

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kekerasan Seksual

a. Pengertian kekerasan seksual

Definisi kekerasan seksual dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya, sosial, hak asasi, peran gender, inisiatif legal dan kriminal sehingga dapat berubah seiring berjalannya waktu. Definisi akan kekerasan seksual dapat membantu usaha global dalam mengidentifikasi dan mengeliminasi, namun perlu disadari bahwa definisi-definisi akan kekerasan seksual lahir dari lensa-lensa kultural, sosio-politik dan geografis. Kekerasan seksual didefinisikan sebagai tindakan seksual, usaha untuk memperoleh seks, komentar atau pendekatan seksual seperti apapun atau menjualbelikan seseorang sebagai objek seksual secara paksa, hal-hal tersebut dapat dilakukan oleh siapapun tidak mempedulikan hubungannya dengan korban, dan ia dapat terjadi di rumah maupun tempat kerja (WHO, 2002).

Kekerasan seksual erat kaitannya dengan pemaksaan dan pemaksaan dapat mencakup berbagai bentuk tindakan. Selain paksaan secara fisik, ia dapat mencakup intimidasi psikologis, pemerasan atau ancaman seperti ancaman melukai, dipecat ataupun penolakan penerimaan kerja. Kekerasan seksual juga dapat terjadi saat korban tak dapat menolak atau menerima tindakan seksual, misalnya ketika

commit to user

mabuk, dalam pengaruh obat, tidur atau terganggu secara mental (WHO, 2002).

Kekerasan seksual mencakup pemerkosaan, yang didefinisikan sebagai penetrasi terhadap vulva atau anus dengan menggunakan penis, bagian tubuh lain atau objek yang dilakukan secara paksa. Kekerasan seksual dapat juga melingkupi jenis-jenis penyerangan lain yang berkaitan dengan organ seksual, seperti kontak paksa antara mulut dan penis, vulva atau anus (WHO, 2002).

b. Prevalensi kekerasan seksual

Rumyan *et al.* (2002) menemukan bahwa 20% dari perempuan melaporkan bahwa pernah mengalami kekerasan seksual di masa kanak-kanak. Pada usia dewasa, diperkirakan hampir satu dari empat perempuan mengalami kekerasan seksual oleh pasangan intim seumur hidupnya (Jewkes *et al.*, 2002). Data-data juga menunjukkan bahwa pria jauh lebih mungkin untuk tidak melaporkan kekerasan seksual padanya daripada perempuan, diakibatkan rasa malu, takut tidak dipercayai atau takut direndahkan (Jewkes *et al.*, 2002). Adapun, pria yang sudah pernah maupun yang sedang dipenjara seringkali melaporkan mengalami perkosaan oleh sesama narapidana, petugas penjara dan polisi di berbagai negara (Jewkes *et al.*, 2002).

c. Jenis-jenis kekerasan seksual

Berbagai macam tindakan seksual dapat terjadi dalam beragam situasi dan kondisi. Kekerasan seksual dapat berupa pemerkosaan dalam

hubungan pernikahan atau pacaran, pemerkosaan oleh orang asing dan pemerkosaan sistematis saat konflik bersenjata. Kekerasan seksual juga dapat berupa pendekatan seksual yang tak diinginkan atau pelecehan seksual, termasuk meminta hubungan intim sebagai balasan atas jasa tertentu. Kekerasan seksual juga mencakup tindakan pelecehan seksual, misalnya terhadap orang dengan cacat mental atau fisik maupun pelecehan seksual terhadap anak. Pemaksaan pernikahan yang mencakup pernikahan anak di bawah umur juga digolongkan sebagai kekerasan seksual (WHO, 2002).

Beberapa jenis kekerasan seksual memiliki dampak-dampak lain yang nyata terhadap kesehatan fisik maupun kesehatan mental seorang perempuan, misalnya pelarangan akan penggunaan kontrasepsi atau alat lain untuk melindungi diri dari penyakit-penyakit menular seksual, tindakan aborsi paksa, tindakan kekerasan terhadap integritas seksual perempuan, termasuk mutilasi alat genital perempuan dan kewajiban pemeriksaan keperawanan serta prostitusi paksa dan penjualanbelian manusia untuk eksploitasi seksual (WHO, 2002).

Hubungan seks yang dipaksakan dapat memberikan kepuasan bagi pelakunya, namun tujuan utama dari hal tersebut adalah untuk menunjukkan kekuasaan dan dominasi terhadap korban. Seringkali, para pria yang memaksa istrinya untuk berhubungan merasa bahwa hal tersebut adalah sah karena ia telah menikah. Pemerkosaan terhadap perempuan dan pria juga seringkali digunakan sebagai senjata dalam

peperangan, sebagai bentuk dari ekspresi kemenangan dan bertujuan untuk merendahkan para perempuan atau tentara yang tertangkap (WHO, 2002).

d. Faktor risiko kekerasan seksual

Secara umum, faktor-faktor yang berkaitan dengan risiko seseorang mengalami kekerasan seksual terbagi menjadi dua yaitu faktor-faktor yang meningkatkan kerentanan perempuan dan faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan seseorang melakukan tindakan kekerasan seksual. Penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor tersebut memiliki efek aditif, maka semakin banyak faktor yang ada, semakin besar kemungkinan terjadinya kekerasan seksual. Menurut WHO (2002) terdapat faktor-faktor yang lebih penting pada tahap kehidupan tertentu, yaitu:

1) Faktor-faktor yang meningkatkan kerentanan perempuan

Salah satu bentuk kekerasan seksual yang paling umum di dunia adalah dilakukan oleh pasangan intim, yang berarti salah satu faktor risiko utama bagi seorang perempuan untuk mengalami kekerasan seksual adalah menikah atau hidup bersama dengan seorang pasangan, terutama bila perempuan tersebut memiliki status pendidikan dan ekonomi yang tinggi. Faktor-faktor lain yang meningkatkan risiko seorang perempuan mengalami kekerasan seksual yaitu bila ia seorang dengan usia muda, mengonsumsi alkohol dan obat-obatan, memiliki banyak pasangan seksual,

berkecimpung dalam pekerjaan seks komersial, dan memiliki status sosioekonomi yang rendah.

2) Faktor-faktor yang meningkatkan risiko pria melakukan kekerasan seksual

Data mengenai pria yang cenderung melakukan kekerasan seksual cenderung terbatas dan bias terhadap para pelaku pemerkosaan, kecuali di Amerika di mana penelitian juga dilakukan pada mahasiswa pria. Meskipun demikian, kekerasan seksual ditemukan terjadi di seluruh negara, dalam segala kelas sosioekonomi dan berbagai kelompok usia. Data menunjukkan bahwa kebanyakan dari mereka melakukan kekerasan seksual pada perempuan yang telah dikenal.

e. Konsekuensi dari kekerasan seksual

1) Kehamilan dan komplikasi ginekologis

Kehamilan dapat terjadi dari pemerkosaan, sebuah studi mengenai remaja di Ethiopia menunjukkan bahwa 17% dari mereka yang pernah diperkosa telah hamil, seperti juga penelitian di Meksiko yang menunjukkan 15-18% mengalami kehamilan. Studi longitudinal di Amerika Serikat menemukan bahwa dari 4000 perempuan yang diikuti selama 3 tahun, rasio kehamilan dari pemerkosaan adalah 5% dari pemerkosaan di antara korban berusia 12-45 tahun (WHO, 2002).

2) Penyakit-penyakit menular seksual

HIV dan penyakit menular seksual lainnya merupakan konsekuensi yang jelas dari pemerkosaan. Penelitian pada perempuan di rumah-rumah menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami kekerasan seksual dari pasangan intim secara signifikan lebih mungkin untuk memiliki penyakit menular seksual. Pada perempuan yang diperjualbelikan untuk pekerjaan seks, tingkat penyakit menular seksual cukup tinggi (WHO, 2002).

3) Kesehatan mental

Kekerasan seksual telah diasosiasikan dengan beberapa permasalahan mental pada remaja dan dewasa. Pada suatu penelitian berdasar populasi, prevalensi gejala dan tanda yang mengarahkan pada gangguan psikiatrik adalah 33% pada perempuan dengan riwayat kekerasan seksual saat dewasa, 15% pada perempuan dengan riwayat kekerasan seksual oleh pasangan intim dan 6% pada perempuan yang tidak mengalami (WHO, 2002).

Sebuah penelitian pada remaja di Prancis juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat pemerkosaan dengan gangguan tidur, gejala-gejala depresi, keluhan somatik, konsumsi rokok dan gangguan perilaku saat ini. Pada kondisi-kondisi di mana tidak dilakukannya konseling trauma, efek psikologis yang negatif dapat menetap sampai setahun setelah kejadian berlalu, sementara trauma fisik yang diderita cenderung membaik selama periode

tersebut. Meskipun dilakukan konseling, masih dapat ditemukan 50% dari perempuan tersebut mengalami gejala-gejala gangguan stres. Adapun, perempuan yang mengalami kekerasan seksual pada waktu kecil maupun dewasa memiliki risiko lebih untuk melakukan tindakan bunuh diri (WHO, 2002).

4) Pengasingan sosial

Pada berbagai lingkungan sosial, dipercayai pria tak bisa mengendalikan nafsu seksualnya dan perempuan bertanggungjawab untuk menarik hasrat seksual pada pria. Pada beberapa masyarakat, disetujui bahwa perempuan yang diperkosa sebaiknya menikahi pelaku, sehingga menjaga integritas dari perempuan dan keluarganya dengan mengesahkan hubungan tersebut. Selain dari pernikahan, keluarga cenderung menekan korban untuk tidak melaporkan atau menuntut pelaku. Pria biasanya diperbolehkan untuk menolak seorang perempuan sebagai istri jika ia sudah diperkosa. Di beberapa negara, mengembalikan kehormatan seorang perempuan yang mengalami kekerasan seksual dapat berarti sang perempuan harus diasingkan, atau dalam kasus yang ekstrim, perempuan tersebut akan dibunuh (WHO, 2002).

2. Depresi

a. Pengertian

Mood merupakan suatu nada perasaan yang dialami secara internal dan terus-menerus. Afek merupakan ekspresi luaran dari *mood*. Kondisi *mood* maupun afek dapat normal, meningkat atau depresif. Gangguan *mood* merupakan kelompok dari kondisi klinis yang khas dengan kehilangan kendali dan pengalaman subjektif yang terganggu. Seorang dengan gangguan *mood* depresif biasanya mengalami kehilangan energi (anergia), kehilangan rasa ketertarikan akan hal menyenangkan (anhedonia), merasa bersalah, susah berkonsentrasi, kehilangan nafsu makan dan kecenderungan berpikir akan kematian dan bunuh diri (Sadock, 2007).

b. Epidemiologi

Gangguan *mood* merupakan suatu hal yang umum terjadi. Ditemukan, gangguan depresi mayor memiliki prevalensi seumur hidup yang tertinggi dari semua jenis gangguan psikiatrik, yaitu sampai hampir 17 persen. Insidensi tahunan dari gangguan depresi adalah 1.59 persen (Sadock, 2007).

c. Etiologi

Penyebab depresi belum diketahui sepenuhnya meski telah banyak usaha yang dilakukan untuk mengetahui penyebab dari gangguan tersebut. Faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab depresi yaitu faktor biologis, faktor genetik, dan faktor psikososial, di

mana ketiga faktor tersebut dapat saling mempengaruhi satu sama lain (Sadock, 2007).

1) Faktor biologis

a) Norepinefrin

Satu-satunya data yang paling mengindikasikan peran langsung sistem noradrenergik dalam kondisi depresi adalah studi korelasi antara berkurangnya sensitivitas reseptor I^2 -adrenergik dan respon klinis antidepresif (Sadock, 2007).

b) Serotonin

Manfaat besar dari obat *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI) meningkatkan dugaan bahwa serotonin merupakan *neurotransmitter* biogenik amin yang paling berkaitan dengan depresi. Data-data lain mengindikasikan bahwa serotonin berhubungan dengan patofisiologi depresi, misalnya deplesi dari serotonin dapat mendahului kondisi depresi. Selain itu, beberapa pasien dengan impuls bunuh diri ditemukan memiliki konsentrasi serotonin dalam cairan serebrospinal serta konsentrasi daerah pengambilan serotonin pada *platelets* yang rendah (Sadock, 2007).

c) Dopamin

Biogenik amin yang diduga paling berpengaruh dalam patofisiologi depresi adalah serotonin dan norepinefrin, namun, dopamin juga dapat memiliki peran penting. Peningkatan

aktivitas dopamin ditemukan dapat mengurangi gejala depresi dan meningkatkan mania. Bukti-bukti yang mendukung ditemukan dari kasus-kasus di mana obat-obatan yang meningkatkan konsentrasi dopamin cenderung mengurangi gejala-gejala depresi. Sebaliknya, obat-obatan dan penyakit yang mengurangi konsentrasi dopamin dapat mengakibatkan gejala-gejala depresi (Sadock, 2007).

d) Neurokimia

Asetilkolin, *gamma-aminobutyric acid* (GABA), glutamat, glisin dan beberapa peptida neuroaktif lainnya memiliki peran tertentu dalam patofisiologi gangguan *mood* (Sadock, 2007).

e) Neuroendokrin

Hipotalamus merupakan pusat regulasi neuroendokrin yang menerima rangsangan neuronal. Beberapa macam disregulasi endokrin dijumpai pada pasien gangguan *mood*. Aktivitas gen yang mengkode *neurokinin brain-derived neurotrophic growth factor* (BDNF) menurun setelah stres kronik, sehingga neurogenesis juga menurun. Riwayat trauma ditemukan memiliki asosiasi dengan peningkatan aktivitas HPA (*hypothalamus-pituitary-adrenal*) yang berkaitan dengan depresi. Fungsi tiroid juga ditemukan meningkat pada 5-10 persen orang dengan depresi. Hormon pertumbuhan / *growth*

hormone yang disekresi kelenjar *pituitary* berkurang pada kondisi depresi, diperkirakan karena neuropeptida somatostatin yang meningkat pada kondisi depresi menghambat fungsi dari *growth hormone*. Prolaktin diperkirakan berhubungan dalam patofisiologi depresi karena respon prolaktin yang berkurang terhadap agonis serotonin pada kondisi depresi (Sadock, 2007).

f) Studi Pencitraan Otak dan Neuroanatomi

Baik gejala-gejala dari gangguan *mood* dan penelitian biologis mendukung hipotesis bahwa gangguan *mood* berkaitan dengan patologi otak. Terdapat empat daerah utama yang bertanggungjawab dalam regulasi emosi normal yaitu korteks prefrontal, *anterior cingulate*, hipokampus dan amigdala. Abnormalitas yang konsisten ditemui dalam gangguan depresi adalah peningkatan frekuensi dari hiperintensitas abnormal pada daerah subkortikal (regio periventrikular, ganglia basalis dan talamus). Beberapa pasien dengan depresi juga memiliki penurunan volume dari salah satu atau kedua regio otak, yaitu pada hipokampus atau nukleus kaudatus (Sadock, 2007).

2) Faktor Genetik

Berbagai studi keluarga, adopsi dan saudara kembar telah mendokumentasikan heritabilitas dari gangguan *mood*. Data dari studi familial menunjukkan bahwa jika satu dari kedua orang tua menderita gangguan *mood*, anak memiliki risiko 10 sampai 25

persen untuk menderitanya pula, jika keduanya memiliki gangguan tersebut, risiko bagi anak secara kasar meningkat dua kali lipat (Sadock, 2007).

3) Faktor Psikososial

a) Kejadian Hidup dan Stres Lingkungan

Observasi klinis menunjukkan bahwa kejadian hidup yang sulit sering mendahului episode-episode gangguan *mood*. Asosiasi ini telah dilaporkan baik untuk pasien dengan gangguan depresi mayor dan pasien dengan gangguan bipolar I. Sebuah teori mengajukan bahwa hal ini diakibatkan stres yang mengikuti episode pertama menghasilkan perubahan yang cenderung permanen pada biologi otak. Perubahan-perubahan ini mencakup hilangnya neuron dan pengurangan yang berlebih pada kontak sinaptis. Hasilnya, seseorang memiliki risiko tinggi untuk mengalami episode gangguan *mood* yang berlanjut (Sadock, 2007).

b) Faktor Kepribadian

Tak ada satu jenis faktor kepribadian yang menjadi predisposisi khusus bagi kondisi depresi, setiap orang dapat mengalami depresi. Namun, orang-orang dengan gangguan kepribadian tertentu seperti *obsessive compulsive disorder* (OCD), histrionik dan kepribadian ambang dapat memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi (Sadock, 2007).

c) Teori kognitif

Beck menunjukkan bahwa terdapat beberapa gangguan kognitif atau pola pikir yang menonjol pada gangguan depresi. Tiga pola kognitif utama yang berkaitan dengan depresi telah diidentifikasi Beck dan dinamakan triad kognitif, yaitu mencakup (1) pandangan negatif terhadap diri sendiri; (2) pandangan negatif terhadap lingkungan dan kecenderungan untuk mengalami dunia sebagai tempat yang berbahaya dan menuntut; (3) pandangan negatif terhadap masa depan (Sadock, 2007).

d) *Learned Helplessness*

Teori *learned helplessness* menghubungkan fenomena depresif pada pengalaman akan kejadian yang tak dapat dikendalikan. Misalnya, dalam sebuah penelitian di mana anjing di laboratorium dipaparkan pada sengatan listrik yang tak dapat mereka hindari, mereka menunjukkan perilaku yang sangat berbeda dengan anjing-anjing yang tak pernah terpapar pada hal tersebut. Anjing-anjing yang terpapar sengatan listrik tidak akan berusaha menembus pembatas untuk menghentikan arus listrik ketika berada di situasi belajar baru. Mereka tetap pasif dan tidak bergerak. Menurut teori ini, anjing-anjing yang telah disengat belajar bahwa hasil yang akan terjadi tidak terpengaruh oleh respon yang mereka lakukan, maka mereka mengalami defisit motivasional kognitif dan defisit emosional. Pada pengaplikasiannya ke gejala depresi di manusia,

pola internal yang mengakibatkan gangguan depresi diduga dihasilkan setelah kejadian eksternal yang buruk (Sadock, 2007).

d. Klasifikasi depresi menurut DSM-IV

Gangguan depresi mayor terjadi tanpa riwayat episode manik, campuran maupun hipomanik. Episode depresi mayor harus terjadi selama minimal 2 minggu, dan biasanya seorang yang terdiagnosis memiliki gangguan tersebut juga mengalami paling tidak empat gejala yang mencakup perubahan nafsu makan dan berat badan, pola tidur dan aktivitas, kekurangan tenaga, merasa bersalah, bermasalah dalam berpikir dan membuat keputusan dan pikiran berulang akan kematian dan bunuh diri (Sadock, 2007).

3. Pengaruh Kekerasan Seksual terhadap Depresi

Kekerasan seksual merupakan faktor risiko terhadap berbagai komplikasi, baik dampak fisik maupun psikologis. Pemerkosaan merupakan pelanggaran terhadap seorang individu. Perempuan lebih sering menjadi korban dari kekerasan seksual. Meskipun begitu, pria juga dapat mengalaminya dan pria juga mengalami dampak gangguan mental yang sama dengan perempuan (SVRI, 2010).

Perempuan yang mengalami kekerasan seksual dapat menderita berbagai cedera fisik, baik genital maupun luar genital, dan pada kasus ekstrim mereka dapat mengalami kematian. Kematian dapat terjadi baik karena tindakan kekerasan itu sendiri maupun tindakan retribusi (misalnya pembunuhan berdasar “kehormatan” sebagai hukuman pada korban yang

melaporkan tindakan tersebut) maupun akibat bunuh diri. Sebagai tambahan, perempuan yang mengalami kekerasan seksual memiliki risiko tinggi untuk mengalami kehamilan yang tak diharapkan, aborsi tidak aman, penyakit menular seksual, disfungsi seksual, infertilitas, nyeri pelvis, *pelvic inflammatory disease*, infeksi saluran kemih dan cedera genital (WHO, 2003).

Konsekuensi yang dialami seorang korban kekerasan seksual juga mencakup gangguan psikologis. Seseorang perlu dicurigai memiliki riwayat kekerasan seksual jika ia secara berulang mengalami kondisi seperti sindrom trauma pemerkosaan, PTSD (*post-traumatic stress disorder*), depresi, fobia sosial, kecemasan, penggunaan obat-obatan berlebih dan perilaku bunuh diri. Pada jangka panjang, seorang korban kekerasan seksual dapat memiliki keluhan-keluhan sakit kepala kronis, kelelahan, gangguan tidur, rasa mual yang berulang, gangguan makan, nyeri menstruasi dan kesulitan seksual (WHO, 2003).

Sindrom trauma pemerkosaan atau *rape trauma syndrome* (RTS) dapat didefinisikan sebagai pola respon stres dari seseorang yang telah mengalami kekerasan seksual. *Rape trauma syndrome* dapat berwujud simptom-simptom kognitif, psikologis dan/atau perilaku. RTS dapat terbagi menjadi fase akut dan fase jangka panjang. Fase akut merupakan masa disorganisasi, ia terjadi sekitar 2 sampai 3 minggu setelah kejadian kekerasan seksual dan korban cenderung mengalami simptom-simptom fisik dan disertai reaksi-reaksi emosional yang kuat, di mana reaksi

emosional tersebut cenderung diekspresikan atau ditahan. Fase jangka panjang merupakan masa reorganisasi dan terjadi setelah 2-3 minggu dari kejadian. Pada masa ini, korban mulai menata ulang hidupnya. Fase jangka panjang ini dapat menjadi adaptif atau maladaptif tergantung oleh individu (WHO, 2003).

Segera setelah kejadian kekerasan seksual, kebanyakan dari korban akan mengalami syok, rasa takut yang intens, perasaan hampa, kebingungan, rasa bersalah, terangsang berlebih serta tingkat kecemasan yang tinggi. Sekitar sepertiga dari korban pemerkosaan akan mengalami *post traumatic stress disorder* (PTSD) (SVRI, 2010).

Gejala-gejala tersebut biasanya meningkat keparahannya dalam tiga minggu pertama sebelum terjadi penurunan intensitas tiga bulan setelahnya. Bagi banyak korban, perasaan-perasaan yang dialami setelah pemerkosaan akan hilang sendiri dalam periode ini, namun bagi sisanya, simptom-simptom tersebut bertahan untuk waktu lama (SVRI, 2010).

Dampak kekerasan seksual terhadap seseorang berbeda-beda. Terdapat faktor-faktor yang sangat mempengaruhi dampak psikologis kekerasan seksual yang dialami oleh seseorang. Faktor-faktor tersebut antara lain (1) karakteristik sosio-biologis seseorang; (2) persepsi hak-hak dan status diri seseorang; (3) kepercayaan korban tentang apa yang termasuk kekerasan seksual; (4) riwayat trauma sebelumnya; (5) riwayat gangguan mental seseorang; (6) pandangan korban akan kondisi dari kejadian kekerasan seksual; (7) mekanisme *coping* dari korban; (8)

dukungan sosial dan keluarga yang positif; (9) latar belakang budaya korban; (10) pandangan korban terhadap respon masyarakat terhadap kekerasan seksual; (11) untuk kekerasan seksual pada masa kanak-kanak, hal-hal yang berpengaruh mencakup durasi, derajat dan frekuensi dari kekerasan seksual, serta hubungan korban dengan pelaku (SVRI, 2010).

Bagi seorang yang mengalami kekerasan seksual, secara psikis ia tak hanya perlu untuk menegosiasikan dan menginterpretasikan pengalamannya, namun juga respon dari masyarakat terhadap kekerasan seksual. Di banyak daerah di dunia, kekerasan seksual masih menjadi stigma dan seringkali yang disalahkan adalah pihak korban, di mana korban akan kehilangan kehormatan dan dipermalukan. Ketidakpercayaan dari keluarga dan masyarakat terhadap korban dapat pula mengarah pada trauma sekunder dari kekerasan seksual. Ditemukan, kurangnya menceritakan pengalaman pada orang lain memiliki asosiasi dengan konsekuensi psikologis yang lebih parah, terutama pada anak-anak (SVRI, 2010).

4. Pengaruh Keintiman Sosial dan Keluarga terhadap Depresi

Weiten (2013) mengutarakan bahwa dukungan sosial (*social support*) berperan penting dalam meningkatkan daya tahan terhadap stres, di mana stres eksternal dapat menjadi salah satu etiologi penting pada gangguan depresi. Dukungan sosial berfungsi sebagai peredam yang melindungi individu selama menghadapi stres serta mengurangi efek negatif dari *stressor*. Dukungan sosial juga dapat

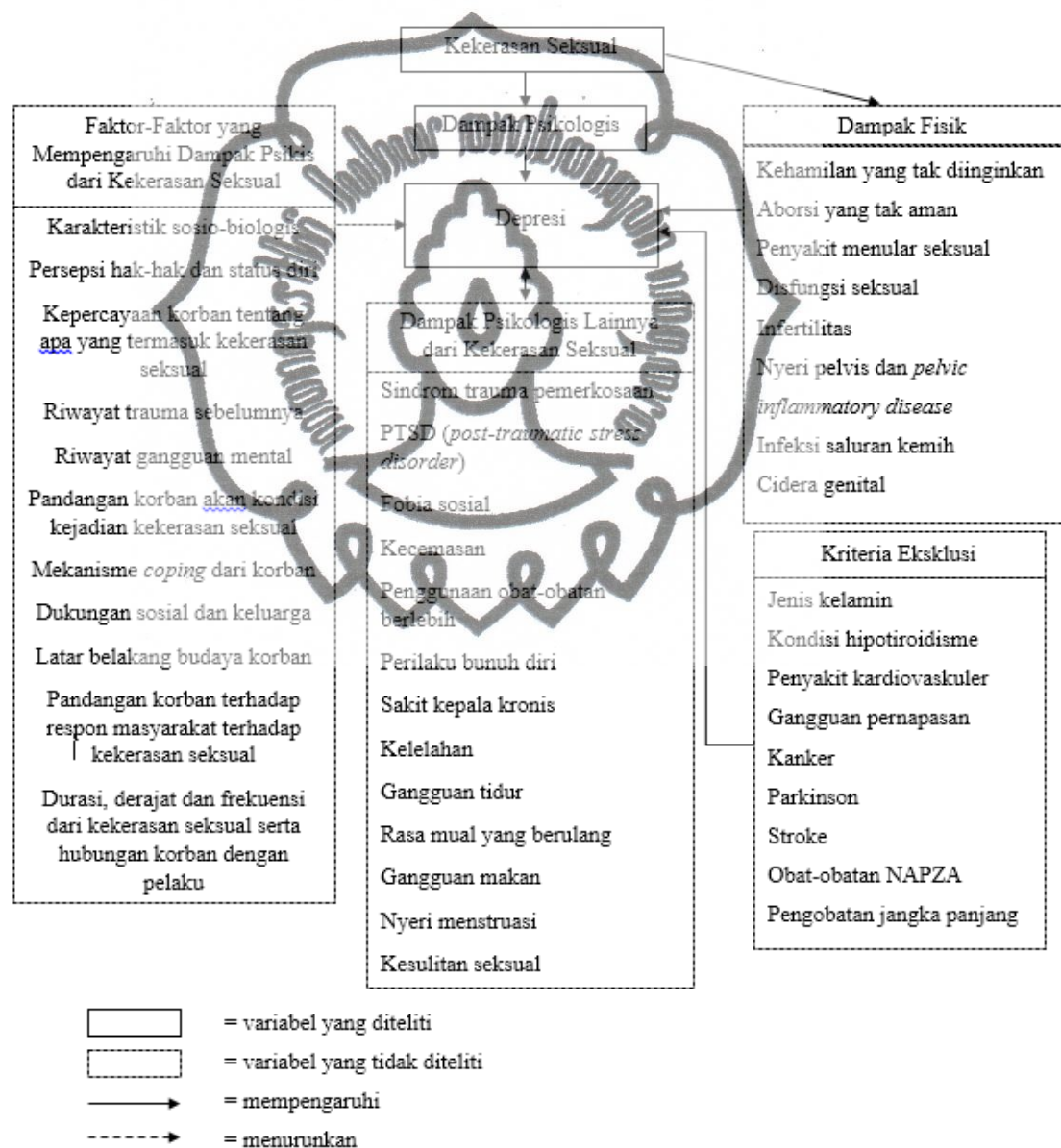
mengubah penilaian/ persepsi terhadap *stressor* (Cohen dan Wills, 1985), mengurangi reaktivitas terhadap stres fisiologis dan mencegah timbulnya respons stres yang berkepanjangan (Ochsner dan Gross, 2005), mengurangi tingkah laku yang merusak kesehatan seperti merokok dan minum-minuman beralkohol dan mendorong *coping mechanism* yang lebih konstruktif (Weiten *et al.*, 2009).

Dimensi dukungan sosial sangatlah luas, namun dukungan sosial yang berasal dari keluarga dan kerabat atau lapis terdekat seseorang adalah dukungan sosial yang dianggap paling penting dan berperan penting dalam menghadapi kondisi stres (Myers, 2014). Oleh sebab itu hubungan antara anggota keluarga, kondisi kedekatan dan keintiman keluarga merupakan faktor yang berperan penting bagi seseorang dalam menghadapi stres. Keintiman bisa terjadi baik dengan diri sendiri maupun dengan orang lain (Howard, 2001). Tingkat keintiman keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu *attachment* (kelekatan), *equity* (kesetaraan), dan *self-disclosure* (keterbukaan) (Wismanto, 2012).

Beberapa penelitian juga mengemukakan bahwa seseorang yang dibesarkan dalam lingkungan sosial keluarga yang kurang baik lebih berisiko mengalami gangguan kepribadian dan berperilaku menyimpang dibandingkan dengan orang yang dibesarkan dalam lingkungan harmonis. Kriteria keluarga yang tidak sehat diantaranya adalah (1) keluarga yang tidak utuh (*broken home by death or separation*), (2) kesibukan orang tua, ketidakberadaan dan ketidakbersamaan orang tua dan anak di rumah dan

(3) hubungan interpersonal antara anggota keluarga (ayah, ibu, dan anak) yang tidak baik sehingga terjadi suasana yang tegang dan dingin (Hawari, 1997).

B. Kerangka Pemikiran



Gambar 2.1. Kerangka Pemikiran

commit to user

C. Hipotesis

Pengalaman menerima kekerasan seksual dapat meningkatkan tingkat depresi pada perempuan pekerja seksual di Yogyakarta.

