

PENGETAHUAN TENAGA KESEHATAN TENTANG KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA SEBAGAI MASALAH KESEHATAN

Zahrah Humaidah Emqi¹, Nurul Hartini¹

¹Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga
Jl. Airlangga 4-6, Surabaya, 60286

zahrah.humaidah.emqi-2018@psikologi.unair.ac.id

Abstrak

Kekerasan dalam rumah tangga merupakan masalah kesehatan global yang membutuhkan penanganan dari berbagai lapisan masyarakat. Tenaga kesehatan adalah pihak yang memiliki potensi dan peran penting untuk melakukan deteksi awal terjadinya KDRT pada perempuan yang datang sebagai pasien. Kajian literatur ini bertujuan mengkaji literatur yang meneliti gambaran pengetahuan tenaga kesehatan mengenai KDRT sebagai masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Artikel didapatkan dari beberapa database yaitu *ScienceDirect*, *Springer*, dan *SagePub* dengan kriteria penelitian kualitatif yang terbit pada tahun 2015-2020, berbahasa Inggris, dan dengan teks penuh. Berdasarkan hasil analisis terhadap enam artikel, diketahui bahwa pengetahuan yang kurang memadai pada tenaga kesehatan menghambat kinerja tenaga kesehatan untuk melakukan skrining dan tindakan lain yang diperlukan terhadap pasien yang rentan mengalami kekerasan. Pengetahuan tersebut mencakup cara melakukan skrining, melakukan rujukan, dan pembagian tugas dengan tenaga kesehatan lainnya. Faktor kurangnya pembekalan bagi tenaga kesehatan dan norma masyarakat berdampak pada hal tersebut. Diperlukan program pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan konteks masyarakat setempat sebagai upaya pencegahan dan penanganan KDRT secara tepat dan berfokus pada korban.

Kata kunci: KDRT; masalah kesehatan; tenaga kesehatan

Abstract

Domestic violence is a global health problem that needs problem solving from various levels of society. Health workers are potential and have important role to carry out early detection of the occurrence of domestic violence in women who come as patients. This literature review aims to examine the literature that describes the knowledge of health workers about domestic violence as a major health problem and the factors that influence it. Articles were obtained from several databases: *ScienceDirect*, *Springer*, and *SagePub* Articles are selected by screening inclusion and exclusion criteria. Based on the review of six articles, health workers' lack of knowledge become obstacle for them to carry out screening and other necessary actions for patients who are vulnerable to domestic violence. This knowledge includes how to do screening, make referrals, and share tasks with other health workers. The factor of lack of training for health workers and community norms have an impact on this. Education and training programs for health workers have to be suitable with local community context and focus on victims.

Keywords: domestic violence; healthcare workers; health problem

PENDAHULUAN

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan permasalahan kesehatan global dan sebuah bentuk pelanggaran hak asasi perempuan (WHO, 2021). Kekerasan tersebut menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan korban, yaitu kesehatan fisik, mental, maupun kesehatan seksual dan reproduksi. Menurut WHO (2013) dampak pada kesehatan korban meliputi cedera fisik, HIV dan penyakit menular seksual lainnya, aborsi akibat kehamilan tidak diinginkan, dan berat badan lahir rendah pada bayi dari korban KDRT. Pengalaman traumatis dapat menyebabkan gangguan stres pasca trauma, ketakutan dan isolasi, yang kemudian dapat menyebabkan depresi dan perilaku bunuh diri.

Bagi perempuan yang menjadi korban KDRT, mengungkapkan pengalaman kekerasan yang dialami bukanlah suatu hal yang mudah. Korban mungkin saja mendapat respon yang tidak menyenangkan, seperti disalahkan atau dianggap lemah. Perempuan korban KDRT memilih tetap diam dalam merespon kekerasan karena perasaan takut bahwa tindakan kekerasan akan meningkat dan menjadi lebih buruk, atau takut hubungan akan berakhir dan mereka akan kehilangan anak (Madhani dkk., 2015; Chuemchit dkk., 2019). Mereka juga mengalami kesulitan untuk keluar dari siklus KDRT bisa jadi juga karena merasa tidak ada yang dapat diberitahu atau diajak berbagi mengenai pengalaman kekerasan, merasa malu, dan tidak mengetahui sumber dukungan yang tepat.

Salah satu pihak yang potensial untuk mendeteksi terjadinya KDRT adalah tenaga kesehatan. Keluarga biasanya menjadi pihak pertama yang diharapkan memberi dukungan, tetapi secara umum fasilitas kesehatan adalah sumber dukungan formal pertama yang dicari oleh korban (Odero dkk., 2013). Oleh karena itu, pendidikan dan pelatihan yang dijalani tenaga kesehatan perlu mencakup penanganan masalah KDRT sebagai masalah kesehatan. Tidak hanya deteksi awal, tenaga kesehatan juga memiliki peran penting dalam jangka panjang. Undang-Undang No. 24 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga mengatur bahwa tenaga kesehatan, bersama dengan relawan pendamping, dan penyedia layanan lainnya memiliki tugas untuk mendukung proses penanganan kasus dan pemulihan kondisi kesehatan fisik dan mental korban KDRT.

Respon institusi atau penyedia layanan formal terhadap pengalaman KDRT dapat berpengaruh terhadap cara korban melakukan koping. Hayati dkk. (2013) menyebutkan bahwa korban KDRT cenderung melakukan koping yang berubah-ubah antara menerima dan menolak kekerasan. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah kurangnya dukungan formal sehingga korban kesulitan mengelola bantuan dan sumber daya yang mereka miliki. Oleh karena itu tenaga kesehatan sebagai salah satu penyedia dukungan memerlukan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan skrining, memberikan dukungan, dan menciptakan kondisi yang nyaman bagi korban agar dapat terbuka mengenai pengalamannya.

Berdasarkan paparan di atas, peneliti bermaksud mengkaji mengenai pengetahuan tenaga kesehatan mengenai KDRT sebagai masalah kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Kajian ini diharapkan dapat berkontribusi sebagai tambahan informasi dalam program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

METODE

Artikel ini disusun berdasarkan hasil *review* dari enam literatur yang dikumpulkan dari berbagai sumber. Setiap artikel dipilih berdasarkan pertanyaan yang disusun oleh peneliti sebagai langkah awal dalam memahami pengetahuan tenaga kesehatan mengenai penanganan awal KDRT. Langkah berikutnya melakukan asesmen kualitas artikel menggunakan kriteria dari *The Critical Skills Appraisal Program (CASP)*. Selanjutnya mengidentifikasi tema dan hasil penelitian yang ada dalam artikel. Data yang dikumpulkan dari setiap artikel dikelompokkan berdasarkan tema dan dianalisis. Artikel didapatkan dari beberapa database yaitu *ScienceDirect*, *Springer*, dan *SagePub* dengan kriteria penelitian kualitatif yang terbit pada tahun 2015-2020, berbahasa Inggris, dan dengan teks penuh.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis dari enam artikel terpilih menunjukkan gambaran pengetahuan tenaga kesehatan mengenai KDRT sebagai masalah kesehatan menjadi hambatan bagi mereka untuk melakukan skrining dan memberikan respon yang tepat. Diketahui juga faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, sebagaimana terangkum dalam Tabel 1.

Tabel 1.

Rangkuman Isi Artikel Terpilih

Judul, Penulis, Tahun	Lokasi Penelitian	Partisipan Penelitian	Temuan Penelitian
Juggling Confidentiality and Safety: A Qualitative Study of How General Practice Clinicians Document Domestic Violence Drinkwater, Stanley, Szilassy, Larkins, Hester, and Feder (2017)	Inggris	Dokter	Sebagian besar dokter dapat mengenali adanya KDRT dan dampaknya pada keamanan anak, tetapi merasa kesulitan untuk mendokumentasikannya sebaik mungkin. Kesulitan tersebut mencakup adanya konflik peran di unit gawat darurat, dokumen resmi, melakukan perawatan secara berkelanjutan, berbagi informasi untuk meningkatkan keamanan, dan rekam medis pasien.
Developing a Response to Family in Primary Health Care: The New Zealand Experience Gear, Koziol-McLain, Wilson, and Clark (2016)	Selandia Baru	Tenaga kesehatan di institusi perawatan kesehatan	Hal-hal yang mendukung dan menghambat tenaga kesehatan dalam merespon KDRT berkaitan dengan cara memulai, membangun relasi yang efektif, sumber dana, dan membentuk pendekatan secara nasional terhadap KDRT.
Addressing Domestic Violence Through Antenatal Care in Sri Lanka's Plantation Estates: Contributions of Public Health Midwives Infanti, Lund, Muzrif, Schei, and Wijewardena (2015)	Sri Lanka	Bidan	Tenaga kesehatan mengembangkan strategi konseptual dan praktis untuk memastikan adanya peningkatan atau pengembangan dalam pelayanan yang dapat dikatakan cukup kompleks ini. Strategi tersebut mencakup layanan konseling berdasar kondisi nyata, pelatihan dasar dalam konseling dan mediasi keluarga, pengawasan pemimpin di masyarakat/komunitas terhadap perilaku kekerasan, dan insentif serta evaluasi kinerja dalam merespon kasus KDRT.
"Keeping Family Matters Behind Closed Doors": Healthcare Providers' Perceptions and Experiences of	Pakistan	Dokter	Dokter memiliki kesadaran dan pengetahuan mengenai masalah KDRT dan terbuka untuk melakukan pemeriksaan. Faktor yang mendukung antara lain kemampuan

Identifying and Managing Domestic Violence During and After Pregnancy	McCauley, Head, Lambert, Zafar, and van den Broek (2017)	untuk membangun hubungan dan kepercayaan dengan korban. Namun ada hambatan berupa kurangnya sumber daya, waktu untuk berkonsultasi, dan dukungan yang efektif.	
Midwives's Knowledge and Attitudes When Encountering Gender-Based Violence in Their Practice at A Maternity-Hospital in Kingston, Jamaica	Jamaika Bidan	Para bidan memahami pentingnya pemeriksaan adanya kekerasan pada perempuan hamil. Hasil wawancara menunjukkan bidan masih kurang memiliki pengetahuan, kurang siap, khawatir dengan keselamatannya, meski memiliki kemauan untuk mengintervensi. Terdapat kesenjangan pada kerangka kerja institusi mereka dalam mengarahkan praktik para bidan.	
Pitter (2016)			
Opportunistic Domestic Violence Screening for Pregnant and Post-Partum Women by Community Based Healthcare Providers	New South Wales (Australia)	Praktisi kesehatan, bidan, perawat	Sebagian tenaga kesehatan tidak melakukan pemeriksaan adanya tindakan kekerasan. Faktor yang berkontribusi adalah kurangnya pengetahuan akan peran dan tugas, serta kebijakan atau sistem yang kurang memadai. Hal lainnya yang menjadi hambatan adalah kurangnya waktu, sumber daya, dan kepercayaan diri tenaga kesehatan.
O'Reilly and Peters (2018)			

Pengetahuan paling mendasar yang perlu dimiliki oleh tenaga kesehatan mengenai KDRT adalah bahwa KDRT merupakan masalah kesehatan global, bukan hanya masalah sosial atau relasi antar individu. Dampak-dampak KDRT yang muncul dan dirasakan korban dapat diketahui pada saat pasien memeriksakan diri karena penyakit lain. Hambatan dalam menghadapi hal tersebut muncul ketika tenaga kesehatan mengalami kebingungan untuk menentukan masalah yang harus diprioritaskan, atau memiliki pemahaman yang keliru bahwa tugas melakukan skrining KDRT bukan bagian dari tugas utama mereka (Gear dkk., 2016; O'Reilly & Peters, 2018). Konflik tugas seperti ini terjadi karena tenaga kesehatan tidak mendapatkan mandat bahwa masalah kekerasan perlu ditangani sebagaimana menangani masalah kesehatan secara umum (Infanti, 2015; Gear dkk., 2016).

Pengetahuan bahwa KDRT merupakan masalah kesehatan perlu diimbangi dengan pengetahuan mengenai respon dan tindakan yang tepat, seperti skrining mengenali tanda-tanda umum dan gejala khusus seseorang mengalami KDRT, melakukan dokumentasi, atau memberikan rujukan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa meski ada kesadaran pada tenaga kesehatan mengenai masalah yang disebabkan KDRT, pada praktiknya mereka tidak secara rutin melakukan skrining, cenderung mengabaikan atau hanya memberikan dukungan emosional saja dengan cara menangkan dan menghibur (Gear dkk., 2016; McCauley dkk., 2017; O'Reilly & Peters, 2018).

Gomez dkk. (2016) memaparkan faktor yang berkontribusi terhadap fenomena KDRT menggunakan model ekologi Bronfenbrenner. Berdasarkan model tersebut, pada level komunitas norma yang diyakini anggota masyarakat dapat menghalangi tindakan yang diperlukan untuk mencegah dan/atau menanganai KDRT. Norma masyarakat yang berkaitan dengan ketidaksetaraan gender dan sistem patriarki menyebabkan KDRT menjadi hal yang tabu untuk dibicarakan dan diintervensi oleh tenaga kesehatan (Infanti dkk., 2015; McCauley dkk., 2017). KDRT dianggap sebagai hal yang wajar dilakukan oleh laki-laki sebagai pihak yang dinilai kuat terhadap perempuan yang dinilai lemah, emosional, dan tidak berdaya.

Pembuat kebijakan juga memiliki kontribusi penting dalam pencegahan dan penanganan KDRT dengan menciptakan dan kebijakan terkait kasus kekerasan, baik untuk individu maupun komunitas (Gomez dkk., 2016). Salah satu upayanya adalah mengembangkan modul pelatihan yang komprehensif bagi tenaga kesehatan. Kemudian pada praktiknya, tenaga kesehatan didorong untuk melakukan pemeriksaan kesehatan pada kelompok rentan dengan pendekatan khusus menyesuaikan dengan konteks lingkungan dan karakter masyarakat setempat. Sebagaimana yang diketahui dari penelitian Infanti (2015) bahwa tenaga kesehatan sendiri memiliki inisiatif melakukan pendekatan langsung dengan melakukan interaksi dengan korban, melakukan kunjungan ke rumah, dan berusaha membicarakan permasalahan yang terjadi. Tenaga kesehatan bisa juga belajar dari pengalaman-pengalamannya berinteraksi dengan korban KDRT, sehingga mereka dapat mengembangkan strategi intervensi yang sesuai dan berfokus pada korban.

KESIMPULAN

Tenaga kesehatan memiliki peran sebagai pihak yang mampu melakukan deteksi awal terjadinya KDRT pada perempuan yang mencari layanan kesehatan. Di berbagai wilayah diketahui bahwa pengetahuan tenaga kesehatan mengenai KDRT sebagai masalah kesehatan dan cara melakukan tindakan yang diperlukan, seperti skrining, merujuk, dan memberikan dukungan yang adekuat diketahui masih belum dipahami secara komprehensif. Hal ini tentu berpengaruh terhadap kemampuan, kepercayaan diri, dan keputusan yang diambil tenaga kesehatan tentang tindakan yang ia lakukan terhadap pasien yang diduga mengalami kekerasan. Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu adanya norma yang diyakini masyarakat yang bias gender, sehingga mempersulit pencegahan dan penanganan KDRT. Diperlukan pendidikan dan pelatihan yang mampu mendorong tenaga kesehatan agar mampu melakukan intervensi yang berfokus pada korban dengan memperhatikan kondisi psikologis dan konteks sosialnya, sehingga tercipta ruang aman dan sistem dukungan yang memberdayakan korban. Saran untuk penelitian selanjutnya, yaitu melakukan penelitian untuk menguji coba program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan sesuai dengan konteks sosial budaya setempat, sehingga dapat diterapkan secara tepat sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Chuencit, M., Chernkwanma, S., Somrongthong, R., & Spitzer, D.L. (2018). Thai women's experiences of and responses to domestic violence. *International Journal of Women's Health, 10*, 557-565.
- Drinkwater, J., Stanley, N., Szilassy, E., Larkins, C., & Hester, M. (2017). Juggling confidentiality and safety: a qualitative study of how general practice clinicians document domestic violence in families with children. *British Journal of General Practice, 67*(659), 437-444. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X689353>
- Gear, C., Koziol-McLain, J., Wilson, D., & Clark, F. (2016). Developing a response to family

- violence in primary health care: The New Zealand experience. *BMC Family Practice*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0508-x>
- Gomez, M.P., Contreras-Urbina, M., Heilman, B., Hill, A., Von Au, A., Zelaya, J., & Arango, D.J. (2016). *Community-based approaches to intimate partner violence: a review of evidence and essential steps to adaptation*. World Bank Group.
- Hayati, E. N., Eriksson, M., Hakimi, M., Ho, U., & Emmelin, M. (2013). ‘Elastic band strategy’: women's lived experience of coping with domestic violence in rural Indonesia. *Global Health Action*, 6(1), 1–12. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.18894>
- Infanti, J. J., Lund, R., Muzrif, M. M., Schei, B., Wijewardena, K., Darj, E., ... Campbell, J. C. (2015). Addressing domestic violence through antenatal care in Sri Lanka's plantation estates: Contributions of public health midwives. *Social Science and Medicine*, 145, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.037>
- Madhani, F. I., Karmaliani, R., Patel, C., Bann, C. M., McClure, E. M., Pasha, O., & Goldenberg, R. L. (2015). Women's perceptions and experiences of domestic violence: an observational study from Hyderabad, Pakistan. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(1), 76–100. <https://doi.org/10.1177/0886260515585533>
- McCauley, M., Head, J., Lambert, J., Zafar, S., & van den Broek, N. (2017). “Keeping family matters behind closed doors”: Healthcare providers' perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1520-4>
- O'Reilly, R., & Peters, K. (2018). Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Women's Health*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0620-2>
- Odero M., Hatcher A. M., Bryant, C., Onono, M., Romito, P., Bukusi, E. A. , Turan, J. M. (2013). Responses to and resources for intimate partner violence: qualitative findings from women, men, and service providers in rural Kenya. *Journal Interpersonal Violence*, 29(5), 783-805. <https://doi.org/10.1177/0886260513505706>
- Pitter, C. P. L. (2016). Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternityhospital in Kingston, Jamaica. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29358>
- WHO (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.
- WHO (2021, 9 Maret). Violence against women. WHO. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>