

Pola Pengalaman Depresi Perempuan yang Mengalami Kekerasan dalam Berpacaran: Kajian Perspektif *Cognitive-Behavioural*

The Pattern of Depression in Women with Dating Violence Experiences: A Cognitive-Behavioural Perspective Study

Stefanus Perangin-Angin¹, Sutarto Wijono², & Arianti Ina Restiani Hunga³

^{1,2}Fakultas Psikologi, ³Fakultas Ilmu Sosial
Universitas Kristen Satya Wacana

Abstract. This review aimed to investigate the suitability of therapy derived from Cognitive-Behavioural perspective to be applied as an intervention to treat depressive symptoms in women with dating violence experiences. As this will become a preliminary study to be conducted in Indonesia, a review literature method was employed to gather relevant and up-to-date materials on the topic. Firstly, the issue of dating violence and its urgency in Indonesia were described in the introduction section. In the discussion section, Cognitive-Behavioural perspective and the therapy derived from it, Cognitive Behavioural Therapy (CBT) was described and elaborated in detail. In general, CBT approach was effective in reducing depressive symptoms in women with intimate partner violence (IPV) experiences. As dating violence also belonged to IPV cluster, it is expected that CBT would also become an effective treatment to treat depression in women with dating violence experiences.

Keywords: approach perspective; cognitive-behavior; intimate partner violence; review literature

Abstrak. Tinjauan ini bertujuan untuk menyelidiki mengenai kesesuaian terapi yang berasal dari perspektif *Cognitive-Behavioural* untuk diterapkan sebagai intervensi untuk mengobati gejala depresi pada perempuan yang mengalami kekerasan dalam berpacaran. Karena penelitian ini akan menjadi studi pendahuluan yang akan dilakukan di Indonesia, metode tinjauan literatur digunakan untuk mengumpulkan materi yang relevan dan terkini tentang topik ini. Pertama, masalah kekerasan dalam berpacaran dan urgensinya di Indonesia dijelaskan di bagian pengantar. Pada bagian pembahasan, perspektif *Cognitive-Behavioural* dan terapi yang berasal dari perspektif ini, *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) dijelaskan dan diuraikan secara rinci. Secara umum, pendekatan CBT efektif dalam mengurangi gejala depresi pada perempuan dengan pengalaman *Intimate Partner Violence* (IPV). Karena kekerasan dalam berpacaran juga termasuk dalam kelompok rumpun IPV, diharapkan bahwa CBT juga akan menjadi terapi yang efektif untuk mengobati depresi pada perempuan yang mengalami kekerasan dalam berpacaran.

Keywords: approach perspective; cognitive-behavior; intimate partner violence; review literature

Pengantar

Pada skala global, menurut World Health Organization (2013a), frekuensi kekerasan terhadap perempuan meningkat dengan

pesat. Di negara-negara Barat, seperti di Amerika Serikat, kekerasan terhadap pasangan perempuan atau *Intimate Partner Violence* (IPV) telah menjadi sebuah masalah kesehatan publik yang serius dan kompleks (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Survei berskala nasional di Amerika Serikat menunjukkan bahwa

¹ Korespondensi mengenai artikel ini dapat melalui:
stefanus.kho@gmail.com;
wijonosutarto@gmail.com; inahunga@gmail.com

satu dari empat perempuan di negara tersebut akan mengalami kekerasan dari pasangannya minimal sekali selama masa hidupnya (Breiding, Black, & Ryan, 2008). Konsekuensi terhadap kesehatan mental akibat kekerasan terhadap pasangan perempuan juga membebani biaya pengobatan dan kesehatan di Amerika Serikat (Rivara *et al.*, 2007). Sedangkan di kawasan lain, menurut World Health Organization (2013a), kasus kekerasan terhadap perempuan memiliki prevalensi yang sangat tinggi di kawasan Asia Tenggara (37,7%), wilayah Mediterania Timur (37%) dan Afrika (36,6%). Menurut Baldwin (2012), dalam penelitian yang dilakukan oleh Thomson Reuters Foundation terhadap 63 negara, menunjukkan bahwa setelah India dan Arab Saudi, Indonesia merupakan negara terburuk ketiga bagi perempuan dengan tingginya insiden kasus kekerasan terhadap perempuan (KTP) di Indonesia. Sedangkan laporan dari Thomson Reuters Foundation (2017), menunjukkan bahwa Jakarta merupakan kota terburuk nomor sembilan di dunia dalam hal KTP baik dalam kekerasan fisik maupun seksual.

Data yang dihimpun oleh Komisi Nasional (Komnas) anti kekerasan terhadap perempuan di Indonesia menunjukkan bahwa pada tahun 2011 ada 119.107 kasus kekerasan terhadap perempuan (KTP) Komnas Perempuan (2012). Pada tahun 2012, jumlah ini meningkat menjadi 216.156 kasus Komnas Perempuan (2013). Sedangkan pada tahun 2013, jumlah kasus kekerasan terhadap perempuan di Indonesia meningkat lagi menjadi 279.688 kasus Komnas Perempuan (2014). Pada 2014 hingga 2017, juga terjadi peningkatan kasus dari 293.220 kasus menjadi 348.446 kasus KTP (Komnas Perempuan, 2015, 2016, 2017, 2018).

Sementara itu, data yang masuk ke lembaga mitra penyedia layanan Komnas Perempuan pada tahun 2013, menunjukkan ada 16.403 kasus KTP dan 71% dari kasus tersebut terjadi di ranah personal Komnas Perempuan (2014). Pada tahun tersebut, jumlah kasus kekerasan dalam berpacaran (KDP) yang dilaporkan ke lembaga mitra penyedia pelayanan mencapai 2507 kasus Komnas Perempuan (2014). Komnas Perempuan (2016) juga mencatat pada tahun 2015 terdapat 16.217 kasus KTP yang didata lembaga mitra penyedia layanan dan 2734 kasus dari total kasus di atas, dikategorikan ke dalam ranah kasus KDP. Sementara pada tahun 2017, tercatat ada 13.384 kasus KTP yang didata oleh lembaga mitra penyedia layanan Komnas Perempuan dan sebanyak 1873 kasus dari total kasus di atas, dikategorikan sebagai kasus KDP (Komnas Perempuan, 2018).

Konsekuensi yang ditimbulkan kasus KDP juga serius. Yang pertama adalah kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Secara global, menurut World Health Organization (2013b), 38% dari kehamilan yang terjadi di dunia setiap tahunnya merupakan KTD. Angka ini mencapai 80 juta kehamilan per tahunnya. Lebih lanjut, menurut World Health Organization (2013b), dari jumlah KTD tersebut, per tahunnya ada 34 juta jiwa kelahiran yang tidak dikehendaki, 4 juta jiwa berakhir dengan keguguran, dan 42 juta janin diaborsi. Sementara di Indonesia, menurut Sinaga (2007), diperkirakan ada 1 juta remaja yang hamil di luar menikah setiap tahunnya. Menurut United Nations (2011), diperkirakan ada 1,7 juta perempuan di bawah usia 24 tahun hamil dan melahirkan setiap tahunnya di Indonesia, dan sekitar 500 ribu diantaranya masih berusia remaja.

Masalah kedua adalah timbulnya pernikahan usia dini. Pada 2012, di Indonesia, kelompok usia yang memiliki persentase pernikahan tertinggi adalah kelompok perempuan berusia 15-19 tahun Badan Pusat Statistik (2012). Data ini diperkuat dengan penelitian dari UNICEF (2016) yang menunjukkan bahwa 1 dari 4 perempuan di Indonesia, menikah di bawah usia 18 tahun. Lebih lanjut, menurut Badan Pusat Statistik (2012), salah satu penyebab terjadinya pernikahan di usia dini adalah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Masalah pernikahan di usia dini ini juga memiliki dampak negatif, karena menurut Santrock (2012), kondisi emosional remaja masih labil dan meledak-ledak. Hal ini dapat berdampak buruk bagi perkembangan psikologis dan emosional baik untuk orang tua maupun anak yang mereka asuh Santrock (2012).

Secara psikologis, perempuan korban kekerasan dalam berpacaran (KDP) juga dapat mengalami gejala stres, depresi, gangguan kecemasan, kesulitan berkonsentrasi, insomnia, dan memiliki penghargaan diri yang rendah terhadap dirinya sendiri Safitri (2013). Marcelina (2008) menambahkan bahwa perasaan malu terhadap diri sendiri juga sering dialami perempuan korban KDP. Sedangkan penelitian dari Ayu, Hakimi, dan Hayati (2016) juga menunjukkan bahwa perempuan korban KDP dapat mengalami perasaan rendah diri dan perasaan dendam, benci, dan ketidakpercayaan terhadap laki-laki. Konsekuensi lain yang umum terjadi pada perempuan korban IPV dan KDP adalah *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (Iverson *et al.*, 2011). Terjadinya depresi pada perempuan korban IPV dan KDP juga merupakan hal yang umum terjadi (Iverson *et al.*, 2011).

Menurut Iverson *et al.* (2011), gejala-gejala depresi dapat meningkatkan risiko terjadinya IPV dan KDP terhadap perempuan, karena depresi dapat mereduksi kemampuan kognitif dan afektif seseorang untuk mendeteksi pemicu terjadinya kekerasan, mendeteksi orang-orang yang berpotensi melakukan kekerasan, dan mengambil tindakan untuk menghindari risiko kekerasan. Gejala depresi seperti perasaan bersalah, tidak berharga, tidak berdaya, dan tidak berpengharapan juga dapat menghambat seorang perempuan untuk keluar dari sebuah *abusive relationship*. Menurut Cogle, Resnick, & Kilpatrick (2009), motivasi dan tingkat energi yang rendah yang juga merupakan karakteristik daripada depresi dapat menghambat seseorang untuk dapat segera keluar dari situasi yang membahayakan atau berpotensi menimbulkan kekerasan.

Salah satu intervensi yang akan dibahas dalam *review* ini untuk membantu mereduksi gejala-gejala depresi pada korban KDP, sehingga dapat membantu untuk menurunkan risiko terjadinya kekerasan berulang di masa mendatang adalah *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT). Penelitian dari Iverson, Lester, dan Resnick (2011) menunjukkan bahwa CBT dapat mereduksi gejala depresi pada korban IPV pada umumnya. Meta-analisis dari Cuijpers *et al.* (2014) juga menunjukkan bahwa psikoterapi dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap meningkatnya kondisi psikologis pasien dengan kondisi depresi. Berdasarkan *review* sistematis dari Trabold, McMahon, Alsobrooks, Whitney, dan Mittal (2018), CBT dapat secara signifikan menurunkan tingkat depresi pada perempuan yang mengalami *intimate partner violence*. Karena kasus KDP merupakan contoh kasus yang spesifik dari kasus IPV, maka perspektif

Cognitive-Behavioural juga seharusnya dapat diaplikasikan pada populasi perempuan yang mengalami KDP secara khususnya. Tujuan dari *review* literatur ini adalah untuk mendeskripsikan mengenai perspektif *Cognitive-Behavioural* dan CBT, serta menjelaskan bagaimana terapi ini dapat menjadi sebuah terapi yang tepat untuk memulihkan kondisi depresi pada perempuan yang mengalami KDP.

Pembahasan

Model Cognitive-Behavioural

Model *Cognitive-Behavioural* pertama kali dikembangkan oleh Aaron T. Beck, MD (Scott & Freeman, 2010). Menurut Comer (2010), model ini dapat menjelaskan bagaimana depresi dapat terjadi dalam hidup seorang individu. Beck, Rush, Shaw, dan Emery (1979) menjelaskan bahwa, dalam model ini, faktor utama yang menyebabkan terjadinya gangguan kejiwaan, seperti depresi, pada seseorang adalah terdapatnya pola pikir yang keliru atau terdistorsi pada individu tersebut mengenai dirinya sendiri dan situasi yang dialaminya. Menurut Beck *et al.* (1979), pola pikir yang terdistorsi dan maladaptif ini dapat menyebabkan timbulnya perilaku yang maladaptif pula. Beck (2005) juga melakukan *review* retrospektif terhadap model ini. Secara umum, menurut Beck, model ini telah banyak diteliti dan digunakan sebagai *framework* intervensi dan terapi untuk berbagai jenis gangguan psikologis. Secara khusus, model ini juga digunakan sebagai kerangka konseptual untuk menjelaskan terjadinya kondisi depresi pada individu Beck (2005). Beck menyatakan bahwa kerangka konseptual ini dapat menjadi acuan dalam memformulasikan strategi penanganan yang tepat pada individu yang mengalami depresi.

Dalam *review* tersebut, Beck (2005) juga menjelaskan bahwa salah satu elemen penting dari model ini adalah *negative cognitive triad*. Dalam *negative cognitive triad*, dijelaskan bahwa ada tiga komponen yang menjadi elemen kunci penyebab timbulnya depresi pada seorang individu yaitu individu tersebut memandang dirinya sendiri, dunia ini, dan masa depan dari sudut pandang yang negatif Beck (2005). Dalam kaitannya dengan *negative cognitive triad* ini, Beck menjelaskan dalam penelitiannya bahwa dari 164 penelitian yang direview, 150 penelitian mendukung pernyataannya bahwa pola *negative cognitive triad* selalu terdapat dalam pemikiran individu yang sedang mengalami depresi.

Scher, Ingram, dan Segal (2005) mendeskripsikan elemen penting lain dalam model ini. Mereka menyatakan bahwa elemen krusial yang menyebabkan timbulnya depresi pada seseorang ialah terdapatnya pola pemikiran negatif yang tidak membangun dan disebut sebagai *unhelpful thoughts*. Pola pemikiran ini terjadi pada saat individu tersebut sedang mengalami suatu periode pengalaman yang menimbulkan stres dalam hidupnya, seperti misalnya mengalami kasus perceraian, kematian seorang anggota keluarga yang dikasihi, ataupun mengalami kekerasan dalam rumah tangga atau dalam ranah berpacaran. Menurut Scher *et al.* (2005) terjadinya kondisi depresi dalam hidup seseorang dapat dipicu oleh kejadian atau insiden kritis semacam ini.

Kekerasan dalam Berpacaran dalam Framework Teori Ekologi Bronfenbrenner

Salah satu *framework* teori komprehensif yang dapat diaplikasikan dalam fenomena kekerasan secara umum adalah *framework* teori ekologi. Bronfenbrenner (1977) menciptakan model teori ekologi yang

pertama dan model ini menjelaskan bagaimana perilaku dan perkembangan seorang individu dipengaruhi oleh interaksi-interaksi dari beberapa sistem. Teori ekologi ini terdiri dari empat sistem yang saling berelasi satu sama lain yaitu: 1) Mikrosistem (lapisan terdalam dalam teori ekologi yang terdiri dari lingkungan di mana individu berinteraksi secara langsung dengannya, contohnya seperti lingkungan rumah, sekolah, dan tempat bekerja), 2) Mesosistem (inter-relasi dan interaksi dari dua atau lebih mikrosistem, seperti interaksi antara lingkungan rumah dan sekolah), 3) Eksosistem (konteks lingkungan di mana individu tidak memiliki kontak secara langsung dengan konteks ini, tetapi tetap memiliki dampak terhadap individu tersebut, seperti komunitas yang lebih luas di mana individu tinggal), dan 4) Makrosistem (lapisan terluar dalam teori ekologi yang terdiri dari nilai-nilai budaya pada konteks masyarakat yang lebih umum) Bronfenbrenner (1977). Bronfenbrenner (2004) kemudian menambahkan sistem kelima dalam teori ini yaitu kronosistem, yang mendeskripsikan kejadian-kejadian historis dan masa-masa transisi yang dapat memberi dampak pada sistem-sistem yang lainnya.

Teori ekologi telah banyak diaplikasikan dalam literatur dan penelitian mengenai kekerasan. Banyard (2011) menyatakan bahwa *framework* teori ekologi ini cocok digunakan untuk mengamati fenomena masalah kekerasan, karena *framework* ini mengamati sebuah masalah dari berbagai aspek yang berbeda seperti aspek individual, lingkungan, situasional, dan faktor-faktor sosiokultural terkait lainnya. Teori ekologi telah digunakan sebagai *guiding framework* dalam topik penelitian kekerasan seperti penelitian mengenai *Intimate Partner Violence*

(Alaggia, Regehr, & Jenney, 2012; Weeks & LeBlanc, 2011) dan juga penelitian mengenai kekerasan dalam berpacaran (Connolly, Friedlander, Pepler, Craig, & Laporte, 2010). Menurut Banyard (2011), teori ekologi dapat menjadi sebuah *framework* yang dapat digunakan untuk memahami fenomena kekerasan dalam berpacaran dengan cara mengeksplorasi konteks di mana individu berada, mulai dari mikrosistem sampai menuju kepada makrosistem.

Dalam mikrosistem, ada beberapa faktor dalam sistem ini yang dapat memberi dampak terhadap kekerasan dalam berpacaran (KDP). Menurut Foshee *et al.* (2011), lingkungan keluarga dan keberfungsian relasi dalam keluarga adalah dua faktor yang penting dalam mikrosistem. Sehingga, faktor-faktor seperti tingginya tingkat konflik dalam keluarga, perceraian orang tua, hubungan orang tua-anak yang tidak harmonis, dan kurangnya *support* dan *monitoring* dari orang tua terhadap anak berhubungan dengan meningkatnya risiko timbulnya KDP pada anak setelah anak beranjak remaja atau dewasa muda (Foshee *et al.*, 2011; Vagi *et al.*, 2013). Menurut Vagi *et al.* (2013), terpaparnya anak pada kekerasan di lingkungan keluarga dalam bentuk mengalami kekerasan secara langsung dari orang tua dan/atau menyaksikan secara langsung terjadinya kekerasan terhadap istri oleh suami, dapat meningkatkan risiko anak untuk melakukan KDP atau menjadi korban KDP ke depannya.

Lingkungan *peer group* juga dapat memengaruhi terjadinya KDP, terutama dalam mikrosistem. Menurut Foshee, Reyes, dan Ennett (2010), keterlibatan dalam *peer group* yang berperilaku antisosial, memiliki *peer group* yang juga melakukan KDP, atau berada dalam *peer group* yang melakukan tindakan kekerasan

dalam bentuk apapun, berkorelasi dengan meningkatnya risiko individu tersebut menjadi pelaku KDP.

Interaksi antara beberapa mikrosistem di atas dapat disebut sebagai mesosistem. Menurut Vagi *et al.* (2013), interaksi antara mikrosistem dalam konteks KDP ini (seperti interaksi lingkungan keluarga yang buruk dengan lingkungan *peer group* yang buruk) dapat memengaruhi perilaku individu dan menyebabkan individu tersebut terbiasa untuk berkonflik dalam hal berelasi dengan orang lain, memiliki sifat agresif, memiliki *communication skill* yang buruk, dan kurang memiliki *skill* yang baik dalam hal resolusi konflik. Faktor-faktor ini dapat menjadi faktor risiko yang menyebabkan timbulnya konflik dalam relasi, termasuk juga dalam relasi berpacaran (Vagi *et al.*, 2013). Konflik dalam relasi berpacaran dapat menjadi pemicu terjadinya kekerasan dalam relasi berpacaran tersebut (Vagi *et al.*, 2013).

Pada sistem selanjutnya yaitu eksosistem, ada beberapa faktor dalam level komunitas yang berhubungan dengan KDP. Penelitian terdahulu menemukan bahwa paparan terhadap kekerasan di dalam komunitas, misalnya di lingkungan tempat tinggal atau tempat kerja, berasosiasi dengan meningkatnya insiden KDP di komunitas tersebut (Foshee *et al.*, 2011; Vagi *et al.*, 2013). Faktor-faktor lain pada eksosistem yang juga berhubungan dengan KDP adalah *support* dan *monitoring* komunitas terhadap populasi remaja dan dewasa muda di komunitas tersebut (Foshee *et al.*, 2011; Jain, Buka, Subramanian, & Molnar, 2010). Insiden KDP di komunitas dapat meningkat apabila *support* dan *monitoring* komunitas terhadap populasi remaja dan dewasa muda rendah (Foshee *et al.*, 2011; Jain *et al.*, 2010).

Sistem selanjutnya adalah makrosistem. Menurut Connolly *et al.* (2010), paparan terhadap gambar dan berita mengenai kekerasan di media massa dapat memengaruhi persepsi individu terhadap KDP. Connolly *et al.* menyatakan bahwa norma sosial-budaya mengenai peran *gender* dan hubungannya terhadap kekerasan secara umum juga dapat memengaruhi persepsi seseorang mengenai KDP. Norma sosial-budaya seperti sikap yang toleran terhadap kekerasan yang dilakukan oleh laki-laki, dapat meningkatkan risiko terjadinya insiden KDP (Connolly *et al.*, 2010). Connolly *et al.* (2010) juga berpendapat bahwa perilaku kekerasan dan agresivitas terhadap orang lain yang ditampilkan di media massa dapat menjadi model negatif bagi individu remaja dan dewasa muda dalam hal berperilaku. Menurut mereka, hal ini berpotensi untuk meningkatkan penerimaan terhadap norma-norma perilaku kekerasan dan dapat meningkatkan risiko terjadinya kekerasan dalam relasi berpacaran.

Pola Pengalaman Depresi Perempuan yang Mengalami Kekerasan dalam Berpacaran

Dalam Diagnostic and Statistical Manual Fifth Edition (American Psychiatric Association, 2013), dijelaskan bahwa ada beberapa gejala utama dari depresi. Yang pertama adalah gangguan suasana hati yang persisten dan depresif selama minimal dua minggu, kehilangan minat dalam melakukan aktivitas yang sebelumnya disukai, dan mengalami kelelahan fisik yang berlebihan. Gejala yang lainnya adalah konsentrasi yang menurun, mudah merasa marah atau teriritasi, insomnia atau mengalami gangguan tidur, perubahan pada berat badan (berat badan dapat meningkat secara signifikan atau menurun secara signifikan), mengalami

rasa bersalah atau tidak percaya diri, dan adanya pemikiran untuk bunuh diri.

Menurut Beck *et al.*, (1979), model *Cognitive-Behavioural* dapat menjelaskan mengenai pengalaman depresi yang dialami oleh seorang individu. Beck *et al.* menyatakan bahwa dalam model ini, pola pemikiran dan interpretasi seseorang terhadap situasi yang dialaminya menentukan apakah situasi tersebut dapat menjadi pemicu timbulnya sebuah gangguan psikologis seperti depresi. Dengan kata lain, menurut Beck *et al.*, proses pemikiran seseorang akan mewarnai sudut pandang, perasaan, dan perilaku orang tersebut. Salah satu cara untuk memahami gangguan psikologis seorang individu adalah dengan cara meneliti mengenai proses berpikir individu tersebut. Menurut model ini, pola pemikiran seseorang dapat dibentuk dari pengalaman masa lalu atau pengalaman masa kecilnya, baik itu dari pengalaman-pengalaman yang positif maupun pengalaman-pengalaman yang negatif (Beck *et al.*, 1979).

Menurut Ellis dan Dryden (2007), pola pikir yang berkontribusi terhadap depresi ini dapat berkembang menjadi sebuah depresi mayor apabila ada sebuah insiden yang memicu dan mengaktifasi pemikiran tersebut. Insiden ini dapat berupa kekerasan dalam rumah tangga atau juga kekerasan dalam ranah berpacaran yang dialami oleh seorang perempuan. Seorang individu yang mengalami depresi biasanya melihat dirinya sendiri, dunia ini, dan masa depan dalam sudut pandang yang negatif. Menurut Beck *et al.* (1979), individu yang mengalami depresi juga memandang masalahnya dengan cara yang negatif. Individu ini dapat melihat masalahnya sebagai suatu masalah yang tanpa akhir dan tidak ada solusinya, serta membayangkan bahwa masa depannya

akan diwarnai dengan masalah yang sama. Menurut Beck *et al.* jenis pola pikir seperti ini dapat menyebabkan seseorang mengalami depresi mayor. Beck *et al.* juga menjelaskan bahwa terdapat jenis pemikiran negatif lain yang dapat menyebabkan seseorang mengalami depresi. Yang pertama adalah jenis pemikiran melompat pada kesimpulan. Dalam konteks KDP, contoh pola pikir ini adalah: "Jika pasanganku meninggalkanku maka hidupku akan menjadi sulit dan hampa, oleh karena itu aku memilih untuk tetap bertahan walau disakiti". Menurut Beck *et al.*, dalam jenis pemikiran ini, seorang perempuan akan membuat sebuah kesimpulan tertentu mengenai permasalahannya tanpa didukung oleh data dan fakta yang jelas.

Kedua adalah jenis pemikiran mengecilkan atau memperbesar masalah. Menurut Beck *et al.* (1979), seorang individu dapat mengecilkan hal-hal baik yang dialami dalam hidupnya atau membesar-besarkan hal-hal negatif yang terjadi dalam kehidupannya. Dalam konteks KDP, contoh pola pikir mengecilkan masalah adalah: "Dia (pasanganku) memukul dan mengata-ngatai saya pasti karena dia mencintai saya". Yang ketiga adalah pola pemikiran hitam atau putih. Dalam pola pemikiran ini, seorang perempuan yang mengalami KDP melihat dirinya sepenuhnya negatif dan gagal melihat hal-hal positif lain dalam kehidupannya. Walaupun ada hal positif, kelebihan, dan kekuatan yang dimilikinya, dia gagal untuk melihat hal-hal tersebut secara benar dan seimbang. Contohnya adalah: "Saya pastinya adalah orang yang kotor dan tak berharga, karena saya tak bisa untuk menyenangkan hati pasangan saya".

Sebagai kesimpulan, menurut Beck *et al.* (1979), pola pemikiran terdistorsi ini

membantu mempertahankan kepercayaan negatif dalam diri perempuan dan pada akhirnya juga membantu mempertahankan siklus negatif depresi.

Cognitive Behavioural Therapy

Cognitive Behavioural Therapy (CBT) adalah sebuah jenis terapi yang dapat digunakan untuk menangani kasus depresi Comer (2010). Gloaguen, Cottraux, Cucherat, dan Blackburn (1998) membuat meta-analisis mengenai 48 studi *Randomized-Controlled Trial* menggunakan CBT sebagai terapi untuk pasien depresi. Mereka menyimpulkan bahwa untuk pengobatan depresi ringan dan sedang, CBT secara signifikan lebih efektif dibandingkan dengan pengobatan anti-depresan atau grup kontrol yang tidak menerima terapi. Menurut Strunk dan DeRubeis (2001), CBT setidaknya mempunyai efek yang sama baiknya dengan pengobatan anti-depresan dalam penanganan kasus depresi berat. Namun Hollon (2003) menambahkan bahwa dalam jangka panjang CBT mempunyai efek yang lebih *long-lasting* jika dibandingkan dengan farmakoterapi.

Pada fase-fase awal CBT, biasanya terapis akan memberikan terapi aktivitas kepada klien untuk membantu klien menjadi lebih aktif sehingga dapat meningkatkan *mood* klien Comer (2010). Menurut Comer, dalam terapi aktivitas, terapis membantu klien untuk menjadwalkan dan melakukan aktivitas yang produktif dan menyenangkan untuk dilakukan oleh klien. Dalam fase selanjutnya, menurut Beck *et al.* (1979) terapis akan membantu klien untuk memahami, mengenal, dan mengubah cara berpikirnya yang maladaptif. Terapis akan membantu klien untuk memahami bahwa kepercayaan dan pola pikirnya yang negatif terhadap situasinya adalah masalah yang sebenarnya dan yang membuat klien

menjadi depresi. Selanjutnya, menurut Beck *et al.*, terapis akan membantu klien untuk mengenali pola-pola pemikirannya yang keliru dan membantu klien untuk mengganti pola pikir tersebut dengan pemikiran yang lebih seimbang dan positif. Perubahan secara *gradual* dalam diri klien akan terjadi setelah adanya perubahan dalam cara klien berpikir (Beck *et al.*, 1979).

Dalam CBT juga terdapat komponen perilaku. Komponen ini juga dimasukkan sebagai bagian dari rencana program terapi. Menurut Dobson (2010), contoh dari komponen ini adalah eksperimen perilaku. Contoh eksperimen perilaku adalah pada saat klien yang depresi berkata, "Saya gagal dalam segala hal, sehingga tidak ada gunanya berusaha". Salah satu cara untuk mengatasi masalah ini adalah dengan menggunakan eksperimen perilaku sebagai tugas yang diujicobakan diluar sesi terapi. Dalam eksperimen ini, klien berusaha untuk melakukan aktivitas atau tugas yang sebenarnya dia hindari. Diharapkan dengan melakukan eksperimen perilaku ini, klien dapat keluar dari siklus *avoidance* dan pada akhirnya dapat juga digunakan untuk menantang dan mengubah kognisi awalnya yang menyatakan bahwa kegagalan adalah hal yang pasti terjadi dan oleh sebab itu tidak ada manfaatnya untuk melakukan tugas tersebut (Dobson, 2010).

Teknik-Teknik Umum dalam Cognitive Behavioural Therapy

Ada berbagai macam prinsip dan teknik klinis yang termasuk dalam praktek CBT. Dua prinsip utama dalam CBT adalah kolaborasi dan *guided empiricism* (Young, Rygh, Weinberger, & Beck, 2008). Kolaborasi dalam konteks CBT adalah sebuah proses bekerjasamanya terapis dengan

klien untuk membahas masalah yang paling utama bagi klien dan juga untuk mendiskusikan target pencapaian terapi pada setiap sesinya. *Guided empiricism* adalah sebuah proses kerja sama antara terapis dengan klien melalui pendekatan saintifik dalam hal kognisi dan perilaku, di mana terapis melakukan proses investigasi problem, membentuk hipotesis mengenai problem yang dihadapi klien, dan mendorong klien untuk berpikir dan berperilaku dengan cara yang berbeda untuk menguji kebenaran hipotesis tersebut. Proses kolaborasi dan *guided empiricism* digunakan untuk membantu klien untuk mengembangkan sebuah formulasi dan pemahaman mengenai bagaimana problem dari klien bertahan dan terus berputar dalam sebuah siklus yang negatif. Pengembangan formulasi masalah klien adalah bagian yang utama dari sebuah intervensi CBT, karena formulasi membantu dalam memandu pengidentifikasian kognisi dan perilaku yang perlu ditangani dalam sesi terapi (Beck *et al.*, 1979).

Teknik kognitif yang digunakan dalam intervensi CBT adalah psikoedukasi dan penstrukturan-ulang kognitif. Psikoedukasi adalah sebuah proses di mana terapis memberikan pemahaman kepada klien mengenai penyebab dari masalahnya dan bagaimana masalah tersebut bertahan dalam sebuah siklus negative (Craske & Barlow, 2008). Psikoedukasi digunakan terapis untuk menolong klien untuk membedakan antara pikiran dan perasaan, membedakan jenis-jenis pikiran (pikiran otomatis dan *core beliefs*), dan bagaimana caranya untuk melakukan aktivitas *self-monitoring* (Cormier & Nurius, 2003). Setelah psikoedukasi, biasanya terapis akan melakukan penstrukturan-ulang kognitif, yang meliputi pengidentifikasian pola pikir yang maladaptif dan menggunakan disputasi kognitif untuk mengubah

pola pikir tersebut (Cormier & Nurius, 2003). Proses disputasi kognitif ini dapat menolong klien untuk mengembangkan pola pikir yang adaptif dan berdasarkan pada realitas dan kenyataan yang sebenarnya.

Ada beberapa jenis teknik perilaku yang digunakan dalam sesi terapi CBT, seperti *exposure*, teknik pemecahan masalah, dan aktivasi perilaku (Cormier & Nurius, 2003). Beberapa tipe *exposure* yang dilakukan dalam CBT adalah desensitisasi sistematis, *graded exposure*, *interoceptive exposure* dan *imaginal exposure* Barlow (2008). Namun pada umumnya, setiap metode ini mempunyai prinsip pokok yang sama yaitu untuk menolong klien memutuskan siklus *avoidance* terhadap stimuli tertentu. Dengan keterlibatan klien dalam *exposure*, rantai antara pemicu (sebagai contoh: interaksi sosial dengan orang lain) dengan perilaku *avoidance* akan menurun sebagai akibat dari penerapan *exposure* tersebut. Sedangkan teknik pemecahan masalah adalah sebuah proses yang digunakan untuk menolong klien mengembangkan solusi alternatif terhadap masalah-masalah dalam kehidupannya dan membantu klien dalam melakukan pengambilan keputusan untuk memecahkan masalah yang dihadapi (Cormier & Nurius, 2003). Aktivasi perilaku dapat digunakan untuk pengobatan depresi dan melibatkan pembuatan jadwal kegiatan aktivitas harian oleh klien dan dapat digunakan untuk memutuskan siklus *avoidance* yang dimiliki klien (Page & Stritzke, 2006).

Penelitian Terdahulu mengenai Cognitive Behavioural Therapy dalam Konteks Kekerasan terhadap Pasangan Perempuan

Penelitian-penelitian sebelumnya mengenai CBT dalam konteks kekerasan terhadap pasangan perempuan telah

banyak dilakukan. Menurut Trabold *et al.* (2018), intervensi CBT mempunyai potensi yang besar dalam menurunkan tingkat kekerasan dalam IPV jika dibandingkan dengan intervensi klinis lainnya. Dengan menggunakan sampel perempuan yang mengalami IPV dan menggunakan NAPZA, sebuah intervensi CBT yang dilakukan terbukti dapat menurunkan tingkat kekerasan yang dialami partisipan secara fisik dan seksual sebesar 50% dan hasil ini lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mengalami penurunan sebesar 13% (Gilbert *et al.*, 2006). Gilbert *et al.* juga melaporkan bahwa penurunan dalam kekerasan verbal atau psikologis yang dialami partisipan terjadi sebesar 32% dan hasil ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mengalami penurunan sebesar 20%. Penelitian Iverson *et al.* (2011) melaporkan bahwa terdapat penurunan kekerasan yang dialami oleh partisipan sebesar 40% setelah mengikuti sesi CBT sebanyak minimal 5-8 sesi.

Dalam konteks depresi, intervensi CBT juga menunjukkan hasil yang signifikan dalam menurunkan gejala depresi pada korban IPV. Intervensi CBT dilakukan dalam 8-12 sesi dan pada setiap sesi berdurasi selama 1-1.5 jam (Iverson *et al.*, 2011; Johnson, Zlotnick, & Perez, 2011). Dalam dua studi tersebut, gejala depresi korban IPV menurun secara signifikan pada *follow-up* satu minggu, tiga bulan, dan enam bulan setelah terapi jika dibandingkan dengan pada saat *pre-test*. CBT juga dapat diterapkan secara berkelompok dan terapi berkelompok ini juga menunjukkan hasil penurunan depresi yang signifikan pada korban yang mengalami kekerasan fisik maupun psikologis (Crespo & Arinero, 2010). Menurut Iverson *et al.* (2011), semakin

berat tingkat IPV yang dialami oleh seorang perempuan maka akan semakin berat depresi yang dialaminya. Sedangkan perempuan yang mengalami tingkat IPV yang lebih ringan dapat mengalami remisi depresi lebih cepat jika dibandingkan dengan perempuan yang mengalami tingkat IPV yang lebih berat (Iverson *et al.*, 2011).

Intervensi klinis yang lain dilakukan oleh Reed dan Enright (2006). Intervensi ini juga didasarkan pada model *Cognitive-Behavioural*. Dalam penelitian ini, mereka menggunakan *forgiveness therapy* dan mereka menemukan bahwa terdapat penurunan gejala depresi yang signifikan pada partisipan pada saat *post-therapy*. Dalam *forgiveness therapy*, partisipan berusaha memaknai kembali pengalaman IPV yang dialaminya dengan cara mengubah persepsinya mengenai pengalaman tersebut dan mengampuni pasangan mereka yang telah melakukan kekerasan terhadap mereka. Intervensi *forgiveness therapy* ini diberikan kepada perempuan yang sudah tidak menjalin hubungan dengan pasangannya selama minimal dua tahun.

Dalam konteks Psychological Well-Being (PWB), studi dari Johnson *et al.* (2011), menunjukkan bahwa terjadi peningkatan secara signifikan dalam PWB pada partisipan perempuan yang mengalami IPV setelah pemberian CBT. Secara umum, peningkatan terjadi pada aspek-aspek PWB seperti *self-esteem*, *self-efficacy*, *empowerment*, dan *social adjustment*. Secara umum, dapat disimpulkan bahwa intervensi berdasarkan model *Cognitive-Behavioural* dapat menurunkan depresi pada perempuan korban IPV karena (1) intervensi yang didasarkan pada model ini mempunyai elemen pemecahan masalah, dan (2) intervensi ini juga memfasilitasi perubahan pemikiran-pemikiran yang

terdistorsi pada perempuan yang mengalami IPV. Pemikiran yang terdistorsi ini, berdasarkan model *Cognitive-Behavioural*, adalah sumber masalah utama dalam permasalahan depresi seorang individu.

Implementasi Cognitive Behavioural Therapy dalam Konteks Kekerasan terhadap Pasangan Perempuan

Hasil studi Trabold *et al.* (2018), menunjukkan bahwa intervensi yang berfokus pada pemberdayaan perempuan dan juga perspektif *Cognitive-Behavioural* dapat memberikan dampak yang positif pada penurunan depresi perempuan yang mengalami kekerasan dari pasangannya. Menurut Trabold *et al.*, intervensi yang berfokus pada pemecahan masalah, pengambilan keputusan yang tepat, dan perubahan pada pola pikir dan persepsi yang terdistorsi dapat memfasilitasi terjadinya perubahan pada kesehatan fisik dan mental perempuan yang mengalami IPV dan KDP.

IPV adalah sebuah masalah kesehatan publik yang berskala global dan telah banyak diteliti dalam 30 tahun terakhir World Health Organization (2005). Menurut World Health Organization, IPV adalah suatu perilaku dalam relasi intim yang menyebabkan terjadinya kekerasan fisik, psikologis, dan seksual, seperti tindakan agresif (memukul dan menendang), *verbal abuse*, pemaksaan secara seksual, dan usaha mengontrol perilaku pasangannya. Menurut estimasi World Health Organization, sekitar 30% perempuan di dunia ini mengalami kekerasan baik secara fisik maupun seksual oleh pasangannya. Penelitian Breiding, Chen, dan Black (2014) menunjukkan bahwa di Amerika Serikat, dari total keseluruhan jumlah perempuan yang mengalami IPV, 30% melaporkan terjadinya kekerasan fisik, 10% mengalami kekerasan seksual

atau diperkosa, dan 48% mengalami kekerasan secara psikologis. IPV juga berdampak secara finansial dalam skala global. Sebagai contoh, di Amerika Serikat diperkirakan biaya yang dikeluarkan negara sebagai biaya langsung pengobatan secara fisik dan mental, dan biaya tidak langsung berupa hilangnya produktivitas dan pendapatan adalah sebesar US\$ 8.3 miliar (Max, Rice, Finkelstein, Bardwell, & Leadbetter, 2004). Perempuan yang mengalami kekerasan secara fisik oleh pasangannya juga lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan dan menghabiskan biaya kesehatan yang lebih banyak jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak mengalami kekerasan fisik oleh pasangannya (Bonomi, Anderson, Rivara, & Thompson, 2009).

Walaupun IPV mengakibatkan meningkatnya biaya kesehatan langsung dan tak langsung, masih sedikit penelitian yang dilakukan untuk memvalidasi intervensi IPV yang tepat dan efektif digunakan untuk menangani korban maupun pelaku kekerasan IPV. Untuk menangani permasalahan IPV, penanganan perlu dilakukan dalam setiap lapis pelayanan kesehatan; baik dalam bidang primer (pencegahan kekerasan), sekunder (skrining untuk kasus IPV), dan tersier (pemberian konseling atau pelayanan klinis).

Teori pemberdayaan adalah sebuah teori yang berfokus pada peningkatan otonomi, kontrol, dan kemampuan individu untuk menciptakan kesempatan dan pengambilan keputusan yang baik bagi dirinya Zimmerman (1995). Penanganan kasus IPV yang berdasarkan pada teori ini biasanya meliputi: asesmen kebutuhan korban, menghubungkan korban ke komunitas pendukung atau organisasi yang tepat, *safety planning*, dan memberikan dukungan baik secara sosial

maupun emosional kepada korban (Trabold *et al.*, 2018). Intervensi lain yang bisa dilakukan adalah psikoedukasi (Kaslow *et al.*, 2010). Intervensi ini dapat menjadi komponen yang penting pada intervensi yang didasarkan pada teori pemberdayaan maupun intervensi klinis seperti CBT. Dalam kaitannya dengan kekerasan terhadap pasangan perempuan, psikoedukasi dapat berupa memberikan penjelasan kepada perempuan mengenai kondisi IPV, KDP, gejala-gejala depresi, dan PTSD. Menurut Kaslow *et al.* (2010), psikoedukasi juga dapat berupa pemberian penjelasan kepada korban mengenai *safety planning* dan *positive parenting* dalam kaitannya dengan IPV.

Secara umum, terapi yang berfokus pada teori pemberdayaan hanya menunjukkan hasil yang signifikan pada jangka pendek dalam hal penurunan gejala depresi (Constantino *et al.*, 2015). Menurut Constantino *et al.*, dalam jangka menengah dan jangka panjang, efek dari terapi ini menurun sehingga tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan baik secara klinis maupun statistik antara grup yang menerima intervensi dan grup kontrol. Dalam studi lain oleh Sullivan, Bybee, dan Allen (2002), menggunakan intervensi yang berfokus pada teori pemberdayaan, mereka menemukan adanya penurunan gejala depresi sebesar 42% dari partisipan yang mengalami IPV pada *post-intervensi*. Walau demikian, penurunan gejala ini hanya berhasil dipertahankan selama empat bulan *post-intervensi* dan pada 24 bulan *post-intervensi*, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan dalam penurunan depresi pada grup intervensi jika dibandingkan dengan grup kontrol.

Dalam hubungannya dengan PWB, secara umum, terdapat peningkatan PWB pada partisipan dan peningkatan ini dapat

dipertahankan sampai dua tahun *post-intervensi* (Trabold *et al.*, 2018). Peningkatan ini juga terlihat pada kedua tipe intervensi, baik intervensi klinis seperti CBT maupun intervensi yang didasarkan pada teori pemberdayaan (Trabold *et al.*, 2018). Menurut Eckhardt *et al.* (2013), terapi yang difokuskan pada perempuan yang mengalami IPV dapat menjadi efektif apabila partisipan perempuan dalam terapi tersebut menyelesaikan setiap sesi terapi hingga sesi yang terakhir. Apabila terjadi atrisi dalam terapi, menurut penelitian Eckhardt *et al.*, hal ini akan mengurangi efektifitas terapi dan memengaruhi hasil dari terapi dalam penelitian tersebut.

Sebagai implikasi untuk praktisi, hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi yang didasarkan pada model *Cognitive-Behavioural* seperti CBT, terbukti dapat menurunkan gejala-gejala depresi secara umumnya maupun secara khususnya dalam kasus kekerasan terhadap pasangan perempuan (Trabold *et al.*, 2018). Secara khusus, teknik CBT paling menantang klien yang mengalami depresi adalah teknik penstrukturan-ulang kognitif, di mana dalam teknik ini klien secara aktif menantang dan mengganti kognisinya yang keliru dan terdistorsi (Trabold *et al.*, 2018). Menurut Trabold *et al.*, teknik kognitif ini dapat menjadi lebih efektif apabila dikombinasikan dengan teknik perilaku. Salah satu teknik perilaku yang sering digunakan adalah aktivasi perilaku. Menurut Trabold *et al.*, komponen utama dalam teknik ini adalah (1) membantu klien untuk mengidentifikasi area penting dalam hidupnya dan *values* yang terdapat pada area tersebut, (2) mengimplementasikan *values* tersebut dalam aktivitas-aktivitas sehari-hari, sehingga klien dapat menghidupi sebuah hidup yang bermakna baginya, dan (3) terapis

dapat memberikan dukungan baik secara sosial maupun emosional kepada klien, sehingga klien tidak mudah menyerah dalam melakukan terapi serta mempunyai resiliensi yang baik.

Dalam mengimplementasikan intervensi CBT, penting untuk menggabungkan terapi yang didasarkan pada teori pemberdayaan dengan intervensi CBT ini. Karena intervensi yang didasarkan pada teori pemberdayaan mengutamakan keamanan dan juga kebutuhan dasar perempuan yang mengalami IPV dan KDP. Sehingga, dengan dipenuhinya kebutuhan dasar (seperti makanan dan tempat tinggal) dan dipenuhinya rasa aman, maka perempuan tersebut dapat berfokus untuk menyelesaikan masalah-masalah emosional dan gejala depresinya. Jadi, pembentukan *safety space* bagi perempuan yang mengalami IPV dan KDP adalah penting untuk membuat perempuan tersebut memiliki rasa aman bagi dirinya, sehingga ia dapat berfokus untuk menerima intervensi CBT.

Penutup

Berdasarkan *review* literatur di atas, maka dapat disimpulkan bahwa fenomena IPV dan KDP di Indonesia adalah sebuah permasalahan yang penting dan *urgent* untuk segera diintervensi. Beberapa jenis metode penanganan telah dibahas dalam *review* ini, dan salah satu metode efektif yang telah diterapkan dalam kasus kekerasan terhadap pasangan perempuan secara umumnya adalah metode yang didasarkan pada perspektif *Cognitive-Behavioural* seperti CBT. CBT berfokus pada mengubah konsep berpikir seseorang yang keliru, dan mengubah kognisi-kognisi maladaptif tersebut menjadi kognisi-kognisi yang positif dan adaptif (Beck *et al.*, 1979). Oleh sebab itu, adalah

penting untuk melaksanakan sebuah *pilot study* di Indonesia yang didasarkan pada kajian perspektif *Cognitive-Behavioural* untuk mengujicobakan intervensi CBT pada perempuan yang mengalami kasus IPV atau KDP. Intervensi CBT ini juga harus melihat aspek-aspek kebutuhan perempuan yang mengalami IPV atau KDP seperti *safety planning*, ketersediaan *safety space*, dan tercukupinya kebutuhan dasar seperti makanan dan rasa aman. Aspek-aspek ini menjadi fondasi dasar yang harus dipenuhi, sebelum intervensi CBT dapat terlaksana dengan efektif.

Daftar Pustaka

- Alaggia, R., Regehr, C., & Jenney, A. (2012). Risky business: An ecological analysis of intimate partner violence disclosure. *Research on Social Work Practice*, 22(3), 301–312. doi: [10.1177/1049731511425503](https://doi.org/10.1177/1049731511425503)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. doi: [10.1176/appi.books.9780890425596.744053](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053)
- Ayu, S. M., Hakimi, M., & Hayati, E. N. (2016). Kekerasan dalam pacaran dan kecemasan remaja putri di kabupaten Purworejo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health)*, 6(1), 61–74. doi: [10.12928/kesmas.v6i1.1067](https://doi.org/10.12928/kesmas.v6i1.1067)
- Badan Pusat Statistik. (2012). *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Baldwin, K. (2012). *Factbox: The worst and best G20 countries for women*. Thomson Reuters Foundation. Retrieved from <http://news.trust.org/item/20120613010100-sk134/>
- Banyard, V. L. (2011). Who will help

- prevent sexual violence: Creating an ecological model of bystander intervention. *Psychology of Violence*, 1(3), 216-229. doi: [10.1037/a0023739](https://doi.org/10.1037/a0023739)
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (D. H. Barlow, Ed.) (4th ed.). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi: [10.1001/archpsyc.62.9.953](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research*, 44, 1052-1067. doi: [10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x)
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories in 2005. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(2), 112-118. doi: [10.1016/j.amepre.2007.10.001](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.10.001)
- Breiding, M. J., Chen, J., & Black, M. C. (2014). *Intimate partner violence in the United States — 2010*. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA.
- Bronfenbrenner, U. (2004). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619 - 647). Washington, DC: American Psychological Association. doi: [10.1037/10176-018](https://doi.org/10.1037/10176-018)
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Understanding intimate partner violence: Fact sheet*. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/ipv_facsheet.pdf
- Comer, R. J. (2010). *Fundamentals of abnormal psychology* (6th ed.). New York: Worth Publisher.
- Connolly, J., Friedlander, L., Pepler, D., Craig, W., & Laporte, L. (2010). The ecology of adolescent dating aggression: Attitudes, relationships, media use, and socio-demographic risk factors. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 19(5), 469-491. doi: [10.1080/10926771.2010.495028](https://doi.org/10.1080/10926771.2010.495028)
- Constantino, R. E., Braxter, B., Ren, D., Burroughs, J. D., Doswell, W. M., Wu, L., ... Greene, W. B. (2015). Comparing online with face-to-face HELPP intervention in women experiencing intimate partner violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 430-438. doi: [10.3109/01612840.2014.991049](https://doi.org/10.3109/01612840.2014.991049)
- Cormier, S., & Nurius, P. S. (2003). *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions*. in (5th ed.). Melbourne: Thomson Brooks/Cole.
- Cogle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 405-411. doi: [10.1037/a0015370](https://doi.org/10.1037/a0015370)
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2008).

- Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 1–64). New York: The Guilford Press.
- Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Spanish Journal of Psychology*, *13*, 849–863. doi: [10.1017/S113874160000250X](https://doi.org/10.1017/S113874160000250X)
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & Van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery, and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *159*, 118–126. doi: [10.1016/j.jad.2014.02.026](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026)
- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (K. S. Dobson, Ed.) (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, *4*, 196–231. doi: [10.1891/1946-6560.4.2.196](https://doi.org/10.1891/1946-6560.4.2.196)
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer.
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., & Ennett, S. T. (2010). Examination of sex and race differences in longitudinal predictors of the initiation of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, *19*(5), 492–516. doi: [10.1080/10926771.2010.495032](https://doi.org/10.1080/10926771.2010.495032)
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. M., Ennett, S. T., Suchindran, C., Mathias, J. P., Karriker-Jaffe, K. J., ... Benefield, T. S. (2011). Risk and protective factors distinguishing profiles of adolescent peer and dating violence perpetration. *Journal of Adolescent Health*, *48*(4), 344–350. doi: [10.1016/j.jadohealth.2010.07.030](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.030)
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Manuel, J., Wu, E., Go, H., Golder, S., ... Sanders, G. (2006). An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: Testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence and Victims*, *21*, 657–672. doi: [10.1891/0886-6708.21.5.657](https://doi.org/10.1891/0886-6708.21.5.657)
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *49*(1), 59–72. doi: [10.1016/S0165-0327\(97\)00199-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00199-7)
- Hollon, S. D. (2003). Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cognitive Therapy and Research*, *27*(1), 71–75. doi: [10.1023/A:1022538713914](https://doi.org/10.1023/A:1022538713914)
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(2), 193–202. doi: [10.1037/a0022512](https://doi.org/10.1037/a0022512)
- Iverson, K. M., Lester, K., & Resick, P.A. (2011). Psychosocial treatments. In W. Benedek (Eds.), *Clinical manual for the management of PTSD* (pp. 157–203). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Jain, S., Buka, S. L., Subramanian, S. V., & Molnar, B. E. (2010). Neighborhood

- predictors of dating violence victimization and perpetration in young adulthood: A multilevel study. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1737–1744. doi: [10.2105/AJPH.2009.169730](https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.169730)
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542–551. doi: [10.1037/a0023822](https://doi.org/10.1037/a0023822)
- Kaslow, N. J., Leiner, A. S., Reviere, S., Jackson, E., Bethea, K., Bhaju, J., ... Thompson, M. P. (2010). Suicidal, abused African American women's response to a culturally informed intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 449–458. doi: [10.1037/a0019692](https://doi.org/10.1037/a0019692)
- Komnas Perempuan. (2012). *Stagnansi sistem hukum: Menggantung asa perempuan korban*, catatan KTP tahun 2011. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/CatatanTahunan/10.PP5_CATAHU2012.pdf
- Komnas Perempuan. (2013). *Korban berjuang, publik bertindak: Mendobrak stagnansi sistem hukum*, catatan KTP tahun 2012. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/CatatanTahunan/11.PP5_CATAHU2013.pdf
- Komnas Perempuan. (2014). *Kegentingan kekerasan seksual: Lemahnya upaya penanganan negara*, catatan KTP tahun 2013. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/CatatanTahunan/12.PP5_CATAHU2014.pdf
- Komnas Perempuan. (2015). *Kekerasan terhadap perempuan: Negara segera putus impunitas pelaku*, catatan KTP 2014. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/CatatanTahunan/13.PP5_CATAHU-2015.pdf
- Komnas Perempuan. (2016). *Kekerasan terhadap perempuan meluas: Negara urgen hadir hentikan kekerasan terhadap perempuan di ranah domestik, komunitas dan negara*, catatan KTP tahun 2015. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/CatatanTahunan/14.PP5_CATAHU2016.pdf
- Komnas Perempuan. (2017). *Labirin kekerasan terhadap perempuan: Dari gang rape hingga femicide, alarm bagi negara untuk bertindak tepat*, catatan KTP 2016. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/2017SiaranPers/LembarFaktaCatahu2017.pdf
- Komnas Perempuan. (2018). *Tergerusnya ruang aman perempuan dalam pusaran politik populisme*, catatan KTP 2017. Jakarta. Retrieved from https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/2018Publikasi/CatatanTahunanKekerasanTerhadapPerempuan2018.pdf
- Marcelina, L. (2008). *Dampak psikologis remaja yang pernah mengalami kekerasan seksual*. Universitas Katolik Soegijapranata, Semarang.
- Max, W., Rice, D. P., Finkelstein, E., Bardwell, R. A., & Leadbetter, S. (2005). The economic toll of intimate partner violence against women in the United States. *Violence and Victims*, 19, 259–272. doi: [10.1891/vivi.19.3.259.65767](https://doi.org/10.1891/vivi.19.3.259.65767)
- Page, A., & Stritzke, W. (2006). *Clinical psychology for trainees: Foundations of science-informed practice*. Cambridge:

- Cambridge University Press.
- Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 920–929. doi: [10.1037/0022-006X.74.5.920](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.920)
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine, 32*(2), 89–96. doi: [10.1016/j.amepre.2006.10.001](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.10.001)
- Safitri, W. A. (2013). *Dampak kekerasan dalam berpacaran: Studi kasus pada mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember*. Skripsi (tidak dipublikasikan). Universitas Jember.
- Santrock, J. W. (2012). *Life-span development (14th ed.)*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review, 25*(4), 487–510. doi: [10.1016/j.cpr.2005.01.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.005)
- Scott, J., & Freeman, A. (2010). Beck's cognitive therapy. In N. Kazantzis, M. A. Reinecke, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pp. 28–75). New York, NY: The Guilford Press.
- Sinaga, T. (2007). *Pengetahuan dan sikap remaja putri terhadap aborsi dari kehamilan tidak dikehendaki di Sekolah Menengah Umum Negeri I Pematang Siantar*. Skripsi (tidak dipublikasikan). Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Strunk, D. R., & DeRubeis, R. J. (2001). Cognitive therapy for depression: A review of its efficacy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(4), 289–297. doi: [10.1891/0889-8391.15.4.289](https://doi.org/10.1891/0889-8391.15.4.289)
- Sullivan, C. M., Bybee, D. I., & Allen, N. E. (2002). Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence, 17*(9), 915–936. doi: [10.1177/0886260502017009001](https://doi.org/10.1177/0886260502017009001)
- Thomson Reuters Foundation. (2017). *Thomson Reuters foundation annual report*. Retrieved from <https://annual-report.thomsonreuters.com/download/thomson-reuters-foundation-report-2017.pdf>
- Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2018). A systematic review of intimate partner violence interventions: State of the field and implications for practitioners. *Trauma, Violence, and Abuse, 1*–15. doi: [10.1177/1524838018767934](https://doi.org/10.1177/1524838018767934)
- UNICEF. (2016). *Child marriage in Indonesia: Progress on pause*. Retrieved from https://www.unicef.org/indonesia/UNICEF_Indonesia_Child_Marriage_Research_Brief_.pdf
- United Nations. (2011). *World population prospects: The 2010 revision*. New York. Retrieved from http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf
- Vagi, K. J., Rothman, E. F., Latzman, N. E., Tharp, A. T., Hall, D. M., & Breiding, M. J. (2013). Beyond correlates: A review of risk and protective factors for adolescent dating violence perpetration. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(4), 633–649. doi: [10.1007/s10964-013-9907-7](https://doi.org/10.1007/s10964-013-9907-7)
- Weeks, L. E., & LeBlanc, K. (2011). An

- ecological synthesis of research on older women's experiences of intimate partner violence. *Journal of Women and Aging*, 23(4), 283–304. doi: [10.1080/08952841.2011.611043](https://doi.org/10.1080/08952841.2011.611043)
- World Health Organization. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- World Health Organization. (2013b). *Unintended pregnancy: Toward understanding the issues and addressing the need gaps*. Geneva.
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 250–305). New York: The Guilford Press.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581–599. doi: [10.1007/BF02506983](https://doi.org/10.1007/BF02506983)