhadap yang lain.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dapat dibagi menjadi empat jenis utama: fisik, psikologis, seksual, dan ekonomi. Kekerasan fisik melibatkan tindakan yang menyebabkan kerusakan tubuh atau kesehatan, seperti memukul, menendang, atau menggunakan benda untuk melukai korban. Kekerasan psikologis, atau emosional, berupa tindakan yang merusak kesehatan mental korban, seperti penghinaan, intimidasi, manipulasi, atau isolasi sosial yang membuat korban merasa tidak berharga. Kekerasan seksual mencakup pemaksaan hubungan seksual tanpa persetujuan, pelecehan seksual, atau eksploitasi tubuh korban untuk kepentingan pelaku.⁵ Sementara itu, kekerasan ekonomi terjadi ketika pelaku mengontrol atau mengeksploitasi

keuangan korban, misalnya melarang korban bekerja, mengambil harta milik korban, atau tidak memberikan nafkah yang menjadi kewajibannya. Setiap jenis kekerasan ini tidak hanya memberikan dampak langsung berupa luka fisik atau tekanan mental, tetapi juga memiliki efek jangka panjang terhadap kesejahteraan sosial dan ekonomi korban.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) memiliki dampak serius yang luas pada individu, keluarga, dan masyarakat. Bagi individu, KDRT menyebabkan dampak fisik yang signifikan, seperti luka, cedera kronis, atau bahkan kematian. Secara psikologis, korban sering mengalami depresi, gangguan kecemasan, dan trauma jangka panjang seperti *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Korban juga dapat merasa tidak berdaya, kehilangan kepercayaan diri, dan kesulitan untuk melanjutkan kehidupan normal, disertai beberapa risiko terlibat dalam perilaku merugikan diri sendiri, seperti penyalahgunaan zat atau percobaan bunuh diri. Dampak KDRT juga merusak struktur keluarga, di mana anak-anak yang menyaksikan atau menjadi korban kekerasan berisiko mengalami trauma psikologis, kesulitan belajar, gangguan perilaku, serta memiliki kemungkinan mengulang pola kekerasan dalam hubungan mereka di masa depan. Selain itu, hubungan antar anggota keluarga dapat rusak, menciptakan lingkungan yang tidak sehat dan penuh ketegangan.⁸ Di tingkat masyarakat, KDRT mengurangi produktivitas individu, meningkatkan beban ekonomi melalui biaya medis dan rehabilitasi, serta memperburuk masalah sosial seperti kemiskinan dan pengangguran. Kekerasan ini juga menciptakan rasa ketidakamanan di komunitas, terutama jika sistem dukungan dan perlindungan korban tidak memadai, dan memperkuat ketimpangan gender serta stigma terhadap korban yang mencari bantuan.

Lembaga Bantuan Hukum Asosiasi Perempuan Indonesia untuk Keadilan (LBH APIK) Bali mencatat kasus kekerasan terhadap anak dan perempuan mencapai 100 kasus pada 2016. Pada tahun 2019 kasus KDRT meningkat sebanyak 125 kasus. Peningkatan ini disebabkan oleh beberapa faktor, salah

satunya karena banyak perempuan (korban) masih belum memahami kategori kekerasan itu sendiri. Pada saat ini, Kabupaten Badung merupakan salah satu kabupaten di Bali yang menempati urutan tertinggi dalam kasus kekerasan terhadap anak dan perempuan.

B. ETIOLOGI DAN FAKTOR RISIKO KDRT

Etiologi dan faktor risiko KDRT, khususnya kekerasan oleh pasangan intim (KPI) sangat kompleks dan melibatkan banyak aspek. Berdasarkan temuan dari studi yang dirujuk, etiologi KDRT mencakup beberapa faktor utama. Etiologi KDRT seringkali berakar pada keinginan pelaku untuk menunjukkan kekuasaan dan kontrol terhadap pasangannya. Hal ini dapat diwujudkan melalui berbagai bentuk perilaku abusif, termasuk kekerasan fisik, emosional, dan ekonomi. Selain itu, banyak pelaku memiliki masalah psikologis yang mendasari yang berkontribusi pada perilaku kekerasan mereka, seperti riwayat mengalami atau menyaksikan kekerasan di masa kecil.

Faktor individu meliputi riwayat pribadi dan masalah psikologis, seperti pengalaman menyaksikan atau mengalami kekerasan di masa kecil, penyalahgunaan zat (terutama alkohol), dan gangguan kesehatan mental. Faktor hubungan mencakup dinamika dalam hubungan, seperti ketidakseimbangan kekuasaan, konflik, dan masalah komunikasi. Faktor komunitas, seperti norma sosial yang mendukung kekerasan, kurangnya dukungan sosial, dan tekanan ekonomi, juga memengaruhi prevalensi KDRT. Selain itu, faktor masyarakat yang lebih luas, seperti norma budaya dan nilai-nilai yang mendukung ketidaksetaraan gender, sikap budaya terhadap kekerasan, dan kerangka hukum, memainkan peran penting dalam melanggengkan KDRT.

Faktor risiko KDRT mencakup beberapa aspek spesifik. Demografi menjadi salah satu faktor penting, di mana perempuan usia muda (15-34 tahun), mereka yang berasal dari status sosial ekonomi rendah, dan dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah memiliki risiko lebih tinggi. Karakteristik

hubungan, seperti jenis kemitraan (hubungan kohabitasi memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan pernikahan formal), durasi hubungan yang singkat, serta penerimaan kekerasan sebagai norma, dapat meningkatkan risiko. Riwayat pribadi juga berkontribusi, di mana perempuan yang mengalami kekerasan fisik atau seksual di masa kecil atau kekerasan non-pasangan memiliki risiko lebih tinggi terhadap KPI. Penyalahgunaan alkohol oleh salah satu pasangan merupakan faktor risiko signifikan. Karakteristik pasangan juga menjadi faktor, di mana pasangan yang sering terlibat dalam perkelahian lebih cenderung melakukan KPI. Norma budaya dan masyarakat yang mendukung ketidaksetaraan gender, serta masyarakat dengan norma yang kuat untuk merendahkan perempuan, juga berkaitan dengan tingkat KPI yang lebih tinggi. Interaksi kompleks antara faktor-faktor ini, terutama jika terdapat beberapa faktor risiko sekaligus, dapat secara signifikan meningkatkan kemungkinan terjadinya KDRT. Memahami faktor-faktor ini sangat penting untuk mengembangkan strategi pencegahan dan intervensi yang efektif.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah isu sosial yang memiliki dampak signifikan pada kesehatan fisik, psikologis, dan sosial individu. Fenomena ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk trauma masa kecil, stres lingkungan, dan dinamika keluarga. Memahami hubungan di antara faktor-faktor ini sangat penting untuk memutus siklus kekerasan, memberikan intervensi yang efektif, dan menciptakan kebijakan yang mendukung masyarakat yang lebih sehat.

C. TRAUMA MASA KECIL

Trauma masa kecil adalah pengalaman yang secara emosional, fisik, atau psikologis mengganggu perkembangan seorang anak. Bentuk trauma ini meliputi kekerasan fisik, pelecehan seksual, kekerasan emosional, serta penelantaran.

Anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan penuh kekerasan seringkali kali menginternalisasi perilaku tersebut dan membawanya hingga dewasa.

Dampak Jangka Panjang Trauma Masa kecil atau pada masa anak-anak memengaruhi perkembangan otak, terutama pada area yang mengatur emosi, memori, dan pengambilan keputusan, seperti amigdala, hippocampus, dan korteks prefrontal. Ketidakseimbangan perkembangan ini dapat memengaruhi kemampuan seseorang dalam mengelola emosi dan membentuk hubungan interpersonal yang sehat. Hal menunjukkan bahwa anak-anak yang mengalami atau menyaksikan kekerasan cenderung mengembangkan pola agresi atau perilaku pasif-agresif dalam hubungan; memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan mental, seperti gangguan stres pasca-trauma (PTSD), depresi, dan kecemasan; dan menerima atau mengulangi kekerasan dalam hubungan mereka di masa depan.

Salah satu mekanisme penting dalam siklus KDRT adalah transmisi antar-generasi kekerasan. Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga dengan kekerasan cenderung memandang kekerasan sebagai cara yang "normal" untuk menyelesaikan konflik atau mengekspresikan frustrasi. Misalnya, seorang anak yang sering melihat ayahnya memukul ibunya mungkin belajar bahwa kekerasan adalah cara untuk menunjukkan dominasi.

D. STRES LINGKUNGAN

Stres lingkungan adalah tekanan eksternal yang mempengaruhi individu atau keluarga, seperti ketidakstabilan ekonomi, pengangguran, kemiskinan, atau keterbatasan akses terhadap sumber daya sosial dan kesehatan. Stres ini sering memperburuk ketegangan di rumah tangga dan meningkatkan risiko kekerasan domestik.

- **Hubungan Kemiskinan dan KDRT**

Kemiskinan menciptakan tekanan psikologis yang signifikan, seperti ketidakpastian finansial dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Studi WHO menemukan bahwa KDRT lebih umum terjadi pada kelompok sosial-ekonomi rendah karena faktor-faktor seperti: frustrasi akibat pengangguran atau ketidakstabilan pekerjaan; ketergantungan

finansial korban terhadap pelaku yang membuat mereka sulit meninggalkan hubungan yang penuh kekerasan; keterbatasan akses terhadap dukungan, seperti layanan konseling atau tempat perlindungan.

- **Pengaruh Tekanan Sosial**

Selain kemiskinan, tekanan sosial lainnya, seperti diskriminasi, stigma, dan isolasi sosial, dapat meningkatkan risiko KDRT. Masyarakat dengan norma gender yang patriarkal seringkali memperkuat ketimpangan kekuasaan dalam hubungan, di mana perempuan lebih rentan menjadi korban.

E. DINAMIKA KELUARGA

Dinamika keluarga mengacu pada pola interaksi, komunikasi, dan pembagian peran di dalam keluarga. Keluarga yang sehat biasanya memiliki pola komunikasi terbuka, rasa hormat, dan keseimbangan kekuasaan. Sebaliknya, dinamika yang tidak sehat seringkali melibatkan kontrol yang tidak seimbang, kurangnya empati, dan pola kekerasan.

- **Ketidakseimbangan Kekuasaan dalam Hubungan**

Ketidakseimbangan kekuasaan, di mana satu pihak mendominasi pihak lain, adalah salah satu faktor utama dalam KDRT. Pelaku biasanya menggunakan kekerasan untuk mempertahankan kontrol terhadap korban. Hal ini sering diperkuat oleh norma budaya atau sosial yang menormalisasi kekerasan sebagai alat untuk menunjukkan otoritas.

- **Ketergantungan Emosional dan Ekonomi**

Ketergantungan korban pada pelaku, baik secara emosional maupun ekonomi, memperkuat siklus kekerasan. Korban seringkali merasa terjebak dalam hubungan karena: ketakutan akan ancaman fisik jika mencoba meninggalkan pelaku; kurangnya dukungan sosial dari keluarga atau teman; keyakinan bahwa mereka tidak dapat bertahan secara finansial di luar hubungan.

Interaksi antara Trauma, Stres Lingkungan, dan Dinamika Keluarga

Ketiga faktor ini saling berinteraksi dalam siklus kekerasan yang sulit diputus. Misalnya, seseorang yang mengalami trauma masa kecil mungkin tumbuh di lingkungan yang penuh tekanan sosial-ekonomi. Ketika dewasa, mereka mungkin membentuk hubungan dengan pola kekerasan yang serupa karena ketidakmampuan mengelola stres dan kurangnya contoh hubungan sehat.

= / =

BAB 7

PERAN TRAUMA DALAM PERUBAHAN NEUROANATOMI OTAK DAN PENGARUHNYA TERHADAP REGULASI EMOSI DAN PERILAKU

Trauma adalah pengalaman hidup yang sangat menyakitkan atau menakutkan sehingga seseorang merasa tidak mampu menghadapinya secara efektif. Trauma bisa berbentuk fisik, seperti cedera akibat kecelakaan atau kekerasan, maupun psikologis, seperti pelecehan, pengabaian, atau peristiwa bencana. Beberapa Penelitian diluar negeri menunjukkan bahwa trauma tidak hanya meninggalkan bekas pada emosi dan perilaku, tetapi juga mengubah struktur dan fungsi otak secara mendalam. Dalam beberapa dekade terakhir, ilmu saraf telah memberikan wawasan penting tentang bagaimana trauma memengaruhi otak manusia. Penelitian berbasis pencitraan, seperti MRI dan PET scan, menunjukkan bahwa trauma dapat mengubah ukuran, aktivitas, dan koneksi dalam berbagai wilayah otak, terutama yang terlibat dalam pengolahan emosi dan regulasi perilaku. Pemahaman tentang perubahan neuroanatomi ini penting untuk mengembangkan pendekatan klinis yang lebih baik dalam membantu individu yang mengalami trauma.

A. TRAUMA DAN OTAK: LANDASAN NEUROANATOMI

1. STRUKTUR OTAK YANG TERDAMPAK OLEH TRAUMA

Trauma memengaruhi berbagai area otak, terutama yang terlibat dalam sistem limbik, yang bertanggung jawab atas pengolahan emosi dan respons terhadap stres. Berikut adalah penjelasan struktur utama otak yang terdampak trauma:

- a. **Amygdala** : Amygdala adalah pusat pemrosesan emosi di otak, terutama emosi yang terkait dengan rasa takut dan ancaman. Pada individu yang mengalami trauma, aktivitas amygdala seringkali meningkat secara signifikan.
 - **Efek trauma**: Penelitian menunjukkan bahwa amygdala menjadi hipersensitif terhadap stimulus yang memicu rasa takut. Ini menyebabkan seseorang lebih mudah merasa cemas atau terancam bahkan dalam situasi yang tidak berbahaya.

- **Hasil pencitraan:** Studi pencitraan menunjukkan hiperaktivasi amygdala pada pasien dengan gangguan stres pasca-trauma (PTSD).
- b. Hippocampus :** Hippocampus memainkan peran penting dalam memori dan konsolidasi pengalaman. Trauma, terutama trauma kronis, dapat menyebabkan penurunan volume hippocampus.
- **Efek trauma:** Penurunan ini mengakibatkan gangguan dalam memisahkan ingatan traumatis dari konteks saat ini, sehingga memicu pengalaman intrusi atau flashback pada PTSD.
 - **Penelitian:** Studi pada veteran perang menunjukkan hippocampus yang mengecil berkorelasi dengan tingkat keparahan gejala PTSD.
- c. Prefrontal Cortex (PFC) :** PFC bertanggung jawab atas pengambilan keputusan, pengendalian diri, dan regulasi emosi.
- **Efek trauma:** Trauma dapat menyebabkan disfungsi atau hipofrontalitas (penurunan aktivitas PFC). Akibatnya, seseorang mengalami kesulitan mengendalikan emosi, menenangkan diri, atau membuat keputusan rasional.
 - **Temuan studi:** MRI fungsional pada pasien PTSD menunjukkan aktivitas PFC yang berkurang, terutama di area ventromedial yang berperan dalam pengaturan emosi.
- d. Hubungan antara Amygdala, Hippocampus, dan PFC :** Ketidakseimbangan antara amygdala yang hiperaktif, hippocampus yang mengecil, dan PFC yang terdisregulasi menciptakan kondisi di mana individu mengalami hipervigilansi dan kesulitan mengendalikan respons emosional.

2. MEKANISME BIOLOGIS PERUBAHAN OTAK

Trauma tidak hanya mengubah struktur otak, tetapi juga memengaruhi fungsinya melalui mekanisme biologis berikut:

a. **Neuroplastisitas** : Neuroplastisitas adalah kemampuan otak untuk beradaptasi dan membentuk ulang dirinya sendiri. Namun, trauma dapat menyebabkan **neuroplastisitas maladaptif**, di mana otak membentuk koneksi yang mendukung pola pikir dan respons stres yang tidak sehat.

b. **Sumbu HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal)** : Sumbu HPA adalah sistem pengatur respons stres di tubuh. Trauma kronis dapat menyebabkan aktivasi berlebihan sumbu ini, menghasilkan kadar hormon kortisol yang tinggi.

Efek kortisol: Kadar kortisol yang kronis dapat merusak hippocampus, meningkatkan hiperaktivasi amygdala, dan mengurangi fungsi PFC.

c. **Peradangan Sistemik** : Trauma kronis sering dikaitkan dengan peningkatan sitokin pro-inflamasi, yang dapat berdampak negatif pada koneksi saraf, terutama di PFC.

B. DAMPAK TRAUMA TERHADAP REGULASI EMOSI

1. **Deregulasi Emosi pada Individu yang Mengalami Trauma** : Trauma memengaruhi kemampuan individu untuk mengenali, mengelola, dan merespons emosi secara sehat. Beberapa efek utama meliputi:

- **Hipersensitivitas terhadap Emosi Negatif**: Hiperaktivasi amygdala menyebabkan individu lebih mudah merasa takut, marah, atau cemas.

- **Kesulitan Mengontrol Emosi:** Disfungsi PFC membuat individu sulit mengendalikan ledakan emosi atau menenangkan diri setelah terpapar pemicu.
- **Aleksitimia:** Sebagian individu yang mengalami trauma kesulitan mengenali atau mengungkapkan emosi mereka.

2. Gangguan yang Berkaitan dengan Deregulasi Emosi

- PTSD :** Gangguan stres pasca-trauma (PTSD) adalah kondisi yang paling banyak dikaitkan dengan trauma. Gejala utamanya meliputi:
 - **Intrusi:** Flashback dan mimpi buruk akibat ingatan traumatis.
 - **Hiperarousal:** Kecemasan berlebihan dan kewaspadaan yang tinggi.
 - **Penghindaran:** Menghindari situasi atau orang yang memicu trauma.
- Depresi :** Individu yang mengalami trauma lebih rentan terhadap depresi. Penurunan aktivitas PFC dan disfungsi sistem limbik berkontribusi terhadap mood yang rendah dan kehilangan minat.
- Gangguan Kecemasan :** Kecemasan yang berlebihan dan tidak proporsional sering muncul akibat trauma, terutama karena hiperaktivasi sistem fight-or-flight.

C. PERILAKU ADAPTIF DAN MALADAPTIF AKIBAT TRAUMA

- Perilaku Maladaptif :** Trauma seringkali menyebabkan pola perilaku yang tidak sehat, seperti:
 - **Impulsivitas dan Agresivitas:** Disfungsi PFC menyebabkan kesulitan mengontrol impuls, sehingga individu lebih mudah terlibat dalam perilaku agresif.
 - **Penyalahgunaan Zat:** Banyak individu menggunakan alkohol atau narkoba sebagai mekanisme koping untuk mengurangi rasa sakit emosional.
 - **Penghindaran Sosial:** Ketidakmampuan untuk mempercayai orang lain dapat menyebabkan isolasi diri.

2. Perilaku Adaptif : Namun, tidak semua individu yang mengalami trauma mengembangkan perilaku maladaptif. Beberapa faktor yang mendukung perilaku adaptif meliputi:

- **Resiliensi:** Kemampuan untuk bangkit kembali dari trauma. Faktor pelindung seperti hubungan sosial yang kuat dan pendidikan dapat meningkatkan resiliensi.
- **Pencarian Makna:** Sebagian individu menggunakan pengalaman traumatis untuk menemukan makna hidup yang lebih dalam atau membantu orang lain.

D. PERAN NEUROTRANSMITTER 5 HT TERHADAP PERILAKU REGULASI EMOSI DI OTAK

Trauma memiliki dampak mendalam pada regulasi emosi, sebagian besar melalui perubahan dalam sistem neurotransmitter di otak. Neurotransmitter adalah molekul kimia yang bertanggung jawab untuk mengirimkan sinyal antar neuron, memengaruhi fungsi otak seperti mood, respons stres, dan pengolahan emosi. Berikut adalah penjelasan rinci terkait peran neurotransmitter utama seperti dopamin, serotonin, norepinefrin, GABA, glutamat, dan lainnya terhadap regulasi emosi akibat trauma.

1. Dopamin (DA)

Peran Normal Dopamin dalam Regulasi Emosi : Dopamin adalah neurotransmitter yang terlibat dalam sistem penghargaan (reward), motivasi, dan penguatan perilaku.

- **Sistem Mesolimbik:** Dopamin berperan di jalur mesolimbik, yang menghubungkan ventral tegmental area (VTA) ke nucleus accumbens. Jalur ini penting untuk pengalaman kesenangan dan motivasi.
- **Sistem Mesokortikal:** Dopamin juga berfungsi di jalur mesokortikal, yang menghubungkan VTA ke prefrontal cortex (PFC), dan mendukung pengambilan keputusan serta pengendalian emosi.

Efek Trauma pada Sistem Dopamin: Trauma dapat menyebabkan disregulasi dopamin, yang memengaruhi pengolahan emosi dan perilaku adaptif:

- **Hipersensitivitas Dopamin:** Peningkatan aktivitas dopamin dapat menyebabkan hipervigilansi dan respons emosional yang berlebihan, seperti rasa takut yang intens.
- **Penurunan Dopamin:** Trauma kronis sering dikaitkan dengan penurunan dopamin, yang dapat menyebabkan anhedonia (ketidakmampuan merasakan kesenangan) dan kurangnya motivasi.
- **Hubungan dengan PTSD:** Studi menunjukkan bahwa disregulasi dopamin di nucleus accumbens berkontribusi pada gejala PTSD, termasuk penghindaran sosial dan ketergantungan pada zat.

2. Serotonin (5-HT)

Peran Normal Serotonin dalam Regulasi Emosi: Serotonin adalah neurotransmitter utama dalam pengaturan mood, rasa percaya diri, dan pengendalian impuls.

- **Sistem Serotonergik:** Serotonin diproduksi di raphe nuclei di batang otak dan diproyeksikan ke berbagai area otak, termasuk PFC, hippocampus, dan amygdala.
- **Regulasi Emosi:** Serotonin membantu menstabilkan mood dan mengurangi intensitas emosi negatif seperti rasa takut dan marah.

Efek Trauma pada Sistem Serotonin: Trauma dapat menyebabkan perubahan kadar serotonin yang signifikan:

- **Penurunan Kadar Serotonin:** Trauma sering menurunkan aktivitas serotonin, yang dapat meningkatkan kecemasan, impulsivitas, dan agresivitas.
- **Gangguan pada Reseptor Serotonin (5-HT1A dan 5-HT2A):** Trauma dapat mengurangi sensitivitas reseptor serotonin, yang berdampak pada kemampuan otak untuk mengatur emosi negatif.

- **Hubungan dengan Depresi dan PTSD:** Defisiensi serotonin sering ditemukan pada individu dengan depresi dan PTSD, yang ditandai oleh mood rendah, pikiran obsesif, dan hiperaktivasi emosi.

3. Norepinefrin (NE)

Peran Normal Norepinefrin dalam Respons Emosi : Norepinefrin adalah neurotransmitter yang terlibat dalam respons fight-or-flight, kewaspadaan, dan perhatian.

- **Sistem Locus Coeruleus:** Norepinefrin diproduksi di locus coeruleus di batang otak dan berperan dalam mempersiapkan tubuh untuk menghadapi ancaman.
- **Pengaturan Emosi:** Dalam jumlah yang tepat, norepinefrin membantu mengarahkan perhatian pada stimulus penting dan meningkatkan respons adaptif.

Efek Trauma pada Sistem Norepinefrin : Trauma sering menyebabkan disregulasi norepinefrin, yang memperburuk respons emosional:

- **Hiperaktivasi Norepinefrin:** Trauma dapat meningkatkan pelepasan norepinefrin, yang menyebabkan hipervigilansi, kesulitan tidur, dan respons emosional yang berlebihan.
- **Hubungan dengan PTSD:** Studi menunjukkan bahwa individu dengan PTSD memiliki kadar norepinefrin yang lebih tinggi, yang berkontribusi pada gejala seperti intrusi (flashback) dan rasa cemas yang berlebihan.

4. GABA (Gamma-Aminobutyric Acid)

Peran Normal GABA dalam Regulasi Emosi: GABA adalah neurotransmitter penghambat utama di otak yang membantu menenangkan aktivitas saraf dan mengurangi respons stres.

- **Pengaturan Emosi:** GABA menekan aktivitas di amygdala, yang membantu mengurangi rasa takut dan kecemasan.

- **Hubungan dengan Relaksasi:** Kadar GABA yang cukup penting untuk mempertahankan suasana hati yang stabil dan perasaan tenang.

Efek Trauma pada Sistem GABA : Trauma dapat mengganggu keseimbangan GABA di otak:

- **Penurunan Aktivitas GABA:** Trauma kronis sering mengurangi kadar GABA, yang meningkatkan hiperaktivasi amygdala dan kecemasan.
- **Kesulitan Relaksasi:** Penurunan GABA membuat individu sulit merasa tenang atau santai, bahkan dalam situasi yang aman.

5. Glutamat

Peran Normal Glutamat dalam Regulasi Emosi: Glutamat adalah neurotransmitter eksitatori utama di otak yang penting untuk pembelajaran, memori, dan adaptasi respons emosional.

- **Fungsi Eksitasi:** Glutamat membantu meningkatkan perhatian pada ancaman dan mengarahkan respons adaptif terhadap bahaya.
- **Efek Trauma pada Sistem Glutamat:** Trauma dapat menyebabkan disregulasi glutamat, yang berdampak pada pengolahan emosi:
- **Eksitasi Berlebihan:** Trauma sering menyebabkan hiperaktivasi glutamat, yang merusak neuron di hippocampus dan memperburuk gejala PTSD.
- **Kerusakan Neurotoksik:** Kadar glutamat yang tinggi dalam jangka panjang dapat menyebabkan neurodegenerasi, terutama di area otak yang terlibat dalam memori dan regulasi emosi.

6. Endorfin dan Sistem Opioid Endogen

Peran Normal Endorfin dalam Regulasi Emosi: Endorfin adalah neurotransmitter yang bertindak sebagai penghilang rasa sakit alami dan pengatur mood.

- **Rasa Tenang:** Endorfin membantu mengurangi rasa sakit emosional dan fisik, memberikan perasaan nyaman setelah stres.

Efek Trauma pada Sistem Opioid Endogen : Trauma dapat mengganggu sistem endorfin, yang menyebabkan:

- **Penurunan Produksi Endorfin:** Trauma kronis sering mengurangi kadar endorfin, sehingga individu lebih rentan terhadap rasa sakit emosional.
- **Hubungan dengan Ketergantungan:** Individu yang mengalami trauma mungkin mencari pelepasan kimiawi melalui penyalahgunaan zat untuk meniru efek endorfin.

Trauma memengaruhi regulasi emosi melalui perubahan dalam sistem neurotransmitter utama di otak. Dopamin dan serotonin memainkan peran dalam mengatur mood dan respon emosional, sementara norepinefrin, GABA, dan glutamat berperan dalam mengatur respons stres dan adaptasi emosional. Gangguan pada sistem ini menyebabkan berbagai gejala, seperti kecemasan, depresi, dan impulsivitas, yang sering terlihat pada individu yang mengalami trauma. Pemahaman tentang hubungan antara neurotransmitter dan trauma ini penting untuk mengembangkan terapi yang lebih efektif, baik psikoterapi maupun farmakologis. Pendekatan berbasis farmakologi, seperti SSRI untuk meningkatkan serotonin atau terapi berbasis GABA, dapat membantu mengembalikan keseimbangan neurotransmitter dan memperbaiki regulasi emosi. Lebih jauh lagi, terapi integratif yang melibatkan mindfulness atau pendekatan trauma-inform dapat membantu memperbaiki dampak trauma pada tingkat biologis dan psikologis.

E. IMPLIKASI KLINIS DAN TERAPEUTIK

1. Pendekatan Psikoterapi

- **Terapi Kognitif-Perilaku (CBT):** Membantu individu mengenali dan mengubah pola pikir negatif yang berkaitan dengan trauma.
- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):** Teknik yang efektif untuk memproses ingatan traumatis.

- **Terapi Berbasis Mindfulness:** Mengajarkan individu untuk menerima pengalaman traumatis tanpa reaksi emosional yang berlebihan.

2. Pendekatan Farmakologis

- **Antidepresan:** SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) sering digunakan untuk mengurangi gejala PTSD dan depresi.
- **Terapi Psikedelik:** Penelitian terbaru menunjukkan potensi penggunaan psikedelik, seperti MDMA, dalam pengobatan trauma.

3. Intervensi Sosial dan Lingkungan

- **Dukungan Sosial:** Membangun jaringan sosial yang kuat dapat membantu individu merasa aman dan didukung.
- **Lingkungan yang Aman:** Menghilangkan pemicu trauma di lingkungan individu adalah langkah penting dalam pemulihan.

Trauma memiliki dampak yang signifikan terhadap neuroanatomi otak, terutama pada struktur seperti amygdala, hippocampus, dan PFC. Perubahan ini tidak hanya memengaruhi cara individu mengelola emosi tetapi juga perilaku mereka secara keseluruhan. Dengan memahami hubungan ini, kita dapat mengembangkan pendekatan yang lebih efektif untuk membantu penyintas trauma mengatasi dampaknya dan kembali menjalani hidup yang produktif.

= / =

BAB 8

PERAN TRAUMA DALAM PERUBAHAN NEUROANATOMI OTAK DAN PENGARUHNYA TERHADAP REGULASI EMOSI DAN PERILAKU

Masalah kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan isu sosial yang kompleks, dan dampaknya terhadap individu dan masyarakat sangat besar. Dalam konteks Indonesia, Bali merupakan salah satu daerah yang memiliki ciri khas budaya dan sosial yang kuat, namun tidak terhindar dari fenomena KDRT. Meski Bali dikenal sebagai destinasi wisata dengan budaya yang kaya dan harmoni, masalah KDRT tetap menjadi isu serius yang perlu mendapat perhatian.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah masalah serius yang memengaruhi tidak hanya korban, tetapi juga pelaku. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap perilaku Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), di antaranya trauma masa kecil, stres lingkungan, dan dinamika keluarga yang tidak sehat. Selain faktor psikososial, semakin berkembangnya penelitian tentang genetika menunjukkan bahwa faktor biologis juga berperan dalam membentuk perilaku agresif atau kekerasan pada seseorang. Di Bali, fenomena KDRT semakin mendapat perhatian, baik dari segi sosial maupun medis.

1. Trauma Masa Kecil dan Pelaku KDRT

Trauma masa kecil adalah salah satu faktor signifikan yang dapat berkontribusi terhadap terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) pada masa dewasa. Anak-anak yang mengalami kekerasan, pengabaian, atau ketidakstabilan emosional di lingkungan keluarga berisiko lebih tinggi untuk mengulang pola kekerasan dalam hubungan mereka kelak. Di Bali, meskipun budaya dan nilai-nilai kearifan lokal sangat dijunjung tinggi, masalah KDRT tetap ada, dan banyak pelaku KDRT di masa dewasa yang memiliki pengalaman traumatis di masa kecil.

Trauma masa kecil telah lama dikenal sebagai faktor yang sangat memengaruhi perkembangan psikologis seseorang, terutama dalam membentuk pola perilaku dan dinamika hubungan di masa dewasa. Dalam konteks Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), trauma masa kecil menjadi salah satu penentu utama apakah seseorang berisiko menjadi pelaku kekerasan

di kemudian hari. Teori mengenai trauma masa kecil dan hubungannya dengan pelaku KDRT berfokus pada bagaimana pengalaman traumatis yang dialami anak-anak dapat mengubah cara mereka melihat dunia dan berinteraksi dengan orang lain saat dewasa, serta bagaimana ini berhubungan dengan kecenderungan untuk melakukan kekerasan dalam hubungan rumah tangga.

Trauma masa kecil adalah pengalaman menyakitkan yang terjadi pada masa kanak-kanak yang dapat meninggalkan dampak psikologis jangka panjang. Trauma ini dapat disebabkan oleh berbagai hal, seperti kekerasan fisik atau emosional, pelecehan seksual, pengabaian, atau kehilangan orang tua. Pengalaman traumatis tersebut dapat membentuk cara seseorang melihat dunia, serta cara berinteraksi dengan orang lain, yang pada gilirannya dapat memengaruhi kecenderungannya untuk melakukan kekerasan di masa depan.

Psikologi menunjukkan bahwa anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang penuh kekerasan atau ketegangan emosional cenderung mengembangkan pola perilaku agresif. Mereka mungkin merasa bahwa kekerasan adalah cara yang sah untuk menyelesaikan konflik atau menunjukkan dominasi. Ketika trauma ini tidak diproses dengan baik dan dibiarkan tanpa dukungan yang memadai, individu dapat membawa perilaku kekerasan tersebut ke dalam kehidupan dewasa mereka.

Pada kasus pelaku KDRT, trauma masa kecil seringkali menjadi salah satu faktor utama yang membentuk pola perilaku mereka. Dalam banyak kasus, pelaku KDRT adalah individu yang mengalami kekerasan atau pengabaian dalam keluarga sejak kecil. Mereka tumbuh dengan pemahaman bahwa kekerasan adalah bagian dari hubungan yang normal, dan ini memengaruhi cara mereka memperlakukan pasangan atau anggota keluarga lainnya.

2. Teori Psikoanalitik (Sigmund Freud)

Sigmund Freud, tokoh utama dalam psikologi psikoanalitik, berargumen bahwa pengalaman-pengalaman awal dalam kehidupan anak-anak sangat

menentukan perkembangan kepribadian mereka di masa depan. Trauma masa kecil, menurut Freud, bisa menyebabkan ketegangan internal dalam struktur kepribadian, yaitu id, ego, dan superego. Trauma ini bisa memicu perkembangan mekanisme pembelaan yang maladaptif, seperti regresi, proyeksi, atau penghindaran, yang berpotensi memperburuk respons emosional dan interaksi sosial seseorang.

Dalam konteks KDRT, jika seorang anak mengalami kekerasan fisik atau emosional di rumah, hal ini bisa memengaruhi perkembangan ego dan superego yang sehat, menyebabkan individu tersebut lebih cenderung untuk mengatasi konflik dengan cara kekerasan ketika dewasa. Misalnya, individu yang mengalami pengabaian atau kekerasan emosional di masa kecil dapat mengembangkan kecenderungan untuk berperilaku agresif sebagai bentuk mekanisme pertahanan terhadap perasaan cemas atau tidak aman.

3. Teori Teori Pembelajaran Sosial (Albert Bandura)

Albert Bandura, melalui teori pembelajaran sosial, mengajukan konsep bahwa perilaku manusia banyak dipengaruhi oleh pengamatan terhadap orang lain dalam lingkungan sekitar, termasuk orang tua, keluarga, dan orang-orang dekat lainnya. Anak-anak yang tumbuh dalam lingkungan yang penuh kekerasan atau agresi, baik secara fisik atau verbal, belajar bahwa kekerasan adalah cara yang sah untuk mengatasi konflik atau mencapai tujuan.

Konsep "**modeling**" atau pembelajaran dengan meniru (observational learning) menjelaskan bagaimana seorang anak yang menyaksikan atau mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dapat meniru perilaku tersebut saat mereka dewasa. Bandura berpendapat bahwa proses penguatan juga memainkan peran penting—perilaku kekerasan yang dilakukan oleh orang tua atau anggota keluarga lainnya mungkin diterima atau diperkuat secara tidak langsung melalui dukungan sosial atau ketidakberdayaan korban. Dalam hal ini, penguatan negatif, seperti menghindari konflik dengan mengintimidasi atau memukul, membuat perilaku tersebut semakin terinternalisasi.

4. Teori Pengikatan (John Bowlby)

Teori pengikatan (attachment theory) yang dikembangkan oleh John Bowlby berfokus pada hubungan awal antara anak dan pengasuh utama (biasanya orang tua). Menurut teori ini, pengalaman pengikatan yang aman dengan pengasuh di masa kecil sangat penting untuk perkembangan emosional dan sosial yang sehat. Pengalaman kekerasan atau pengabaian pada masa kecil dapat mengarah pada pengikatan yang tidak aman, yang berdampak buruk pada kemampuan individu untuk membangun hubungan yang sehat di masa depan.

Bowlby membedakan tiga jenis pengikatan utama: aman, cemas-ambivalen, dan cemas-avoidant. Individu dengan pengikatan yang cemas-ambivalen atau avoidant seringkali mengalami kesulitan dalam hubungan interpersonal, cenderung lebih mudah terpicu emosi negatif seperti kemarahan atau ketakutan, dan lebih rentan untuk melakukan kekerasan dalam hubungan mereka di masa depan. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dapat terjadi sebagai bentuk ketidakmampuan individu dalam mengelola kecemasan atau ketidakamanan dalam hubungan intim mereka.

5. Teori Stres dan Koping (Lazarus dan Folkman)

Teori stres dan koping yang dikembangkan oleh Richard Lazarus dan Susan Folkman menjelaskan bagaimana individu menghadapi situasi stres. Dalam konteks trauma masa kecil, individu yang memiliki pengalaman buruk, seperti kekerasan atau pengabaian, mungkin lebih rentan terhadap stres dan memiliki cara-cara koping yang maladaptif. Mereka mungkin tidak belajar cara yang sehat untuk mengelola emosi, yang dapat berkontribusi pada perilaku kekerasan.

Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga dengan kekerasan seringkali tidak diajarkan cara-cara yang efektif untuk menyelesaikan masalah atau mengatasi perasaan frustrasi. Tanpa keterampilan koping yang memadai, mereka

mungkin merasa terjebak dalam pola emosional yang bisa meledak menjadi kekerasan. Dalam hubungan rumah tangga di masa depan, mereka mungkin menggunakan kekerasan untuk mengatasi stres atau perasaan terancam, tanpa memahami bahwa kekerasan bukanlah solusi yang sehat.

6. Teori Biopsikososial

Teori biopsikososial mengusulkan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Dalam konteks pelaku KDRT, faktor-faktor biologis (seperti keturunan atau kelainan kimia otak), faktor psikologis (seperti trauma masa kecil, gangguan mental, atau pola asuh yang tidak sehat), dan faktor sosial (seperti ketegangan lingkungan atau ketimpangan gender) berperan penting dalam membentuk perilaku kekerasan.

Penelitian terbaru menunjukkan bahwa faktor genetik mungkin juga berkontribusi pada perilaku agresif. Misalnya, gangguan pada sistem pengaturan emosi atau neurotransmiter tertentu (seperti serotonin dan dopamin) dapat meningkatkan kecenderungan seseorang untuk berperilaku agresif. Namun, faktor sosial dan psikologis—seperti pengalaman trauma masa kecil dan ketegangan sosial—memiliki dampak yang besar dalam memperburuk atau memitigasi faktor genetik tersebut.

7. Teori Frustrasi-Agresion (Dollard et al.)

Teori frustrasi-agresi yang dikemukakan oleh John Dollard dan rekan-rekannya menjelaskan bahwa kekerasan bisa terjadi ketika individu merasa frustrasi karena ketidakmampuannya untuk mencapai tujuannya. Frustrasi ini, jika tidak dikelola dengan baik, dapat berubah menjadi agresi. Dalam kasus pelaku KDRT, ketidakmampuan untuk mengatasi perasaan frustrasi atau ketidakmampuan dalam mengelola konflik dapat menyebabkan ledakan agresif terhadap pasangan atau anggota keluarga lainnya.

Anak-anak yang mengalami trauma atau pengabaian di masa kecil seringkali merasa terhalang dalam pencapaian tujuan mereka, baik secara

emosional, sosial, atau fisik. Perasaan frustrasi ini, jika tidak diatasi dengan cara yang sehat, dapat berkembang menjadi agresi yang berbahaya di masa depan.

A. TRAUMA MASA KECIL SEBAGAI FAKTOR RISIKO PELAKU KDRT

Trauma masa kecil memainkan peran kunci dalam membentuk perilaku kekerasan di masa dewasa, terutama dalam konteks KDRT. Faktor psikososial, seperti pola asuh yang tidak sehat, trauma fisik atau emosional, serta pengabaian, dapat menyebabkan gangguan dalam perkembangan psikologis yang berdampak pada kemampuan individu untuk mengelola konflik secara sehat. Selain itu, teori-teori psikologis seperti teori pembelajaran sosial, teori pengikatan, dan teori stres dan koping menunjukkan bahwa pengalaman buruk di masa kecil dapat memperburuk kecenderungan untuk menjadi pelaku kekerasan dalam hubungan.

Namun, tidak semua individu yang mengalami trauma masa kecil akan menjadi pelaku kekerasan. Faktor genetik, pendidikan, dan intervensi sosial yang tepat dapat membantu memitigasi dampak trauma masa kecil dan mencegah terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Oleh karena itu, penanganan yang holistik, yang melibatkan terapi untuk individu dengan riwayat trauma masa kecil serta pendekatan preventif berbasis pendidikan dan dukungan sosial, sangat penting dalam memutus rantai kekerasan dalam keluarga.

Dampak Trauma Masa Kecil pada Pelaku KDRT:

- **Internalisasi Pola Kekerasan:** Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga dengan kekerasan fisik atau emosional cenderung menginternalisasi pola perilaku tersebut. Mereka melihat kekerasan sebagai cara untuk mengelola konflik atau melampiaskan emosi, yang dapat terbawa hingga mereka dewasa.
- **Gangguan Emosional:** Trauma masa kecil, terutama yang melibatkan ketidakamanan atau ancaman terhadap kesejahteraan fisik dan emosional,

dapat meningkatkan tingkat kecemasan, depresi, dan gangguan kepribadian yang berdampak pada interaksi sosial dan hubungan intim mereka. Dalam kasus pelaku KDRT, trauma ini bisa menyebabkan mereka merasa terjebak dalam lingkaran kekerasan yang sulit dipecahkan.

- **Stres Lingkungan dan Pelaku KDRT di Bali**

- Selain faktor internal seperti trauma masa kecil, stres lingkungan juga memainkan peran penting dalam memicu Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Stres lingkungan dapat muncul dalam berbagai bentuk, mulai dari tekanan ekonomi, masalah pekerjaan, hingga masalah sosial seperti diskriminasi atau ketidakstabilan politik.
- Stres lingkungan, yang mencakup tantangan eksternal seperti tekanan ekonomi, ketegangan sosial, atau perubahan budaya yang cepat, juga dapat memperburuk perilaku Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Di Bali, perubahan sosial yang cepat akibat perkembangan pariwisata dan urbanisasi, ditambah dengan tekanan ekonomi yang dialami oleh sebagian masyarakat, menciptakan kondisi stres yang tinggi bagi banyak individu.
- Di Bali, salah satu faktor stres lingkungan yang signifikan adalah tantangan ekonomi yang dihadapi oleh sebagian besar keluarga. Bali, meskipun dikenal dengan sektor pariwisatanya yang berkembang pesat, juga memiliki disparitas ekonomi yang cukup besar. Keluarga-keluarga dengan penghasilan rendah seringkali menghadapi tekanan yang luar biasa untuk memenuhi kebutuhan dasar, yang dapat meningkatkan ketegangan dalam rumah tangga. Ketika individu merasa tertekan dan tidak mampu mengatasi stres ini, mereka mungkin melampiaskannya melalui kekerasan terhadap pasangan atau anggota keluarga lainnya.

Stres lingkungan juga dapat muncul akibat perubahan sosial yang cepat, seperti globalisasi dan pergeseran nilai-nilai tradisional. Di Bali, meskipun budaya Bali sangat kental dengan nilai-nilai keluarga dan harmonisasi sosial, modernisasi dan globalisasi telah membawa perubahan yang signifikan. Misalnya, peran gender dalam keluarga dapat menjadi sumber ketegangan, di mana harapan tradisional bertemu dengan kebutuhan atau aspirasi individu yang lebih modern.

Dampak Stres Lingkungan pada Pelaku KDRT:

- **Pengaruh Ekonomi:** Krisis ekonomi, pengangguran, atau kesulitan finansial seringkali meningkatkan tingkat stres dalam rumah tangga. Bagi sebagian individu, stres ini bisa berujung pada kemarahan atau frustrasi yang dilampiaskan melalui kekerasan terhadap pasangan atau anggota keluarga.
- **Perubahan Sosial dan Budaya:** Bali, sebagai daerah yang memiliki warisan budaya yang kuat, menghadapi tantangan dalam mengadaptasi nilai-nilai tradisional dengan kehidupan modern. Ketegangan antara tradisi dan modernitas, serta tekanan sosial untuk memenuhi standar tertentu dalam masyarakat, dapat memperburuk ketegangan dalam hubungan rumah tangga dan meningkatkan risiko kekerasan.
- **Dinamika Keluarga dan KDRT di Bali**
 - Dinamika keluarga memainkan peran yang sangat besar dalam pembentukan pola perilaku, baik pada korban maupun pelaku Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Dalam konteks keluarga di Bali, faktor-faktor seperti pola asuh, peran gender, dan harapan sosial terhadap individu dapat memengaruhi terjadinya KDRT.
 - Dinamika keluarga merupakan faktor penting dalam perkembangan individu, terutama dalam pembentukan sikap dan perilaku seseorang. Keluarga adalah tempat pertama seorang anak belajar tentang

hubungan interpersonal, nilai-nilai, serta cara menyelesaikan konflik. Dalam banyak kasus, Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dimulai dari pola komunikasi yang buruk, ketidakmampuan untuk menyelesaikan konflik secara sehat, atau ketidakharmonisan dalam hubungan pasangan suami istri.

- Pada pelaku KDRT, sering ditemukan pola kekerasan yang diwariskan secara generasional. Anak-anak yang tumbuh dalam keluarga yang penuh kekerasan atau ketegangan emosional seringkali mengulang pola yang sama ketika mereka membentuk keluarga mereka sendiri. Di Bali, meskipun ada nilai adat yang kuat mengenai keharmonisan keluarga, pola Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) bisa tetap terjadi, terutama dalam keluarga-keluarga yang sudah terpapar ketegangan sosial dan ekonomi.

Dinamika keluarga juga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor eksternal seperti tekanan sosial, adat istiadat, serta hubungan dengan komunitas sekitar. Di Bali, hubungan antara keluarga inti dan keluarga besar (keluarga extended) juga sering memengaruhi dinamika rumah tangga. Tekanan dari keluarga besar atau tuntutan adat yang berat kadang-kadang dapat menciptakan ketegangan dalam rumah tangga, yang akhirnya berujung pada kekerasan.

Dampak Dinamika Keluarga pada Pelaku KDRT:

- **Pola Asuh yang Tidak Sehat:** Keluarga yang menunjukkan pola asuh yang otoriter atau permisif dapat menciptakan ketidakstabilan emosional bagi anak-anak, yang pada gilirannya memengaruhi cara mereka berinteraksi dalam hubungan dewasa mereka. Ketidakharmonisan dalam keluarga, seperti perselisihan yang tidak terselesaikan atau ketidakadilan dalam peran gender, seringkali menjadi faktor pendorong kekerasan.
- **Peran Gender dan Ketimpangan:** Dalam masyarakat Bali yang sangat dipengaruhi oleh tradisi, peran gender yang kaku seringkali menempatkan

perempuan pada posisi yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Ketimpangan ini dapat memperburuk ketegangan dalam rumah tangga dan menjadi salah satu alasan kekerasan terhadap perempuan dalam konteks KDRT.

B. PROFIL GENETIK DAN HUBUNGANNYA DENGAN KDRT

Sementara faktor sosial dan psikologis jelas berperan, penelitian genetik juga menunjukkan bahwa ada kemungkinan hubungan antara faktor biologis dan kecenderungan seseorang untuk melakukan kekerasan. Beberapa studi menunjukkan bahwa variasi genetik tertentu, terutama yang berhubungan dengan regulasi neurotransmitter seperti dopamin dan serotonin, dapat memengaruhi perilaku agresif.

Salah satu topik yang semakin mendapat perhatian dalam studi psikologi dan kriminologi adalah hubungan antara faktor genetik dan perilaku kekerasan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu dengan kecenderungan genetik tertentu mungkin lebih rentan terhadap perilaku kekerasan, meskipun faktor lingkungan seperti trauma masa kecil dan stres sosial juga tetap berperan penting.

Dalam konteks Bali, di mana kebudayaan dan tradisi memiliki pengaruh kuat, pengaruh faktor genetik terhadap pelaku KDRT mungkin tidak selalu tampak jelas. Namun, penelitian genetik modern menunjukkan bahwa faktor genetik bisa memengaruhi kecenderungan seseorang untuk merespons stres atau tekanan dengan cara-cara yang lebih agresif. Misalnya, penelitian menunjukkan bahwa ketidakseimbangan dalam sistem neurotransmitter seperti serotonin dapat berhubungan dengan kecenderungan agresif pada seseorang.

Namun, penting untuk diingat bahwa faktor genetik tidak menentukan nasib seseorang sepenuhnya. Meskipun genetik mungkin memberikan

kerentanannya, lingkungan keluarga, pengalaman hidup, dan faktor sosial tetap memiliki peran besar dalam membentuk perilaku seseorang.

Faktor Genetik dalam Perilaku Kekerasan:

- **Gen dan Perilaku Agresif:** Penelitian tentang gen MAOA (Monoamine Oxidase A) yang dikenal sebagai "gen kekerasan" menunjukkan bahwa variasi dalam gen ini dapat berkontribusi pada kecenderungan seseorang untuk melakukan kekerasan. Dalam beberapa kasus, pelaku kekerasan menunjukkan adanya mutasi atau variasi genetik yang mengarah pada ketidakseimbangan dalam pengaturan emosi dan impuls.
- **Interaksi antara Genetik dan Lingkungan:** Faktor genetik sendiri tidak cukup untuk menjelaskan perilaku kekerasan. Penelitian menunjukkan bahwa interaksi antara faktor genetik dan lingkungan—seperti trauma masa kecil atau stres lingkungan—dapat memperburuk kecenderungan agresif. Dengan kata lain, seseorang yang memiliki predisposisi genetik terhadap perilaku agresif mungkin lebih rentan untuk menjadi pelaku KDRT jika ia dibesarkan dalam lingkungan yang penuh kekerasan atau stres.

C. KETERLIBATAN UNTUK PENANGANAN KDRT DI BALI

Untuk memahami lebih dalam tentang fenomena KDRT di Bali, penelitian ini akan mengidentifikasi beberapa studi kasus pelaku KDRT yang ada di Bali. Kasus-kasus ini mencakup individu yang terlibat dalam kekerasan fisik maupun kekerasan emosional dalam rumah tangga. Dengan melihat latar belakang keluarga, kondisi sosial-ekonomi, serta pengalaman trauma masa kecil dari masing-masing pelaku, kita dapat menarik kesimpulan tentang bagaimana faktor-faktor tersebut berinteraksi untuk membentuk perilaku kekerasan.

Salah satu studi kasus yang relevan adalah seorang pria yang terlibat dalam kekerasan terhadap istrinya. Pria ini tumbuh di keluarga yang sering terlibat dalam konflik fisik, di mana ayahnya secara teratur melakukan

kekerasan terhadap ibunya. Meskipun pria ini menyadari bahwa kekerasan tidaklah benar, ia merasa bahwa kekerasan adalah cara untuk menegakkan kontrol dalam rumah tangga. Seiring waktu, kondisi ekonominya yang sulit semakin memperburuk ketegangan dalam rumah tangga, dan akhirnya ia melampiaskan frustrasi dengan cara yang destruktif.

Memahami hubungan antara trauma masa kecil, stres lingkungan, dinamika keluarga, dan profil genetik dapat membantu dalam merancang strategi pencegahan dan penanganan KDRT di Bali. Beberapa pendekatan yang bisa diambil antara lain:

- **Pendekatan Terapi Berbasis Trauma:** Program intervensi yang mengedepankan pemulihan trauma masa kecil dan membantu individu mengatasi pengalaman traumatis mereka bisa mengurangi kecenderungan untuk mengulang pola Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).
- **Edukasi tentang Peran Gender:** Mengurangi ketimpangan gender dalam keluarga dan masyarakat bisa membantu mengurangi ketegangan yang berpotensi memicu kekerasan. Pendidikan yang menekankan pentingnya kesetaraan dan komunikasi yang sehat dalam hubungan dapat menjadi langkah preventif yang efektif.
- **Penelitian Genetik untuk Pencegahan:** Penelitian lebih lanjut tentang faktor genetik dan perilaku kekerasan bisa membantu dalam memahami risiko biologis pada individu tertentu dan merancang program pencegahan atau intervensi yang lebih tepat sasaran.

D. KESIMPULAN

Trauma masa kecil, stres lingkungan, dinamika keluarga, dan faktor genetik semuanya berperan dalam pembentukan perilaku kekerasan, termasuk kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Di Bali, faktor-faktor ini saling terkait dan saling memperburuk, menciptakan kondisi yang memungkinkan terjadinya

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Dengan memahami interaksi antara faktor-faktor tersebut, kita dapat merancang intervensi yang lebih efektif dan berbasis bukti untuk mengurangi KDRT dan mendukung pemulihan bagi pelaku dan korban di masyarakat Bali.

Mengatasi masalah KDRT memerlukan pendekatan yang holistik dan komprehensif, yang melibatkan berbagai pihak, mulai dari pemerintah, lembaga sosial, hingga komunitas lokal. Di Bali, upaya pencegahan KDRT bisa dimulai dengan meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan mental dan keluarga yang harmonis. Selain itu, pemberdayaan ekonomi keluarga juga penting untuk mengurangi stres sosial yang sering menjadi pemicu kekerasan.

Pendekatan berbasis budaya juga bisa sangat efektif di Bali. Masyarakat Bali sangat memegang teguh nilai adat dan agama, yang bisa digunakan sebagai dasar untuk mendidik masyarakat tentang pentingnya menghormati pasangan dan keluarga. Pelatihan tentang keterampilan komunikasi yang sehat dan cara-cara non-kekerasan untuk menyelesaikan konflik bisa sangat bermanfaat dalam mencegah kekerasan.

Kekerasan dalam rumah tangga di Bali, seperti di banyak tempat lainnya, merupakan masalah yang sangat kompleks dan melibatkan berbagai faktor yang saling terkait. Trauma masa kecil, stres lingkungan, dinamika keluarga, serta faktor genetik semuanya berperan dalam membentuk perilaku kekerasan. Penanganan KDRT memerlukan pendekatan yang holistik dan sensitif terhadap konteks budaya dan sosial, serta dukungan yang memadai bagi individu yang berisiko atau yang sudah menjadi pelaku kekerasan. Hanya dengan pendekatan yang komprehensif kita dapat berharap untuk mengurangi dan akhirnya menghilangkan fenomena Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Bali dan di tempat lain.

= / =

BAB 9

PENGARUH KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DENGAN KESEHATAN SEKSUAL

Kekerasan terhadap Perempuan, khususnya kekerasan oleh pasangan intim dan kekerasan seksual merupakan masalah kesehatan masyarakat yang besar dan merupakan bentuk pelanggaran terhadap hak asasi perempuan. Salah satu bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah kekerasan terhadap perempuan. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah pola perilaku kasar dalam hubungan apa pun yang digunakan oleh salah satu pasangan untuk mendapatkan atau mempertahankan kekuasaan dan kendali atas pasangan intim lainnya. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) ini disamping angka kejadiannya cukup tinggi, juga dampak buruk yang ditimbulkannya. Bukan saja menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan fisik, tetapi juga terhadap kesehatan mental, seksual, dan reproduksi perempuan. Bahkan juga dapat meningkatkan risiko tertular penyakit menular seksual termasuk HIV di beberapa tempat.

Walau kekerasan terhadap perempuan terkait banyak faktor risiko, tetapi sebenarnya bisa dicegah. Sangat penting untuk dipahami sehingga dapat memberi asuhan yang baik dan memadai untuk mengurangi dampak buruk yang ditimbulkannya. Sektor kesehatan mempunyai peran penting dalam menyediakan layanan kesehatan komprehensif bagi perempuan korban kekerasan, dan sebagai pintu masuk untuk merujuk perempuan ke layanan dukungan lain yang mungkin mereka perlukan.

A. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA (KDRT)

Kekerasan (violence) merupakan wujud perbuatan yang lebih bersifat fisik yang mengakibatkan luka, cacat, atau penderitaan pada orang lain. Bentuk kekerasan seperti ini antara lain penganiayaan, kejahatan perkosaan, dan lain-lain. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) tidak hanya berupa tindakan fisik, tapi juga secara psikologis dan seksual. Jika tidak segera keluar dari situasi ini, risiko cedera serius, gangguan pada kesehatan, hingga kematian mengintai di depan mata. Dalam arti lain, Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah semua perilaku ancaman, pelecehan, dan kekerasan baik secara

fisik, psikologis, dan seksual antara dua orang yang terikat hubungan personal ataupun kepada anggota keluarga lain.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan salah satu permasalahan yang sering terjadi di Indonesia. Ketentuan yang mengatur Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Indonesia adalah Undang Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Pada pasal 1 undang-undang tersebut dijelaskan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga.

Bentuk-bentuk Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) yang dimaksudkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT) adalah:

- 1) **Kekerasan Fisik**, adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit atau luka berat. Dalam konteks relasi personal, bentuk-bentuk kekerasan fisik yang dialami perempuan korban mencakup, antara lain, tamparan, pemukulan, penjambakan, menginjak-injak, penendangan, pencekikan, lemparan benda keras, penyiksaan menggunakan benda tajam, seperti pisau, gunting, setrika serta pembakaran. Sedangkan dalam konteks relasi kemasyarakatan, kekerasan fisik terhadap perempuan bisa berupa penyekapan ataupun pemerkosaan terhadap pembantu perempuan oleh majikan ataupun pengrusakan alat kelamin (genital mutilation) yang dilakukan atas nama budaya atau kepercayaan tertentu.
- 2) **Kekerasan Psikis**, adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang. Bentuk

kekerasan secara psikologis yang dialami perempuan mencakup makian, penghinaan yang berkelanjutan untuk mengecilkan harga diri korban, bentakan dan ancaman yang diberi untuk memunculkan rasa takut. Pada umumnya kekerasan psikologis ini terjadi dalam konteks relasi personal.

3) **Kekerasan Seksual**, adalah pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam rumah tangga atau pemaksaan hubungan seksual terhadap salah seorang dalam lingkup rumah tangganya dengan orang lain untuk tujuan komersil dan/atau tujuan tertentu. Kekerasan yang bernuansa seksual termasuk berbagai perilaku yang tak diinginkan dan mempunyai makna seksual, atau sering disebut pelecehan seksual, maupun berbagai bentuk pemaksaan hubungan seks yang sering disebut sebagai perkosaan.

4) **Penelantaran Rumah Tangga**, yaitu seseorang tidak melaksanakan kewajiban hukumnya terhadap orang dalam lingkup rumah tangga berupa mengabaikan memberikan kewajiban kehidupan, perawatan atau pemeliharaan kepada orang tersebut. Termasuk dalam kategori penelantaran rumah tangga adalah memberikan batasan atau melarang seseorang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada dalam kendali orang tersebut. Herkutanto merumuskan bahwa kekerasan fisik

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) berupa kekerasan seksual yang dikenal dengan pelecehan seksual, pada umumnya terjadi disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya adalah:

- a. Pengaruh perkembangan budaya yang makin tidak menghargai etika berpakaian yang dapat merangsang pihak lain untuk berbuat tidak senonoh dan jahat.
- b. Gaya hidup diantara laki-laki dan perempuan yang semakin bebas, tidak atau kurang bisa lagi membedakan antara yang seharusnya boleh

dikerjakan dengan yang dilarang dalam hubungannya dengan kaidah akhlak hubungan laki-laki dengan perempuan sehingga sering terjadi seduktifrape.

- c. Rendahnya pengalaman dan penghayatan terhadap norma-norma keagamaan yang terjadi ditengah masyarakat. Nilai-nilai keagamaan yang semakin terkikis dimasyarakat atau pola relasi horisantal yang cenderung semakin meniadakan peran agama adalah sangat potensial untuk mendorong seseorang berbuat jahat dan merugikan orang lain.
- d. Tingkat kontrol masyarakat (sosial control) yang rendah, artinya berbagai perilaku diduga sebagai penyimpangan, melanggar hukum dan norma keagamaan kurang mendapatkan respon dan pengawasan dari unsur-unsur masyarakat.
- e. Putusan hakim yang cenderung tidak adil, misalnya putusan yang cukup ringan dijatuhkan pada pelaku. Hal ini dimungkinkan mendorong anggota masyarakat lainnya untuk berbuat keji dan jahat. Artinya mereka yang hendak berbuat jahat tidak merasa takut lagi dengan sanksi hukum yang akan diterimanya.
- f. Ketidakmampuan pelaku untuk mengendalikan emosi dan nafsu seksualnya. Nafsu seksualnya dibiarkan mengembara dan menuntutnya untuk dicari kompensasi pemuasnya.
- g. Keinginan pelaku untuk melakukan (melampiaskan) balas dendam terhadap sikap, ucapan dan perilaku korban yang dianggap menyakiti dan merugikan sehingga menimbulkan *anga rape*

B. PENGUKURAN KEKERASAN

Hingga saat ini tidak ada metode standar yang digunakan untuk menjelaskan frekuensi kekerasan sehingga sulit untuk membandingkan kejadian kekerasan dan prevalensi kekerasan dari waktu ke waktu. Hal ini juga membuat sulit untuk menyimpulkan secara persuasif dari penelitian yang sering berbeda dalam hal definisi, metode, dan populasi yang digunakan untuk

mengukur kejadian kekerasan atau mengevaluasi intervensi yang dirancang untuk membantu perempuan yang mengalami kekerasan.

Meskipun penelitian saat ini belum definitif, data awal menunjukkan bahwa bagi sebagian besar perempuan yang mengalami kekerasan meningkat selama kehamilan. Beberapa perempuan mengalami kekerasan untuk pertama kalinya ketika mereka hamil dan sebagian besar perempuan yang mengalami kekerasan tampaknya sudah terdapat pola kekerasan. Namun, beberapa data menunjukkan bahwa periode kehamilan mungkin kurang berisiko daripada waktu lain, meskipun tidak untuk semua perempuan. Selain itu, kekerasan dapat kembali terjadi setelah melahirkan. Linda Koenig dari *Centers for Disease Control and Prevention* mencatat bahwa faktor lain yang membatasi kemampuan kita untuk memahami hubungan antara kehamilan dan kekerasan, atau untuk yakin bahwa ada lebih sedikit kekerasan selama kehamilan mungkin adalah bahwa perempuan dalam hubungan yang abusif dengan kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan lebih cenderung mengakhiri kehamilan mereka.

C. EPIDEMIOLOGI

Selama pandemi COVID-19, tingkat Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) meningkat di seluruh dunia. Terutama di China, Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) melonjak tiga kali lipat selama masa perintah tinggal di rumah yang diberlakukan oleh negara tersebut. Kecenderungan universal dari laporan tentang peningkatan kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) kemungkinan akan terus berlanjut sepanjang pandemi dan mungkin hanya mewakili "puncak gunung es" karena banyak korban masih terjebak bersama pelaku dan tidak dapat melaporkan pelecehan tersebut. Amerika Serikat mengeluarkan peringatan tentang kekerasan pasangan intim akibat peningkatan virus corona baru 2019.

Kondisi seperti tekanan, ketidakpastian keuangan, dan keinginan untuk mengendalikan bencana dapat meningkatkan risiko kekerasan. Pernyataan

lockdown saat ini di China, Spanyol, dan Italia meningkatkan panggilan darurat Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Di beberapa wilayah di Inggris, Prancis, laporan panggilan meningkat masing-masing sebesar 20%, 30%, dan 30–50%. Di Ontario, laporan polisi regional mencakup 22% kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan pelecehan seksual.

Di Australia, sejak diberlakukannya perintah tinggal di rumah, Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dilaporkan meningkat sebesar 75%. Masalah serupa berkisar antara 21 hingga 35% dan 32–36% terjadi di Amerika Serikat dan Prancis, masing-masing, menyusul isolasi sosial dan karantina. Masalah ini terjadi di seluruh dunia, rumor Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan pelecehan keluarga di seluruh dunia telah berkembang sejak diberlakukannya jarak sosial dan perintah lockdown. Meskipun laporan dan rekomendasi dari WHO untuk mengurangi kekerasan terhadap perempuan, pandemi COVID-19 dapat meningkatkan tantangan khusus bagi perempuan di masyarakat kita dan oleh karena itu memerlukan pendekatan terpadu dalam mengatasi akar penyebab tantangan ini.

D. DAMPAK KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI

Bayangkan sebuah kisah yang membuka mata tentang bagaimana kekerasan dalam hubungan intim menyusup ke dalam kehidupan sehari-hari perempuan-perempuan dari latar belakang etnis minoritas di Amerika Serikat. Dalam sebuah tinjauan mendalam, para peneliti berhasil mengumpulkan 11 studi yang bercerita tentang dampak kekerasan pasangan terhadap kesehatan seksual dan reproduksi. Kisah-kisah ini tersaji melalui berbagai lensa: beberapa penelitian mengandalkan survei satu kali untuk menangkap gambaran situasi, ada pula yang menyuguhkan kombinasi antara data angka dan cerita-cerita pribadi, sementara sebagian lainnya sepenuhnya mengandalkan suara-suara

perempuan yang menceritakan pengalaman mereka secara langsung dalam wawancara mendalam atau diskusi kelompok.

Cerita-cerita ini pun membawa kita menelusuri jalanan yang berbeda. Misalnya, di antara penelitian-penelitian yang ada, satu studi menyoroti bahwa perempuan imigran Asia Selatan yang pernah mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) lebih sering melaporkan adanya perubahan pada cairan vagina, sensasi terbakar saat buang air kecil, hingga kehamilan yang tidak diinginkan. Angka-angka yang tercatat mengungkapkan bahwa risiko-risiko tersebut tidak datang tanpa sebab, melainkan sebagai bagian dari realitas pahit yang mereka hadapi.

Dalam narasi lain, terdengar suara perempuan Latina yang bergelut dengan kekerasan yang datang dari segala sisi. Mereka menceritakan bagaimana keterbatasan akses ke perawatan kesehatan reproduksi diperparah oleh pemaksaan seksual dan tekanan untuk hamil dari pasangan yang mendominasi. Di tengah tekanan itu, beberapa perempuan imigran Meksiko merasakan penderitaan yang lebih dalam: mereka harus menghadapi upaya pengendalian ketat atas pilihan penggunaan kontrasepsi, hinaan, dan ancaman yang menakutkan—bahkan ancaman untuk meninggalkan mereka jika tidak memenuhi keinginan untuk memiliki anak dengan jenis kelamin tertentu.

Tak hanya itu, cerita lain mengungkapkan bahwa bagi perempuan Latina yang masih dalam proses penyesuaian budaya, kehamilan yang tidak diinginkan seringkali beriringan dengan risiko kekerasan fisik selama masa kehamilan. Sementara itu, bagi perempuan Afrika Amerika, gangguan siklus menstruasi yang tak dijelaskan justru menjadi pertanda yang paling kuat akan adanya kekerasan dalam hubungan mereka, dibandingkan dengan kelompok etnis lain.

Kisah-kisah ini, yang diambil dari beragam pendekatan penelitian—mulai dari analisis data yang dingin hingga penggalian pengalaman pribadi yang mendalam—menjadi cermin nyata dari betapa kompleks dan berlapisnya masalah Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Mereka mengingatkan kita bahwa di balik setiap statistik terdapat kehidupan, cerita, dan perjuangan perempuan yang berani melawan arus kekerasan demi hak atas kesehatan dan martabat diri.

Menurut WHO, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kehadiran cacat pada semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsinya. Ini mencakup kemampuan seseorang untuk memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman, dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan kapan dan seberapa sering melakukannya. Karena kekerasan adalah faktor yang memengaruhi perempuan secara psikologis, fisik, dan seksual, ketika kita melihat definisi kesehatan reproduksi, jelas bahwa itu memiliki efek negatif pada kesehatan reproduksi seperti halnya pada kesehatan umum.

Perempuan mungkin mengalami masalah seperti kehamilan yang tidak diinginkan dan komplikasi serius terkait kehamilan sebagai akibat dari berbagai jenis kekerasan. Perempuan yang terpapar kekerasan dari pasangan mereka mengalami lebih banyak kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, dan komplikasi terkait kehamilan. Perempuan Turki yang mengalami lebih banyak kekerasan serta kehamilan tidak terencana sehingga mereka lebih memilih untuk mengakhiri kehamilan tersebut dengan aborsi. Kehamilan yang tidak diinginkan pada perempuan yang mengalami kekerasan memiliki tingkat aborsi yang lebih tinggi melalui aborsi yang diinduksi. Selain itu, kehamilan yang tidak diinginkan ini dapat menyebabkan aborsi yang tidak aman di negara-negara di mana aborsi ilegal. Situasi ini menimbulkan banyak risiko komplikasi kesehatan serius dan bahkan kematian bagi perempuan yang

terpapar kekerasan. Kekerasan fisik dan seksual terus berlanjut selama kehamilan bagi banyak perempuan jika melanjutkan kehamilan. Hal ini dapat memengaruhi kesehatan baik perempuan maupun bayi. Beberapa komplikasi, seperti pendarahan prenatal, fraktur janin, korioamnionitis, infeksi maternal, robekan rahim, paru-paru atau limpa, aborsi, kematian janin, dan kelahiran prematur, dapat muncul akibat paparan kekerasan atau karena dipukul selama kehamilan.

Kekerasan selama kehamilan juga dapat menyebabkan kematian maternal. Banyak kematian maternal terkait trauma disebabkan oleh trauma kepala atau pendarahan intra-abdominal. Cedera abdomen dapat menyebabkan risiko pendarahan sekunder karena terlepasnya plasenta dan kematian maternal dan janin. Dalam sebuah studi yang dilakukan di Turki tentang kematian maternal, kematian tidak disengaja mencakup 23% dari kematian maternal. Kecelakaan lalu lintas mencakup setengah dari kematian tidak disengaja, setengah sisanya terdiri dari alasan seperti keracunan, pembunuhan, cedera fatal, dan bunuh diri.

Kekerasan terhadap perempuan menyebabkan kematian, pembunuhan, bunuh diri, dan cedera ibu. Secara umum disepakati bahwa stres psikososial kronis pada perempuan hamil memengaruhi hasil kehamilan dengan memodifikasi lingkungan endokrin. Kekerasan terhadap perempuan adalah salah satu sumber stres psikososial kronis yang paling signifikan. Dalam sebuah studi yang dikendalikan dan acak yang dilakukan pada wanita hamil kulit hitam di Washington D.C. dilaporkan bahwa intervensi psikobehavioral yang bertujuan untuk menangani kekerasan pasangan selain berhenti merokok dan mengobati depresi secara signifikan menurunkan tingkat keguguran dan berat badan lahir rendah.

Perempuan yang terpapar kekerasan atau di bawah tekanan diskriminasi gender, tidak selalu dapat menggunakan kontrasepsi karena pasangan mereka

tidak menerima atau menyetujuinya. Angka penggunaan metode kontrasepsi modern oleh perempuan yang terpapar kekerasan rendah dan metode tradisional digunakan sebagai gantinya. Dalam penelitian lain, ditemukan bahwa perempuan menanggapi dua hambatan penggunaan kontrasepsi. Pertama adalah perbedaan pendapat antara perempuan dan pasangan mereka tentang reproduksi dan perencanaan keluarga. Kedua adalah bahwa kontrasepsi tidak dapat diterima secara sosial dan budaya. Kebalikan dari situasi ini mungkin terjadi di mana reproduksi perempuan dapat dicegah tanpa seizin mereka. Raj et al. (2005) menemukan bahwa 8,7% perempuan dipaksa menjalani ligasi tuba dan histerektomi.

Dilaporkan bahwa selama kekerasan fisik dan seksual, komplikasi seperti pendarahan vagina yang tidak teratur, keluarnya cairan vagina, menstruasi yang menyakitkan, disfungsi seksual, penurunan hasrat seksual, jumlah hubungan seksual yang berkurang, dan penyakit radang panggul (PID), muncul sebagai hasil dari trauma pada organ reproduksi. Setiap komplikasi ini datang dengan masalahnya sendiri yang secara signifikan memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan. Selain berdampak pada perawatan kesehatan reproduksi, perawatan prenatal juga lebih rendah. Perempuan yang terpapar kekerasan merasa lebih sulit untuk pergi melakukan pemeriksaan ginekologi daripada perempuan lain karena mereka tidak dapat pergi ke unit kesehatan tanpa izin dari pasangan mereka. Dalam penelitian yang sama, jumlah kelahiran di luar unit perawatan kesehatan dan tanpa petugas kesehatan juga tinggi di antara perempuan yang terpapar kekerasan.

Risiko signifikan lain di antara perempuan yang terpapar kekerasan adalah terinfeksi penyakit menular seksual (PMS) dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Di Amerika Serikat, telah terbukti bahwa perempuan yang terpapar kekerasan fisik dan seksual oleh pasangan mereka memiliki dua kali lipat masalah PMS. Selain itu, perempuan monogami harus mentolerir hubungan pasangan mereka dengan perempuan lain karena diskriminasi gender dan

takut akan kekerasan dan mereka terpapar pada penyakit tanpa mengetahui risiko potensial. Sebagai hasilnya, mereka mungkin terpapar HIV/AIDS dan penyakit menular seks (PMS) lainnya oleh pasangan mereka. Karena hubungan seksual berisiko tinggi dianggap sebagai faktor risiko PMS, satu-satunya risiko bagi perempuan ini adalah menikah dengan pria seperti itu. Dalam sebuah studi di India, diketahui bahwa 1 dari 3 perempuan yang menikah monogami terinfeksi oleh suami mereka. Sekitar 59,5% perempuan yang memiliki satu pasangan, tetapi terinfeksi Human Papillomavirus (HPV). Namun, perempuan ini tidak melihat diri mereka sebagai berisiko tertular PMS. Hal ini menunjukkan bahwa banyak perempuan dengan PMS tidak menganggap diri mereka atau pasangan mereka berisiko.

Kesehatan reproduksi perempuan yang mengalami kekerasan terpengaruh secara negatif akibat kehidupan seksual yang tidak bahagia. Perempuan yang tidak mengalami kekerasan "mencintai" pasangan mereka, perempuan yang mengalami kekerasan biasanya "membenci" atau "takut" pada suami mereka. Jelas bahwa perempuan dengan perasaan negatif terhadap suami mereka tidak dapat menjalani kehidupan keluarga dan seksual yang bahagia. Memang, perempuan yang terpapar kekerasan mendefinisikan kehidupan seksual mereka sebagai tidak bahagia dan sulit untuk berbagi masalah seksual dengan pasangan mereka.

Selain menjadi jenis kekerasan terhadap perempuan, mutilasi genital perempuan adalah masalah sosial yang secara serius memengaruhi kehidupan seksual perempuan. Diperkirakan bahwa 100–140 juta perempuan telah menjalani mutilasi dan sekitar 3 juta anak perempuan berisiko setiap tahunnya. Risiko langsung dan jangka panjang tidak terhitung dan seringkali memiliki dampak merugikan pada kesehatan umum, seksual, dan reproduksi. Selain itu, stres psikologis dapat memengaruhi seorang perempuan sepanjang hidupnya. Studi di Mesir menemukan bahwa perempuan yang disunat lebih mungkin untuk melaporkan kesulitan yang signifikan secara statistik, termasuk aktivitas

seksual yang lebih sedikit, kurangnya kenikmatan seks, frekuensi orgasme yang lebih rendah, dan lebih banyak masalah ginekologis.

Di sebagian besar negara, karena status sosial mereka yang lebih rendah, keterbelakangan, dan ketidakberdayaan, perempuan secara sosial maupun dalam hal kesehatan mengalami permasalahan sepanjang waktu. Layanan kesehatan yang mudah diakses dan berkualitas tinggi dianggap sebagai hak asasi manusia dasar dan harus tersedia untuk semua orang tanpa diskriminasi. Untuk alasan ini, perempuan secara khususnya perlu menyadari hak-hak. Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab penting untuk memberi tahu perempuan tentang hak-hak kesehatan umum dan reproduksi ini. Namun, lembaga kesehatan internasional menyatakan bahwa personel kesehatan tidak menyadari kekerasan itu sendiri dan dampaknya pada kesehatan perempuan. Selain itu, pandangan dan keyakinan personel kesehatan yang akan mengidentifikasi terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) memainkan peran penting.

Sebagai contoh, agresi dan perilaku kekerasan dapat dijelaskan secara dasar dalam konteks ideologi patriarki dan pengalaman Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Studi ini mengungkapkan bahwa sejumlah besar mahasiswa mengalami atau menyaksikan kekerasan dalam keluarga mereka, meyakini bahwa itu wajar bagi perempuan untuk mengalami kekerasan, dan merasa bahwa mereka pantas mendapatkannya bahkan mungkin mendapatkan manfaat darinya. Oleh karena itu, untuk menghilangkan bias pribadi terkait dengan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), masalah ini harus diatasi sebagai bagian dari proses pendidikan. Kursus mengenai Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) meningkatkan tingkat pengetahuan mahasiswa kedokteran tentang apa artinya seorang perempuan mengalami kekerasan. Hal ini juga dapat membantu mahasiswa untuk mengungkapkan dan berbagi

pengalaman mereka sendiri tentang Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).

E. PERAN TENAGA KESEHATAN

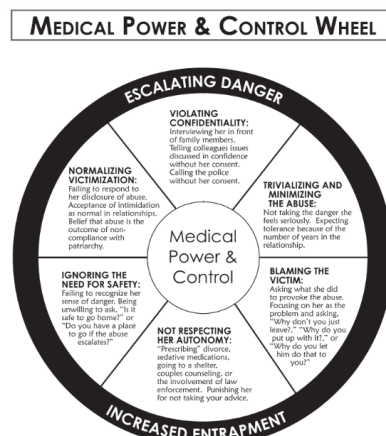
Penyedia layanan kesehatan dapat melakukan banyak hal untuk membantu pasien yang mengalami kekerasan. Memberikan bantuan secara proaktif merupakan bagian dari tanggung jawab etika serta kontribusi terhadap penyediaan layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang efektif.

Penyedia layanan kesehatan reproduksi juga dapat memiliki keuntungan unik dalam membantu kasus karena mereka mungkin melihat wanita tersebut beberapa kali dalam periode yang relatif singkat dan memastikan hasil yang optimal bagi dirinya dan/atau anak-anaknya. Namun, penyedia layanan kesehatan tidak dapat membantu wanita kecuali mereka tahu bahwa kekerasan sedang terjadi dan kecuali mereka mempertimbangkan bagaimana kekerasan dapat memengaruhi kemampuan wanita untuk mengakses sumber daya yang diperlukan dan membuat keputusan. Banyak penyedia yang melewatkan kesempatan untuk membantu karena tidak menyadari situasi kekerasan. Wanita mungkin memilih untuk tidak memberi tahu informasi tentang kekerasan karena takut bahwa penyedia medis mungkin merespons dengan cara yang menempatkannya pada risiko lebih lanjut.

Untuk mendukung wanita dan anak-anak mereka yang mengalami kekerasan, penyedia layanan kesehatan perlu mendapatkan pelatihan, keterampilan, dan dukungan sistem yang tepat untuk a) mengidentifikasi kekerasan, b) membantu dalam penilaian risiko yang tepat, dan c) memiliki pengetahuan tentang sistem rujukan lokal.

Penyedia layanan kesehatan juga dapat membantu wanita dalam hubungan yang abusif dengan merujuk mereka ke layanan dukungan yang sudah ada untuk kekerasan pasangan seperti tempat perlindungan wanita atau polisi. Menawarkan penggunaan telepon klinik kepada pasien untuk menghubungi garis bantuan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) selama

konsultasi klinis atau ketika dia masih di layanan kesehatan adalah strategi untuk meningkatkan akses ke layanan dukungan karena pasangan yang abusif mungkin memantau telepon wanita tersebut. Jika wanita menderita dampak kesehatan mental dari trauma kekerasan saat ini atau masa lalu, wanita juga dapat dirujuk ke konseling atau terapi psikologis, lebih baik ke layanan yang dilengkapi untuk merespons efek trauma dan pelecehan. Penyedia layanan kesehatan juga dapat memberi tahu wanita mengenai perlindungan hukum yang ada untuk korban seperti peraturan perlindungan atau peraturan nonkekerasan.

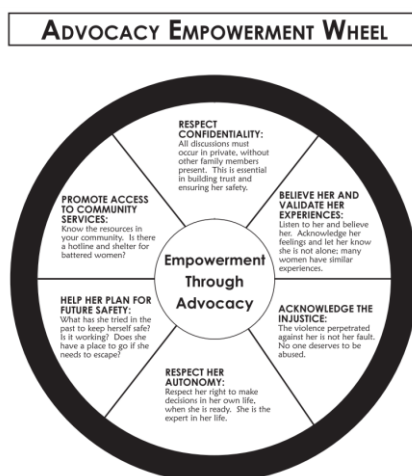


Gambar 13. Roda Kekuatan dan Kontrol Medis.

Dalam beberapa kasus, jika ada risiko tinggi terhadap anak-anak, penyedia layanan kesehatan mungkin perlu melaporkan ini kepada layanan perlindungan anak. Dalam hal tersebut, memberi informasi kepada wanita tentang proses dan pelaporan serta memastikan dia mendapatkan dukungan untuk keselamatannya sendiri sangat penting.

Penyedia layanan kesehatan juga dapat membantu wanita dengan memastikan bahwa mereka memiliki akses ke informasi tentang strategi perencanaan keselamatan, dan informasi tentang sumber daya yang dapat memberikan bantuan. Bertanya kepada wanita strategi apa yang saat ini mereka gunakan untuk menjaga diri mereka tetap aman jika mereka

menganggap bahwa kekerasan atau balasan mungkin terjadi adalah cara yang baik untuk mengakui kekuatan wanita dalam situasi ini. Strategi ini dapat dibangun dan didukung dengan membantu wanita terhubung dengan layanan lain yang mungkin memiliki kekuatan untuk menahan, menantang, dan mengubah perilaku pasangan yang abusif. Selain membantu wanita mempertimbangkan strategi keselamatan pribadinya, penyedia layanan kesehatan juga dapat menawarkan intervensi berbasis kesehatan sesuai dengan kebutuhan reproduksi wanita, seperti konseling opsi pengendalian kelahiran, tes infeksi menular seksual, kontrasepsi darurat, dan tes kehamilan.



Gambar 14. Roda Kekuatan Advokasi.

= / =

BAB 10

MELAWAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA: KEBIJAKAN DAN INTERVENSI BERBASIS SOSIAL, BUDAYA, DAN GENETIK

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan salah satu masalah sosial yang melibatkan berbagai faktor, baik individu, keluarga, maupun masyarakat. Masalah ini seringkali disebabkan oleh ketidakseimbangan kekuasaan dalam keluarga, faktor ekonomi, serta norma sosial yang memperbolehkan kekerasan. KDRT tidak hanya melibatkan kekerasan fisik, tetapi juga kekerasan emosional, psikologis, seksual, dan ekonomi yang dapat merusak kesehatan mental dan fisik korban. Berdasarkan data, prevalensi KDRT di berbagai negara, termasuk Indonesia, cukup tinggi.

Dalam bab ini, akan dibahas berbagai kebijakan yang telah diterapkan untuk mengatasi KDRT di Indonesia, serta intervensi multidisiplin yang melibatkan berbagai pihak seperti hukum, kesehatan, sosial, psikologi, dan pendidikan untuk memberikan solusi yang komprehensif bagi korban.

Berdasarkan definisi, Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah segala bentuk tindakan kekerasan yang dilakukan oleh anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya yang mengakibatkan penderitaan fisik, psikologis, atau kerugian ekonomi. KDRT bukan hanya mencakup kekerasan fisik, tetapi juga kekerasan seksual, emosional, psikologis, serta kekerasan dalam bentuk penguasaan ekonomi. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) didefinisikan sebagai setiap perbuatan terhadap seseorang dalam lingkup rumah tangga yang mengakibatkan penderitaan fisik, seksual, psikologis, atau kerugian ekonomi.

Bentuk-bentuk dari KDRT ini sendiri ada banyak bentuknya seperti **kekerasan fisik** yang merupakan tindakan yang mengakibatkan cedera atau luka pada tubuh korban, seperti memukul, menendang, atau menggunakan senjata. **Kekerasan Seksual** merupakan suatu pemaksaan untuk melakukan hubungan seksual atau tindakan seksual lainnya tanpa persetujuan korban. **Kekerasan Psikologis** yaitu tindakan yang menurunkan harga diri dan merusak kondisi mental korban, seperti penghinaan, ancaman, atau pengasingan. **Kekerasan Ekonomi** merupakan pengendalian sumber daya

finansial, menghalangi korban untuk bekerja, atau memaksakan korban untuk bergantung secara finansial pada pelaku.

Perilaku KDRT mempunyai berbagai faktor yang mempengaruhi terjadinya tindak kekerasan tersebut, baik faktor individu, keluarga, maupun sosial budaya. Beberapa faktor utama antara lain:

1. **Pola Pengasuhan:** Pengalaman masa kecil yang penuh kekerasan atau pola asuh yang tidak sehat dapat memengaruhi perilaku seseorang dalam rumah tangga.
2. **Masalah Ekonomi:** Stres akibat masalah ekonomi, pengangguran, atau kemiskinan dapat memperburuk ketegangan dalam rumah tangga dan meningkatkan potensi terjadinya kekerasan.
3. **Penyalahgunaan Alkohol dan Narkoba:** Ketergantungan pada alkohol atau narkoba seringkali memperburuk situasi dalam rumah tangga dan meningkatkan potensi kekerasan.
4. **Faktor Individu:** Trauma masa kecil, ketidakseimbangan emosi, serta penyalahgunaan zat seperti alkohol atau narkoba seringkali berkontribusi terhadap perilaku Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).
5. **Faktor Budaya dan Norma Sosial:** Di beberapa budaya, Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dianggap sebagai hal yang wajar dan dipandang sebagai cara untuk mendisiplinkan anggota keluarga, terutama perempuan. Norma yang membenarkan dominasi atau kekerasan dalam hubungan suami-istri seringkali menjadi faktor penghambat bagi korban untuk melapor.
6. **Ketidaksetaraan Gender:** Ketidakadilan gender yang membatasi akses perempuan terhadap pendidikan, pekerjaan, dan pengambilan keputusan dalam keluarga seringkali menjadi pemicu terjadinya kekerasan.

Kasus KDRT seringkali terabaikan karena stigma sosial, kurangnya kesadaran, dan banyaknya tekanan yang diterima korban untuk diam. Namun, beberapa kasus viral di media sosial membuka tabir gelap Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) yang terjadi di balik penampilan luar yang tampak

sempurna. Salah satu yang menarik perhatian publik adalah kasus seorang pendeta yang memukul istrinya di depan anak mereka, serta seorang influencer yang selama ini membangun citra keluarga harmonis, padahal di balik layar istrinya adalah korban KDRT.

A. CONTOH KASUS KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Kasus 1: Pendeta yang Memukul Istrinya di Depan Anak

Pada awal tahun 2024, sebuah video viral yang diunggah oleh seorang saksi mata di sebuah komunitas gereja di Jakarta menjadi perbincangan hangat. Dalam video tersebut, tampak seorang pria yang mengenakan pakaian pendeta sedang memukul istrinya dengan sangat keras di depan anak-anak mereka. Anak-anak yang menyaksikan kejadian tersebut tampak kebingungan dan ketakutan, sementara ibu mereka tergeletak di lantai, menangis kesakitan.

Video tersebut tersebar luas di media sosial dan mengundang kecaman publik. Banyak netizen yang merasa terkejut dan kecewa karena sosok pendeta yang seharusnya menjadi teladan moral malah terlibat dalam kekerasan terhadap pasangan hidupnya. Kejadian ini menjadi semakin heboh karena banyak orang yang tidak menyangka bahwa seorang tokoh agama yang dihormati dapat melakukan tindakan sekejam itu.

Setelah video viral tersebut, pihak keluarga pendeta mengonfirmasi bahwa kejadian itu memang terjadi, meskipun mereka mencoba untuk meredakan masalah di balik layar. Istri pendeta tersebut, yang merupakan seorang ibu rumah tangga, mengaku sudah lama menderita kekerasan fisik dan emosional di tangan suaminya. Dalam wawancara dengan beberapa media, ia menceritakan bahwa kejadian tersebut bukan yang pertama kali terjadi, namun kali ini ia memutuskan untuk melapor dan tidak lagi diam. Video itu menjadi titik balik baginya untuk membongkar kebenaran dan meminta perlindungan.

Kasus ini menjadi sorotan media dan mendorong banyak diskusi tentang Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di kalangan keluarga-keluarga yang

tampak “suci” atau “terhormat” di mata masyarakat. Publik merasa kecewa karena sosok pendeta yang seringkali mengajarkan kasih dan perdamaian justru menjadi pelaku kekerasan. Pada akhirnya, pendeta tersebut ditahan oleh pihak berwajib atas tuduhan KDRT, sementara sang istri mulai mendapat dukungan dari lembaga perlindungan perempuan dan anak.

Kasus 2: Influencer yang Ternyata Menyembunyikan KDRT di Keluarganya

Kasus kedua yang juga mengejutkan publik adalah seorang *influencer* terkenal yang selama ini dikenal dengan citra keluarganya yang tampak harmonis. Pasangan suami-istri ini selalu memposting foto-foto bahagia mereka dengan anak-anak mereka di media sosial, seolah-olah hidup mereka sempurna. Banyak orang yang mengidolakan mereka, terutama karena influencer tersebut sering berbicara tentang nilai-nilai keluarga, cinta, dan kebahagiaan rumah tangga.

Namun, di balik citra keluarga harmonis itu, ternyata terdapat kenyataan yang jauh lebih kelam. Seorang teman dekat sang influencer, yang akhirnya berbicara dengan media, mengungkapkan bahwa istri influencer tersebut telah menjadi korban Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) selama bertahun-tahun. Sang istri mengalami kekerasan fisik, verbal, dan psikologis yang dilakukan oleh suaminya, meskipun ia berusaha untuk mempertahankan citra keluarga bahagia di media sosial demi menjaga popularitas dan pekerjaan mereka.

Menurut sumber yang tidak ingin disebutkan namanya, istri influencer tersebut merasa terjebak dalam hubungan yang tidak sehat, di mana suaminya sering mengontrol setiap aspek kehidupannya. Suami influencer tersebut seringkali mempermalukannya di depan orang lain dan bahkan melakukan kekerasan fisik yang memar. Namun, karena takut kehilangan pekerjaan dan pengikut, sang istri memilih untuk tetap menyembunyikan fakta tersebut.

Akhirnya, kasus ini terungkap setelah seorang *follower* di media sosial menyadari adanya ketidaksesuaian antara citra keluarga mereka yang tampak sempurna di media sosial dengan kenyataan yang terungkap melalui rekaman percakapan pribadi sang istri yang bocor ke publik. Isu ini semakin berkembang ketika istri sang influencer mengungkapkan perasaannya dalam sebuah wawancara eksklusif dengan media, di mana ia mengaku telah lama menderita, namun merasa terperangkap dalam ketenaran suaminya.

Kasus ini memicu perdebatan besar tentang pengaruh media sosial dalam membentuk citra keluarga dan bagaimana para influencer berusaha menjaga citra positif meskipun di balik layar mereka sedang menghadapi masalah serius. Banyak pihak yang mengecam suami influencer tersebut atas tindakan KDRT-nya, dan akhirnya ia pun dituntut secara hukum. Sang istri, yang kini telah memutuskan untuk bercerai, menerima dukungan dari banyak pihak, termasuk organisasi perlindungan perempuan, yang membantu proses pemulihannya.

Kedua kasus ini, meskipun berbeda dalam konteks dan latar belakangnya, memiliki pesan yang sama. KDRT tidak mengenal batasan sosial, status, atau profesi. Kasus pendeta yang memukul istrinya di depan anak-anak dan influencer yang menyembunyikan KDRT di balik citra keluarga harmonis menunjukkan bahwa meskipun seseorang mungkin tampak sempurna di mata publik, kenyataannya mereka bisa saja terperangkap dalam hubungan yang berbahaya.

Kasus-kasus ini membuka mata banyak orang tentang pentingnya memahami bahwa KDRT bisa terjadi pada siapa saja, di mana saja, dan pada profesi apapun. Tidak ada yang kebal terhadap Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), bahkan mereka yang dianggap sebagai panutan oleh masyarakat sekalipun. Hal ini juga mengingatkan kita untuk tidak menilai seseorang hanya berdasarkan penampilan luar, karena apa yang tampak baik di media sosial atau kehidupan sehari-hari mungkin berbeda dari kenyataan yang dialami seseorang di dalam rumah tangga mereka.

Selain itu, kedua kasus ini juga menunjukkan betapa pentingnya memberi dukungan kepada korban KDRT. Proses untuk keluar dari hubungan yang berbahaya bukanlah hal yang mudah, dan banyak korban yang merasa terisolasi, takut, atau tidak memiliki tempat untuk melapor. Dengan adanya kesadaran lebih luas tentang KDRT dan upaya pemberian dukungan yang lebih baik, diharapkan dapat lebih banyak korban yang merasa diberdayakan untuk berbicara dan mencari bantuan.

Melalui kasus-kasus ini, kita dapat belajar untuk lebih berhati-hati dalam melihat kehidupan orang lain, menghargai privasi mereka, dan memastikan bahwa korban KDRT mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk keluar dari situasi kekerasan.

B. UNDANG-UNDANG YANG MENANGANI KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Sebenarnya Pemerintah Indonesia sudah mengatur berbagai Undang-Undang untuk menangani KDRT

1. Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga

Undang-Undang ini menjadi dasar hukum dalam penanganan kasus KDRT di Indonesia. UU ini memberikan definisi tentang Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), memberikan perlindungan terhadap korban, dan menetapkan hukuman bagi pelaku. Salah satu aspek penting dari UU ini adalah perlindungan bagi korban yang mencakup hak untuk tinggal terpisah dengan pelaku, serta pemberian bantuan hukum dan psikologis.

2. Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2006 tentang Pelaksanaan UU KDRT

Peraturan Pemerintah ini mengatur tentang mekanisme implementasi UU KDRT, termasuk cara melaporkan kasus, perlindungan bagi korban, dan hak-hak yang dimiliki korban untuk mendapatkan perawatan medis dan

psikologis. PP ini juga mengatur pembentukan lembaga-lembaga yang dapat membantu korban, seperti pusat pelayanan terpadu.

3. Program Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak mengembangkan berbagai program untuk memberdayakan perempuan serta melindungi anak-anak dari kekerasan. Program-program ini termasuk pendidikan kesadaran tentang KDRT, serta pelatihan bagi perempuan untuk meningkatkan kemandirian ekonomi mereka, yang diharapkan dapat mengurangi kerentanannya terhadap kekerasan

Berbagai Intervensi multidisiplin merupakan pendekatan yang melibatkan berbagai pihak yang memiliki kepentingan dalam mengatasi masalah KDRT. Tujuan utamanya adalah untuk memberikan perlindungan, rehabilitasi, dan mendukung korban agar dapat keluar dari lingkaran kekerasan. Berikut adalah beberapa intervensi multidisiplin yang dapat diterapkan:

1. Intervensi Hukum

Lembaga penegak hukum, seperti kepolisian, kejaksaan, dan pengadilan, memainkan peran utama dalam memberikan perlindungan kepada korban KDRT. Polisi harus siap menerima laporan dari korban, melakukan penyelidikan yang tidak memihak, dan memberikan perlindungan hukum kepada korban. Selain itu, perlu ada lembaga bantuan hukum yang dapat memberikan pendampingan kepada korban yang tidak mampu.

2. Intervensi Psikologi dan Konseling

Psikolog atau konselor memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada korban. Terapi psikologis bisa membantu korban mengatasi trauma akibat kekerasan serta membangun kepercayaan diri untuk keluar dari hubungan yang toksik. Layanan konseling dapat diberikan secara individu maupun kelompok.

3. Intervensi Kesehatan

Intervensi kesehatan mencakup perawatan medis bagi korban KDRT, baik yang mengalami luka fisik maupun gangguan psikologis. Rumah sakit dan klinik harus memiliki protokol yang jelas dalam menangani korban KDRT, serta menyediakan layanan medis yang ramah terhadap korban. Selain itu, sektor kesehatan juga memiliki peran dalam memberikan edukasi tentang kesehatan reproduksi dan pencegahan kekerasan seksual.

4. **Intervensi Sosial**

Pekerja sosial memiliki peran dalam mendampingi korban dalam berbagai aspek kehidupan, seperti membantu korban dalam proses perlindungan, pemulihan sosial, dan reintegrasi ke dalam masyarakat. Pekerja sosial juga bisa bekerja sama dengan lembaga-lembaga bantuan sosial untuk menyediakan tempat perlindungan aman bagi korban.

5. **Intervensi Pendidikan**

Edukasi di sekolah dan masyarakat luas adalah langkah preventif yang sangat penting. Kurikulum yang mengajarkan tentang kesetaraan gender, hak-hak perempuan, dan cara mengatasi konflik tanpa kekerasan dapat membantu mencegah terjadinya KDRT di masa depan. Pendidikan juga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya melaporkan kasus kekerasan dan memberikan dukungan kepada korban.

Beberapa kota di Indonesia telah menerapkan program intervensi multidisiplin untuk mengatasi KDRT. Misalnya, Jakarta dan Yogyakarta memiliki **Pusat Pelayanan Terpadu (PPT)** yang menyediakan layanan hukum, medis, dan psikologis bagi korban. Di sisi lain, program **Rumah Perlindungan dan Pengungsian** memberikan tempat aman bagi korban yang melarikan diri dari situasi kekerasan.

Walaupun berbagai kebijakan dan intervensi telah diupayakan, terdapat beberapa tantangan dalam menanggulangi KDRT, antara lain:

1. **Kurangnya Pengetahuan dan Kesadaran**

Banyak korban KDRT yang tidak tahu bahwa mereka berhak mendapatkan perlindungan hukum atau tidak tahu ke mana harus mencari bantuan.

2. **Stigma Sosial**

Masyarakat seringkali menganggap masalah KDRT sebagai masalah pribadi yang seharusnya diselesaikan di dalam rumah tangga. Hal ini membuat korban merasa terisolasi dan enggan melapor.

3. **Keterbatasan Sumber Daya**

Layanan untuk korban KDRT seringkali terbatas, baik dari segi tenaga ahli, sarana dan prasarana, maupun pendanaan.

Untuk mengatasi tantangan ini, berbagai langkah harus diambil, antara lain:

a. **Peningkatan Kesadaran Masyarakat**

Melalui kampanye edukasi dan sosialisasi yang lebih masif, baik di media massa maupun media sosial, mengenai hak-hak korban KDRT dan cara mendapatkan bantuan.

b. **Penguatan Kapasitas Lembaga Penegak Hukum**

Memberikan pelatihan kepada aparat penegak hukum tentang cara menangani kasus KDRT dengan sensitif dan profesional.

c. **Peningkatan Layanan Terpadu**

Meningkatkan kualitas layanan yang terintegrasi antara lembaga hukum, kesehatan, sosial, dan psikologi, untuk memberikan solusi komprehensif bagi korban.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan masalah yang kompleks dan memerlukan pendekatan yang holistik serta intervensi multidisiplin. Kebijakan yang ada di Indonesia, seperti Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 dan berbagai program pemerintah, telah memberikan dasar yang kuat dalam mengatasi KDRT. Namun, implementasi kebijakan tersebut masih menghadapi berbagai tantangan yang harus diatasi dengan sinergi antara berbagai sektor. Oleh karena itu, intervensi multidisiplin yang melibatkan sektor hukum, kesehatan, psikologi, sosial, dan pendidikan sangat penting untuk mencapai keberhasilan dalam menanggulangi KDRT dan melindungi korban.

= / =

BAB 11

MELACAK AKAR KEKERASAN: SINERGI FAKTOR BIOLOGIS DAN SOSIAL DALAM KDRT DI BALI

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah masalah serius yang dapat memengaruhi kesehatan fisik, psikologis, dan sosial korban serta masyarakat secara keseluruhan. Fenomena ini telah berlangsung lama dan seringkali terabaikan atau disembunyikan oleh berbagai faktor, baik itu faktor budaya, sosial, maupun ekonomi. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) tidak hanya disebabkan oleh satu faktor tunggal, tetapi merupakan hasil interaksi antara berbagai faktor biologis dan sosial yang saling mempengaruhi. Penelitian di bidang psikologi dan neurobiologi menunjukkan bahwa faktor biologis, seperti gangguan hormonal, genetika, dan struktur otak, juga dapat memainkan peran penting dalam membentuk perilaku agresif yang berujung pada kekerasan.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) memiliki dampak jangka panjang baik pada korban maupun pelaku. Dampak tersebut bisa berupa trauma fisik dan psikologis, penurunan kualitas hidup, serta dampak sosial yang lebih luas, seperti perasaan terasing dan ketergantungan. Dampak negatif juga terasa pada anak-anak yang menyaksikan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), yang dapat mengarah pada reproduksi pola kekerasan dalam kehidupan mereka.

Dampak dari KDRT tidak hanya pada satu atau dua individu melainkan dapat mempengaruhi keluarga dan masyarakat secara luas. Di Indonesia, termasuk Bali. Bali sebagai salah satu provinsi dengan kekayaan budaya yang sangat kental, masalah KDRT seringkali dihadapkan dengan tantangan sosial dan budaya yang lebih kompleks. Dalam konteks Bali, dengan kebudayaan yang kaya dan tradisi yang kuat, KDRT seringkali dipengaruhi oleh struktur sosial yang patriarkis, ketimpangan gender, serta faktor ekonomi yang menyebabkan ketegangan dalam rumah tangga. Budaya patriarki, adat, dan tradisi tertentu seringkali memperburuk masalah ini, meskipun masyarakat Bali dikenal dengan keramahatahannya dan sifat kekeluargaan yang tinggi. Sinergi antara faktor biologis dan sosial dalam membentuk perilaku kekerasan ini perlu dipahami secara holistik agar dapat merumuskan pendekatan yang lebih efektif dalam pencegahan dan penanganan KDRT di Bali.

Menurut Laporan Tahunan Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) dan data yang dilaporkan oleh Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) di Bali, jumlah kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) pada tahun 2024 cenderung meningkat dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan laporan yang diterima dari berbagai organisasi dan lembaga terkait, tercatat lebih dari 600 kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) yang dilaporkan di Bali sepanjang tahun 2024. Sebagian besar korban adalah perempuan, tetapi juga terdapat sejumlah kasus yang melibatkan anak-anak dan laki-laki sebagai korban kekerasan.

A. JENIS-JENIS KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merujuk pada tindakan kekerasan yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, baik dalam bentuk fisik, psikologis, seksual, maupun ekonomi. Kekerasan ini tidak hanya berdampak pada korban, tetapi juga pada pelaku, anak-anak, dan masyarakat secara umum.

Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT), kekerasan dapat berupa:

- **Kekerasan Fisik:** Kekerasan fisik, seperti pemukulan, penendangan, atau penyiksaan fisik lainnya, masih menjadi bentuk kekerasan yang paling banyak dilaporkan. Ini terjadi baik di daerah perkotaan, seperti Denpasar, maupun di daerah pedesaan Bali. Banyak kasus melibatkan pasangan suami-istri, di mana pria sebagai pelaku kekerasan cenderung merasa memiliki hak untuk "mengendalikan" istri dan anak-anak mereka.
- **Kekerasan Psikologis:** Kekerasan psikologis, yang melibatkan ancaman, penghinaan, manipulasi, dan pemerasan emosional, juga sangat umum terjadi di Bali. Banyak korban kekerasan rumah tangga yang mengalami dampak psikologis yang parah, seperti kecemasan, depresi, dan gangguan stres pasca-trauma (PTSD), namun mereka

seringkali merasa tidak ada tempat untuk mencari perlindungan atau dukungan.

- **Kekerasan Seksual:** Kekerasan seksual dalam rumah tangga juga menjadi masalah besar, meskipun seringkali tidak dilaporkan karena alasan malu dan ketakutan. Laporan yang ada menunjukkan bahwa kekerasan seksual, baik berupa pemaksaan hubungan seksual atau pelecehan seksual, terjadi dalam banyak kasus KDRT, terutama di kalangan pasangan yang telah menikah lama.
- **Kekerasan Ekonomi:** Kekerasan ekonomi, di mana pelaku mengendalikan akses terhadap sumber daya keuangan, juga menjadi masalah utama di Bali. Banyak perempuan yang terjebak dalam kekerasan ekonomi, di mana mereka tidak memiliki akses independen terhadap uang atau pekerjaan. Hal ini memperburuk ketergantungan mereka pada pasangan yang melakukan kekerasan, yang membuat mereka semakin sulit untuk keluar dari situasi tersebut.

B. FAKTOR KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Perilaku kekerasan tidak dapat dipahami hanya melalui satu perspektif. Faktor biologis, seperti kecenderungan untuk menjadi lebih impulsif, dapat diperburuk oleh faktor sosial seperti ketidaksetaraan gender atau tekanan ekonomi. Oleh karena itu, penting untuk melihat Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) sebagai hasil dari interaksi dinamis antara faktor biologis dan sosial.

Pendekatan biopsikososial memungkinkan kita untuk mengintegrasikan berbagai faktor dalam memahami kekerasan. Model ini menekankan pentingnya mempertimbangkan baik aspek biologis (seperti hormon dan struktur otak) maupun konteks sosial dalam merancang kebijakan atau program pencegahan kekerasan.

1. Faktor Biologis dalam Perilaku Kekerasan

Perilaku manusia, termasuk kecenderungan untuk melakukan kekerasan, tidak dapat dipisahkan dari faktor biologis. Faktor biologis meliputi elemen-elemen seperti genetika, hormon, dan struktur otak yang memengaruhi perilaku manusia. Beberapa studi menunjukkan bahwa genetika, hormon, dan struktur otak dapat memainkan peran penting dalam menentukan apakah seseorang lebih cenderung melakukan kekerasan. Banyak penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki predisposisi biologis terhadap agresivitas atau impulsivitas mungkin lebih rentan terlibat dalam tindakan kekerasan.

Kerusakan pada bagian otak yang berfungsi mengatur kontrol impuls, seperti lobus prefrontal, dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya perilaku agresif. Gangguan kepribadian antisosial, yang sering ditemukan pada pelaku kekerasan, juga memiliki basis biologis yang melibatkan kelainan struktur otak tertentu.

a. Genetika dan Warisan Genetik

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik dapat memengaruhi kecenderungan seseorang untuk terlibat dalam perilaku kekerasan. Misalnya, adanya kelainan pada gen tertentu yang mengatur produksi hormon tertentu dapat menyebabkan individu menjadi lebih agresif atau impulsif. Beberapa teori berpendapat bahwa individu dengan predisposisi genetik tertentu mungkin lebih mudah bereaksi secara kekerasan terhadap stres atau provokasi.

Namun, perlu diingat bahwa genetika tidak menentukan perilaku secara mutlak. Faktor lingkungan dan pengalaman hidup seseorang juga memengaruhi bagaimana sifat-sifat genetik tersebut berkembang. Oleh karena itu, meskipun ada bukti bahwa ada kaitan antara genetika dan kekerasan, pengaruhnya lebih kompleks dan membutuhkan kajian lebih lanjut.

b. Hormon dan Kimia Otak

Hormon memainkan peran penting dalam regulasi emosi dan perilaku manusia. Hormon juga berperan dalam perilaku agresif dan kekerasan. Testosteron, yang lebih banyak ditemukan pada pria, sering dikaitkan dengan perilaku agresif. Testosteron dan kortisol dapat memengaruhi cara seseorang merespons stres atau konflik. Tingginya kadar testosteron dapat meningkatkan agresivitas dan impulsivitas, meskipun ini tidak berarti bahwa setiap individu dengan kadar testosteron tinggi pasti akan melakukan kekerasan. Di sisi lain, kortisol, yang diproduksi sebagai respons terhadap stres, juga dapat meningkatkan kecenderungan seseorang untuk melakukan kekerasan jika terjadi ketidakseimbangan atau tekanan kronis.

Selain itu, ketidakseimbangan kimia otak, seperti pada neurotransmitter serotonin dan dopamin, juga dapat berperan dalam perilaku kekerasan. Serotonin yang rendah seringkali dikaitkan dengan perilaku impulsif dan agresif. Di sisi lain, dopamin yang berlebihan dapat menyebabkan seseorang merasa euforia atau tidak terkendali, yang juga dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kekerasan.

c. Gangguan Psikologis dan Mental

Kondisi psikologis seseorang juga menjadi faktor biologis yang berpengaruh terhadap kecenderungan terjadinya kekerasan. Gangguan seperti gangguan kepribadian antisosial, psikopat, atau gangguan stres pasca-trauma (PTSD) dapat menyebabkan seseorang lebih cenderung untuk melakukan kekerasan. Gangguan psikologis ini seringkali memengaruhi cara individu mengelola emosi, empati, dan kemampuan untuk berinteraksi secara sehat dengan orang lain.

Sebagai contoh, individu dengan gangguan kepribadian antisosial mungkin tidak merasakan penyesalan atau rasa bersalah setelah melakukan kekerasan, yang membuat mereka lebih berisiko dalam berperilaku agresif. Begitu juga, individu yang mengalami PTSD akibat trauma masa lalu, seperti kekerasan yang dialami sebelumnya, dapat

mengekspresikan trauma tersebut melalui perilaku kekerasan terhadap pasangan atau keluarga mereka.

2. Faktor Sosial dalam Perilaku Kekerasan

Di samping faktor biologis, faktor sosial memiliki peran yang sangat besar dalam membentuk perilaku kekerasan, terutama dalam konteks Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Faktor-faktor sosial seperti norma budaya, pendidikan, ekonomi, dan pengalaman sosial dapat memperburuk atau mengurangi terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).

Pandemi COVID-19 telah memberikan dampak sosial yang luas. Banyak keluarga di Bali yang mengalami kesulitan dalam hal pekerjaan dan ekonomi. Stres yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup, isolasi sosial, dan ketidakpastian ekonomi memperburuk ketegangan dalam rumah tangga. Selain itu, dengan adanya pembatasan sosial yang berlangsung selama pandemi, interaksi sosial antara individu dalam masyarakat terbatas, yang membuat korban Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) lebih sulit untuk mendapatkan dukungan sosial dari teman atau keluarga.

a. Norma Sosial dan Budaya Patriarki

Norma sosial dan budaya yang ada di Bali sangat berperan dalam pembentukan perilaku kekerasan. Budaya Bali yang sangat kental dengan tradisi, adat, dan sistem kekerabatan kadang-kadang masih memandang perempuan sebagai pihak yang lebih rendah atau lebih lemah dalam suatu keluarga. Dalam sistem patriarki yang dominan, laki-laki seringkali dipandang sebagai kepala keluarga yang memiliki hak penuh atas keputusan-keputusan rumah tangga, termasuk dalam hal kekerasan. Sosialisasi dalam masyarakat Bali yang memiliki nilai patriarkal seringkali mengarah pada ketidaksetaraan gender yang mendukung terjadinya kekerasan. Dalam budaya patriarkal, laki-laki dianggap sebagai penguasa rumah tangga, sementara perempuan seringkali berada dalam posisi yang lebih rendah, baik dalam hal otoritas maupun ekonomi.

Meskipun Bali dikenal dengan ajaran Hindu yang mengajarkan kasih sayang dan penghormatan terhadap sesama, norma patriarki yang masih hidup dalam masyarakat dapat menciptakan ketidaksetaraan antara pria dan wanita. Ketika perempuan dianggap lebih rendah, mereka seringkali menjadi korban kekerasan fisik atau psikologis di dalam rumah tangga. Kekerasan ini seringkali dianggap sebagai cara untuk "mendidik" atau "mengontrol" istri, yang memperburuk siklus kekerasan yang berlangsung dalam keluarga.

b. Pengaruh Pendidikan dan Pengalaman Keluarga

Pendidikan dan kesadaran tentang hak-hak individu memainkan peran penting dalam pencegahan kekerasan. Di Bali, tingkat pendidikan yang rendah pada sebagian masyarakat dapat menghalangi mereka untuk mengenali tanda-tanda kekerasan dan mencari bantuan. Program edukasi yang mengedepankan kesetaraan gender dan hak-hak perempuan sangat penting dalam memerangi KDRT.

Pendidikan adalah faktor sosial penting yang mempengaruhi perilaku kekerasan. Individu yang tidak mendapat pendidikan yang memadai mengenai hubungan yang sehat dan saling menghormati, lebih rentan untuk meniru pola kekerasan yang mereka saksikan dalam keluarga atau lingkungan sekitar mereka. Anak yang tumbuh dalam lingkungan kekerasan cenderung memandang kekerasan sebagai cara yang sah untuk menyelesaikan konflik, dan hal ini meningkatkan kemungkinan mereka terlibat dalam kekerasan di kemudian hari, baik sebagai pelaku maupun sebagai korban.

Pengalaman masa kecil yang penuh kekerasan, baik dalam bentuk fisik maupun verbal, berkontribusi pada pembentukan karakter dan pola pikir yang membenarkan penggunaan kekerasan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini seringkali menyebabkan terjadinya kekerasan berulang dalam satu keluarga, bahkan antar-generasi.

c. Faktor Ekonomi dan Ketidakstabilan Finansial

Ketegangan dalam rumah tangga yang disebabkan oleh masalah ekonomi sering menjadi pemicu kekerasan. Ketidakmampuan ekonomi dapat menambah stres pada pasangan, yang mengarah pada frustrasi dan, pada akhirnya, kekerasan. Selain itu, ketergantungan finansial pada pasangan juga mempersulit korban untuk keluar dari hubungan yang penuh kekerasan.

Faktor ekonomi merupakan pendorong utama terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Ketidakstabilan finansial, pengangguran, atau rendahnya tingkat pendidikan ekonomi dapat menambah tekanan dalam hubungan rumah tangga. Ketika pasangan mengalami kesulitan finansial, stres dapat meningkat, dan ketegangan dalam rumah tangga seringkali berujung pada kekerasan.

Di Bali, sektor pariwisata merupakan sumber pendapatan utama bagi banyak keluarga. Namun, ketergantungan pada industri pariwisata membuat banyak keluarga rentan terhadap fluktuasi ekonomi yang bisa memperburuk ketegangan rumah tangga. Krisis ekonomi, baik dalam bentuk kehilangan pekerjaan atau pendapatan yang menurun, seringkali memperburuk situasi Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).

Bali sangat bergantung pada industri pariwisata, yang sejak pandemi COVID-19 mengalami fluktuasi besar. Meskipun sektor ini mulai pulih pada tahun 2024, ketidakpastian ekonomi dan pengangguran yang tinggi menyebabkan banyak ketegangan dalam rumah tangga. Pasangan yang menghadapi kesulitan finansial seringkali melampiaskan frustrasi mereka dalam bentuk kekerasan. Laki-laki yang merasa terpojok secara ekonomi, atau merasa kehilangan peran sebagai penyedia utama keluarga, dapat lebih cenderung melakukan kekerasan.

d. Akses terhadap Sumber Daya dan Dukungan Sosial

Kurangnya akses terhadap dukungan sosial atau bantuan dari pihak luar juga menjadi faktor yang memperburuk terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Di Bali, meskipun terdapat lembaga-lembaga

sosial dan organisasi non-pemerintah (NGO) yang memberikan bantuan terhadap korban KDRT, tidak semua korban memiliki pengetahuan atau akses untuk memanfaatkan sumber daya ini. Banyak korban kekerasan yang merasa terisolasi dan tidak memiliki tempat untuk mencari bantuan karena stigma sosial atau ketakutan akan repercusi yang lebih buruk dari pasangan mereka.

C. PENCEGAHAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) memerlukan pendekatan yang komprehensif, melibatkan aspek biologis, sosial, dan budaya. Strategi pencegahan ini harus melibatkan pemerintah, lembaga masyarakat, keluarga, dan individu untuk mengurangi angka Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan menciptakan lingkungan yang lebih aman.

Pencegahan kekerasan dapat dimulai dengan edukasi yang mengedepankan kesetaraan gender dan penghapusan norma patriarki. Program penyuluhan berbasis budaya lokal Bali, yang menggabungkan nilai-nilai tradisional dengan pemahaman modern tentang kekerasan, dapat menjadi langkah yang efektif.

Mengubah pandangan sosial tentang Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) memerlukan upaya kolektif untuk merombak norma-norma yang mendukung dominasi laki-laki dalam keluarga. Program-program pemberdayaan perempuan dan promosi kesetaraan gender menjadi bagian penting dari solusi jangka panjang.

1. Edukasi dan Kesadaran Sosial

Pendidikan dan kesadaran sosial adalah kunci utama dalam pencegahan kekerasan. Masyarakat perlu diajarkan tentang pentingnya saling menghormati dalam hubungan, serta cara mengelola konflik tanpa kekerasan. Program-program pendidikan yang menanamkan nilai-nilai anti-kekerasan dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum sekolah dari

usia dini, sehingga anak-anak tumbuh dengan pemahaman yang lebih baik tentang hubungan yang sehat.

2. Penyuluhan tentang Hak Perempuan dan Perlindungan Hukum

Penyuluhan tentang hak-hak perempuan dan perlindungan hukum bagi korban Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) harus lebih digencarkan. Masyarakat Bali, dengan karakteristik budaya dan adat yang kental, perlu diberikan pemahaman bahwa kekerasan terhadap perempuan tidak dapat dibenarkan dalam konteks apapun. Penyuluhan mengenai UU Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan mekanisme pelaporannya harus diperluas, agar korban tahu hak-hak mereka dan bisa mendapatkan perlindungan hukum.

3. Pendekatan Kesehatan Mental dan Psikologis

Pencegahan juga harus mencakup intervensi pada kesehatan mental. Penguatan layanan psikologis bagi keluarga yang mengalami kekerasan sangat penting. Konseling dan terapi keluarga bisa membantu memperbaiki pola komunikasi dan mengurangi ketegangan yang menyebabkan kekerasan. Selain itu, bagi pelaku kekerasan, terapi psikologis dan pemulihan dari gangguan mental atau emosi yang mendasari perilaku kekerasan juga perlu diprioritaskan.

D. PENANGANAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Setelah kekerasan terjadi, penanganan yang cepat dan efektif sangat penting untuk mencegah dampak yang lebih parah bagi korban dan keluarga. Pemerintah dan lembaga sosial perlu berkolaborasi untuk menyediakan layanan yang memadai bagi korban kekerasan.

Program rehabilitasi untuk korban dan pelaku kekerasan sangat penting. Layanan kesehatan yang tersedia harus mencakup baik aspek fisik maupun psikologis. Selain itu, penting untuk menyediakan dukungan psikososial bagi

korban untuk membantu mereka sembuh dari trauma yang ditimbulkan oleh kekerasan.

Penanganan pelaku kekerasan melalui program rehabilitasi dan terapi perilaku kognitif dapat membantu mereka memahami penyebab perilaku mereka dan belajar bagaimana mengendalikan impulsif mereka.

a. Layanan Darurat dan Perlindungan Korban

Korban kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) perlu memiliki akses langsung ke layanan darurat, seperti tempat penampungan aman, layanan medis, dan layanan psikologis. Pemerintah dan lembaga sosial di Bali perlu menyediakan tempat aman dan akses terhadap perawatan medis dan psikologis yang cepat. Pusat krisis atau shelter bagi korban KDRT bisa menjadi tempat yang aman sementara bagi korban untuk pulih.

b. Penyuluhan dan Pendampingan Hukum

Pendampingan hukum juga penting untuk memastikan korban mendapatkan hak-haknya. Layanan hukum yang ramah dan mudah diakses akan membantu korban untuk melapor dan mendapatkan keadilan. Program bantuan hukum secara gratis atau dengan biaya rendah untuk korban juga perlu diperkuat, mengingat banyak korban yang tidak mampu membayar jasa pengacara.

Peningkatan akses hukum bagi korban dan sistem perlindungan yang lebih kuat sangat penting dalam menanggulangi kekerasan. Pembuatan kebijakan yang proaktif serta lembaga yang responsif terhadap kekerasan domestik dapat mempercepat penanganan masalah ini.

Koordinasi antara lembaga pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan masyarakat sangat penting dalam menangani kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Sinergi antar lembaga ini akan mempercepat penanganan kasus dan memastikan tidak ada korban yang terabaikan.

Rekomendasi:

- Mengedukasi masyarakat tentang kesetaraan gender dan pentingnya komunikasi sehat dalam rumah tangga.
- Meningkatkan akses hukum bagi korban kekerasan dan memperkuat mekanisme perlindungan hukum.
- Mengembangkan program rehabilitasi yang melibatkan pelaku kekerasan dalam upaya perubahan perilaku jangka panjang.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah masalah multidimensi yang memerlukan pendekatan holistik. Faktor biologis dan sosial saling terkait dalam mempengaruhi perilaku kekerasan, dan solusi yang paling efektif adalah yang melibatkan intervensi dari kedua faktor tersebut. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) adalah masalah yang membutuhkan perhatian serius dari semua pihak. Sinergi antara faktor biologis dan sosial mempengaruhi perilaku kekerasan dalam keluarga, namun dengan pendekatan yang tepat, baik pencegahan maupun penanganan kekerasan dapat dilakukan secara efektif.

Di Bali, yang memiliki kekayaan budaya dan tradisi yang unik, penting untuk menyesuaikan upaya-upaya ini dengan kearifan lokal, sembari tetap menjaga prinsip-prinsip hak asasi manusia. Melalui kerjasama antara pemerintah, masyarakat, dan berbagai lembaga terkait, diharapkan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dapat ditekan dan kehidupan keluarga yang harmonis dapat tercipta.

Kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) di Bali pada tahun 2024 menunjukkan bahwa meskipun ada upaya signifikan dalam pencegahan dan penanganan, masalah ini masih jauh dari selesai. Faktor sosial, budaya, ekonomi, dan psikologis saling berinteraksi dalam memperburuk masalah Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Oleh karena itu, pendekatan yang komprehensif dan kolaboratif antara pemerintah, masyarakat, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan sektor swasta sangat dibutuhkan untuk menciptakan perubahan yang berkelanjutan.

Penting bagi seluruh elemen masyarakat Bali untuk terus meningkatkan kesadaran dan pemahaman mengenai hak asasi manusia, serta untuk memberikan dukungan yang lebih besar kepada korban kekerasan agar mereka tidak merasa sendirian dalam perjuangan mereka melawan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).

=/=

BAB 12

PENDEKATAN HUKUM, EDUKASI, DAN KESEHATAN MENTAL PADA KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA

Pada dasarnya manusia merupakan makhluk sosial, karena dalam kehidupan sehari-hari manusia pada satu sisi sangat positif karena manusia saling ketergantungan satu sama lain dalam memenuhi kebutuhannya. Namun di sisi lain relasi tersebut kadang-kadang menimbulkan konflik kepentingan yang bermuara pada tindak kejahatan atau kekerasan satu pihak kepada pihak lain (korban).

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan salah satu bentuk pelanggaran hak asasi manusia yang mencakup tindakan kekerasan fisik, psikologis, seksual, maupun ekonomi yang dilakukan oleh pasangan atau anggota keluarga lainnya, dengan tujuan mengendalikan atau menundukkan korban. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) tidak hanya berdampak pada individu yang menjadi korban, tetapi juga pada keluarga dan masyarakat secara luas, menciptakan siklus kekerasan yang sulit dihentikan. Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) didefinisikan sebagai setiap perbuatan terhadap seseorang, terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan tersebut, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga.

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan isu kompleks yang memerlukan penanganan multidimensional. Pendekatan hukum, edukasi, dan kesehatan mental telah memberikan kerangka kerja penting untuk pencegahan, perlindungan, dan pemulihan korban, meskipun tantangan seperti stigma sosial, akses layanan yang terbatas, dan rendahnya tingkat pelaporan masih menjadi hambatan utama. Upaya sinergis antara pemerintah, organisasi masyarakat, dan komunitas diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung penanganan KDRT secara berkelanjutan. Ke depan, penelitian perlu difokuskan pada evaluasi efektivitas intervensi holistik yang mengintegrasikan berbagai pendekatan sekaligus. Selain itu, studi tentang

pengaruh faktor sosial dan budaya terhadap KDRT, pemanfaatan teknologi seperti aplikasi pelaporan dan telemedicine, serta dampak jangka panjang KDRT pada anak-anak menjadi prioritas untuk memperkuat program pencegahan dan intervensi. Penelitian juga dapat diarahkan pada pengembangan program rehabilitasi pelaku yang efektif untuk memutus siklus kekerasan dan analisis kebijakan guna mengidentifikasi kekuatan serta kelemahan implementasi undang-undang terkait KDRT.

A. PENDEKATAN HUKUM, EDUKASI, DAN KESEHATAN MENTAL PADA KDRT

Pendekatan hukum, edukasi, dan kesehatan mental dalam menangani Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan upaya holistik untuk menghadapi kompleksitas masalah ini, yang mencakup aspek hukum, sosial, dan psikologis. Pendekatan hukum bertujuan memastikan perlindungan hukum bagi korban sekaligus memberikan sanksi tegas kepada pelaku. Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) menjadi dasar untuk melindungi korban dan mencegah terulangnya tindakan kekerasan. Implementasinya mencakup pengadilan khusus untuk kasus KDRT, layanan bantuan hukum, dan pengamanan fisik seperti penerbitan perintah perlindungan sementara (PPS). Namun, tantangan seperti kurangnya akses keadilan, stigma sosial, serta proses hukum yang lambat seringkali menghambat efektivitas pendekatan ini.

Di sisi lain, pendekatan edukasi memainkan peran penting dalam pencegahan jangka panjang. Kampanye kesadaran masyarakat, program pelatihan, dan penyuluhan keluarga bertujuan mengedukasi masyarakat tentang bahaya KDRT, pentingnya kesetaraan gender, dan cara menyelesaikan konflik secara non-kekerasan. Pendidikan formal dan informal juga berperan dalam membangun kesadaran sejak dini, termasuk integrasi materi anti-kekerasan ke dalam kurikulum sekolah. Pendekatan ini juga menargetkan

pelaku melalui program rehabilitasi dan pelatihan manajemen emosi untuk memutus siklus kekerasan.

Sementara itu, pendekatan kesehatan mental berfokus pada dampak psikologis yang mendalam, baik bagi korban maupun keluarga, termasuk anak-anak yang menjadi saksi KDRT. Trauma emosional seperti depresi, gangguan kecemasan, dan PTSD sering dialami oleh korban. Layanan konseling, terapi trauma, dan dukungan psikososial menjadi langkah krusial untuk membantu mereka memulihkan kepercayaan diri dan stabilitas emosional. Bagi anak-anak, intervensi psikologis membantu mencegah dampak jangka panjang yang dapat memengaruhi perkembangan emosional mereka. Selain itu, pelaku KDRT juga sering menghadapi masalah kesehatan mental seperti gangguan kontrol impuls, sehingga intervensi terapeutik diperlukan untuk mengubah pola pikir dan perilaku destruktif.

Ketiga pendekatan ini saling melengkapi dan memerlukan kerja sama lintas sektor. Lembaga pemerintah, organisasi non-pemerintah, komunitas lokal, dan lembaga agama perlu bersinergi untuk menciptakan ekosistem yang mendukung pencegahan, perlindungan, dan pemulihan. Keberhasilan program ini bergantung pada keberlanjutan upaya, alokasi sumber daya yang memadai, serta evaluasi berkala untuk memastikan bahwa intervensi yang diterapkan efektif dan adaptif terhadap kebutuhan masyarakat. Dengan pendekatan komprehensif ini, diharapkan dapat tercipta lingkungan yang aman, suportif, dan bebas dari Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).

1. Pendekatan Hukum

Pendekatan hukum bertujuan memberikan perlindungan kepada korban, mengadili pelaku, dan mencegah berulangnya kekerasan. Kerangka hukum yang kuat dan pelaksanaannya yang efektif merupakan komponen penting dalam menangani KDRT.

- **Kebijakan dan Undang-Undang**

Di banyak negara, termasuk Indonesia, terdapat regulasi yang melindungi korban KDRT. Di Indonesia, Undang-Undang Nomor 23

Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT) menjadi dasar hukum untuk melindungi korban dan menghukum pelaku.

- **Perlindungan Hukum bagi Korban**

Korban KDRT dapat mengakses layanan hukum, seperti perintah perlindungan (*restraining order*) untuk menjauhkan pelaku dari korban. Penelitian menunjukkan bahwa mekanisme hukum seperti ini dapat mengurangi risiko kekerasan berulang.

- **Keadilan Restoratif**

Selain menghukum pelaku, pendekatan hukum dapat mencakup keadilan restoratif, yaitu melibatkan korban, pelaku, dan komunitas untuk mencapai resolusi yang adil. Hal ini efektif dalam beberapa kasus untuk mengurangi konflik jangka panjang.

2. Pendekatan Edukasi

Edukasi adalah komponen kunci untuk mengubah norma sosial dan perilaku yang mendukung KDRT. Program edukasi harus mencakup individu, komunitas, dan institusi.

- **Edukasi bagi Masyarakat Umum**

Edukasi masyarakat bertujuan meningkatkan kesadaran tentang dampak KDRT dan hak-hak individu. Kampanye publik yang melibatkan media, seminar, dan pelatihan komunitas terbukti meningkatkan pelaporan kasus KDRT dan mengurangi stigma terhadap korban.

- **Edukasi bagi Pasangan**

Program pelatihan untuk pasangan, terutama di tahap awal pernikahan, dapat membantu mereka mengembangkan keterampilan komunikasi dan resolusi konflik yang sehat. Sebuah studi menunjukkan bahwa pasangan yang mengikuti pelatihan ini cenderung memiliki hubungan yang lebih harmonis dan bebas kekerasan.

- Edukasi untuk Pelaku Kekerasan

Program rehabilitasi pelaku bertujuan mengubah pola pikir dan perilaku mereka melalui konseling dan pelatihan pengelolaan emosi. Penelitian menunjukkan bahwa program ini dapat menurunkan tingkat kekerasan berulang jika diterapkan dengan baik.

3. Pendekatan Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah aspek penting dalam menangani dampak KDRT, baik bagi korban maupun pelaku. Pendekatan ini bertujuan memulihkan trauma, membangun resiliensi, dan mencegah siklus kekerasan berlanjut.

- Layanan Psikososial bagi Korban

Korban KDRT seringkali mengalami gangguan kesehatan mental, seperti gangguan stres pasca-trauma (PTSD), depresi, dan kecemasan. Konseling individu dan terapi kelompok dapat membantu mereka memproses trauma dan membangun kembali kepercayaan diri.

- Terapi untuk Anak-Anak yang Terdampak

Anak-anak yang menyaksikan atau mengalami KDRT berisiko tinggi mengembangkan gangguan emosional dan perilaku. Terapi kognitif-perilaku (CBT) telah terbukti efektif membantu anak-anak ini mengelola emosi dan mengurangi risiko masalah psikologis di masa depan.

- Pendekatan untuk Pelaku

Banyak pelaku KDRT memiliki gangguan kesehatan mental, seperti gangguan kontrol impuls atau trauma masa kecil. Pendekatan psikoterapi yang mendalam, seperti terapi perilaku-kognitif atau terapi berbasis trauma, dapat membantu mereka mengidentifikasi akar perilaku agresif dan mengelolanya dengan cara yang sehat.

B. KOLABORASI ANTAR-PILAR UNTUK KEBERHASILAN PENANGANAN KDRT

Pendekatan hukum, edukasi, dan kesehatan mental tidak dapat berjalan sendiri-sendiri. Kolaborasi di antara ketiganya diperlukan untuk memberikan solusi yang holistik dan efektif. Misalnya:

- Edukasi hukum yang mengajarkan masyarakat tentang hak dan perlindungan hukum mereka.
- Kerja sama antara lembaga hukum dan layanan kesehatan mental untuk memastikan korban mendapatkan perawatan yang sesuai.
- Program pencegahan berbasis komunitas yang melibatkan edukasi, dukungan psikososial, dan advokasi kebijakan.

Pendekatan hukum, edukasi, dan kesehatan mental adalah pilar utama dalam menangani Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT). Pendekatan ini tidak hanya memberikan perlindungan kepada korban dan hukuman kepada pelaku tetapi juga menciptakan perubahan sosial dan pemulihan yang berkelanjutan. Dengan memadukan ketiga strategi ini, diharapkan upaya penanggulangan KDRT dapat lebih efektif dan memberikan dampak positif bagi korban, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan.

=/=

PENUTUP

Buku ini merupakan hasil dari upaya kolaboratif yang melibatkan berbagai pihak serta dedikasi yang tinggi untuk memahami Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan peran penting Gen Reseptor Serotonin dalam konteks masalah ini. Dalam penyusunannya, buku ini terdiri dari 12 bab yang telah disusun dengan cermat dan teliti, di mana kami berusaha mengeksplorasi berbagai aspek penting yang terkait dengan fenomena KDRT di masyarakat kita. Kami mengupas pengaruh genetik yang mungkin berkontribusi pada perilaku kekerasan, serta memberikan perhatian terhadap implikasi hukum yang muncul dan langkah-langkah pencegahan yang sangat diperlukan untuk melindungi para korban.

Sepanjang perjalanan yang kami lalui bersama dalam buku ini, kami ingin mengungkapkan betapa kompleksnya isu KDRT dan betapa mendalam dampaknya tidak hanya bagi individu yang terlibat, tetapi juga bagi masyarakat secara keseluruhan. Dari sudut pandang ilmiah mengenai bagaimana gen reseptor serotonin dapat mempengaruhi perilaku kekerasan, kami berupaya menyajikan informasi yang relevan dan mendidik. Kami juga menyentuh tantangan-tantangan hukum yang dihadapi dalam menegakkan keadilan bagi korban, yang seringkali terjebak dalam sistem yang tidak memadai dalam memberikan perlindungan.

Kami mengajak para pembaca untuk melihat dan memahami betapa pentingnya pendekatan multidisiplin yang diperlukan dalam menangani permasalahan ini. Hal ini termasuk pemahaman yang lebih mendalam tentang dinamika relasi kekuasaan yang seringkali muncul dalam KDRT, serta bagaimana faktor-faktor sosial dan budaya dapat mempengaruhi situasi ini. Harapan kami adalah buku ini tidak hanya sekadar menjadi sumber pengetahuan yang informatif, tetapi juga dapat menginspirasi tindakan nyata yang diperlukan dalam upaya untuk mencegah dan menangani kasus-kasus KDRT yang terjadi di masyarakat kita.

Kami percaya bahwa kesadaran, pendidikan, dan kolaborasi antara berbagai pihak—termasuk pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, serta individu—sangatlah krusial untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi setiap anggota keluarga. Dengan bekerja sama secara sinergis, kita dapat merancang dan menerapkan kebijakan yang lebih efektif dan program-program pencegahan yang relevan untuk mengatasi masalah ini secara komprehensif.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat besar bagi para pembaca, memberikan wawasan yang mendalam tentang KDRT, dan berfungsi sebagai landasan yang kuat bagi upaya-upaya lebih lanjut dalam pencegahan serta penanganan KDRT di dalam masyarakat kita. Kami mengucapkan terima kasih atas perhatian serta dukungan semua pihak yang turut berkontribusi dalam penyusunan buku ini, dan berharap bahwa bersama-sama kita dapat mendorong perubahan menuju kondisi yang lebih baik.

= / =

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

Barrett, L. (2011). *Beyond the brain: How body and environment shape animal and human minds*. Princeton University Press.

Cloninger, C., & Dragan, M. (2015). Personality disorders. In K. & Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., pp. 2197-2240). Lippincott Williams & Wilkins.

Cook, P. (2013). *Abused men: The hidden side of domestic violence*. Praeger Westport.

Departemen Kesehatan RI. (1994). *Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ) Edisi III*. Dirjen Pelayanan Medis RI.

Sadock, J. B., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Physical and sexual abuse of adult*. In *Synopsis of psychiatry* (11th ed., pp. 824–830). Lippincott Williams & Wilkins.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Monoamine neurotransmitters*. In *Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., pp. 65–73). Lippincott Williams & Wilkins.

Walsh, A., & Bolen, J. D. (2016). *Criminal violence and the brain*. In *The neurobiology of criminal behavior: Gene-brain-culture interaction* (pp. 123–136). Ashgate Publishing.

Neumeister, A., & Charney, D. S. (2002). *Monoaminergic transmitter systems*. In H. D'Haenen, J. D. Boer, & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (Vol. 2, pp. 727–738). Wiley.

Delville, Y. (2006). *Development of aggression*. In R. J. Nelson (Ed.), *Biology of aggression* (pp. 327–350). Oxford University Press.

Walby, S. (2009). *The concept of gender in feminist theory*. Polity Press.

"Peran Pekerja Sosial dalam Penanggulangan KDRT." (2022). *Pustaka Sosial*.

Johnson, M. P. (2013). *Domestic violence: A critical review of the literature*. Routledge.

Jurnal:

- Aminian, L., Madadi, S., & Amini, Z. (2015). Study the relationship between the dimensions of emotional quotient with mental health of students. *Indian Journal of Fundamental & Applied Life Science*, 5, 801-805.
- Campbell, J., Jones, A., & Dienemann, J. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Chireshe, E. (2014). Christian women's experiences of domestic violence in Zimbabwe. *Affilia*.
- D'Onofrio, B. (2007). Intergenerational transmission of childhood conduct problems. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 820-829.
- Davis, R., & Matthew, M. (2011). Father's depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127, 612-620.
- De Boer, S. F., & C. D. (2009). The vicious cycle towards violence: Focus on the negative feedback mechanisms of brain serotonin neurotransmission. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3(52).
- De Waal, F. (2002). Primate behavior and human aggression: Must we fight? In E. B. Ury (Ed.), *The battlefield to the schoolyard: A new perspective on violent conflict and its prevention* (pp. 13-25). Jossey-Bass.
- Delville, Y. (2006). Development of aggression. In R. J. Nelson (Ed.), *Biology of aggression* (pp. 327-350). Oxford University Press.
- Eslami, A. A., Hasanzadeh, A., & Jamshidi, F. (2014). The relationship between emotional intelligence, health, and marital satisfaction: A comparative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(24).
- Frampton, N. M., Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). The effect of adult depression on the recollection of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 86, 45-54.
- Kautzky, A., James, G. M., Philippe, C., Baldinger-Melich, P., Kraus, C., Kranz, G. S., Vanicek, T., Gryglewski, G., Wadsak, W., Mitterhauser, M., Rujescu, D., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2017). The influence of the rs6295 gene polymorphism on serotonin-1A receptor distribution investigated with PET in patients with major depression.
- Kurniawan, L. S. (2015). *Refleksi diri para korban dan pelaku kekerasan dalam rumah tangga*. Andi Offset.

- Masoumeh, H., Mansor, M. B., & Yacob, S. N. (2014). Emotional intelligence and aggression among adolescents in Tehran, Iran. *Life Science Journal*, 11(5), 506-511.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2003). Abnormality personality traits. In *Personality traits* (pp. 294-324). Cambridge University Press.
- McLeod, S. (2010). Holmes and Rahe social readjustment rating scale stress and life events. *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/SRRS.html>
- Pirkhaefi, M., Mohammadzadeh, M., Najafi, M., & Jangju, M. (2015). Predicting of borderline personality according to components of emotional intelligence. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(1), 7-12.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Child psychiatry. In *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed., pp. 1082-1107). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J. B., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Human development throughout the life cycle. In *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed., pp. 12-69). Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, J. B., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Physical and sexual abuse of adults. In *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed., pp. 824-830). Lippincott Williams & Wilkins.
- Victoroff, J. (2017). Human aggression. In K. & Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., pp. 2672-2703). Lippincott Williams & Wilkins.
- Beitchman, J., Baldassarra, L., & Mik, H. (2006). Serotonin transporter polymorphisms and persistent, pervasive childhood aggression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1103–1105.
- Boer, S. F., & Koolhaas, J. M. (2005). 5-HT1A and 5-HT1B receptor agonists and aggression: A pharmacological challenge of the serotonin deficit. *European Journal of Pharmacology*, 125, 125–139.
- Choi, M., Kang, R., Ham, B., Jeong, H., & Lee, M. (2005). Serotonin receptor 2A gene polymorphism (–1438A/G) and short-term treatment response to citalopram. *Neuropsychobiology*, 155, 155–162.
- de Boer, S. F., & C. D. (2009). The vicious cycle towards violence: Focus on the negative feedback mechanisms of brain serotonin neurotransmission. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 52.

- Stiedi, O., Pappa, E., Konradsson-Geuken, A., & Ögren, S. O. (2015). The role of the serotonin receptor subtypes 5-HT1A and 5-HT7 and its interaction in emotional learning and memory. *Frontiers in Pharmacology*, 1, 1–17.
- Zou, P., Sun, L., Yang, W., Zeng, Y., Chen, Q., Yang, H., Zhou, N., Zhang, G., Liu, J., Li, Y., Ao, L., & Cao, J. (2018). Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: A cross-sectional study among Chinese male senior college students. *Psychiatry Research*, 270, 26–33.
- Davis, R., & Matthew, M. (2011).** Father's depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127(1), 612-620.
- de Waal, F. (2002).** Primate behavior and human aggression: Must we fight? In E. B. Ury (Ed.), *The battlefield to the schoolyard: A new perspective on violent conflict and its prevention* (pp. 13-25). Jossey-Bass.
- Victoroff, J. (2009).** Human aggression. In K. & Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., pp. 2672-2703). Lippincott Williams & Wilkins.
- Heise, L. L. (1998).** Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.
- World Health Organization. (2021).** *Violence against women prevalence estimates, 2018* [Internet]. Geneva: WHO. Retrieved November 24, 2024.
- Ademiluka, S. O. (2018). Patriarchy and women abuse: Perspectives from ancient Israel and Africa. *Old Testament Essays*, 31(2).
- Akyüz, A., Yavan, T., Şahiner, G., & Kılıç, A. (2012). Domestic violence and woman's reproductive health: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 514–518.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
- Archer, J. (2006). Testosterone and aggression: An overview of the literature. *Psychological Bulletin*, 132(1), 103–123.
- Chapman, A., & Monk, C. (2015). Domestic violence awareness. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 944–945.
- Dewi, I. A. K. C., Dewi, N. N. A. I., & Hartika, L. D. (2021). Studi kasus wanita Bali yang bertahan dengan kekerasan dalam rumah tangga di Banjar X Kuta. *Seminar Ilmiah*

- Nasional Teknologi, Sains, dan Sosial Humaniora (SINTESA)*, 3.
<https://doi.org/10.36002/snts.v0i0.1244>
- Fanslow, J., Wise, M. R., & Marriott, J. (2019). Intimate partner violence and women's reproductive health. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 29(12), 342–350.
- Fakhri, U. (2017). *Kekerasan rumah tangga: Suatu tinjauan interaksionis*. Universitas Islam Riau, 2(1), 1391.
- Gebrewahd, G. T., Gebremeskel, G. G., & Tadesse, D. B. (2020). Intimate partner violence against reproductive age women during COVID-19 pandemic in northern Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Reproductive Health*, 17(1), 152.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290.
- Hutchinson, M., Cosh, S. M., & East, L. (2023). Reproductive and sexual health effects of intimate partner violence: A longitudinal and intergenerational analysis. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 35, 100816.
- Knight, L., & Hester, M. (2016). Domestic violence and mental health in older adults. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 464–474.
- Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reproductive Health*, 18, 1–39.
- Lanchimba, C., Díaz-Sánchez, J. P., & Velasco, F. (2023). Exploring factors influencing domestic violence: A comprehensive study on intrafamily dynamics. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1243558.
- Lutwak, N. (2024). The psychology of health and illness: The mental health and physiological effects of intimate partner violence on women. In *The Psychology of Health and Illness* (pp. 105–119). Routledge.
- Mazza, M., Marano, G., Del Castillo, A. G., Chieffo, D., Monti, L., Janiri, D., Moccia, L., & Sani, G. (2021). Intimate partner violence: A loop of abuse, depression, and victimization. *World Journal of Psychiatry*, 11(6), 215.

- Moore, M. (1999). Reproductive health and intimate partner violence. *Family Planning Perspectives*, 31(6), 302–306.
- Nini, A., DwiYanti, H., & Wahyu, P. (2019). Kekerasan dalam rumah tangga dan perceraian dalam keluarga. *Erka*, 1.
- Patra, P., Prakash, J., Patra, B., & Khanna, P. (2018). Intimate partner violence: Wounds are deeper. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(4), 494–498.
- Porter, C., Favara, M., Sánchez, A., & Scott, D. (2021). The impact of COVID-19 lockdowns on physical domestic violence: Evidence from a list randomization experiment. *SSM - Population Health*, 14, 100792.
- Postmus, J. L., Hoge, G. L., Breckenridge, J., Sharp-Jeffs, N., & Chung, D. (2020). Economic abuse as an invisible form of domestic violence: A multicountry review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 261–283.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), e647–e655.
- Stockman, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. (2015). Intimate partner violence and its health impact on ethnic minority women. *Journal of Women's Health*, 24(1), 62–79.
- Susmitha, B. (2016). Domestic violence: Causes, impact, and remedial measures. *Social Change*, 46(4), 602–610.
- Tenkorang, E. Y. (2019). Intimate partner violence and the sexual and reproductive health outcomes of women in Ghana. *Health Education & Behavior*, 46(6), 969–980.
- Tjhin, K. (2015). *Kekerasan dalam rumah tangga: Penyebab dan dampaknya*. Jakarta: Lembaga Penelitian Kesejahteraan Sosial.
- "Pendekatan Multidisiplin dalam Menanggulangi Kekerasan Dalam Rumah Tangga." (2021). *Jurnal Sosial dan Politik*.
- Asay, S. M., DeFrain, J., Metzger, M., & Moyer, B. (2016). Implementing a strengths-based approach to intimate partner violence worldwide. *Journal of Family Violence*, 31, 349–360.
- Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 5–7
- Edwards, K. M., Neal, A. M., & Rodenhizer-Stämpfli, K. A. (2017). Domestic violence prevention. In *Preventing crime and violence* (pp. 215–227).

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Fenton, R. A., Mott, H. L., McCartan, K., & Rumney, P. (n.d.). A review of evidence for bystander intervention to prevent sexual and domestic violence in universities.
- Fulu, E., & Miedema, S. (2005). The role of gender equality in preventing domestic violence. *World Bank*.
- Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567–1579.
- Gondolf, E. W. (2004). Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 9(6), 605–631.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 239–244.
- Johnson, M. P. (2005). Domestic violence: It's not about gender—or is it? *Journal of Marriage and Family*, 67(5), 1126–1130.
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. University of Pennsylvania Press.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352.
- Logan, T. K., Walker, R., & Hoyt, W. H. (2012). The economic costs of partner violence and the cost-benefit of civil protective orders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(6), 1137–1154.
- National Commission on Violence Against Women (Komnas Perempuan). (2020). *Laporan tahunan kekerasan terhadap perempuan di Indonesia*.
- Raine, A. (2002). *The psychopathology of crime: Criminal behavior as a clinical disorder*. Academic Press.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why zebras don't get ulcers: The acclaimed guide to stress, stress-related diseases, and coping*. Henry Holt and Company.

- Strang, H., & Braithwaite, J. (Eds.). (2002). *Restorative justice and family violence*. Cambridge University Press.
- Su, Z., McDonnell, D., Roth, S., Li, Q., Šegalo, S., Shi, F., & Wagers, S. (2021). Mental health solutions for domestic violence victims amid COVID-19: A review of the literature. *Globalization and Health*, 17(1), 67.
- Walsh, J., Spangaro, J., & Soldatic, K. (2015). Global understandings of domestic violence. *Nursing & Health Sciences*, 17(1), xx–xx.

Sumber daring:

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Kementerian PPPA). (2017). Duapuluh delapan juta perempuan Indonesia alami KDRT. *Antara News*. <https://www.antaranews.com/berita/660548/28-juta-perempuan-indonesia-alami-kdrt>
- Komnas Perempuan. (2018). Hari Perempuan Internasional 2018: Inses, kekerasan dunia maya, dan pembunuhan perempuan. BBC Indonesia. <https://www.bbc.com/indonesia/trensosial-43317087>
- Kulikowski, L. (2015). 10 most dangerous states for you and your family to live in. *The Street*. <https://www.thestreet.com/story/13126088/9/10-most-dangerous-states-for-you-and-your-family-to-live-in.html>
- Lenard, L. (2010). *Reducing aggression and violence: The serotonin connection*. Life Enhancement. http://www.life-enhancement.com/article_template.asp?ID=208
- Rittichier, K. (2011). *What happens if you don't have enough serotonin?* eHow. http://www.ehow.com/info_8118307_happens-dont-enough-serotonin.html
- NCBI. (2012). *Gen Bank serotonin receptor: 5-HT2A Homo sapiens*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/...>
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.
- World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018* [Internet]. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2017). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. Geneva: WHO.

Perempuan dan Anak. (2023). *Laporan tahunan KDRT*. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga. (2004). Pemerintah Indonesia.

Undang-Undang Republik Indonesia. (2004). *Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (PKDRT)*.

UUPA. (2014). *Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Pengganti Undang-Undang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002*.

Peraturan Pemerintah No. 4 Tahun 2006 tentang Pelaksanaan UU KDRT.

= / =

KETIKA GEN BICARA: PENGARUH RESEPTOR SEROTONIN DALAM KONFLIK RUMAH TANGGA

"Keputusan tersulit adalah ketika terlalu lelah untuk bertahan, tetapi terlalu sakit untuk melepaskan."

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) mencakup tindakan kekerasan fisik, emosional, seksual, dan ekonomi dalam keluarga. KDRT berdampak serius pada kesehatan fisik dan mental korban, serta kesejahteraan anak-anak yang menyaksikan dan mengalaminya.

Serotonin merupakan neurotransmitter penting yang diproduksi oleh tubuh kita, yang memengaruhi suasana hati dan kesejahteraan. Kekurangan serotonin dapat memengaruhi emosi, kecemasan, tidur, nafsu makan, dan fungsi kognitif. Reseptor serotonin merupakan protein dalam sel-sel tubuh yang merespons serotonin.

Buku ini membahas tentang peran reseptor serotonin dalam KDRT, penyebab dan dampaknya, serta cara pencegahan dan penanganannya. Semoga bermanfaat dalam memahami hubungan bio-psiko-sosial antar manusia. Selamat membaca.

Penerbit
CV. Green Publisher Indonesia
Greenland Sendang Residence, Blok F2
Jl. Pangeran Cakrabuana
Cirebon 45611

www.greenpublisher.id

