

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU

Tema 5: Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan



Ana Rosidha Tamyis

Niken Kusumawardhani

Fatin Nuha Astini

LAPORAN PENELITIAN SMERU

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU
Tema 5: Pengurangan Kekerasan terhadap
Perempuan

Ana Rosidha Tamyis

Niken Kusumawardhani

Fatin Nuha Astini

Editor

Gunardi Handoko

The SMERU Research Institute

Mei 2019

TIM PENELITIAN

Peneliti SMERU

Ahmad Zuhdi Dwi Kusuma

Ana Rosidha Tamyis

Dinar Dwi Prasetyo

Dyan Widyaningsih

Elza Elmira

Fatin Nuha Astini

Mayang Rizky

Niken Kusumawardhani

Nurmala Selly Saputri

Ridho Al Izzati

Stella Aleida Hugatalung

Veto Tyas Indrio

Peneliti Daerah

Farida Hanim, Nur Fitri Yani Saputri, Steve Christiantara, M. Ridlo Susanto, Ratna Yunita, Rianigustin Mozar, Anas Sutisna, Lina Rozana, Mochamad Faizin, Andi Kasirang T. Baso, Ari Ratna Kurniastuti, Andi Tenri D., Abri Demang, Herry Widjanarko, Yakomina W. Nguru S. P.

Peneliti Lapangan

Elsa Melonika P. S., Firman Frans Silalahi, Lasma Delima Silitonga, Natasia Simangunsong, Nurhayani Lubis, Romi Comando Girsang, Romi Oktolius Ginting, Suci Andarini, Tengku Mossadeq Alqorny, Windo Harjoin Sidabuntar, Atin Supriyatin, Dhika Pratama A, Dwi Agustina, Fathurohim, Lia Restiawati H. Refa Nurasyifa R., Rizki Amalia H., Ani Kurniasih, Uli Nurjanah, Wahyu Romiyanto, Astarina Fiona Hayani, Milsa Nurhayati, Muhammad Taufiq, Purwa Indra Santoso, Rahmat Saiful, Rini Mulliyani, Shinta Damayanti Pratiwi, Siti Arbi'ah, Wahyu Hidayat, Annisa, Charis Suhud, Diesna Sari, Muhammad Rijal J., Nining Ade N., Nurmayasinta, Purnamasari, Ramlan Bahar, Riski Manwar, Uwais Al Qani, Rahmianti S., Ervilinda Teva, Feri Rince Sila, Jidream Marted Bell, Jonatan Pilmon Sila, Junedi Edison P. F., Naomi Dang, Ofin Zadrak Nakamnanu, Seleutaemar Bia, Yaner Adrianus Sae, Yefta Y. Naubnom

Data Katalog-dalam-Terbitan The SMERU Research Institute

Ana Rosidha Tamyis

LAPORAN PENELITIAN SMERU: Laporan Tematik Studi Midline MAMPU Tema 5: Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan./ Ditulis oleh Ana Rosidha Tamyis; Niken Kusumawardhani; Fatin Nuha Astini.

xii; 66p.; 29 cm.

ISBN 978-602-7901-77-3 (versi cetak)

ISBN 978-602-7901-78-0 (versi elektronik)

1. Kekerasan 2. Perempuan

I. Judul

362.83 –ddc'23



Ciptaan disebarluaskan di bawah Lisensi Creative Commons Atribusi-NonKomersial 4.0 Internasional.

Konten SMERU dapat disalin atau disebarluaskan untuk tujuan nonkomersial sejauh dilakukan dengan menyebutkan The SMERU Research Institute sebagai sumbernya. Jika tidak ada kesepakatan secara kelembagaan, format PDF publikasi SMERU tidak boleh diunggah dalam jaringan (daring) dan konten daring hanya bisa dipublikasikan melalui tautan ke situs web SMERU.

Laporan penelitian ini disusun dan diterbitkan oleh The SMERU Research Institute dengan dukungan dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU). Program MAMPU merupakan inisiatif bersama antara Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin di Indonesia terhadap berbagai layanan publik dan program pemerintah dalam rangka mencapai kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. Informasi yang disajikan dalam publikasi ini merupakan tanggung jawab tim penyusun dan tidak mewakili pandangan Pemerintah Indonesia dan Pemerintah Australia.

Studi dalam publikasi ini sebagian besar menggunakan metode wawancara dan diskusi kelompok terfokus. Semua informasi terkait direkam dan disimpan di kantor SMERU.

Untuk mendapatkan informasi mengenai publikasi SMERU, hubungi kami melalui nomor telepon 62-21-31936336, nomor faks 62-21-31930850, atau alamat surel smeru@smeru.or.id; atau kunjungi situs web www.smeru.or.id.

Foto Sampul: Dokumentasi SMERU

UCAPAN TERIMA KASIH

Laporan ini dapat diselesaikan berkat dukungan berbagai pihak. Untuk itu, kami menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada Bapak/Ibu Stewart Norup, Atik Dewi, dan Astutik Supraptini dari Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU) yang telah memfasilitasi dan memberi arahan teknis selama pelaksanaan penelitian ini. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada mitra MAMPU, khususnya di wilayah penelitian, atas informasi berharga terkait kegiatan yang dilakukan dan gambaran umum kondisi wilayah penelitian.

Ucapan terima kasih kami sampaikan pula kepada pemerintah daerah wilayah penelitian, terutama para camat dan kepala desa beserta staf yang telah memperlancar dan memberikan informasi berharga sehingga penelitian ini terlaksana dengan baik. Kami juga berterima kasih kepada para informan kunci lainnya, baik di tingkat desa maupun masyarakat, atas segala informasi berharga untuk penelitian ini. Penghargaan dan terima kasih juga kami sampaikan kepada semua keluarga responden yang telah bersedia diwawancarai dan meluangkan waktu mereka yang berharga. Terakhir, kami berterima kasih kepada peneliti lokal dan pendata di wilayah penelitian yang telah membantu tim peneliti SMERU melakukan wawancara dan mengumpulkan informasi di lapangan.

Laporan Tematik Studi *Midline* MAMPU Tema 5: Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan

Ana Rosidha Tamyis, Niken Kusumawardhani, dan Fatin Nuha Astini

Dengan mempelajari upaya-upaya pengurangan kekerasan terhadap perempuan dalam ranah rumah tangga di lima kabupaten di Indonesia (Deli Serdang, Cilacap, Timor Tengah Selatan, Kubu Raya, serta Pangkajene dan Kepulauan) pada 2014 dan 2017, studi ini berupaya menangkap perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan perlindungan korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) selama tiga tahun terakhir. Di wilayah studi, penerimaan perempuan miskin terhadap tindakan kekerasan fisik yang dilakukan pasangan selalu lebih tinggi jika dibandingkan dengan penerimaan mereka terhadap jenis kekerasan lain, yaitu kekerasan psikis, seksual, ataupun ekonomi. Temuan studi ini menunjukkan bahwa 16% responden pernah mengalami setidaknya satu jenis KDRT oleh pasangannya. Masyarakat di wilayah studi berpendapat bahwa KDRT terutama terjadi karena dipicu oleh (i) kesulitan ekonomi, (ii) persoalan asmara (perselingkuhan dan rasa cemburu, baik oleh suami maupun istri), dan (iii) kebiasaan minum-minuman keras. Pelaporan secara informal, yaitu melalui keluarga dan kepada perangkat desa atau tokoh masyarakat/adat di lingkungan desa tempat tinggal, merupakan jenis pengaduan yang paling banyak ditemui di semua lokasi studi. Dalam tiga tahun terakhir, keberadaan media, sosialisasi, dan program/kegiatan di desa-desa studi telah berperan dalam meningkatkan pengetahuan para perempuan akan jenis kekerasan terhadap perempuan serta layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan yang tersedia, baik yang berada di dalam maupun di luar desa. Meskipun layanan perlindungan korban KDRT dalam bentuk yang lebih formal sudah tersedia di wilayah studi, terdapat beberapa faktor yang menjadi kendala bagi perempuan miskin dalam mengakses layanan tersebut. Studi ini merekomendasikan beberapa upaya peningkatan akses terhadap layanan KDRT dengan melibatkan perempuan miskin, masyarakat, pemerintah, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) sebagai pelaksananya.

Kata kunci: akses perempuan miskin, KDRT, layanan perlindungan

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| UCAPAN TERIMA KASIH | i |
| ABSTRAK | ii |
| DAFTAR ISI | iii |
| DAFTAR TABEL | iv |
| DAFTAR GAMBAR | iv |
| DAFTAR KOTAK | iv |
| DAFTAR LAMPIRAN | iv |
| DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM | v |
| RANGKUMAN EKSEKUTIF | vii |
| I. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi | 1 |
| 1.2 Tujuan Studi | 3 |
| 1.3 Metodologi | 3 |
| II. KONDISI DAN PENANGANAN KDRT | 10 |
| 2.1 Pemahaman Perempuan Miskin mengenai KDRT dan Sumber Informasinya | 10 |
| 2.2 Prevalensi dan Penyebab KDRT di Wilayah Studi | 14 |
| 2.3 Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT di Wilayah Studi | 21 |
| 2.4 Determinan Perilaku Melaporkan KDRT yang Dialami Diri Sendiri | 27 |
| 2.5 Kendala Pelaporan Kasus KDRT di Wilayah Studi | 31 |
| III. PERUBAHAN AKSES PEREMPUAN MISKIN TERHADAP LAYANAN PENANGANAN, PERLINDUNGAN, DAN PEMULIHAN BAGI PEREMPUAN MISKIN KORBAN KDRT | 35 |
| 3.1 Perubahan Ketersediaan Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan bagi Perempuan Miskin Korban KDRT | 35 |
| 3.2 Perubahan Perilaku Perempuan Miskin dalam Mengakses Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT | 38 |
| 3.3 Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan bagi Perempuan Miskin Korban KDRT | 40 |
| IV. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI | 42 |
| 4.1 Kesimpulan | 42 |
| 4.2 Rekomendasi | 43 |
| DAFTAR ACUAN | 47 |
| LAMPIRAN | 50 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 1. Lokasi Studi | 3 |
| Tabel 2. Kegiatan Pengumpulan Data Primer Kualitatif | 8 |
| Tabel 3. Ketersediaan Layanan bagi Korban KDRT di Wilayah Studi | 23 |
| Tabel 4. Analisis Determinan Perilaku Melaporkan KDRT yang Menimpa Diri Sendiri | 30 |
| Tabel 5. Perubahan Regulasi, Kelembagaan, dan Program terkait Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Perempuan Korban KDRT di Lokasi Studi (2014–2017) | 36 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 1. Respons perempuan miskin di wilayah studi terhadap jenis-jenis KDRT | 12 |
| Gambar 2. Pengalaman KDRT responden dalam setahun terakhir | 16 |
| Gambar 3. Jenis KDRT yang pernah dialami responden | 16 |
| Gambar 4. Jumlah jenis KDRT yang dialami responden | 17 |
| Gambar 5. Sikap perempuan miskin dalam melaporkan kejadian KDRT | 21 |
| Gambar 6. Pihak yang akan dihubungi untuk melaporkan kejadian KDRT | 22 |

DAFTAR KOTAK

| | |
|--|----|
| Kotak 1 Narasi Cerita KDRT Jenis Kekerasan Fisik | 12 |
| Kotak 2 Kasus Penelantaran di Desa H | 18 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|----|
| Lampiran 1 Prosedur Kuesioner Bab V | 51 |
| Lampiran 2 Formulir Jawaban Responden untuk Bagian Kedua Bab V | 54 |
| Lampiran 3 Kuesioner Bab V | 55 |
| Lampiran 4 Program/Kegiatan Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat di Lokasi Studi | 65 |

DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

| | |
|------------------|--|
| APBD | anggaran pendapatan dan belanja daerah |
| Anggur Merah | Anggaran untuk Rakyat Menuju Sejahtera |
| BITRA | Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia |
| Bhabinkamtibmas | bhayangkara pembina keamanan dan ketertiban masyarakat |
| BPS | Badan Pusat Statistik |
| BPD | Badan Permusyawaratan Desa |
| BRG | Badan Restorasi Gambut |
| BSA | Balai Sakinah 'Aisyiyah |
| CA | <i>contribution analysis</i> |
| CSR | <i>corporate social responsibility</i> /tanggung jawab sosial perusahaan |
| DP3AP2KB | Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana |
| FGD | <i>focus group discussion</i> /diskusi kelompok terfokus |
| FKPM | Forum Kemitraan Polisi dan Masyarakat |
| JPMP | Jaringan Peduli Masalah Perempuan |
| Kemenkes | Kementerian Kesehatan |
| KemenPPPA | Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak |
| Komnas Perempuan | Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan |
| KDRT | kekerasan dalam rumah tangga |
| KPKG | Kelompok Pemerhati Kesetaraan Gender |
| KtP | kekerasan terhadap perempuan |
| LBH APIK | Lembaga Bantuan Hukum Asosiasi Perempuan Indonesia untuk Keadilan |
| LLB | Laki-laki Baru |
| OPD | organisasi perangkat daerah |
| PBB | Perserikatan Bangsa-Bangsa |
| P2TP2A | Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak |
| P2TP2A Citra | Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Cilacap Tanpa Kekerasan |
| PEKKA | Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga |
| perbup | peraturan bupati |
| pergub | peraturan gubernur |
| perdes | peraturan desa |

| | |
|-------------------|---|
| permen | peraturan menteri |
| polsek | kepolisian sektor |
| polres | kepolisian resor |
| P3A | pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak |
| PKDRT | pencegahan kekerasan dalam rumah tangga |
| PKK | Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga |
| polmas | pemolisian masyarakat |
| polwan | polisi wanita |
| PPA | pelayanan perempuan dan anak |
| PPT | pusat pelayanan terpadu |
| puskesmas | pusat kesehatan masyarakat |
| RAD | rencana aksi daerah |
| Rastra | Beras Sejahtera |
| ranperdes | rancangan peraturan desa |
| RT | rukun tetangga |
| RW | rukun warga |
| SDGs | Sustainable Development Goals/Tujuan Pembangunan Berkelanjutan |
| SK | surat keputusan |
| SPHPN | Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional |
| SPP PNPM Pedesaan | Simpan Pinjam untuk Perempuan Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Pedesaan |
| SSP | Sanggar Suara Perempuan |
| TKP | tempat kejadian perkara |
| UPK | unit pelaksana kegiatan |
| UU | Undang-Undang |
| UU PKDRT | Undang-Undang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga |
| Wadul Bae | Warga Peduli Anak Ian Simboke |

RANGKUMAN EKSEKUTIF

Latar Belakang dan Tujuan Studi

Studi akses perempuan miskin terhadap pelayanan publik merupakan bagian dari studi longitudinal yang dijalankan selama enam tahun (2014–2020) atas kerja sama The SMERU Research Institute dan Program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU)ⁱ. Studi *Baseline* MAMPU tentang akses perempuan miskin terhadap layanan publik dan penghidupan telah dilakukan pada 2014. Pada 2015, dilakukan Studi Modul yang secara khusus melihat dinamika kehidupan perempuan miskin ketika terjadi perubahan kebijakan subsidi BBM pada 2015. Studi *Midline* MAMPU dilakukan pada 2017 dan bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi sepanjang 2014–2017.

Salah satu tema studi yang menjadi fokus Program MAMPU adalah “pengurangan kekerasan terhadap perempuan”.ⁱⁱ Kekerasan terhadap perempuan (KtP) masih menjadi permasalahan serius di Indonesia. Hasil Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) tahun 2016ⁱⁱⁱ menunjukkan bahwa 1 dari 3 perempuan usia 15–64 tahun mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan dan oleh orang selain pasangan selama hidupnya. Pendataan oleh Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) mengungkapkan bahwa terjadi 259.150 kasus KtP sepanjang 2016. Tingginya angka KtP di Indonesia menunjukkan bahwa pekerjaan yang harus dilakukan Pemerintah Indonesia bersama seluruh masyarakat untuk menghapuskan KtP masih banyak. Indonesia juga sedang dalam proses untuk mencapai poin kelima target Sustainable Development Goals (SDGs)^{iv} pada 2030, yaitu tercapainya kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan dan anak perempuan. Salah satu targetnya adalah mencegah dan menghilangkan kekerasan terhadap individu, khususnya perempuan dan anak.

Fokus utama laporan ini adalah KtP yang tergolong kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), khususnya yang dialami perempuan sebagai istri dan dilakukan oleh laki-laki sebagai suaminya. Pembatasan ruang lingkup ini mempertimbangkan tingginya angka KDRT di Indonesia dan besarnya dampak KDRT terhadap korban, baik dampak psikologis maupun fisik. Pada perempuan miskin, keterbatasan uang dan waktu serta ketidakpercayaan diri di antara mereka berdampak pada rendahnya peluang untuk mengakses berbagai layanan publik, termasuk layanan perlindungan dari kekerasan.

Pada tema KtP, Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk mendalami:

- a) pemahaman perempuan miskin mengenai KDRT dan jenis-jenis KDRT;
- b) pemahaman terkait perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan perlindungan untuk korban KDRT;

ⁱProgram MAMPU adalah bentuk kemitraan antara Pemerintah Australia dan Pemerintah Indonesia untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. MAMPU memfokuskan intervensi pada perempuan miskin dan organisasi perempuan yang memperjuangkan hak-hak perempuan miskin.

ⁱⁱEmpat tema lainnya adalah perlindungan sosial, perempuan pekerja rumahan, perempuan pekerja migran, serta kesehatan dan nutrisi ibu.

ⁱⁱⁱSurvei diselenggarakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

^{iv}Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.

- c) jenis-jenis layanan penanganan, perlindungan, serta pemulihan korban KDRT yang tersedia di wilayah studi dan perubahan ketersediaan layanan sejak 2014; dan
- d) proses terjadinya perubahan dalam mengakses layanan bagi korban KDRT, termasuk faktor dan aktor yang mendukung dan menghambat perubahan.

Metodologi

Kabupaten dan desa yang menjadi wilayah sampel pada Studi *Midline* MAMPU masih sama dengan sampel pada Studi *Baseline* MAMPU. Wilayah studi dipilih dengan metode *purposive sampling*.^v Terdapat lima kabupaten lokasi studi, yaitu Deli Serdang (Sumatra Utara), Cilacap (Jawa Tengah), Kubu Raya (Kalimantan Barat), Pangkajene dan Kepulauan atau Pangkep (Sulawesi Selatan), dan Timor Tengah Selatan atau TTS (Nusa Tenggara Timur). Pada setiap kabupaten dipilih 3 desa studi sehingga seluruhnya terdapat 15 desa studi. Pengumpulan data di tingkat desa dan kabupaten dilakukan pada Oktober–November 2017.

Studi ini menggunakan dua metode, yakni metode kuantitatif dan kualitatif. Metode kuantitatif dilakukan melalui survei keluarga berbasis kuesioner. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan longitudinal yang berarti bahwa keluarga yang terdata pada Studi *Baseline* MAMPU dikunjungi kembali untuk diwawancarai dan diperbarui datanya dengan syarat bahwa keluarga tersebut masih berdomisili di salah satu desa sampel pada kabupaten yang sama. Pertanyaan terkait KDRT diperkenalkan pertama kali dalam kuesioner pada Studi *Midline* MAMPU. Dengan demikian, data kuantitatif terkait topik tersebut tidak tersedia pada Studi *Baseline* MAMPU. Pihak yang menjadi responden topik mengenai KDRT dalam studi ini adalah perempuan usia 15–40 tahun pada rumah tangga sampel yang sudah pernah menikah, dan jawabannya tidak boleh diwakili oleh anggota keluarga lainnya apabila responden dimaksud tidak berada di rumah. Pada metode kualitatif, pengumpulan data sekunder dilakukan melalui kajian literatur pada tahap awal penelitian. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara mendalam, diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion/FGD*), dan observasi. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara semiterstruktur pada tingkat keluarga dan tingkat masyarakat/desa hingga kabupaten. FGD terdiri atas FGD mini dan FGD desa. FGD mini melibatkan perempuan miskin yang seluruhnya merupakan anggota kelompok dampingan,^{vi} atau perempuan miskin yang seluruhnya bukan anggota kelompok dampingan, di tingkat desa. FGD desa melibatkan perwakilan kelompok perempuan miskin dan tokoh-tokoh masyarakat atau kelompok elite desa.

Kondisi dan Penanganan KDRT

Pemahaman Perempuan Miskin mengenai KDRT dan Sumber Informasinya

Secara umum warga masyarakat, baik perempuan maupun laki-laki, telah mengetahui jenis-jenis KtP yang dapat terjadi dalam lingkup rumah tangga berdasarkan Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang penghapusan KDRT, yaitu kekerasan fisik, psikis, dan seksual, serta penelantaran rumah tangga. Kekerasan fisik adalah jenis kekerasan yang paling banyak diketahui dan pertama-

^vPenentuan wilayah sampel dengan pertimbangan tertentu.

^{vi}Kelompok perempuan yang mendapat pendampingan dari lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan, baik yang berafiliasi dengan MAMPU maupun tidak. Pendampingan ini biasanya mencakup berbagai kegiatan pemberdayaan dan pelatihan bagi perempuan, baik terkait ekonomi maupun hal-hal nonekonomi.

tama disebutkan masyarakat (*top of mind*). Meskipun demikian, terdapat variasi tingkat pemahaman dan respons yang beragam terkait suatu perbuatan yang dapat atau tidak dapat dikategorikan sebagai tindakan KtP.

Temuan kualitatif dan kuantitatif memperlihatkan adanya variasi respons perempuan miskin terhadap berbagai jenis KDRT. Hal ini tidak terlepas dari adat istiadat dan norma atau budaya yang berlaku di sebuah wilayah yang berkontribusi dalam membentuk pemahaman perempuan miskin mengenai hak suami dalam berperilaku terhadap pasangannya.

Studi ini menemukan beberapa sumber informasi terkait jenis-jenis KtP dan KDRT di wilayah studi yang diperkirakan turut berkontribusi membentuk pemahaman masyarakat mengenai jenis-jenis KtP dan KDRT. Sumber informasi yang teridentifikasi di lokasi studi adalah media (televisi, radio, cetak) dan aneka kegiatan sosialisasi mengenai jenis, pencegahan, maupun penanganan KDRT yang disediakan berbagai pihak seperti mitra MAMPU, Dinas Pemberdayaan Perempuan di kabupaten setempat, tokoh agama, kepolisian, dan kejaksaan.

Prevalensi dan Penyebab KDRT di Wilayah Studi

Temuan studi ini menunjukkan bahwa 16% dari 515 responden perempuan pernah mengalami setidaknya 1 jenis KDRT oleh pasangannya dalam setahun terakhir. Proporsi tertinggi responden yang pernah mengalami KDRT oleh pasangan adalah di TTS (20%), sementara yang paling rendah adalah di Deli Serdang (9%). Proporsi tertinggi responden yang mengaku pernah mengalami kekerasan fisik berada di TTS, yakni sebesar 67%. Angka ini jauh lebih tinggi daripada rata-rata seluruh wilayah studi yang hanya 46%. Untuk jenis kekerasan psikis, proporsi tertinggi responden yang pernah mengalaminya berada di Kubu Raya, yaitu sebesar 60%. KDRT untuk jenis kekerasan seksual di Pangkep lebih tinggi jika dibandingkan dengan rata-rata seluruh wilayah studi, yakni 44%. Kekerasan ekonomi mencapai 46%, 50%, dan 44% masing-masing untuk Cilacap, TTS, dan Pangkep, sedangkan rata-rata wilayah studi hanya menunjukkan angka 26%. Apabila dilihat dari jumlah jenis KDRT yang dialami, hasil survei menunjukkan bahwa 63% responden mengaku hanya mengalami 1 jenis KDRT.

Berdasarkan persepsi masyarakat di wilayah studi, penyebab utama KDRT adalah (i) kesulitan ekonomi, (ii) persoalan asmara (perselingkuhan dan rasa cemburu, baik oleh suami maupun istri), dan (iii) kebiasaan minum-minuman keras. Kebiasaan minum minuman beralkohol di desa-desa studi berkaitan dengan kebiasaan masyarakat setempat dan kemudahan untuk mendapatkan minuman tradisional beralkohol. Masyarakat di lokasi studi juga berpendapat bahwa KDRT tidak selalu disebabkan oleh peristiwa besar, melainkan juga kejadian-kejadian kecil sehari-hari.

Studi ini menyimpulkan bahwa KDRT yang menimpa perempuan miskin di wilayah studi sebenarnya terjadi karena posisi dominan laki-laki di dalam keluarga yang umum berlaku di Indonesia dan pembagian beban domestik yang jauh lebih berat untuk perempuan. Perempuan cenderung lebih sering menjadi sasaran tindak kekerasan oleh pasangannya karena laki-laki memiliki posisi yang lebih dominan sebagai kepala keluarga. Norma sosial yang berlaku di Indonesia meletakkan beban pengurusan rumah tangga dan anak pada perempuan, sementara pencarian nafkah diposisikan sebagai tugas laki-laki. Sebagian masyarakat di wilayah studi juga mengaitkan kejadian KDRT dengan berbagai kondisi dan permasalahan sosial di dalam masyarakat seperti pernikahan dini, kebiasaan berjudi, dan perselingkuhan.

Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT di Wilayah Studi

Hasil survei menunjukkan bahwa perempuan miskin memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri atau anggota keluarga inti perempuan jika dibandingkan dengan KDRT yang menimpa teman atau tetangga. Temuan ini mengindikasikan bahwa sikap perempuan miskin dalam melaporkan KDRT berkaitan erat dengan kekuatan hubungan personal mereka dengan pihak yang menjadi korban. Hasil survei juga memperlihatkan bahwa sebagian besar perempuan akan melaporkan kejadian KDRT kepada pihak keluarga (baik keluarga sendiri ataupun keluarga korban) maupun pihak di luar keluarga, yaitu perangkat desa dan tetangga, dan hanya sebagian kecil yang akan melaporkannya kepada pihak berwajib seperti polisi dan Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A).

Layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT telah ditemui di semua lokasi studi dengan beragam kondisi. Namun, penyelesaian kasus KDRT masih didominasi upaya internal di dalam keluarga dan pelaporan kepada perangkat desa atau tokoh masyarakat/adat di desa tempat tinggal. Hal ini terjadi karena kasus KDRT dianggap sebagai urusan pribadi/keluarga; dengan demikian, hanya anggota keluarga yang dianggap perlu terlibat. Selain itu, KDRT umumnya tidak teramati langsung oleh masyarakat karena terjadi pada ranah domestik dan dianggap sebagai permasalahan domestik keluarga.

Pelaporan secara informal, yaitu melalui keluarga dan kepada perangkat desa atau tokoh masyarakat/adat di lingkungan desa tempat tinggal, merupakan jenis pengaduan yang paling banyak ditemui di semua lokasi studi. Khusus untuk dua desa studi di TTS (Desa M dan Desa N), telah ada peraturan desa (perdes) atau rancangan peraturan desa (ranperdes) yang memfasilitasi pelaporan di tingkat desa. Pada semua lokasi studi, hanya di TTS ditemui Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang memiliki fokus untuk memberikan pendampingan kepada korban KtP, yaitu Sanggar Suara Perempuan (SSP). LSM lainnya yang bekerja di desa studi juga memberikan perhatian pada tema KtP, tetapi dalam ruang lingkup dan kegiatan yang lebih terbatas. Layanan penegakan/bantuan hukum dan layanan kesehatan tersedia di hampir semua lokasi studi, tetapi kedua layanan tersebut memiliki kondisi dan tantangan yang beragam. Layanan rehabilitasi di desa-desa studi masih dalam kondisi yang sangat terbatas jika dibandingkan dengan jenis-jenis layanan lainnya karena kendala dalam hal sumber daya manusia dan infrastruktur fisik.

Determinan Perilaku Melaporkan KDRT yang Dialami Diri Sendiri

Regresi multivariat dilakukan untuk menemukan faktor-faktor yang merupakan determinan perilaku melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri di antara perempuan miskin. Variabel yang diperkirakan memengaruhi keputusan untuk melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri terbagi ke dalam tiga kelompok besar, yakni variabel tingkat individu, tingkat keluarga, dan tingkat desa. Pada variabel tingkat individu, terindikasi bahwa perilaku ini berkaitan erat dengan (i) tingkat pendidikan, (ii) pengalaman melahirkan, (iii) kepemilikan dokumen hukum, dan (iv) keaktifan dalam kegiatan berkumpul dengan sesama perempuan di dalam masyarakat. Pada variabel tingkat keluarga, hanya rasio ketergantungan^{vii} yang menjadi determinan perilaku melaporkan KDRT yang dialami diri sendiri. Pada variabel tingkat desa, beberapa indikator dari Pendataan Potensi Desa (Podes) 2014, yaitu pendidikan dan transportasi, menunjukkan hubungan yang positif dan signifikan

^{vii}Rasio ketergantungan adalah perbandingan antara jumlah anggota keluarga berusia 0–14 tahun, ditambah dengan jumlah anggota keluarga berusia 65 tahun ke atas, dan jumlah anggota keluarga berusia 15–64 tahun. Rasio ketergantungan menunjukkan besarnya anggota keluarga golongan usia produktif yang dapat menghasilkan barang dan jasa bernilai ekonomi bagi golongan usia muda dan usia tua (golongan usia tidak produktif).

secara statistik terhadap perilaku melaporkan kasus KDRT yang dialami diri sendiri. Temuan menarik pada analisis multivariat determinan adalah bahwa keberadaan peraturan desa tentang perlindungan perempuan dan anak justru berhubungan negatif dengan probabilitas perempuan untuk melaporkan kasus KDRT. Berdasarkan temuan kualitatif, penyebab hal tersebut adalah ketakutan warga masyarakat untuk membayar denda atas perbuatan KDRT dan adanya kewajiban untuk membayar hantaran untuk penyelesaian kasus.

Kendala Pelaporan Kasus

Studi ini mengidentifikasi beberapa kendala dalam pelaporan kasus KDRT serta kendala yang menyebabkan kasus KDRT tidak dapat diproses lebih lanjut di wilayah studi:

- a) pandangan bahwa KDRT merupakan masalah domestik dan tabu;
- b) adanya risiko akibat pelaporan KDRT, yaitu perceraian dan masalah ekonomi;
- c) permasalahan kelengkapan dokumen pernikahan;
- d) biaya penyelesaian kasus KDRT;
- e) masalah jarak, sulitnya akses, dan keterbatasan layanan yang tersedia;
- f) proses yang rumit dan makan waktu lama; dan
- g) terbatasnya pengetahuan terkait pihak penyedia layanan perlindungan korban KDRT.

Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT

Perubahan Ketersediaan Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan bagi Perempuan Miskin Korban KDRT

Studi ini mengidentifikasi bahwa setidaknya terdapat tiga jenis perubahan terkait ketersediaan layanan bagi penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT sepanjang tahap Studi *Baseline* MAMPU hingga tahap Studi *Midline* MAMPU di lokasi studi, yaitu:

- a) terbentuknya atau proses mulai dirumuskannya regulasi baru yang menjadi acuan atau mendukung penyediaan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan bagi perempuan korban KDRT pada tingkat desa dan kabupaten;
- b) terbentuknya kelembagaan pemerintahan di tingkat kabupaten berupa organisasi perangkat daerah (OPD) yang khusus menangani pemberdayaan perempuan; dan
- c) terbentuknya program atau lembaga yang menyediakan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan perempuan korban KDRT di tingkat desa.

Perubahan Perilaku Perempuan Miskin dalam Mengakses Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT

Keberadaan media, sosialisasi, dan program/kegiatan di desa-desa studi^{viii} telah berperan dalam meningkatkan pengetahuan para perempuan akan jenis KtP (termasuk KDRT) serta layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan yang tersedia baik di dalam maupun di luar desa. Peningkatan pengetahuan terutama terjadi pada perempuan miskin yang mendapatkan pendampingan dan sosialisasi secara intensif, baik oleh lembaga yang khusus menempatkan

^{viii}Lihat subbab 2.1 mengenai sumber informasi, jenis, dan layanan KDRT.

penanganan isu KDRT sebagai fokus kerjanya maupun lembaga yang memasukkan isu KDRT sebagai salah satu materi pendampingannya.

Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT

Perubahan regulasi, kelembagaan, dan program terkait layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT di wilayah studi baik pada tingkat kabupaten maupun desa tidak terlepas dari (i) faktor keberadaan regulasi pada tingkat yang lebih tinggi (nasional, daerah) yang menjadi payung hukum bagi regulasi, lembaga, maupun program di bawahnya (daerah, desa); (ii) faktor prioritas penanganan isu KtP di daerah setempat; dan (iii) faktor keberadaan serta kesediaan pemangku kepentingan untuk ikut terlibat. Aktor-aktor yang terlibat di tingkat kabupaten hingga desa adalah pemerintah daerah, terutama Dinas Pemberdayaan Perempuan, pemerintah desa, dan SSP selaku mitra MAMPU.

Pada aspek perubahan perilaku, peningkatan pengetahuan para perempuan miskin tidak terlepas dari faktor keberadaan informasi yang bersumber dari berbagai media, sosialisasi, dan program/kegiatan di desa-desa studi. Berbagai pihak, baik lembaga (lembaga nonpemerintah seperti LSM mitra MAMPU serta lembaga pemerintah/negara seperti kepolisian dan kejaksaan) maupun individu (seperti tokoh masyarakat ataupun tokoh agama), terlibat sebagai penyebar informasi.

Rekomendasi

Studi ini merekomendasikan hal-hal sebagai berikut.

1. Mendekatkan dan meningkatkan kualitas layanan bagi korban KDRT kepada masyarakat melalui mekanisme rujukan berbasis komunitas.
2. Pemberdayaan ekonomi perempuan untuk menciptakan/meningkatkan pendapatan dan kemandirian ekonomi perempuan.
3. Pemanfaatan Dana Desa untuk kegiatan/program penanggulangan KDRT di tingkat desa.
4. Penanganan dan pencegahan penyalahgunaan alkohol.
5. Peningkatan kesadaran anti-KDRT dan perubahan perilaku sebagai manifestasinya.

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Ruang Lingkup Studi

Studi akses perempuan miskin terhadap pelayanan umum merupakan bagian dari studi longitudinal yang dijalankan selama enam tahun (2014–2020) atas kerja sama The SMERU Research Institute dan Program Kemitraan Australia-Indonesia untuk Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan (MAMPU)¹. Sebagai program yang bertujuan meningkatkan akses perempuan miskin terhadap layanan publik, upaya MAMPU untuk mencapai tujuan jangka panjangnya perlu didokumentasikan dalam bentuk penelitian longitudinal. Studi *Baseline* MAMPU tentang akses perempuan miskin ke layanan publik dan penghidupan telah dilakukan pada 2014, dan dinamika yang terjadi selama 2014–2017 perlu dipelajari secara saksama untuk mengamati perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik. Pada 2015, MAMPU dan The SMERU Research Institute kembali melakukan sebuah studi yang diberi nama Studi Modul. Studi Modul secara khusus melihat dinamika kehidupan perempuan miskin pada saat terjadi perubahan kebijakan subsidi BBM pada 2015 sebagai bagian dari rangkaian penelitian longitudinal sepanjang 2014–2020. Studi *Midline* MAMPU yang dilakukan pada 2017 ini bertujuan mendokumentasikan perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan publik yang terjadi di wilayah studi sepanjang 2014–2017.

Salah satu tema studi yang menjadi fokus Program MAMPU adalah Pengurangan Kekerasan terhadap Perempuan (KtP).² Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada 1993 tentang Penghapusan KtP mendefinisikan kekerasan terhadap perempuan sebagai setiap tindakan berdasarkan perbedaan jenis kelamin yang berakibat—atau mungkin berakibat—pada kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual, ataupun psikologis, termasuk ancaman perbuatan tertentu, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, baik yang terjadi di depan umum maupun dalam kehidupan pribadi (UN General Assembly, 1993). Hingga kini KtP masih menjadi persoalan serius di Indonesia. Hasil Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) Tahun 2016 (BPS, 2017) menunjukkan bahwa 1 dari 3 perempuan usia 15–64 tahun mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan dan oleh orang selain pasangan selama hidupnya. Hasil pendataan yang dilakukan Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) mengungkapkan bahwa terjadi 259.150 kasus KtP sepanjang 2016.³ Tingginya angka KtP yang terjadi di Indonesia menunjukkan bahwa pekerjaan yang harus dilakukan Pemerintah Indonesia bersama seluruh elemen masyarakat untuk menghapuskan KtP masih banyak. Dalam poin kelima Sustainable Development Goals (SDGs)⁴, yakni tercapainya kesetaraan gender dan pemberdayaan semua perempuan dan anak perempuan, disebutkan bahwa salah satu target yang harus dicapai Indonesia dan berbagai negara lainnya pada 2030 adalah mencegah dan menghilangkan kekerasan terhadap individu, khususnya perempuan

¹Program MAMPU adalah bentuk kemitraan antara Pemerintah Australia dan Pemerintah Indonesia untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan. MAMPU memfokuskan intervensi pada perempuan miskin dan organisasi perempuan yang memperjuangkan hak-hak perempuan miskin.

²Empat tema lainnya adalah perlindungan sosial, perempuan pekerja rumahan, perempuan pekerja migran, serta kesehatan dan nutrisi ibu.

³Komnas Perempuan mengumpulkan data dari (i) Pengadilan Agama atau Badan Peradilan Agama, (ii) lembaga layanan mitra Komnas Perempuan, (iii) Unit Pengaduan untuk Rujukan (UPR) Komnas Perempuan yang menerima pengaduan korban yang datang langsung ke Komnas Perempuan, dan (iv) Divisi Pemantauan Komnas Perempuan yang mengelola pengaduan yang masuk lewat surat dan surat elektronik. Pada 2016, Komnas Perempuan mengirimkan formulir pendataan kepada 674 lembaga penyedia layanan di seluruh Indonesia. Tingkat pengembalian formulir hanya mencapai 34% sehingga dapat dikatakan bahwa jumlah KtP yang didata Komnas Perempuan jauh lebih rendah daripada jumlah KtP yang sesungguhnya terjadi di negeri ini (Komnas Perempuan, 2017).

⁴Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.

dan anak. Hal ini berarti bahwa Indonesia hanya memiliki waktu kurang dari 15 tahun untuk menghapuskan praktik kekerasan terhadap perempuan dan anak yang masih kerap terjadi.

Fokus utama laporan ini adalah KtP yang tergolong kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), khususnya yang dialami oleh perempuan sebagai istri dan dilakukan oleh laki-laki sebagai pasangan/suaminya. KDRT berdasarkan Undang-Undang (UU) No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga didefinisikan sebagai setiap perbuatan terhadap seseorang, terutama perempuan, yang berakibat pada timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga. Pada 2016, Komnas Perempuan (2017) mencatat bahwa 75% dari keseluruhan kasus KtP di Indonesia merupakan KDRT. Ruang lingkup studi dibatasi pada KDRT yang dilakukan oleh pasangan/suami. Pembatasan ini dilakukan mengingat bahwa kekerasan dalam lingkup rumah tangga atau ranah personal masih mendominasi jenis KtP yang menimpa perempuan Indonesia (Komnas Perempuan, 2017).

Studi terkait dampak KDRT menyimpulkan bahwa KDRT mendatangkan efek psikologis yang lebih berbahaya daripada efek fisiknya (Jordan, Campbell, dan Follingstad, 2010; Kumar, 2012). Perempuan yang menjadi korban kekerasan umumnya mengalami kecemasan, panik, mimpi buruk, gelisah, gangguan makan, diare psikogenik, dan disfungsi sosial lainnya. Selain itu, perempuan yang terluka berat juga memiliki kerentanan mengalami pikiran untuk bunuh diri (Kumar, 2012). Tidak jarang tindak kekerasan terhadap istri juga mengakibatkan kesehatan reproduksi terganggu secara biologis yang pada akhirnya mengakibatkan gangguan sosiologis.

Perempuan miskin memiliki kendala dalam mengakses berbagai hak dasar karena kemiskinan yang mereka alami dan karena konstruksi sosial yang telah memarginalkan perempuan miskin (Indraswari, 2008). Perempuan miskin cenderung menghadapi relasi gender yang sangat timpang, yaitu bahwa mereka melakukan peran ganda terkait pekerjaan reproduktif, produktif, dan sosial secara bersamaan (Sukesi, 2015). Dari segi waktu, mereka bekerja lebih lama daripada laki-laki dengan beban kerja yang jauh lebih besar. Keterbatasan uang dan waktu serta ketidakpercayaan diri di antara perempuan miskin berdampak pada rendahnya peluang mereka untuk mengakses berbagai layanan publik, termasuk layanan perlindungan kekerasan. Terlebih jika dikaitkan dengan bukti bahwa perempuan-perempuan yang teraniaya sering mengisolasi diri dan menarik diri karena berusaha menyembunyikan bukti penganiayaan mereka (Jordan, Campbell, dan Follingstad, 2010; Kumar, 2012), peluang perempuan untuk mengakses layanan perlindungan kekerasan cenderung rendah tanpa adanya upaya perluasan jangkauan layanan yang holistik.

Salah satu bahasan pada studi ini adalah akses terhadap layanan penanganan kasus, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT, baik yang disediakan pemerintah, lembaga nonpemerintah, maupun masyarakat. Rujukan mengenai jenis layanan perlindungan korban KDRT yang disediakan oleh pemerintah mengacu pada Peraturan Menteri Negara (Permeneg) Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 1 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Pelayanan Terpadu bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan. Berdasarkan permeneg tersebut, terdapat beberapa jenis layanan bagi perempuan (dan anak) korban kekerasan, yaitu (i) layanan pengaduan/laporan, (ii) layanan kesehatan, (iii) layanan rehabilitasi sosial, (iv) layanan penegakan dan bantuan hukum, dan (v) layanan pemulihan dan reintegrasi sosial.

1.2 Tujuan Studi

Studi *Baseline* MAMPU dilakukan untuk mendapatkan gambaran awal tentang penghidupan perempuan miskin dan akses mereka terhadap layanan publik pada kelima tema kerja yang menjadi fokus Program MAMPU. Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk memantau perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan dasar sejak Studi *Baseline* MAMPU. Pada tema KtP, Studi *Midline* MAMPU ditujukan untuk mendalami:

- a) pemahaman perempuan miskin mengenai KDRT dan jenis-jenis KDRT;
- b) pemahaman terkait perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan perlindungan korban KDRT;
- c) jenis-jenis layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT yang tersedia di wilayah studi serta perubahan ketersediaan layanan sejak 2014; dan
- d) proses terjadinya perubahan dalam mengakses layanan bagi korban KDRT, termasuk faktor dan aktor yang mendukung dan menghambat perubahan.

1.3 Metodologi

1.3.1 Lokasi Studi

Kabupaten dan desa yang menjadi wilayah sampel pada Studi *Midline* MAMPU masih sama dengan sampel pada Studi *Baseline* MAMPU. Wilayah studi dipilih dengan metode *purposive sampling* (penentuan wilayah sampel dengan pertimbangan tertentu),⁵ yakni mewakili (i) lima pulau/kepulauan besar di Indonesia (Sumatra, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan Nusa Tenggara); (ii) tingkat kemiskinan yang relatif tinggi di tingkat nasional ataupun provinsi; (iii) daerah yang merepresentasikan lima tema bidang kerja MAMPU; dan (iv) wilayah kerja organisasi yang menjadi mitra MAMPU. Berikut adalah informasi lengkap mengenai lokasi wilayah sampel.

Tabel 1. Lokasi Studi

| Provinsi | Kabupaten | Desa ^a |
|---------------------|------------------------------------|-------------------|
| Sumatra Utara | Deli Serdang | A, B, C |
| Jawa Tengah | Cilacap | D, E, F |
| Kalimantan Barat | Kubu Raya | G, H, I |
| Sulawesi Selatan | Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep) | J, K, L |
| Nusa Tenggara Timur | Timor Tengah Selatan (TTS) | M, N, O |

^aNama desa disamarkan.

Pengumpulan data primer terbagi dalam dua tahap, yaitu tahap studi pada tingkat pusat dan studi lapangan di tingkat desa dan kabupaten. Kegiatan pengumpulan data di tingkat pusat dilakukan pada periode Juni–September 2017. Pengumpulan data pada tahap studi lapangan untuk pendekatan kualitatif dilakukan selama Oktober–November 2017 di lima wilayah studi tersebut. Sementara itu, untuk pendekatan kuantitatif, tahapan studi lapangan terbagi dalam dua periode, yaitu November dan Desember 2017.

⁵Deskripsi lengkap tahapan pemilihan wilayah studi dapat dilihat pada Bab III laporan “Penghidupan Perempuan Miskin dan Akses Mereka terhadap Pelayanan Umum” (Rahmitha *et al.*, 2015).

1.3.2 Metodologi Studi

Studi ini menggunakan dua metode, yakni metode kuantitatif dan kualitatif. Metode penelitian kualitatif digunakan untuk mengetahui pemahaman perempuan miskin tentang KtP, terutama KDRT; memahami situasi KDRT di wilayah studi; memahami akses perempuan miskin terhadap layanan perlindungan perempuan korban KDRT; serta faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan—atau tidak terjadinya perubahan—dalam hal akses terhadap layanan tersebut. Sementara itu, metode penelitian kuantitatif digunakan untuk mendalami respons perempuan miskin terhadap KDRT, prevalensi kejadian KDRT, dan upaya pelaporan kasus KDRT oleh perempuan miskin di wilayah studi. Penggalan informasi untuk tema KtP pada Studi *Baseline* MAMPU hanya menggunakan metodologi kualitatif sehingga data kuantitatif yang disajikan pada laporan ini hanya menggunakan data survei Studi *Midline* MAMPU. Data kualitatif terkait KDRT bersumber dari data Studi *Baseline* MAMPU dan Studi *Midline* MAMPU. Kemudian, data kuantitatif dan kualitatif yang diperoleh pada Studi *Baseline* MAMPU dan Studi *Midline* MAMPU diolah, dan hasilnya akan saling melengkapi untuk menjawab pertanyaan penelitian yang dipaparkan pada subbab 1.2 (Tujuan Studi).

1.3.3 Metode Kuantitatif

Keluarga sampel untuk metode kuantitatif adalah keluarga-keluarga miskin yang telah didata pada Studi *Baseline* MAMPU. Pada pelaksanaan Studi *Baseline* MAMPU telah dilakukan pemilihan keluarga yang menjadi responden melalui kegiatan diskusi kelompok terfokus/*focus group discussion* (FGD) bersama masyarakat setempat dengan mengacu pada karakteristik kesejahteraan sesuai konteks lokal yang juga ditentukan bersama pada saat FGD. Di setiap desa dipilih 100 keluarga miskin dari 2 dusun, terdiri atas keluarga yang dikepalai perempuan (KKP) dan keluarga yang dikepalai laki-laki (KKL).⁶ Persyaratan keluarga terpilih adalah: keluarga yang tidak berencana pindah, usia kepala keluarga atau pasangannya berkisar 15–64 tahun, dan terdapat anggota perempuan di dalamnya. Alasan dipilihnya keluarga miskin yang memiliki anggota perempuan adalah karena fokus penelitian ini memang penghidupan perempuan miskin. Prosedur lengkap penentuan keluarga miskin yang menjadi responden rumah tangga dapat dilihat di laporan Studi *Baseline* MAMPU (Rahmitha *et al.*, 2016).

Survei keluarga pada studi ini menggunakan pendekatan longitudinal yang berarti bahwa keluarga yang terdata pada Studi *Baseline* MAMPU dikunjungi kembali untuk diwawancarai dan diperbarui datanya, dengan syarat: keluarga tersebut masih berdomisili di salah satu desa sampel pada kabupaten yang sama. *Tracking* (pelacakan) dilakukan terhadap keluarga sampel yang telah berpindah alamat dan/atau mengalami pemekaran⁷. Dalam kasus keluarga yang berpindah alamat ke luar wilayah studi, dipilihlah keluarga pengganti berdasarkan daftar keluarga miskin yang diperoleh melalui FGD dusun pada Studi *Baseline* MAMPU. Apabila keluarga-keluarga pada daftar keluarga miskin hasil FGD Studi *Baseline* MAMPU sudah terdata semua, maka dipilihlah keluarga miskin lain sebagai penggantinya melalui metode *snowballing*, yakni melalui informasi yang diperoleh dari perangkat desa maupun tokoh masyarakat setempat dengan tetap mengacu pada kriteria keluarga miskin di desa studi berdasarkan hasil FGD Studi *Baseline* MAMPU. Adapun

⁶Jumlah KKP dan KKL yang didata di setiap wilayah studi diusahakan berada dalam perbandingan 50:50. Namun, kenyataannya, di seluruh wilayah studi, angka perbandingan ini sangat sulit dicapai. Di beberapa wilayah studi, peneliti juga mengalami kesulitan untuk menemukan keluarga yang mengakui bahwa kepala keluarganya perempuan, misalnya di TTS yang jumlah KKP-nya sangat sedikit karena di wilayah ini perceraian sangat dihindari (baik secara agama maupun secara adat). Penentuan jumlah sampel sebanyak 100 keluarga miskin dilakukan untuk memastikan signifikansi hasil secara statistik di tingkat desa.

⁷Pemekaran dalam hal ini terjadi apabila terdapat anggota keluarga yang menikah dan membentuk keluarga baru sehingga terpisah dari unit keluarga yang menjadi sampel pada Studi *Baseline* MAMPU.

penggantinya, yang diutamakan adalah keluarga yang memiliki kemiripan karakteristik dengan keluarga sampel yang hilang atau tidak dapat diwawancarai kembali.

Secara keseluruhan, pencacahan keluarga pada Studi *Midline* MAMPU berhasil mendata 1.661 keluarga dengan mencakup 6.052 anggota keluarga. Dari 1.661 keluarga yang didata, komposisinya adalah 1.374 keluarga induk, 152 keluarga pecahan, dan 135 keluarga pengganti. *Tracking rate* atau tingkat kesuksesan pelacakan pada Studi *Midline* MAMPU mencapai 90,5% dari keseluruhan keluarga yang pertama kali terdata pada Studi *Baseline* MAMPU. Dilihat dari jenis kelamin kepala keluarganya, komposisi keluarga pada Studi *Midline* MAMPU menunjukkan bahwa 67,9% keluarga sampel adalah KKL, dan 32,1% adalah KKP.

Pada pelaksanaan pencacahan keluarga untuk Studi *Midline* MAMPU, sebanyak 77 keluarga yang diwawancarai pada Studi Modul tidak dapat diwawancarai kembali pada Studi *Midline* MAMPU karena berbagai alasan, misalnya: (i) berpindah alamat ke luar wilayah studi; (ii) berpindah alamat, tetapi tidak terlacak;⁸ (iii) tidak satu pun anggota keluarga berada di rumah pada saat tim peneliti melakukan pencacahan; dan (iv) keluarga menolak diwawancarai kembali. Beberapa keluarga induk menolak diwawancarai kembali dengan berbagai alasan, di antaranya: (i) pertanyaan yang harus dijawab cukup banyak sehingga menghambat aktivitas harian mereka; dan (ii) pendataan pada Studi *Baseline* MAMPU tidak meningkatkan jumlah bantuan atau program perlindungan sosial yang mereka terima.

Pengambilan data untuk metode kuantitatif dilakukan melalui pencacahan keluarga dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner Studi *Midline* MAMPU merupakan hasil pengembangan kuesioner Studi *Baseline* MAMPU. Kuesioner berisi pertanyaan untuk tingkat keluarga dan individu (anggota keluarga) dengan perincian sebagai berikut.

- a) Bab E: bertujuan menentukan eligibilitas keluarga untuk menjadi sampel. Untuk menjadi keluarga sampel, sebuah keluarga harus memenuhi syarat-syarat (i) tidak memiliki rencana pindah, (ii) dikepalai oleh individu berusia di atas 15 tahun, dan (iii) memiliki anggota yang berjenis kelamin perempuan.
- b) Bab S: informasi mengenai alamat dan nomor telepon keluarga.
- c) Bab R: data-data dasar seluruh anggota keluarga, seperti jenis kelamin, usia, kepemilikan dokumen kependudukan, status pernikahan, dan pendidikan.
- d) Bab W: informasi mengenai keterangan pekerjaan yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga yang berusia di atas lima tahun dan tidak sedang bermigrasi.
- e) Bab M: informasi mengenai migrasi yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga yang sedang bermigrasi.
- f) Bab I: informasi mengenai kesehatan ibu dan kesehatan reproduksi yang ditanyakan kepada setiap anggota keluarga perempuan yang berusia 6–49 tahun dan pernah/sedang hamil.
- g) Bab H: informasi di tingkat keluarga mengenai kondisi rumah, harta, pinjaman, konsumsi, program perlindungan sosial dari pemerintah/pihak nonpemerintah yang diterima, serta partisipasi perempuan dalam kegiatan kemasyarakatan.
- h) Bab K dan K1: informasi mengenai kesehatan di tingkat keluarga, seperti penyakit yang diderita, pengobatan, dan pemanfaatan asuransi kesehatan yang dimiliki.
- i) Bab F: informasi mengenai partisipasi anggota keluarga perempuan berusia 15–40 tahun dalam kegiatan kemasyarakatan. Bab F baru ditambahkan pada Studi *Midline* MAMPU.

⁸Keluarga induk tidak terlacak jika mereka berpindah alamat, tetapi alamat terbarunya tidak diketahui oleh siapa pun, dan enumerator tidak bisa menghubungi keluarga tersebut melalui nomor telepon yang disebutkan dalam data *baseline*.

- j) Bab V: informasi mengenai persepsi anggota keluarga perempuan yang berusia 15–40 tahun dan pernah menikah mengenai KDRT dan perilaku melaporkan KDRT. Bab V baru ditambahkan pada Studi *Midline* MAMPU.

Bagian dari kuesioner yang relevan diolah untuk analisis pada laporan ini adalah Bab V. Bab V mengumpulkan informasi dari perempuan miskin terkait pemahaman mereka mengenai jenis-jenis KDRT, prevalensi kejadian KDRT, dan perilaku pelaporan kasus KDRT yang diketahui atau dialami kepada pihak yang dianggap dapat menyelesaikan masalah KDRT. Bab V pertama kali diperkenalkan pada Studi *Midline* MAMPU. Dengan demikian, data kuantitatif terkait topik KDRT tidak tersedia pada Studi *Baseline* MAMPU. Responden Bab V dalam setiap rumah tangga sampel adalah perempuan usia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah, dan jawabannya tidak boleh diwakili oleh anggota keluarga lainnya apabila responden dimaksud tidak berada di rumah.

Bab V terbagi ke dalam dua bagian. Pada bagian pertama, fokusnya adalah menggali respons perempuan terhadap tiap-tiap jenis KDRT yang dinarasikan melalui delapan cerita KDRT fiktif yang terinspirasi dari kejadian KDRT pada kehidupan nyata. Kedelapan cerita tersebut menggambarkan jenis-jenis kekerasan yang berbeda, yakni kekerasan fisik, psikis, ekonomi, dan seksual. Enumerator membacakan cerita, lalu responden diminta menjawab pertanyaan terkait respons mereka terhadap kisah-kisah KDRT tersebut. Bagian pertama bab V hanya bertujuan menggali pemahaman perempuan miskin mengenai jenis-jenis KDRT tanpa menggali lebih jauh pengetahuan responden terkait prevalensi KDRT di wilayah studi. Pada bagian kedua, Bab V memiliki fokus untuk menggali pengalaman pribadi responden terkait KDRT yang dilakukan oleh suami/pasangannya sendiri dan sikap mereka terhadap upaya pelaporan KDRT. Tidak semua perempuan yang menjadi responden bagian pertama Bab V juga menjadi responden bagian kedua. Hanya perempuan berusia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah dan masih berstatus menikah dalam setahun terakhir yang kemudian juga menjadi responden bagian kedua Bab V. Khusus untuk pertanyaan-pertanyaan bagian kedua Bab V, responden tidak memberikan jawaban langsung kepada enumerator, melainkan menjawab di atas kertas dengan menggunakan alat bantu.⁹ Kemudian, jawaban responden akan dimasukkan ke dalam pangkalan data oleh tim peneliti SMERU. Informasi prevalensi KDRT yang digali pada bagian kedua Bab V terbatas pada kejadian KDRT yang dialami perempuan yang menjadi responden dan tidak merepresentasikan kejadian KDRT yang dialami perempuan miskin di wilayah studi. Bab V tidak didesain untuk mengumpulkan informasi terkait jumlah KDRT yang terjadi di wilayah studi; hal yang menjadi fokus utama adalah informasi terkait sikap perempuan miskin terhadap upaya pelaporan kasus KDRT, baik yang dialami diri sendiri maupun yang dialami pihak lain (anggota keluarga inti/kerabat/warga desa perempuan lainnya). Hasil pencacahan menunjukkan bahwa bagian pertama Bab V diisi oleh 604 perempuan usia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah, sementara bagian kedua Bab V diisi oleh 515 perempuan usia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah dan masih berstatus menikah dalam setahun terakhir. Prosedur lengkap pencacahan untuk Bab V disajikan pada Lampiran 1.

1.3.4 Metode Kualitatif

Pada metode kualitatif, pengumpulan data sekunder dilakukan melalui kajian literatur pada tahap awal penelitian untuk menggali data dan informasi mengenai topik KtP, terutama KDRT. Pengumpulan data primer dilakukan dengan teknik wawancara mendalam, FGD, dan observasi. Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara semiterstruktur. Di setiap kabupaten, dilakukan sekitar 45 wawancara di tingkat keluarga, masyarakat/desa, hingga kabupaten. Wawancara di tingkat keluarga mencakup wawancara dengan keluarga responden

⁹Alat bantu yang digunakan adalah stiker dan amplop. Kertas jawaban dimasukkan ke dalam amplop yang kemudian ditutup rapat agar enumerator tidak mengetahui jawaban responden.

Studi *Baseline* MAMPU yang didatangi kembali pada saat Studi *Midline* MAMPU. Sementara itu, FGD yang dilakukan terdiri atas FGD mini dan FGD desa. FGD mini merupakan FGD kecil yang diikuti lima perempuan miskin yang seluruhnya merupakan anggota kelompok dampingan¹⁰ atau seluruhnya bukan merupakan anggota kelompok dampingan. Di setiap desa dilakukan lima FGD mini, dan tiap FGD mini hanya membahas satu tema kerja MAMPU. Setiap FGD mini memiliki kriteria peserta tertentu sesuai masing-masing tema. Sementara itu, FGD desa dilakukan satu kali setelah seluruh FGD mini selesai. FGD desa melibatkan perwakilan kelompok perempuan miskin dan tokoh-tokoh masyarakat atau elite desa.

Wawancara mendalam maupun FGD mini bertujuan mendalami pengetahuan para perempuan miskin dan masyarakat secara umum mengenai KtP, terutama KDRT—di dalamnya termasuk pengetahuan terkait layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan bagi perempuan miskin korban KDRT yang tersedia di wilayah studi; akses perempuan miskin terhadap layanan tersebut; serta perubahan akses terhadap layanan, termasuk faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan tersebut. Peserta FGD mini tema KtP diminta memberikan jawaban berdasarkan kondisi perempuan miskin di desa mereka dan tidak merujuk individu tertentu. Apabila diperlukan, wawancara pendalaman perempuan miskin yang pernah mengalami atau mengetahui peristiwa KtP dan KDRT dapat dilakukan secara khusus di luar forum FGD ataupun wawancara keluarga. Observasi dilakukan pada kehidupan sehari-hari perempuan miskin di dalam keluarga dan masyarakatnya di lokasi studi untuk mendapatkan gambaran lebih menyeluruh mengenai permasalahan KDRT serta ketersediaan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan perempuan korban KDRT di lokasi studi dan pemanfaatannya. FGD desa bertujuan mengonfirmasi temuan lapangan dari wawancara mendalam, FGD mini, dan observasi yang telah dilakukan sebelumnya kepada forum di tingkat desa, sekaligus menggali informasi lain yang relevan dan belum muncul dari penggalian sebelumnya. FGD desa juga berperan dalam memetakan informan untuk wawancara pendalaman. Rangkuman kegiatan pengumpulan data primer kualitatif disajikan pada Tabel 2.

¹⁰Kelompok perempuan yang mendapat pendampingan dari lembaga/organisasi pemberdayaan perempuan, baik yang berafiliasi dengan MAMPU maupun tidak. Pendampingan ini biasanya mencakup berbagai kegiatan pemberdayaan dan pelatihan bagi perempuan, baik terkait ekonomi maupun hal-hal nonekonomi.

Tabel 2. Kegiatan Pengumpulan Data Primer Kualitatif

| Tingkat | Informan | Kegiatan Pengumpulan Data |
|-----------|--|---------------------------|
| Pusat | Komnas Perempuan | Wawancara mendalam |
| | Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPPA) | |
| | Kementerian Kesehatan (Kemenkes) | |
| Kabupaten | Mitra MAMPU untuk tema KtP: Sanggar Suara Perempuan (SSP) | Wawancara mendalam |
| | Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (P3A) | |
| | Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) | |
| | Unit Pelayanan Perempuan dan Anak pada Kepolisian setempat | |
| | Dinas Kesehatan | |
| Kecamatan | Tenaga kesehatan di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) | |
| Desa | Kepala desa dan perangkat desa | Wawancara mendalam |
| | Tokoh masyarakat (laki-laki dan perempuan), termasuk tokoh adat maupun tokoh agama | |
| | Kader tingkat desa atau aktivis perempuan di tingkat desa (baik dari lembaga mitra MAMPU maupun lembaga lain) | |
| | Pihak yang berkontribusi pada terjadinya perubahan dalam penyediaan layanan perlindungan bagi korban KtP dan perubahan perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan perlindungan korban KtP | |
| | Perempuan miskin yang mengetahui atau pernah mengakses layanan perlindungan korban KtP | FGD mini |
| | Bidan desa | |
| | Perempuan miskin baik anggota kelompok dampingan maupun nondampingan (baik mitra MAMPU maupun lembaga lain) | |
| | Perwakilan perempuan miskin peserta FGD mini, perwakilan masyarakat umum (laki laki dan perempuan) | |
| Keluarga | Keluarga miskin yang pernah diwawancarai pada saat Studi <i>Baseline</i> MAMPU | Wawancara mendalam |

1.3.5 Analisis Data

Data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan pendekatan statistik deskriptif dan regresi multivariat. Data yang digunakan bersumber dari Studi *Midline* MAMPU (2017) dan data pendukung lainnya yang bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS).

Sementara itu, analisis data kualitatif pada studi ini terinspirasi oleh pendekatan *contribution analysis* (CA) yang dipelopori John Mayne pada 2001. CA adalah pendekatan untuk mengkaji atribusi para pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program. CA tidak menekankan kausalitas intervensi dan dampak, tetapi justru bertujuan mengurangi ketidakpastian dalam mengkaji dampak program atau berbagai program yang berjalan terhadap perubahan yang diharapkan. Data kualitatif pada studi ini dianalisis dengan menggunakan pendekatan CA yang lebih sederhana dan telah dimodifikasi sesuai kebutuhan studi.

Pada tahap awal, tim peneliti mengembangkan kerangka berpikir masing-masing tema kerja yang mencakup (i) permasalahan pada tiap tema kerja, (ii) hambatan pada setiap tema kerja, dan (iii) identifikasi intervensi yang telah dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada. Kerangka berpikir setiap tema inilah yang membantu tim peneliti menyusun pertanyaan penelitian dan instrumen penelitian. Selanjutnya, data kualitatif diolah dalam matriks dan dianalisis. Pada akhirnya, data kuantitatif dan kualitatif bersifat saling melengkapi dalam menjawab pertanyaan penelitian.

II. KONDISI DAN PENANGANAN KDRT

2.1 Pemahaman Perempuan Miskin mengenai KDRT dan Sumber Informasinya

Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT, terdapat empat jenis KDRT:

- a) Kekerasan fisik, yaitu perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat.
- b) Kekerasan psikis, yaitu perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang.
- c) Kekerasan seksual yang meliputi (i) pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam ruang lingkup rumah tangga; dan (ii) pemaksaan hubungan seksual terhadap salah seorang dalam ruang lingkup rumah tangga dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu.
- d) Penelantaran rumah tangga yang meliputi (i) penelantaran orang dalam ruang lingkup rumah tangga yang seharusnya wajib diberikan kehidupan, perawatan, atau pemeliharaan;¹¹ dan (ii) penelantaran yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan/atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah tangga sehingga korban berada dalam kendali orang tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara dan FGD (baik FGD mini maupun FGD desa)¹² di seluruh wilayah studi, warga masyarakat baik laki-laki maupun perempuan umumnya telah memiliki pemahaman akan jenis-jenis KtP yang dapat terjadi dalam ruang lingkup rumah tangga berdasarkan UU No. 23 Tahun 2004. Kekerasan fisik merupakan jenis kekerasan yang paling banyak diketahui dan pertama-tama disebutkan masyarakat (*top of mind*) ketika ditanya mengenai jenis kekerasan yang mereka ketahui. Baik laki-laki maupun perempuan dapat mengenali dengan baik contoh perbuatan yang dapat dikategorikan kekerasan fisik di dalam rumah tangga. Jenis-jenis kekerasan lainnya seperti kekerasan psikis dan penelantaran disebutkan berikutnya oleh peserta FGD maupun informan wawancara. KDRT secara umum masih diidentikkan terutama dengan kekerasan fisik dan psikis, sementara perilaku-perilaku lainnya, kendati diakui sebagai perbuatan yang tidak baik, belum tentu langsung dikenali oleh informan/partisipan sebagai bentuk kekerasan.

Meskipun masyarakat di lima wilayah studi telah memahami konsep KtP secara umum, studi ini menemukan adanya variasi tingkat pemahaman dan respons yang beragam dalam hal suatu tindakan dapat dikategorikan tindakan KtP atau tidak. Sebagai contoh, pada tindakan seperti memukul dan menampar, ada beberapa informan wawancara dan partisipan FGD pada desa studi di TTS yang mengategorikannya bukan bentuk kekerasan apabila dilakukan untuk menegur istri yang dinilai berbuat kesalahan (misalnya, karena istri gemar bergunjing) atau tanpa mengakibatkan luka fisik. Sementara itu, informan di desa-desa studi lainnya umumnya tetap mengategorikan tindakan tersebut sebagai kekerasan fisik, apa pun alasan dan akibatnya. Contoh lainnya, pada tindakan poligami, sebagian informan menilai tindakan tersebut adalah kekerasan psikis, tetapi ada pula yang mengategorikannya bukan kekerasan psikis apabila laki-laki pelaku poligami telah mendapatkan izin dari istrinya. Pada kekerasan seksual, ada informan yang menganggap bahwa pemaksaan kegiatan seksual dapat dikatakan sebagai bentuk kekerasan hanya jika terjadi di luar

¹¹Sebagai contoh, suami yang meninggalkan istri dan anaknya tanpa kabar dan tanpa nafkah lahir dan batin berarti melanggar kewajiban suami terhadap istrinya dan melanggar kewajiban suami sebagai orang tua terhadap anaknya.

¹²Seterusnya dalam laporan ini, FGD dimaksudkan mengacu ke FGD mini maupun FGD desa.

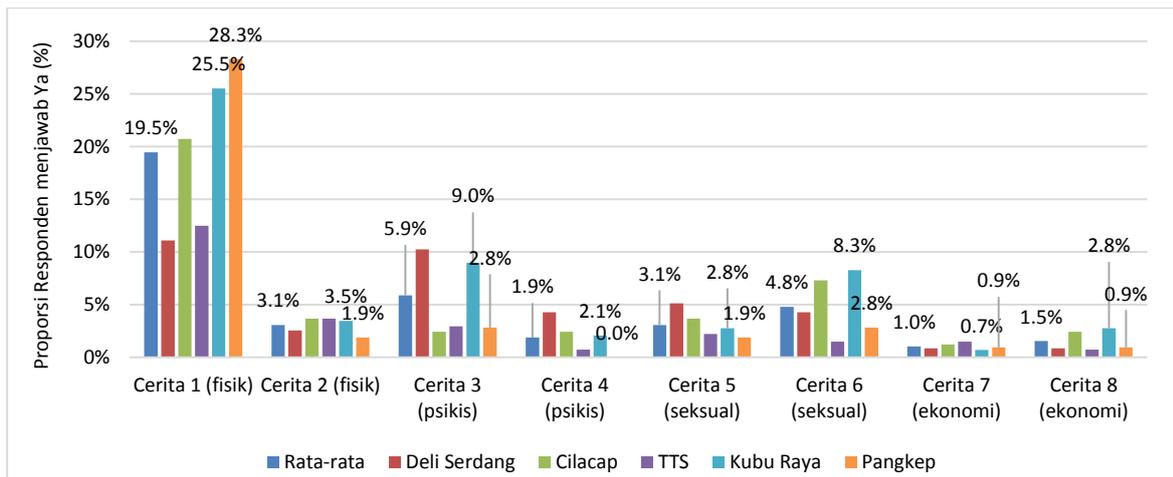
ikatan pernikahan, tetapi apabila terjadi di antara suami istri, hal tersebut bukanlah KDRT. Namun, informan lainnya menganggap bahwa pemaksaan kegiatan seksual, meskipun terjadi antara suami dan istri, tetaplah bentuk KDRT. Pada kekerasan ekonomi, sebagian informan berpendapat bahwa apabila suami tidak menafkahi istrinya, hal tersebut adalah bentuk KDRT. Namun, beberapa informan dan partisipan menambahkan bahwa hal tersebut dapat dianggap KDRT hanya jika suami sebenarnya mempunyai uang, tetapi tidak mau menafkahi; bukan dalam keadaan bahwa suami memang mengalami kesulitan ekonomi (tidak mempunyai uang).

Respons permisif perempuan terhadap jenis-jenis kekerasan tertentu yang dilakukan oleh pasangan turut ditentukan oleh norma atau budaya setempat terkait hak suami dalam berperilaku terhadap pasangannya. Berdasarkan hasil wawancara pada Studi *Baseline* MAMPU dan Studi *Midline* MAMPU di TTS, kekerasan fisik (yang biasanya juga disertai kalimat teguran, ancaman, dan sebagainya) yang terjadi dalam ruang lingkup rumah tangga dianggap sebagai cara suami/kepala keluarga untuk memberikan teguran kepada istri atau anak-anaknya agar mereka menyadari kesalahannya. Masyarakat TTS memiliki istilah lokal untuk menyebut dua bentuk KDRT ini, yaitu *naik tangan* untuk memukul dan *naik mulut* untuk menghina, membentak, dan sejenisnya.

... istrinya *suka gosip* orang, suaminya tidak terima, akhirnya *pukul* istri, *ikat* kaki [dan] tangan istrinya dan *gantung* istrinya seperti orang *gantung* babi. *Ikat* kakinya di atas, tangannya di bawah. Tidak dilaporkan ke polisi, hanya diselesaikan oleh *bapak desa*... (Peserta FGD mini, Desa O)

... *omong* kasar belum masuk dalam kekerasan karena itu dianggap main gila saja [bergurau]... Kalau tidak *kasih*, padahal ada uang, saya [istri] tanya uangnya ke mana... karena dia [suami] kepala keluarga... Kalau ada uang, suami tidak *kasih*, itu kekerasan karena sama saja dengan membuat istri stres dan pasti istri marah. (Peserta FGD mini, Desa O).

Secara kuantitatif, informasi yang digunakan untuk menganalisis respons perempuan miskin terhadap perilaku KDRT diperoleh melalui survei yang diikuti oleh 604 perempuan miskin usia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah. Enumerator membacakan delapan naskah cerita kepada responden; masing-masing cerita menggambarkan empat jenis KDRT sesuai definisi UU No. 23 Tahun 2004. Setiap jenis KDRT diwakili dua cerita yang berbeda. Pada akhir masing-masing cerita, enumerator menanyakan: “Menurut Anda, apakah tokoh suami dalam cerita itu berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri?” Pertanyaan tersebut dimaksudkan untuk mengukur respons atau reaksi perempuan miskin terhadap kekerasan yang dilakukan suami. Jika responden menjawab bahwa suaminya boleh melakukan perbuatan tersebut kepada dirinya, hal itu berarti bahwa responden tidak menganggap perilaku suaminya sebagai bentuk KDRT. Hasil survei terkait respons perempuan miskin terhadap jenis-jenis KDRT yang dilakukan suami disajikan pada Gambar 1. Tiap batang pada Gambar 1 menampilkan data proporsi responden perempuan yang menjawab bahwa suaminya boleh melakukan tindakan KDRT (seperti yang dinarasikan pada cerita 1–8) terhadap dirinya. Hasil survei menunjukkan bahwa umumnya menurut perempuan miskin, suami tidak boleh melakukan tindakan KDRT, baik dalam bentuk kekerasan fisik, psikis, seksual, ataupun ekonomi. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya proporsi responden yang merespons dengan jawaban ‘ya’ pada cerita 2 hingga 8 (Gambar 1).



Gambar 1. Respons perempuan miskin di wilayah studi terhadap jenis-jenis KDRT

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: N = 604 perempuan miskin usia 15–40 tahun yang sudah pernah menikah. Respons yang disediakan dalam pertanyaan ini terbagi ke dalam dua kelompok, yaitu ‘ya’ (suami berhak melakukan tindakan KDRT tersebut kepada istrinya) dan ‘tidak’ (suami tidak berhak melakukan tindakan KDRT tersebut kepada istrinya).

Temuan yang berbeda tampak pada cerita 1, yaitu bahwa proporsi responden yang menjawab ‘ya’ jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan ketujuh cerita lainnya (Gambar 1). Dibandingkan dengan cerita 2–8, cerita 1 sedikit berbeda karena mengandung nuansa perselingkuhan sehingga tindakan yang dilakukan suami pada cerita 1 dapat dipandang sebagai upaya mendisiplinkan istri dalam norma rumah tangga yang berlaku di Indonesia. Meskipun cerita 1 dan 2 sama-sama menarasikan contoh KDRT tipe kekerasan fisik, pada cerita 1 kekerasan fisik dilakukan suami sebagai tindakan preventif terhadap perilaku istri yang tidak disukai suami. Perbandingan narasi cerita 1 dan 2 ditampilkan dalam Kotak 1¹³ berikut.

Kotak 1
Narasi Cerita KDRT Jenis Kekerasan Fisik

Cerita 1. Suatu hari seorang suami mendapati istrinya sedang berbincang dengan laki-laki lain. Karena cemburu, suami tersebut memarahi istrinya hingga menjambak rambut sang istri untuk memberi efek jera agar sang istri tidak mengulangi perbuatannya. Menurut Anda, apakah tokoh suami dalam cerita ini berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri?

Cerita 2. Setiap kali berselisih, seorang suami selalu ringan tangan terhadap istrinya. Sang suami kerap menganiaya istrinya dengan kasar hingga sang istri mengalami luka dan memar di sekujur tubuhnya. Sang istri kerap kali mengalami kesakitan di seluruh badannya hingga ia tidak bisa beraktivitas. Menurut Anda, apakah tokoh suami dalam cerita ini berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri?

Gambar 1 menunjukkan variasi respons perempuan miskin terhadap berbagai jenis KDRT antarwilayah studi. Hasil survei di Pangkep menunjukkan bahwa 100% perempuan miskin sepakat bahwa kekerasan seksual seperti pada cerita 6 tidak boleh dilakukan suami terhadap pasangannya. Hal ini berbeda dengan hasil survei di Kubu Raya—8,3% perempuan miskin menganggap bahwa suami boleh melakukan tindakan kekerasan seksual terhadap istrinya seperti pada cerita 6. Temuan dari Deli Serdang juga menunjukkan hal yang berbeda dan menarik untuk dibahas—hanya sekitar 11% perempuan miskin yang menganggap bahwa suami boleh melakukan tindakan KDRT terhadap

¹³Narasi lengkap untuk cerita 1–8 yang ditanyakan pada survei bagian Bab V dapat dilihat pada Lampiran 3.

istrinya seperti pada cerita 1. Angka ini jauh lebih rendah daripada rata-rata 19% proporsi perempuan di kelima wilayah studi yang menganggap bahwa suami boleh melakukan tindakan KDRT terhadap istrinya seperti pada cerita 1. Untuk tindakan kekerasan psikis (seperti pada cerita 3), 10,2% perempuan miskin di Deli Serdang menyatakan bahwa tindakan tersebut lumrah dilakukan oleh suami terhadap istrinya, sedangkan rata-rata seluruh wilayah studi hanya menunjukkan angka 5,9%. Variasi respons perempuan miskin terhadap berbagai jenis KDRT antarwilayah studi ini kembali mengonfirmasi bahwa adat istiadat dan norma atau budaya yang berlaku di sebuah wilayah turut berkontribusi membentuk pemahaman perempuan miskin mengenai hak suami dalam berperilaku terhadap pasangannya.

Meskipun terdapat perbedaan dalam respons perempuan miskin terhadap berbagai jenis KDRT antarwilayah studi, Gambar 1 menunjukkan adanya pola yang sama, yakni bahwa penerimaan perempuan miskin terhadap perilaku kekerasan fisik yang dilakukan pasangan selalu lebih tinggi di masing-masing wilayah studi jika dibandingkan dengan penerimaan mereka terhadap jenis kekerasan lain yang ditanyakan dalam survei. Temuan ini menunjukkan bahwa relasi gender, terutama di rumah tangga miskin, telah membentuk pihak suami sebagai pihak yang jauh lebih dominan dalam rumah tangga—sekelompok perempuan miskin memahami KDRT jenis kekerasan fisik sebagai pilihan yang dilakukan suami dalam mendisiplinkan dirinya. Di sisi lain, sering kali kekerasan fisik oleh suami terhadap istri merupakan ajang untuk menunjukkan siapa yang lebih berkuasa di dalam rumah tangga. Antai (2011) dalam studinya menyebutkan bahwa pengendalian atau kontrol oleh suami meningkatkan kemungkinan terjadinya kekerasan fisik di dalam rumah tangga, dan perempuan yang membenarkan pemukulan oleh suami memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami kekerasan fisik dan seksual.

Studi ini menemukan beberapa sumber informasi terkait jenis-jenis KtP dan KDRT di wilayah studi yang diperkirakan turut berkontribusi membentuk pemahaman masyarakat mengenai jenis-jenis KtP dan KDRT. Sumber informasi terkait KtP dan KDRT yang teridentifikasi di wilayah studi adalah sebagai berikut.

- a) Informasi yang diperoleh dari media, terutama televisi. Masyarakat di seluruh desa studi, termasuk masyarakat miskin, telah memiliki akses yang memadai ke media televisi. Di beberapa desa studi, informasi mengenai jenis kekerasan disebarluaskan melalui media radio dalam bentuk acara *talk show* oleh SSP di TTS dan juga melalui buletin bulanan yang diterbitkan SSP, Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA), Yayasan Bina Keterampilan Pedesaan Indonesia (BITRA), dan 'Aisyiyah'¹⁴ di masing-masing wilayah dampingan.
- b) Kegiatan sosialisasi yang berisi informasi seperti pengetahuan tentang jenis-jenis KDRT dan cara mencegah ataupun menangani kejadian KDRT, baik yang dialami diri sendiri maupun yang diketahui (dialami orang lain). Beragam kegiatan sosialisasi yang ditemukan di desa-desa studi adalah:
 - (1) Pada Desa A dan Desa B (Deli Serdang), BITRA memasukkan materi kekerasan terhadap perempuan ke dalam pertemuan kelompok bulanan bagi para pekerja rumahan yang didampinginya.
 - (2) Pada Desa C (Deli Serdang), dalam rangkaian pelaksanaan Program Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga (PKDRT) oleh pihak desa, telah dilakukan beberapa kali kegiatan sosialisasi dan simulasi penanganan KDRT kepada masyarakat (terutama perempuan kader PKK). Kegiatan ini melibatkan berbagai pihak, antara lain Dinas

¹⁴Ketiganya merupakan mitra MAMPU untuk tema kerja perlindungan sosial (PEKKA), pekerja rumahan (BITRA), serta kesehatan dan nutrisi ('Aisyiyah).

Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan, Kepolisian, Tim Penggerak Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Kabupaten Deli Serdang.

- (3) Tokoh-tokoh agama di Desa F (Cilacap) memasukkan materi tentang jenis-jenis KDRT dalam kegiatan pengajian di desanya.
- (4) Organisasi 'Aisyiyah di Desa J dan Desa L (Pangkep), bersama Dinas Perlindungan dan Pemberdayaan Perempuan Kabupaten Pangkep, pada 2016 melakukan sosialisasi mengenai KtP dan mekanisme pelaporannya serta memberikan formulir kepada peserta sosialisasi yang bisa diisi jika mereka mengetahui adanya tindak KtP. Kegiatan dilakukan dengan melibatkan Balai Sakinah 'Aisyiyah (BSA)¹⁵ dan diikuti para perempuan peserta majelis taklim.
- (5) Perangkat Desa K (Pangkep) pernah mengikuti sosialisasi dari 'Aisyiyah mengenai KtP di kantor kecamatan setempat pada 2016. Perangkat desa tersebut diharapkan menyampaikan informasi yang mereka terima kepada masyarakat di desanya.
- (6) Di Desa N dan M (TTS), sosialisasi kepada masyarakat disampaikan oleh kader SSP kepada pendeta, remaja, perangkat desa, guru, tokoh masyarakat, serta warga masyarakat pada umumnya. Pada periode 2015–2016, pendeta di desa studi mendapat pelatihan rutin dari SSP sekali tiap satu bulan. Pelatihan yang diberikan tidak hanya mengenai KtP dan penanganannya, tetapi juga materi mengenai kekerasan terhadap anak, kesehatan reproduksi, dan HIV/AIDS¹⁶. Para pendeta akan menyampaikan materi tersebut kepada jemaatnya pada saat khotbah. Cara ini dinilai efektif untuk konteks TTS karena umumnya masyarakat beribadah di gereja secara rutin.
- (7) Di Desa N dan Desa M, SSP membentuk pendamping desa serta beberapa kelompok pendampingan, yaitu JPMP (Jaringan Peduli Masalah Perempuan), KPKG (Kelompok Pemerhati Kesetaraan Gender), dan LLB (Laki-laki Baru). JPMP terbentuk pada 2008, sedangkan KPKG berdiri pada 2010, dan LLB merupakan kegiatan yang paling baru (sejak 2012). Melalui pendamping desa dan kelompok-kelompok pendampingan tersebut, informasi mengenai KtP disebarluaskan.
- (8) Di Desa N (TTS), dilakukan sosialisasi mengenai KtP oleh pihak kepolisian dan kejaksaan.

Selain pihak-pihak yang secara khusus melakukan kegiatan sosialisasi KtP dan KDRT, hasil FGD mini dengan para perempuan miskin memperlihatkan bahwa di desa-desa studi terdapat pula berbagai pihak/individu yang ikut menyampaikan informasi mengenai KDRT. Masing-masing pihak/individu tersebut juga memiliki tingkat kedekatan (kemudahan diakses) yang berbeda-beda. Meskipun tidak dilakukan melalui forum khusus dan skalanya lebih terbatas, penyampaian berbagai informasi oleh para pihak/individu tersebut dinilai memberikan manfaat yang berharga bagi masyarakat.

2.2 Prevalensi dan Penyebab KDRT di Wilayah Studi

Data yang dikumpulkan dari hasil wawancara dengan berbagai instansi di tingkat kabupaten dapat digunakan untuk memberikan gambaran mengenai prevalensi KDRT di masing-masing wilayah studi. Informasi yang diperoleh dari Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (P3A) di TTS menyebutkan bahwa sepanjang 2014 hingga awal November 2017, KDRT merupakan kasus kekerasan yang paling banyak dilaporkan kepada Dinas P3A Kabupaten TTS selain kekerasan

¹⁵BSA adalah kelompok aksi kolektif perempuan yang dibentuk 'Aisyiyah.

¹⁶HIV = *human immunodeficiency virus*; AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome.

seksual¹⁷. Jumlah kasus KDRT yang dilaporkan kepada Dinas P3A Kabupaten TTS berturut-turut adalah 58 kasus (2014), 80 kasus (2015), 47 kasus (2016), dan 10 kasus (Januari–November 2017).¹⁸ Sementara itu, di Pangkep, Dinas P3A menyatakan bahwa mereka telah menangani 25 kasus KDRT pada 2016. Jumlah ini menunjukkan peningkatan sebanyak enam kasus jika dibandingkan dengan 2015 (BeritaPangkep, 2017). Adapun di Cilacap, data Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak Cilacap Tanpa Kekerasan/P2TP2A Citra menunjukkan bahwa terdapat 99 kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak pada 2017. Sebagian besar di antaranya adalah pencabulan (49 kasus) dan KDRT (24 kasus) (SatelitPost, 2018).¹⁹

Studi ini mengumpulkan informasi terkait kejadian KDRT yang pernah menimpa responden dalam rentang waktu paling lama setahun sebelum survei dilakukan. Pemilihan batasan waktu satu tahun dimaksudkan untuk mengurangi bias ingatan yang lebih rentan terjadi untuk periode yang lebih panjang daripada satu tahun. Pengalaman pribadi responden terkait KDRT digali melalui delapan naskah cerita KDRT²⁰ yang meliputi empat jenis KDRT sesuai definisi UU No. 23 Tahun 2004. Setiap jenis KDRT diwakili oleh dua cerita yang berbeda. Pada akhir masing-masing cerita, enumerator menanyakan kepada responden: “Apakah kejadian seperti dalam cerita tersebut pernah terjadi terhadap diri Anda dalam satu tahun terakhir?” Prosedur lengkap survei untuk kuesioner Bab V dapat dilihat pada Lampiran 1.

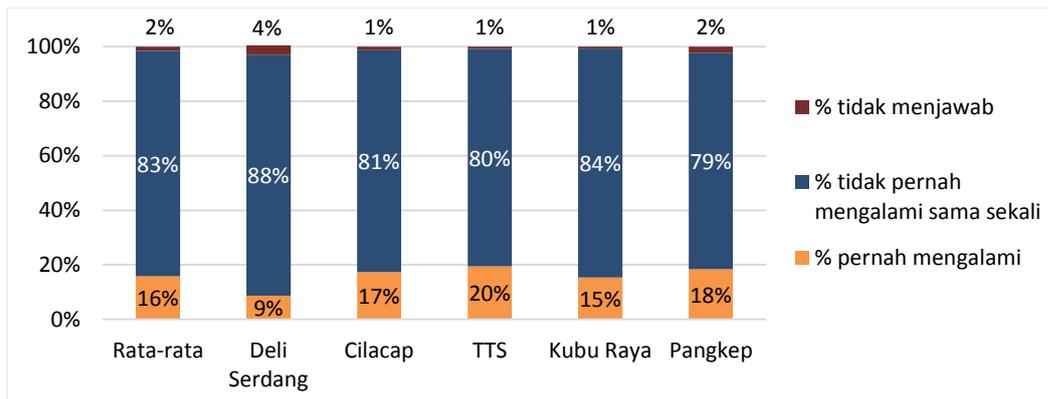
Hasil survei terhadap 515 perempuan usia 15–40 tahun yang berstatus menikah dalam setahun terakhir menunjukkan bahwa sekitar 16% responden pernah mengalami setidaknya satu tindakan KDRT yang dilakukan pasangannya. Di antara lima wilayah studi, proporsi tertinggi responden yang pernah mengalami KDRT oleh pasangan adalah di TTS (20%), sementara yang paling rendah adalah di Deli Serdang, yakni 9% (Gambar 2). Sebagian kecil responden, yaitu sekitar 2%, menolak memberikan jawaban pada survei ini. Informasi terkait pengalaman KDRT yang dialami responden dalam setahun terakhir (Gambar 2) tidak sepenuhnya memberikan gambaran mengenai prevalensi KDRT yang dialami perempuan di wilayah studi. Penyebabnya adalah bahwa pertanyaan terkait pengalaman KDRT responden terbatas pada tindakan KDRT seperti yang dinarasikan dalam cerita 1–8. Besar kemungkinan bahwa ada perilaku-perilaku KDRT lain yang tidak dinarasikan dalam survei, tetapi dialami oleh perempuan miskin di wilayah studi. Fokus utama Program MAMPU adalah akses perempuan miskin terhadap layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT yang tersedia di wilayah studi. Terkait hal tersebut, informasi pengalaman pribadi responden mengenai KDRT merupakan informasi perantara yang dikumpulkan guna mendapatkan informasi lainnya yang lebih diutamakan dalam studi ini, yakni perilaku perempuan miskin dalam mengakses layanan KDRT yang tersedia di wilayah studi (akan dibahas lebih lanjut pada subbab 2.3).

¹⁷Kekerasan seksual dalam hal ini adalah kekerasan seksual di luar konteks KDRT atau di luar rumah tangga, seperti kasus pemaksaan persetubuhan di antara pasangan yang berpacaran. Jenis kekerasan lain yang juga dilaporkan ke P3A TTS adalah perdagangan orang, penganiayaan anak dan perempuan, perampasan anak, pencemaran nama baik, penghinaan, dan penipuan.

¹⁸Jumlah kasus kekerasan seksual yang ditangani P3A TTS berturut-turut adalah 24 kasus (2014), 82 kasus (2015), 63 kasus (2016), dan 16 kasus (Januari–November 2017).

¹⁹Kasus-kasus lainnya adalah, antara lain, penelantaran anak, kuasa asuh, kekerasan terhadap anak, dan perdagangan manusia.

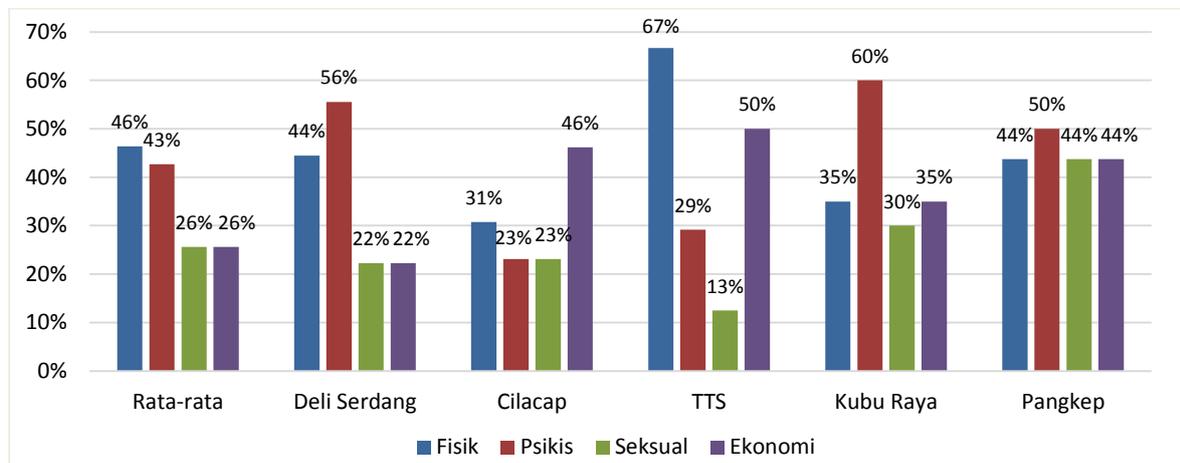
²⁰Delapan naskah cerita KDRT yang dimaksud adalah cerita yang sama dengan analisis pada subbab 2.1. Informasi lengkap naskah cerita 1–8 dapat dilihat pada Lampiran 3.



Gambar 2. Pengalaman KDRT responden dalam setahun terakhir

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Survei melibatkan 515 perempuan usia 15–40 tahun yang masih berstatus menikah dalam setahun terakhir, dengan perincian: 103 di Deli Serdang, 72 di Cilacap, 123 di TTS, 130 di Kubu Raya, dan 87 di Pangkep.



Gambar 3. Jenis KDRT yang pernah dialami responden

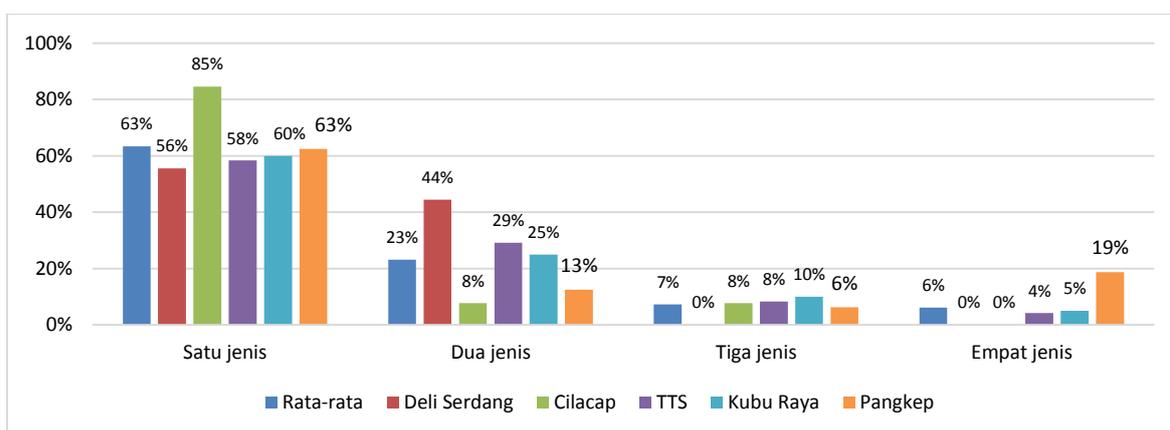
Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Dihitung dari jumlah responden yang pernah mengalami KDRT dalam setahun terakhir, yakni 82 orang.

Dari 82 responden yang mengaku pernah mengalami KDRT oleh suaminya dalam setahun terakhir, dapat dilihat jenis-jenis KDRT yang paling sering dialami. Responden dianggap pernah mengalami kekerasan fisik apabila menjawab “pernah mengalami” untuk cerita 1 atau 2²¹ yang ditanyakan dalam survei. Berturut-turut, responden dianggap pernah mengalami kekerasan psikis, ekonomi, dan seksual apabila menjawab “pernah mengalami” untuk masing-masing cerita 3 atau 4, cerita 5 atau 6, dan cerita 7 atau 8. Kekerasan fisik dan kekerasan psikis merupakan jenis KDRT yang paling banyak dialami rata-rata responden di seluruh wilayah studi dalam setahun terakhir (Gambar 3). Variasi antarwilayah menunjukkan bahwa proporsi responden yang mengaku pernah mengalami kekerasan fisik dalam setahun terakhir di TTS mencapai 67%. Proporsi ini adalah yang tertinggi jika dibandingkan dengan rata-rata seluruh wilayah studi yang jauh lebih rendah, yaitu 46%. Untuk jenis kekerasan psikis, Kubu Raya dan Deli Serdang menunjukkan proporsi yang jauh lebih tinggi daripada rata-rata seluruh wilayah studi, yakni masing-masing 60% dan 56%. Sementara itu, KDRT jenis kekerasan seksual di Pangkep juga lebih tinggi daripada rata-rata seluruh wilayah studi, yakni 44%. Kekerasan ekonomi mencapai 46%, 50%, dan 44% masing-masing untuk Cilacap, TTS, dan Pangkep, sedangkan rata-rata wilayah studi hanya menunjukkan angka 26%.

²¹Narasi lengkap untuk cerita 1–8 yang ditanyakan pada survei bagian Bab V dapat dilihat pada Lampiran 3.

Apabila dilihat dari jumlah jenis KDRT yang dialami, hasil survei menunjukkan bahwa 63% responden hanya mengalami 1 jenis KDRT, misalnya kekerasan fisik saja atau kekerasan seksual saja (Gambar 4). Sementara itu, 37% responden mengalami 2 jenis kekerasan atau lebih, dengan rincian: 23% responden mengalami 2 jenis kekerasan, 7% mengalami 3 jenis kekerasan, dan 4% mengalami 4 jenis kekerasan. Hasil survei yang ditampilkan pada Gambar 4 juga menunjukkan adanya variasi antarwilayah dalam hal jumlah jenis KDRT yang dialami perempuan miskin dalam setahun terakhir.



Gambar 4. Jumlah jenis KDRT yang dialami responden

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Dihitung dari jumlah responden yang pernah mengalami KDRT dalam setahun terakhir (82 responden).

Studi ini mengumpulkan persepsi masyarakat di wilayah studi terkait faktor-faktor penyebab terjadinya KDRT terhadap istri melalui wawancara dan FGD. FGD mengenai faktor penyebab KDRT dilakukan bersama perempuan-perempuan miskin di wilayah studi yang belum tentu korban KDRT. Fokus pembahasan FGD ini adalah faktor penyebab KDRT yang menimpa diri sendiri, anggota keluarga, kerabat, atau tetangga mereka. Hasil FGD tidak merepresentasikan pandangan kelompok perempuan yang menjadi korban KDRT. Sementara itu, wawancara dilakukan terhadap perangkat desa dan aparat pemerintah kabupaten, mitra kerja MAMPU, serta perempuan dari keluarga miskin yang pernah diwawancarai pada Studi *Baseline* MAMPU (lihat Tabel 2 untuk kegiatan pengumpulan data primer kualitatif). Berdasarkan hasil wawancara dan FGD, masyarakat di wilayah studi berpendapat bahwa KDRT terutama terjadi karena dipicu oleh (i) kesulitan ekonomi, (ii) persoalan asmara (perselingkuhan dan rasa cemburu, baik oleh suami maupun istri), dan (iii) kebiasaan minum-minuman keras.

... suami saya cemburuan, padahal yang kerja di luar *kan* dia setiap hari... katanya saya istri tempat semuanya. Dia marah di *kerjaan*, *tapi ga* bisa melampiaskan, *makanya* saya jadi tempat pelampiasan. (Ibu N, 44, Desa B)

Baru dua bulan kemarin ada istri muda *ketemu* istri tua. Ini [kejadian] di RT 04. Istri yang tua warga sini [Desa G], sampai sekarang masih tetap menikah, *tapi* suaminya kabur ke Malaysia. Istri mudanya orang Desa SA... penyelesaian kasus ini adalah istri muda kembali ke rumahnya di Desa SA, tetapi tidak diceraikan... Betul, itu poligami. Itu kekerasan [terhadap perempuan] juga *kan*? (Ibu S, peserta FGD mini Desa G)²²

²²Ibu S mengetahui informasi ini karena, ketika orang tua pihak suami meninggal, suami tersebut membawa istri mudanya ke rumah mereka. Istri pertamanya pun melabrak sang suami dan istri mudanya di hadapan seluruh tamu yang sedang melayat. Ibu S sedang berada di tempat tersebut dan menyaksikannya.

... ada kasus istri ditinju suami sampai berdarah. Istri (Ibu E) *lapor* ke Pak RT (waktu malam hari) dan esok paginya bersama-sama melapor ke polisi. Setelah diproses, suami dipenjarakan sekitar lima-enam bulan. Keluarga suami membujuk keluarga istri untuk mencabut tuntutan hingga akhirnya istri mencabut tuntutan dan suami bebas sebelum menyelesaikan masa tahanannya. Setelah bebas, mereka bercerai. (Peserta FGD mini Desa H)²³

Kesulitan ekonomi yang disebutkan masyarakat sebagai faktor pemicu terjadinya KDRT berkaitan erat dengan beban ekonomi yang sulit dipenuhi oleh pencari nafkah utama yang pada umumnya adalah suami. Masyarakat di wilayah studi beranggapan bahwa kondisi keterbatasan penghasilan membuat suami sebagai pencari nafkah utama berada dalam kondisi depresi. Pada masa depresi, masyarakat menilai suami menjadi lebih mudah marah atau bertindak kasar, bahkan menelantarkan keluarga ketika istri/keluarga istri berbicara tentang hal sensitif, yaitu keuangan rumah tangga. Contohnya adalah ketika istri meminta uang untuk membeli keperluan rumah tangga, atau ketika istri melontarkan keluhan tentang kurangnya keuangan keluarga, atau ketika keluarga menuntut penghidupan ekonomi yang lebih baik.

... yang pertama itu faktor ekonomi... ini kaitannya dengan kebutuhan dalam rumah tangga. Ini *kan* banyak kebutuhan, pertama yang makan minum. Selain itu, ada urusan keluarga seperti pesta; pesta ini ada dua, yakni pesta nikah dan pesta kedukaan... Kekerasan itu terjadi karena adanya kebutuhan yang tidak terpenuhi, ada suami yang minum, mabuk, dia menuntut untuk makan yang enak. Istri bisa *nyambung, loh* mau makan enak, mau beli dengan uang apa? ... Bapak satu kata, mama sambung dua kalimat, maka terjadi KDRT... (Bapak N, TTS)

... kalau KDRT, umumnya meningkat pada musim panas juga *pas-pas* mau akhir tahun itu, mungkin karena mau Natal, butuh biaya... (Petugas kepolisian, Kepolisian Resor/Polres TTS)

Orang yang hanya duduk-duduk saja di rumah.... mau *dapat* apa... tidak *pikir* mau kerja apa yang ada hasil... kalau begitu saja, hanya stres sehingga bisa *bapukul* dengan istri. (Perempuan peserta FGD mini Desa O)

Kotak 2 Kasus Penelantaran di Desa H

Salah satu peserta FGD mini di Desa H menceritakan bahwa dirinya pernah ditinggalkan oleh suaminya tanpa kabar dan tidak diberi nafkah. Setelah beberapa bulan pergi meninggalkan anak dan istrinya, sang suami datang lagi dan sang istri memaafkannya. Mereka bersatu lagi sampai akhirnya mempunyai anak lagi. Tidak lama setelah anak bungsu lahir, sang suami meminta istrinya untuk mengikutinya pindah dari Kalimantan dan tinggal di Pulau Jawa. Keluarga besar sang istri, terutama ibunya, menolak permintaan tersebut. Alasannya adalah bahwa mereka menilai kondisi ekonomi sang suami tidak menentu, tidak berpenghasilan tetap, dan tidak jelas di mana sang suami akan menempatkan anak dan istrinya di Pulau Jawa. Setelah penolakan itu, sang suami pergi tanpa kabar dan tidak memberi nafkah untuk anak dan istrinya. Saat ini, anak bungsu mereka telah berusia 2 tahun.

Masyarakat di wilayah studi, khususnya Pangkep dan TTS, beranggapan bahwa kebiasaan minum minuman beralkohol yang berlebihan menyebabkan para suami menjadi mabuk dan cenderung mudah melakukan kekerasan terhadap istri. Di TTS, konsumsi minuman beralkohol berkaitan dengan kebiasaan dan budaya daerah setempat. Masyarakat TTS memiliki kebiasaan mengonsumsi

²³Kasus ini terjadi pada 2017 dan ketika FGD mini dilakukan (November 2017), sang istri sudah menikah lagi dan mempunyai seorang anak dari pernikahannya yang baru. Menurut peserta FGD mini, sang istri berselingkuh hingga hamil sehingga suaminya emosi dan melakukan kekerasan. Menurut peserta, dugaan perselingkuhan ini terbukti jika dihitung waktu sejak kejadian kekerasan sampai sang istri menikah lagi dan melahirkan anak.

laru dan *sopi*,²⁴ khususnya pada saat pesta, musim tanam, dan musim paceklik. Pesta-pesta yang diselenggarakan di desa-desa di TTS²⁵ umumnya menyajikan kedua jenis minuman ini. *Laru* dan *sopi* juga banyak dikonsumsi masyarakat TTS pada musim tanam karena mereka merasa konsumsi *laru* dan *sopi* dapat meningkatkan semangat kerja dan mengobati rasa pegal setelah bekerja. Selain itu, masyarakat berpendapat bahwa konsumsi *laru* dan *sopi* juga cenderung meningkat pada musim kemarau karena kondisi paceklik membuat para suami mengalami tekanan ekonomi sehingga mereka mengalihkan depresi mereka ke konsumsi *laru* dan *sopi* yang berlebihan. Menurut persepsi masyarakat TTS, kasus KDRT cenderung lebih sering terjadi pada musim tanam, musim paceklik, dan musim pesta.²⁶ Sementara itu, di Pangkep, terdapat kebiasaan minum *balo*²⁷ di antara para lelaki di desa, terutama yang bekerja sebagai nelayan dan petambak, untuk mengurangi rasa letih. Kebiasaan minum *balo* di Pangkep memiliki beberapa tujuan. Ketika malam hari di laut, atau pada saat turun hujan, *balo* diminum untuk menjaga suhu tubuh. Meminumnya setelah bekerja dapat membuat tidur makin nyenyak. Meminum *balo* umum dilakukan di Pangkep mengingat banyaknya manfaat minum *balo* yang dipercayai masyarakat. Meskipun demikian, masyarakat Pangkep berpendapat bahwa konsumsi *balo* yang berlebihan akan mengakibatkan mabuk sehingga memicu meningkatnya kasus KDRT terhadap istri.

Selain di TTS dan Pangkep, masyarakat di Kubu Raya, Cilacap, maupun Deli Serdang juga berpendapat bahwa konsumsi alkohol yang berlebihan memicu terjadinya KDRT. Akan tetapi, konsumsi alkohol di Kubu Raya, Cilacap, dan Deli Serdang tidak terkait adat kebiasaan setempat, melainkan lebih merupakan kondisi mudahnya memperoleh minuman beralkohol. Kebiasaan minum minuman beralkohol di wilayah studi tidak hanya dilakukan laki-laki; ada pula perempuan yang melakukannya. Hasil diskusi dengan masyarakat setempat menyimpulkan bahwa pada saat pasangan suami istri sama-sama berada di bawah pengaruh alkohol, maka tindak KDRT dapat terjadi terhadap kedua belah pihak. Persepsi masyarakat terkait peran konsumsi minuman beralkohol dalam meningkatkan prevalensi kejadian KDRT ini sejalan dengan studi WHO (2006) yang menemukan adanya hubungan kuat antara konsumsi alkohol yang berlebihan dan prevalensi KDRT terhadap pasangan. Studi tersebut menunjukkan bahwa konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menjadi penyebab langsung maupun tak langsung kejadian KDRT oleh pasangan. Dalam hal penyebab tak langsung, konsumsi alkohol sering kali berkaitan dengan kondisi sosial-ekonomi yang kurang baik ataupun kondisi rumah tangga yang bermasalah secara psikologis sehingga berujung pada terjadinya KDRT.

Terlepas dari ketiga faktor pemicu KDRT yang telah dibahas sebelumnya, masyarakat di wilayah studi berpendapat bahwa KDRT tidak selalu disebabkan oleh peristiwa besar. Di antara kejadian-kejadian kecil yang disebutkan masyarakat berpotensi memicu terjadinya KDRT adalah situasi seperti istri terlambat menyiapkan makanan atau minuman; istri tidak membantu bekerja di ladang pada saat musim tanam; istri dinilai kurang cekatan menyelesaikan pekerjaan rumah tangga; atau istri dianggap berkata kurang sopan kepada suami.

... suami keluar cari uang, istri tidak urus makan dalam rumah, dan bapak pulang sudah mabuk sehingga jadi berkelahi... Bapak pulang tidak bawa uang... kita [istri] mengamuk karena mau beli beras, minyak, uang tidak ada. (S, 21, ibu rumah tangga, Desa M)

²⁴*Laru* adalah minuman tradisional beralkohol yang diolah dari fermentasi nektar bunga lontar (*Borassus flabellifer* L.). *Laru* mengandung sedikit alkohol dan bersoda. *Laru* dapat diolah dengan cara distilasi untuk menghasilkan *sopi* yang memiliki kadar alkohol lebih tinggi. *Laru* dan *sopi* mudah diperoleh dan harganya relatif terjangkau karena dihasilkan oleh produsen di desa setempat atau daerah sekitarnya.

²⁵Contoh: pesta pernikahan, pesta wisuda anak, dan pesta pada saat perbaikan makam.

²⁶Musim pesta sendiri biasanya berlangsung pada musim kemarau hingga sesaat sebelum musim hujan sehingga persiapan lahan untuk musim tanam kadang tidak dilakukan karena orang-orang pergi ke pesta.

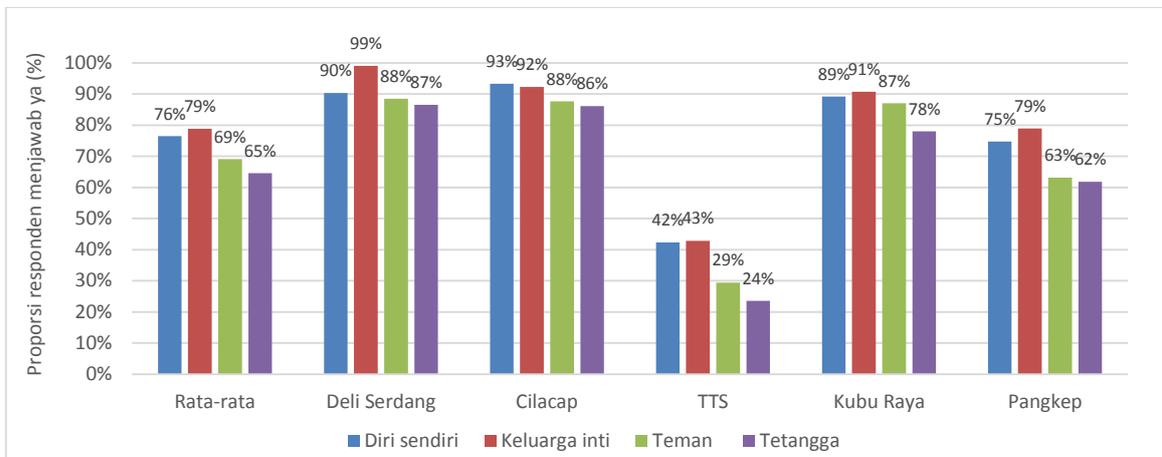
²⁷*Balo* terbuat dari beras ketan yang difermentasikan.

... suaminya minum [minuman keras] *dulu, terus istrinya ngomongnya kasar, jadi tangannya juga ikut-ikut... ya ada yang minum-minum [minuman keras] karena kekurangan ekonomi.* (Peserta FGD mini Desa F)

Studi ini menyimpulkan bahwa KDRT yang menimpa perempuan miskin di wilayah studi sebenarnya terjadi karena dominasi posisi laki-laki di dalam keluarga yang umum berlaku di Indonesia dan karena pembagian beban domestik yang jauh lebih berat untuk perempuan. Ketimpangan relasi antara laki-laki dan perempuan dalam tatanan keluarga di Indonesia mengindikasikan bahwa perempuan cenderung lebih sering menjadi sasaran tindak kekerasan oleh pasangannya karena laki-laki memiliki posisi yang lebih dominan sebagai kepala keluarga. Norma sosial yang berlaku di Indonesia meletakkan beban pengurusan rumah tangga dan anak pada perempuan, sementara pencarian nafkah diposisikan sebagai tugas laki-laki. Dominasi laki-laki dalam masyarakat Indonesia mengonfirmasi persepsi masyarakat bahwa laki-laki memiliki hak untuk melampiaskan kekesalannya kepada pasangannya pada saat dilanda kesulitan, misalnya ketika mereka dilanda kesulitan dalam mencari nafkah hingga mengalami depresi. Di sisi lain, istri menerima alokasi beban pengurusan rumah tangga yang timpang sehingga berujung pada posisi tawar yang rendah bagi perempuan di dalam keluarga. Hal ini terjadi karena mengurus rumah tangga merupakan jenis pekerjaan tak berbayar yang tidak dapat menyumbang apa pun untuk perekonomian keluarga. Dalam konteks kehidupan perempuan miskin yang menjadi fokus studi ini, keterbatasan sumber daya dan kemiskinan menjadi faktor yang memperparah ketimpangan relasi antara laki-laki dan perempuan sehingga KDRT lebih mudah terjadi. Meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa KDRT juga dapat terjadi pada kelompok rumah tangga nonmiskin, studi-studi terdahulu pada konteks negara berkembang membuktikan bahwa KDRT cenderung lebih jarang terjadi pada rumah tangga yang tidak memiliki keterbatasan akses terhadap sumber daya ekonomi (Vyas & Watts, 2009; Abramsky *et al.*, 2011 dalam VanderEnde *et al.*, 2015). Studi lainnya yang mempelajari faktor pencetus KDRT menunjukkan bahwa kondisi stres menjadi mekanisme perantara kemiskinan dan prevalensi KDRT. Ketika sumber daya lebih terbatas, seperti musim paceklik pada saat pendapatan keluarga petani menurun, stres lebih mudah terjadi dan sangat mungkin dilampiaskan dalam bentuk kekerasan fisik terhadap pasangan (Gelles, 1974 dan Jewkes, 2002 dalam VanderEnde *et al.*, 2015).

Sebagian kecil masyarakat di wilayah studi juga mengaitkan kejadian KDRT dengan berbagai kondisi dan permasalahan sosial di dalam masyarakat seperti pernikahan dini, judi, dan perselingkuhan. Masyarakat Pangkep beranggapan bahwa tradisi pernikahan dini turut memicu terjadinya KDRT yang dilakukan oleh orang tua ataupun pasangan terhadap perempuan yang masih di bawah umur. Penyebabnya adalah bahwa pernikahan dini sebenarnya merupakan perkawinan yang tidak didukung oleh kesiapan fisik, mental, dan ekonomi sehingga mengakibatkan banyak permasalahan. Anak-anak yang dikawinkan belum mampu sepenuhnya menyelesaikan permasalahan sehari-hari sehingga sering kali orang tua turut campur dalam kehidupan rumah tangga anaknya. Salah satu temuan studi BPS dan UNICEF menyebutkan bahwa kemiskinan sering kali menjadi penyebab perkawinan anak, tetapi, kenyataannya, pasangan pernikahan dini masih tetap hidup dalam kemiskinan (BPS dan UNICEF, 2016). Sementara itu, masyarakat di Cilacap dan Deli Serdang berpendapat bahwa kebiasaan judi dan perselingkuhan merupakan sumber perselisihan rumah tangga yang dapat menjadi pemicu konflik rumah tangga, termasuk KDRT dan perceraian.

2.3 Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT di Wilayah Studi

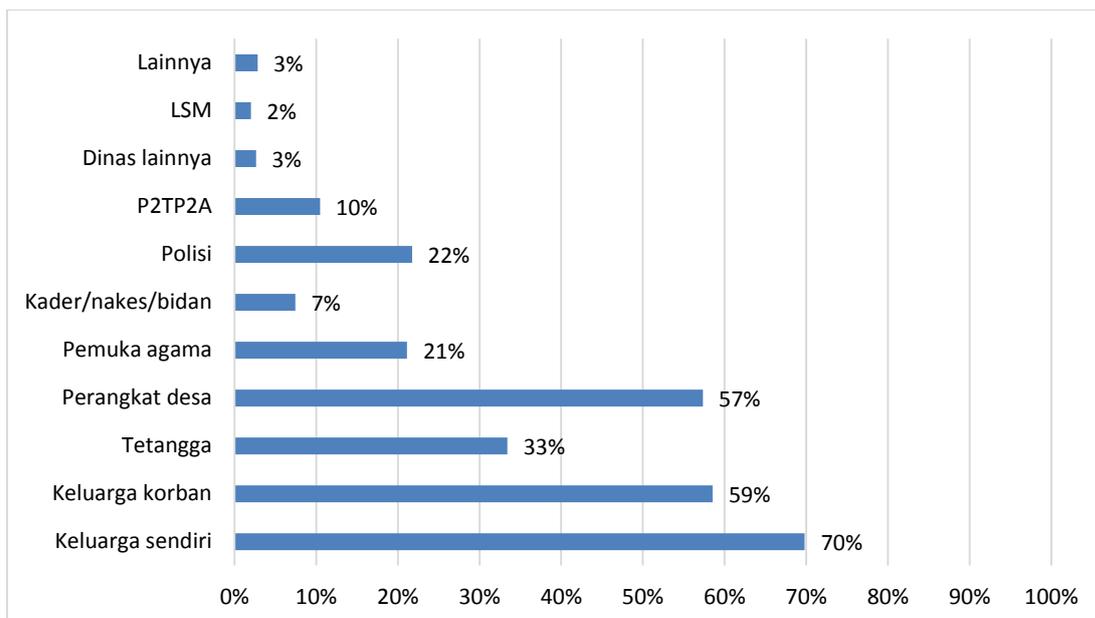


Gambar 5. Sikap perempuan miskin dalam melaporkan kejadian KDRT

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Respons yang disediakan dalam pertanyaan ini terbagi ke dalam tiga kelompok, yaitu 'ya' (akan menceritakan kejadian tersebut kepada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan), 'tidak' (tidak akan menceritakan kejadian tersebut kepada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan), dan 'tidak menjawab'.

Melalui survei, studi ini mengumpulkan data terkait sikap perempuan miskin dalam melaporkan KDRT yang diketahui ataupun dialami sendiri. Masing-masing batang pada Gambar 5 menunjukkan proporsi responden yang menjawab 'ya' yang berarti bahwa responden akan melaporkan KDRT kepada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan untuk diri sendiri maupun membantu mencari pertolongan untuk orang lain yang mengalami KDRT. Secara umum, sebagian besar perempuan miskin yang menjadi responden mengaku akan melaporkan KDRT kepada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan untuk diri sendiri maupun membantu mencari pertolongan untuk orang lain yang mengalami KDRT. Hasil survei menunjukkan bahwa perempuan miskin memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri dan anggota keluarga inti perempuan jika dibandingkan dengan kejadian KDRT yang menimpa teman atau tetangga. Pola ini konsisten teramati di seluruh wilayah studi. Temuan ini mengindikasikan bahwa sikap perempuan miskin dalam melaporkan kejadian KDRT berhubungan erat dengan kekuatan hubungan personal mereka dengan pihak yang menjadi korban. Perbandingan data antarwilayah menunjukkan bahwa perempuan miskin di TTS memiliki kecenderungan paling rendah untuk melaporkan kejadian KDRT jika dibandingkan dengan empat wilayah studi lainnya. Temuan ini berbanding terbalik dengan prevalensi KDRT di TTS yang lebih tinggi daripada empat daerah studi lainnya (Gambar 2). Sementara itu, sebagai daerah studi yang memiliki prevalensi KDRT paling rendah (Gambar 2), Deli Serdang menunjukkan data bahwa proporsi perempuan miskin yang cenderung melaporkan kejadian KDRT adalah yang paling tinggi jika dibandingkan dengan keempat daerah studi lainnya. Analisis multivariat untuk faktor-faktor yang berhubungan dengan keputusan perempuan miskin dalam melaporkan KDRT yang dialami oleh diri sendiri dibahas secara lengkap pada subbab 2.4.



Gambar 6. Pihak yang akan dihubungi untuk melaporkan kejadian KDRT

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017.

Keterangan: Responden boleh memilih lebih dari satu jawaban.

Lebih lanjut, studi ini juga mengumpulkan data terkait pihak-pihak yang akan dihubungi oleh perempuan miskin ketika akan melaporkan kejadian KDRT yang diketahui ataupun dialami sendiri. Sebagian besar perempuan miskin di wilayah studi mengaku akan melaporkan kejadian KDRT kepada pihak keluarga (baik keluarga sendiri ataupun keluarga korban) dalam rangka mencari pertolongan (Gambar 6). Pihak di luar keluarga yang paling mungkin dihubungi oleh perempuan miskin untuk melaporkan kasus KDRT adalah perangkat desa (57%) dan tetangga (33%). Sebaliknya, proporsi perempuan miskin yang akan melaporkan kasus KDRT kepada pihak berwajib yang memiliki kapasitas lebih tinggi untuk menyelesaikan permasalahan KDRT berdasarkan peraturan hukum yang berlaku sangat rendah. Hanya 21% dan 10% perempuan miskin yang mengaku akan melaporkan kejadian KDRT kepada polisi dan P2TP2A (Gambar 6).

Hasil wawancara dan FGD dengan masyarakat di wilayah studi dapat menjelaskan beberapa alasan di balik rendahnya preferensi masyarakat untuk melaporkan kejadian KDRT kepada pihak berwajib. Salah satu di antaranya adalah tingginya biaya transportasi untuk mencapai lokasi instansi yang memberikan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT di wilayah studi. Sementara itu, di TTS, keengganan perempuan untuk melaporkan kejadian KDRT kepada pihak berwajib disebabkan oleh ketakutan pihak istri akan dampak lanjutan sesudahnya dan adanya kendala bahasa. Masyarakat di TTS mengidentikkan jika kasus KDRT dilaporkan ke kepolisian maka akan terjadi perceraian setelahnya, sedangkan perceraian adalah hal terlarang dalam agama yang mereka anut. Selain itu, masih banyak warga di desa studi di TTS yang mengalami kesulitan dalam berbahasa Indonesia; hal ini meningkatkan keengganan mereka untuk melapor kepada pihak berwajib. Masyarakat di TTS menyatakan bahwa pelaporan kepada polisi hanya akan dipertimbangkan jika KDRT yang terjadi menyebabkan korban terluka berat hingga berdarah. Kendala pelaporan kejadian KDRT kepada pihak berwajib dibahas secara lebih mendalam pada subbab 2.5.

Hasil survei ini sejalan dengan pernyataan World Bank (2013) bahwa perempuan cenderung melaporkan penyiksaan yang dialaminya kepada tokoh informal dan petugas administratif di desa sehingga sebagian besar kasus diselesaikan dengan cara-cara yang informal dan mengabaikan

peraturan perundangan tentang perlindungan korban KDRT. Salah satu alasan yang dikemukakan dalam studi World Bank tersebut adalah bahwa pihak berwajib cenderung tidak memprioritaskan kejadian KDRT, dibandingkan dengan tindak-tindak kejahatan lainnya. Selain itu, sedikitnya jumlah polisi perempuan yang terlatih dianggap turut memengaruhi kesediaan perempuan korban KtP untuk melaporkan kasus KtP yang dialaminya. Hambatan lainnya adalah tingginya biaya representasi hukum yang harus dikeluarkan perempuan korban KtP untuk mewakili mereka di pengadilan (World Bank, 2013). Studi ini mengidentifikasi beberapa layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT yang tersedia di wilayah studi. Di seluruh wilayah studi sebenarnya sudah tersedia layanan bagi perempuan yang menjadi korban KDRT, yaitu dalam bentuk layanan pengaduan/laporan korban kekerasan, layanan kesehatan, serta layanan penegakan dan bantuan hukum (Tabel 3). Studi ini juga menemukan adanya pihak-pihak yang membantu masyarakat untuk mengakses layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT yang tersedia di wilayah studi.

Tabel 3. Ketersediaan Layanan bagi Korban KDRT di Wilayah Studi

| Jenis Layanan | Pihak/Lembaga | Tingkat | Ketersediaan di Lokasi Studi |
|---------------------------------|---|----------------------------|--|
| Layanan pengaduan/laporan | Perangkat desa (RT/RW/RK/kepala dusun/kepala desa), tokoh masyarakat, tokoh agama | Desa | Semua desa |
| | Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) | Desa hingga kabupaten | TTS: Sanggar Suara Perempuan (SSP) |
| | P2TP2A | Kabupaten | Tersedia di semua kabupaten studi |
| Layanan penegakan/bantuan hukum | Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA) Kepolisian | Kabupaten | Tersedia di semua provinsi dan atau kabupaten studi |
| Layanan kesehatan | Rumah sakit dan/atau pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) rujukan KtP | Kecamatan hingga kabupaten | Tersedia di semua kabupaten dan/atau kecamatan studi |
| Layanan rehabilitasi | LSM, tenaga kesehatan terlatih, P2TP2A | Kabupaten, provinsi | Tersedia di semua provinsi dan/atau kabupaten |

Sumber: Wawancara dan studi literatur oleh tim peneliti SMERU, 2017.

Meskipun rata-rata layanan bagi korban KDRT telah tersedia di seluruh wilayah studi, hasil wawancara dan FGD dengan masyarakat menunjukkan bahwa penyelesaian kasus KDRT masih didominasi upaya penyelesaian secara internal keluarga dengan melibatkan orang tua atau orang yang dituakan di dalam keluarga untuk menjadi penengah antara pelaku dan korban. Penyelesaian dengan cara ini merupakan hal yang lazim dilakukan di semua desa studi. Hal ini terjadi karena menurut masyarakat, kasus KDRT dianggap sebagai urusan pribadi/keluarga—hanya keluarga yang perlu terlibat. Selain itu, kejadian KDRT umumnya tidak teramati langsung oleh masyarakat karena terjadi pada ranah domestik dan dianggap sebagai permasalahan domestik keluarga. Pandangan yang menganggap KDRT sebagai persoalan domestik sebenarnya kontraproduktif bagi upaya penyelesaian kasus KDRT karena hal tersebut menghalangi pemrosesan KDRT sebagai tindak kekerasan dan menghalangi pemberian sanksi terhadap pelaku tindak KDRT.

2.3.1 Layanan Pengaduan atau Laporan

Ketika kasus KDRT tidak dapat terselesaikan secara internal keluarga, biasanya akan ada pelaporan kasus oleh korban atau keluarga korban ke tingkat yang lebih tinggi, yaitu rukun tetangga (RT), rukun warga (RW), rukun keluarga (RK), dusun, penghulu, *tuan kadi*²⁸, ataupun tokoh masyarakat/tokoh agama setempat hingga tingkat desa. Pada tingkatan ini, pihak ketiga, yaitu perangkat desa atau tokoh masyarakat/adat yang disebutkan sebelumnya, akan (i) memberikan layanan pengaduan atau pelaporan dengan menjadi penengah bagi kedua pihak; (ii) memberikan perlindungan kepada korban apabila diperlukan, misalnya dengan menampung korban di rumah pihak ketiga; dan (iii) mendampingi korban untuk melanjutkan pengaduan ke ranah formal, misalnya ke polisi ataupun pengadilan. Penyelesaian kasus melalui jalur ini umumnya dapat berbentuk:

- a) Perdamaian bagi kedua pihak–pihak ketiga memberikan nasihat dan teguran kepada pelaku. Penyelesaian seperti ini biasanya disertai pernyataan janji dari pelaku bahwa dia tidak akan mengulangi perbuatannya. Pernyataan dibuat secara lisan dan/atau tertulis.
- b) Korban/keluarga korban meminta bantuan pihak ketiga untuk mendampingi pelaporan kasus kepada polisi. Hal ini ditemui pada situasi ketika pihak keluarga korban dan pihak ketiga sudah beberapa kali memberikan nasihat dan teguran kepada pelaku, tetapi ternyata kejadian serupa terulang dan mengakibatkan luka fisik yang lebih serius.²⁹ Pada situasi seperti, pihak keluarga dengan didampingi pihak ketiga melaporkan kasus ini ke polisi untuk diproses secara hukum.
- c) Pelaku dan korban yang berstatus suami istri memutuskan untuk berpisah dan mengurus perceraian. Pihak keluarga dan/atau pihak ketiga membantu proses perceraian.

Ditanyakan mau bagaimana, mau dikumpulkan atau *gimana*. Kalau rembuk, keluarga damai sendiri-sendiri, silakan. Kalau perlu diketahui ketua RT, mengundang ketua RT. Seumpama masalah tidak selesai, ya ke desa. *Tapi* biasanya diselesaikan di dalam keluarga *dulu*. (Peserta FGD Desa F)

Khusus untuk desa studi di TTS, pelaporan KDRT kepada perangkat desa akan diproses berdasarkan peraturan desa (perdes) setempat. Penentuan sanksi kepada pelaku KDRT di Desa M dilakukan melalui musyawarah tingkat desa oleh Forum Kemitraan Polisi dan Masyarakat (FKPM)³⁰ dengan melibatkan SSP yang beroperasi di desa tersebut. Tata aturannya didasarkan pada Perdes Desa M No. 6 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan. FKPM merupakan forum tempat pengaduan berbagai masalah masyarakat, termasuk KDRT. FKPM diinisiasi oleh kepolisian sektor (polsek) setempat. Desa M merupakan satu dari sepuluh desa percontohan FKPM di TTS. Pengurus FKPM di Desa M terdiri atas sembilan orang dengan perincian: empat orang kepala dusun, empat orang perwakilan masyarakat (dari kalangan perempuan, pemuda, tokoh adat, dan tokoh agama), serta perwakilan pemerintah desa.

Di Desa N (TTS) terdapat rancangan perdes yang mengatur sanksi bagi pelaku KDRT. Rancangan perdes ini disusun mulai 2015 dengan pendampingan oleh SSP. Meskipun rancangan perdes tersebut masih dalam proses pengesahan di tingkat kabupaten, pelaksanaan isinya sudah mulai

²⁸*Tuan kadi* adalah sebutan untuk penghulu yang biasa mengurus pernikahan di tingkat desa di Deli Serdang.

²⁹Contohnya adalah kasus di Desa B; pelaku beberapa kali berkata kasar dan memukul istrinya. Perbuatan tersebut sudah diadukan kepada keluarga dan ketua RT setempat. Meski sudah ditegur dan sudah terjadi perdamaian, pelaku mengulangi perbuatannya. Pelaku kembali memukul istrinya hingga muka istrinya lebam. Keluarga istri menjadi marah dan meminta ketua RT untuk mendampingi mereka melapor ke polisi.

³⁰FKPM merupakan bagian dari strategi kerja sama polisi dengan masyarakat dengan cara mengikutsertakan masyarakat, pemerintah, dan pihak-pihak lain dalam menangkal, mencegah, dan menanggulangi masalah keamanan (Lukman, 2017).

diberlakukan di Desa N. Penentuan sanksi dilakukan melalui forum musyawarah bersama perangkat desa dengan melibatkan SSP. Sementara itu, di Desa O (TTS), sanksi atas KDRT diputuskan dalam forum musyawarah di tingkat desa oleh perangkat desa dan didasarkan atas perdes. Berbeda dengan perdes di Desa M dan N yang khusus mengatur perlindungan perempuan, perdes di Desa O merupakan perdes umum yang mengatur berbagai persoalan di masyarakat.³¹

Pada semua lokasi studi, hanya di TTS didapati LSM yang berfokus pada pendampingan korban KtP. LSM yang bernama SSP ini mulai bekerja di dua desa lokasi studi sejak 2008. Pada desa yang menjadi lokasi pendampingan SSP di TTS (Desa M dan Desa N), kader SSP atau yang biasa disebut pendamping korban bertindak sebagai pendamping dalam penanganan kasus KDRT ataupun KtP. Kader SSP menjadi pendamping korban sejak tingkat desa hingga kasus tersebut dibawa ke tingkat yang lebih tinggi, termasuk kepolisian dan P2TP2A. Di samping SSP, LSM lain yang bekerja di desa studi, seperti 'Aisyiyah, BITRA, dan PEKKA, juga memberikan perhatian pada tema KtP, tetapi dalam ruang lingkup dan kegiatan yang lebih terbatas. Berbagai kegiatan wawancara dan FGD memperlihatkan bahwa perempuan miskin yang terlibat dalam kegiatan pendampingan oleh LSM tersebut menunjukkan tingkat pengetahuan yang lebih baik mengenai KtP dan KDRT (jenis-jenis KDRT, bagaimana mengatasi KDRT, layanan untuk korban KDRT, dan sebagainya) jika dibandingkan dengan perempuan miskin yang tidak mendapat pendampingan dari pihak mana pun.

Secara kelembagaan, P2TP2A didesain sebagai instansi yang memberikan layanan pengaduan/pelaporan bagi perempuan dan anak korban kekerasan. P2TP2A mendampingi semua perempuan dan anak korban kekerasan berdimensi gender tanpa membedakan agama, golongan, suku, ataupun status sosial mereka. Bentuk layanan yang disediakan ada dua macam, yaitu litigasi dan nonlitigasi. Layanan litigasi disediakan untuk, misalnya, kasus KDRT, pelecehan, dan pencabulan. Sementara itu, layanan nonlitigasi disediakan untuk, misalnya, konsultasi permasalahan yang tengah dihadapi, mediasi antara suami dan istri, dan mediasi antara orang tua dan anak yang hubungannya sedang bermasalah. Pada kasus ketika korban memerlukan pendampingan hukum, ada dua cara yang dilakukan, yaitu mendampingi secara langsung (sepanjang proses peradilan korban akan didampingi langsung oleh pendamping P2TP2A yang bertindak sebagai kuasa hukum) atau mendampingi secara tidak langsung (berupa konsultasi dalam menghadapi proses peradilan, membuat konsep gugatan, dan sebagainya) (Rosnawati, 2018).

P2TP2A tersedia di semua kabupaten studi. Di tingkat pusat, lembaga ini berada di bawah KemenPPPA. Adapun di tingkat kabupaten, lembaga ini bernaung di bawah Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak masing-masing kabupaten. P2TP2A di tiap kabupaten studi memiliki kondisi dan permasalahan yang berbeda-beda. Studi yang dilakukan oleh Komnas Perempuan dan Forum Pengada Layanan pada 2017 menemukan bahwa persoalan anggaran, keterbatasan sumber daya manusia (SDM), dan ketiadaan sistem tata kelola P2TP2A menjadi penyebab P2TP2A tidak bisa menjalankan peran dan fungsinya secara optimal (Komnas Perempuan dan FPL, 2017). Di Cilacap, P2TP2A disebut sebagai P2TP2A Citra dan dibentuk pada 2005. Permasalahan utama yang dihadapi P2TP2A Citra di Cilacap adalah kurangnya SDM sehingga mereka belum bisa memberikan layanan secara optimal. P2TP2A Citra telah menunjuk kader desa (laki-laki dan perempuan) pada tiga desa studi di Cilacap sejak 2014 untuk tugas menerima pelaporan kasus KtP dan anak serta meneruskan laporan tersebut ke P2TP2A Citra di tingkat kabupaten dan memberikan pendampingan bagi korban. Hingga saat ini, fungsi kader dinilai belum berjalan optimal karena masih banyak warga yang belum mengetahui informasi keberadaan kader. Selain itu, kader P2TP2A Citra juga belum memahami tugasnya dengan baik karena belum mendapatkan pendampingan yang memadai. Di Kubu Raya, P2TP2A berada di bawah Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana

³¹Informasi lebih jauh tentang perdes dan ranperdes akan dijelaskan pada Bab 3.

(P3AP2KB) dan keberadaannya dikuatkan dengan surat keputusan (SK) bupati pada 2017. Permasalahan utama yang dihadapi P2TP2A Kubu Raya adalah bahwa mereka belum mempunyai rumah aman (*shelter*) untuk perlindungan perempuan³² yang menjadi korban KtP. Implikasinya, hingga saat pengumpulan data dilakukan (November 2017), P2TP2A Kubu Raya belum aktif beroperasi. Dengan demikian, warga Kubu Raya yang melaporkan kasus KDRT kepada P3AP2KB Kubu Raya selanjutnya dirujuk ke P2TP2A tingkat provinsi yang berada di Kota Pontianak.

2.3.2 Layanan Penegakan atau Bantuan Hukum

Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2004, KDRT dikategorikan sebagai tindak pidana. Pasal 15 UU ini menegaskan bahwa masyarakat memiliki kewajiban untuk turut menangani masalah KDRT, baik dalam bentuk mencegah, memberikan perlindungan dan pertolongan kepada korban, ataupun membantu proses pengajuan permohonan penetapan perlindungan. Selanjutnya, berdasarkan Pasal 26, pelaporan KDRT kepada pihak kepolisian dapat dilakukan oleh korban, keluarga korban, atau orang lain yang diberi kuasa oleh korban. Di semua lokasi studi, korban atau keluarga korban KDRT dapat melakukan pelaporan langsung ke unit Pelayanan Perempuan dan Anak (PPA) di kepolisian setempat. Kendati demikian, berdasarkan wawancara, unit-unit kepolisian di wilayah studi memiliki kondisi dan tantangan yang beragam. Di TTS, misalnya, kepolisian masih memiliki keterbatasan SDM. Unit PPA Polres TTS hanya terdiri atas 4 polisi wanita (*polwan*) dari keseluruhan 28 *polwan* yang bertugas di Polres ini.³³ Pada dua kecamatan studi di TTS, belum ada *polwan* di masing-masing polsek. Pada tingkat desa, dua (Desa M dan Desa N) dari tiga desa studi di TTS telah memiliki personel polisi atau Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat (*Bhabinkamtibmas*)³⁴ yang bertugas di desa. Sementara itu, di Kubu Raya, belum ada Polres sehingga pelaporan kasus KDRT masyarakat Kubu Raya yang tinggal di wilayah dekat ibu kota kabupaten harus dilakukan ke Kepolisian Resor Kota (Polresta) Pontianak. Masyarakat Kubu Raya di daerah kecamatan wilayah perairan dapat melaporkan kasus KDRT ke Polres Mempawah. Selain itu, di Kabupaten Kubu Raya juga belum tersedia sarana pelayanan hukum, yaitu kejaksaan dan pengadilan (negeri dan agama) sehingga proses hukum harus dirujuk ke Mempawah atau Pontianak. Kondisi seperti ini menyebabkan pelaporan kasus KtP maupun KDRT lebih banyak dilakukan di polsek pada masing-masing kecamatan untuk kemudian, jika dilanjutkan ke proses hukum, harus dikoordinasikan ke Polres Mempawah ataupun Polresta Pontianak. Implikasinya, penanganan kasus hukum, termasuk KDRT, menjadi kurang efektif dan biaya penanganan hukum relatif tinggi.³⁵ Di sisi lain, Unit PPA di Deli Serdang tersedia dekat desa studi; lokasinya dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat dan akses ke Polres serta pelayanan hukum juga mudah. Salah satu implikasinya, pelaporan kasus KDRT dapat berjalan lebih efisien.

2.3.3 Layanan Kesehatan

Kepolisian juga memberikan layanan pendampingan bagi korban KDRT yang memerlukan tindakan visum di fasilitas kesehatan terdekat. Layanan visum bagi korban KDRT tersedia di semua fasilitas kesehatan di wilayah studi dengan kondisi yang beragam. Puskesmas di salah satu kecamatan studi di Deli Serdang memiliki kendala, yakni belum ada tenaga kesehatan terlatih untuk melakukan visum KtP sehingga korban KtP yang ingin melakukan visum harus dirujuk ke rumah sakit di Medan. Kondisi jalan yang baik di Medan dan keterhubungan yang baik antara Deli Serdang dan Medan

³²Saat ini P2TP2A Kubu Raya sedang mengusahakan pendirian rumah aman di daerah Sungai Ambawang dengan menggunakan bangunan puskesmas milik pemerintah daerah yang tidak terpakai.

³³Jumlah keseluruhan personel sekitar 428 orang, dan 28 di antaranya *polwan*.

³⁴Masyarakat menyebutnya “polisi desa”.

³⁵Dampak dari ketiadaan pengadilan terlihat pada, misalnya, salah satu hasil wawancara keluarga pada Studi *Baseline* MAMPU yang menyebutkan bahwa warga harus mengeluarkan biaya cukup besar untuk transportasi ke pengadilan di Mempawah.

mempermudah korban dalam mengakses layanan kesehatan. Hal ini berbeda dengan kondisi di TTS—visum hanya dapat dilakukan di puskesmas di kecamatan studi apabila dokter tersedia. Jika tidak ada dokter, korban akan dirujuk ke puskesmas di kecamatan lain.

2.3.4 Layanan Rehabilitasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 5 Tahun 2010, P2TP2A menyediakan layanan rehabilitasi kesehatan dan layanan rehabilitasi sosial. Layanan rehabilitasi kesehatan dilakukan oleh dokter dan perawat/bidan yang terlatih dalam hal tata laksana kasus KtP. Layanan ini mengacu pada pedoman pengembangan puskesmas tentang KtP (dan kekerasan terhadap anak) serta SOP rumah sakit. Layanan rehabilitasi sosial dilakukan oleh pekerja sosial, psikolog/psikolog klinis, dan petugas konseling terlatih. Selain oleh P2TP2A, layanan rehabilitasi juga dapat disediakan oleh LSM, lembaga adat, Dinas Sosial, dan lembaga keagamaan (KemenPPPA, 2012). Pada kenyataannya, di desa-desa studi, layanan rehabilitasi masih berada dalam kondisi yang sangat terbatas jika dibandingkan dengan jenis-jenis layanan lainnya, baik karena kendala SDM terlatih maupun fasilitas fisiknya. Penyediaan rehabilitasi korban oleh LSM di tingkat desa baru didapati di desa studi di TTS, yaitu oleh SSP. Sementara itu, rehabilitasi oleh petugas kesehatan di tingkat desa nyaris belum dilakukan. Penyebabnya adalah bahwa tenaga kesehatan desa-desa studi belum memperoleh pelatihan khusus untuk penanganan korban KtP. Ketersediaan tenaga kesehatan untuk rehabilitasi korban KtP baru sebatas tingkat kabupaten dan/atau provinsi, itu pun dalam jumlah yang terbatas. Demikian pula keberagaman kondisi P2TP2A; ketersediaan layanan rehabilitasi di P2TP2A tidak selalu sesuai dengan standar yang ditetapkan pemerintah. Sebagai contoh, tidak semua P2TP2A memiliki rumah aman bagi korban KDRT yang dilengkapi dengan tenaga terlatih untuk pelayanan rehabilitasi.

2.4 Determinan Perilaku Melaporkan KDRT yang Dialami Diri Sendiri

Hasil survei menunjukkan bahwa, secara rata-rata, hanya 76% perempuan yang akan melaporkan KDRT yang dialami diri sendiri (Gambar 5). Pada bagian ini, kami melakukan analisis lebih lanjut dengan menggunakan regresi multivariat untuk menemukan faktor apa saja yang menjadi determinan perilaku melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri di antara perempuan miskin. Secara umum, variabel yang diperkirakan berhubungan dengan tindakan melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri terbagi ke dalam tiga kelompok besar, yakni variabel tingkat individu, tingkat keluarga, dan tingkat desa. Analisis ini menggunakan dua sumber data, yakni survei keluarga responden Studi *Midline* MAMPU dan survei kondisi desa yang disebut Pendataan Potensi Desa/Podes (BPS, 2014). Podes menyediakan data kondisi desa beserta infrastrukturnya yang dapat melengkapi analisis pada studi ini.

Dengan menggunakan data hasil survei dari Spanyol, Gracia dan Herrero (2006) melakukan analisis multivariat determinan perilaku melaporkan kejadian KtP. Dalam studinya, Gracia dan Herrero (2006) mencoba mengukur dampak variabel sosial-ekonomi klasik (umur, pendidikan, jenis kelamin, dan kepadatan penduduk) dan variabel khusus yang berkaitan dengan sikap publik mengenai KtP. Di antara variabel-variabel khusus tersebut, Gracia dan Herrero (2006) menemukan bahwa individu yang tidak memiliki pengalaman pribadi terkait KtP memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melaporkan kejadian KtP di masyarakat. Di samping itu, individu yang memiliki persepsi bahwa frekuensi kejadian KtP itu tinggi juga memiliki probabilitas untuk melapor yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan individu yang beranggapan bahwa KtP tidak sering terjadi. Sementara itu, individu yang memiliki toleransi tinggi terhadap KtP memiliki probabilitas yang lebih rendah untuk melaporkan kejadian KtP.

Pada studi ini, perilaku melaporkan kasus KDRT yang dialami diri sendiri didefinisikan dalam bentuk variabel biner yang bernilai 1 jika responden mengaku akan melaporkannya kalau dia mengalami KDRT dan bernilai 0 jika responden tidak akan melaporkan kasus KDRT yang dia alami.³⁶ Perlu ditekankan kembali, yang menjadi fokus dalam analisis ini adalah sikap dalam melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri, mengingat studi ini tidak memiliki data terkait perilaku aktual perempuan miskin dalam melaporkan KDRT yang menimpa diri sendiri. Definisi melapor yang digunakan dalam studi ini adalah menceritakan kepada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan. Adapun pihak lain yang dimaksud meliputi anggota keluarga sendiri, anggota keluarga korban, tetangga, perangkat desa/ketua RT/kadus/kades/ketua RT/ketua RW, pemuka agama, kader puskesmas/bidan/tenaga kesehatan di desa, polisi, P2TP2A, dinas terkait, dan anggota LSM di wilayah setempat. Perilaku melaporkan KDRT dari 515 sampel perempuan berusia 15–40 tahun yang masih berstatus menikah dalam setahun terakhir dianalisis dengan menggunakan probit dan hasilnya dapat dilihat pada Tabel 4.

2.4.1 Variabel Tingkat Individu

Pada variabel tingkat individu, perempuan yang mengenyam pendidikan SMP, pernah melahirkan, tercatat dalam kartu keluarga (KK), dan berpartisipasi dalam kegiatan PKK di desa memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk melaporkan kejadian KDRT yang menimpa diri sendiri. Temuan ini mengindikasikan bahwa perilaku melaporkan kejadian KDRT yang menimpa diri sendiri berkaitan erat dengan beberapa hal, di antaranya (i) tingkat pendidikan, (ii) pengalaman melahirkan, (iii) kepemilikan dokumen hukum, dan (iv) keaktifan dalam kegiatan berkumpul dengan sesama perempuan di dalam masyarakat, yakni melalui kegiatan PKK. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Gracia dan Herrero (2006) yang menemukan bahwa pendidikan juga berkorelasi positif dengan perilaku melaporkan kejadian KtP. Partisipasi dalam kegiatan PKK diduga berkaitan erat dengan probabilitas perilaku melaporkan kasus KDRT di antara perempuan miskin, mengingat, dalam kegiatan PKK, perempuan dapat berinteraksi dengan perempuan lainnya. Selain itu, kegiatan PKK di beberapa wilayah studi, khususnya Deli Serdang, telah memuat agenda kegiatan sosialisasi dan simulasi penanganan KDRT kepada masyarakat sehingga amat besar potensinya untuk meningkatkan kesadaran melaporkan kasus KDRT di antara perempuan miskin.

Berbeda dengan hasil studi Gracia dan Herrero (2006), pada studi ini variabel yang mengukur pengalaman pribadi individu terkait KDRT dan pengetahuan individu terkait frekuensi KDRT di daerahnya tidak menjadi determinan perilaku melaporkan kasus KDRT (Tabel 4). Variabel lain pada tingkat individu yang berpengaruh signifikan secara statistik adalah perilaku melaporkan kejadian KDRT yang menimpa keluarga inti. Dengan kata lain, individu yang melaporkan KDRT yang terjadi pada anggota keluarga inti juga akan melaporkan kejadian KDRT apabila ia sendiri yang mengalaminya. Temuan ini mengindikasikan bahwa perilaku melaporkan kejadian KDRT cukup konsisten, baik untuk kasus yang menimpa anggota keluarga inti maupun yang menimpa diri sendiri.

³⁶Variabel dependen adalah *melapor* yang memiliki nilai 1 jika responden menjawab akan melapor pada salah satu narasi cerita KDRT (dari delapan narasi) yang ditanyakan dalam kuesioner. *Melapor* bernilai 0 apabila responden menjawab tidak akan melapor pada kedelapan narasi cerita.

2.4.2 Variabel Tingkat Keluarga

Sementara itu, pada kelompok variabel tingkat keluarga, hanya rasio ketergantungan³⁷ yang menjadi determinan perilaku melaporkan KDRT yang dialami diri sendiri. Perempuan yang berasal dari keluarga dengan rasio ketergantungan tinggi memiliki probabilitas lebih rendah untuk melaporkan kejadian KDRT yang dialaminya. Dugaan yang dapat menjelaskan temuan ini adalah bahwa keluarga dengan rasio ketergantungan tinggi memiliki jaringan dan sumber daya yang lebih sedikit daripada keluarga dengan rasio ketergantungan rendah. Keterbatasan jaringan merupakan faktor penghambat keputusan untuk melaporkan kejadian KDRT karena, dengan tidak adanya interaksi dengan pihak di luar keluarga, perempuan mengalami keterasingan.

2.4.3 Variabel Tingkat Desa

Beberapa indikator dari Podes, yaitu jumlah SMP di desa dan keberadaan angkutan umum dengan trayek tetap, menunjukkan hubungan yang positif dan signifikan secara statistik terhadap perilaku melaporkan kasus KDRT yang dialami perempuan miskin. Jumlah SMP di desa dapat mencerminkan kualitas pendidikan warga sebuah desa. Dengan demikian, temuan ini menegaskan bahwa pendidikan memainkan peranan penting dalam keputusan untuk melaporkan peristiwa KDRT yang dialami diri sendiri. Sementara itu, keberadaan angkutan umum dengan trayek tetap mencerminkan kualitas infrastruktur dan ketersediaan sarana transportasi di sebuah wilayah. Studi ini menemukan bahwa wilayah yang memiliki infrastruktur dan sarana transportasi baik—yang tecermin dari kualitas angkutan umumnya—meningkatkan probabilitas perempuan untuk melaporkan KDRT yang dialaminya sebesar 6%.

Temuan paling menarik dari hasil analisis pada Tabel 4 adalah keberadaan perdes tentang perlindungan perempuan dan anak yang justru menurunkan probabilitas perempuan untuk melaporkan KDRT yang dialaminya sebesar 13%. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, di ketiga desa studi di TTS telah ada perdes ataupun rancangan peraturan desa (ranperdes) mengenai KDRT maupun perdes tentang perselisihan secara umum. Temuan ini menjadi menarik karena, logikanya, peraturan dibuat untuk menyediakan payung hukum bagi warga yang ingin memproses persoalan secara lebih adil. Namun, analisis pada Tabel 4 menunjukkan hal sebaliknya, yakni: keberadaan peraturan desa tidak berarti bahwa masyarakat berani melaporkan kejadian KDRT yang menimpa diri sendiri. Informasi dari temuan kualitatif berdasarkan wawancara dan FGD menyebutkan bahwa ada ketakutan di kalangan keluarga miskin terkait pengeluaran keluarga yang makin besar jika suami harus membayar denda (karena melakukan KDRT) berdasarkan perdes yang mengatur komponen biaya administrasi jika kejadian KDRT dilaporkan kepada perangkat desa. Di samping itu, adanya kewajiban untuk menyediakan *okomama*³⁸ bagi perangkat desa dan tokoh masyarakat dalam menangani aduan/laporan KDRT juga turut menjelaskan bagaimana peraturan yang ditetapkan dapat menghambat perilaku melaporkan KDRT yang dialami perempuan miskin.

³⁷Rasio ketergantungan adalah perbandingan antara jumlah anggota keluarga berusia 0–14 tahun, ditambah dengan jumlah anggota keluarga berusia 65 tahun ke atas, dan jumlah anggota keluarga berusia 15–64 tahun. Rasio ketergantungan menunjukkan besarnya anggota keluarga golongan usia produktif yang dapat menghasilkan barang dan jasa bernilai ekonomi bagi golongan usia muda dan usia tua (golongan usia tidak produktif).

³⁸ *Okomama* adalah hantaran yang dijadikan pembuka pintu untuk basa-basi sebelum sampai pada pokok percakapan/pembahasan di kalangan masyarakat TTS. Bentuknya berupa beras, babi, dan lain-lain untuk konsumsi pada saat musyawarah penyelesaian kasus.

Tabel 4. Analisis Determinan Perilaku Melaporkan KDRT yang Menimpa Diri Sendiri

| | Melaporkan KDRT yang Menimpa Diri Sendiri (1 = Ya, 0 = Tidak) | |
|--|---|------------|
| | Efek Marginal | Galat Baku |
| 1. Variabel Tingkat Individu | | |
| Usia | -0,032 | 0,027 |
| Usia kuadrat | 0,001 | 0,000 |
| Mengenyam pendidikan tingkat SMP (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,089*** | 0,034 |
| Bekerja (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,040 | 0,028 |
| Sedang hamil (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,073 | 0,054 |
| Pernah melahirkan (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,152** | 0,078 |
| Memiliki akta nikah (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,032 | 0,033 |
| Tercatat dalam KK (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,138** | 0,070 |
| Menjadi anggota koperasi (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,020 | 0,042 |
| Mengikuti arisan (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,010 | 0,033 |
| Mengikuti kegiatan PKK di desa dalam setahun terakhir (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,114*** | 0,036 |
| Menjadi anggota aksi kolektif perempuan di desa dalam setahun terakhir (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,010 | 0,065 |
| Mengikuti kegiatan keagamaan di desa dalam setahun terakhir (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,005 | 0,033 |
| Mengikuti kegiatan kerja bakti di desa dalam setahun terakhir (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,005 | 0,042 |
| Pernah mengalami KDRT dalam setahun terakhir (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,052 | 0,038 |
| Mengetahui ada kejadian KDRT di desa (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,038 | 0,045 |
| Akan melaporkan KDRT jika menimpa keluarga inti (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,243*** | 0,075 |
| Akan melaporkan KDRT jika menimpa teman (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,104 | 0,071 |
| Akan melaporkan KDRT jika menimpa tetangga (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,013 | 0,053 |
| 2. Variabel Tingkat Keluarga | | |
| Status rumah adalah milik sendiri (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,031 | 0,034 |
| Rasio ketergantungan | -0,000** | 0,000 |
| Kepala keluarga bekerja (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,008 | 0,054 |
| Kesejahteraan tergolong dalam kuintil pertama terbawah (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,008 | 0,048 |
| Kesejahteraan tergolong dalam kuintil kedua terbawah (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,018 | 0,039 |
| Menerima program bantuan sosial dari pemerintah (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,045 | 0,068 |
| Menerima program bantuan sosial dari kalangan nonpemerintah (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,034 | 0,042 |
| 3. Variabel Tingkat Desa | | |
| Jumlah bidan yang menetap di desa | -0,001 | 0,004 |

| | Melaporkan KDRT yang Menimpa Diri Sendiri (1 = Ya, 0 = Tidak) | |
|--|---|------------|
| | Efek Marginal | Galat Baku |
| Jumlah SMP | 0,021** | 0,011 |
| Keberadaan angkutan umum dengan trayek tetap (1 = Ya, 0 = Tidak) | 0,065* | 0,038 |
| Dapat menerima siaran TV luar negeri (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,031 | 0,039 |
| Ada kantor polisi di desa (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,029 | 0,056 |
| Memiliki perdes terkait KDRT atau perselisihan (1 = Ya, 0 = Tidak) | -0,130* | 0,079 |
| Jumlah observasi | 515 | |
| Pseudo R² | 0,3804 | |

Sumber: Hasil survei tim peneliti SMERU, 2017; Podes 2014 (BPS, 2014).

Keterangan: *** 1% signifikan, ** 5% signifikan, * 10% signifikan; galat baku yang terkumpul pada tingkat keluarga.

2.5 Kendala Pelaporan Kasus KDRT di Wilayah Studi

Meskipun di wilayah studi telah tersedia berbagai layanan pelaporan KDRT dengan berbagai kondisinya, masih terdapat sejumlah kendala di wilayah studi yang mengakibatkan perempuan tidak melaporkan kejadian KDRT yang dialami maupun diketahuinya dan juga mengakibatkan kasus KDRT tidak dapat diproses lebih jauh kendati telah dilaporkan. Bagian ini akan membahas lebih lanjut kendala pelaporan kasus KDRT yang dijumpai di wilayah studi.

2.5.1 Pandangan tentang KDRT sebagai Masalah Domestik dan Hal yang Tabu

Di semua desa studi, warga masyarakat (baik laki-laki maupun perempuan) secara umum masih menganggap bahwa KDRT merupakan masalah pribadi sehingga penyelesaiannya diutamakan untuk dilakukan secara internal keluarga. Sebagian masyarakat juga menganggap bahwa KDRT adalah aib keluarga sehingga ada perasaan malu untuk melaporkannya karena akan mencemarkan nama baik keluarga jika sampai diketahui orang lain. Kondisi ini merupakan hambatan pelaporan yang didapati di semua wilayah studi.

Perempuan di pihak yang lemah dan mengalah untuk menjaga keutuhan rumah tangga... menganggap aib, lebih baik mengalah demi menjaga nama baik dan masa depan, serta takut suami dipenjara. (Peserta FGD Desa D)

2.5.2 Risiko yang Dianggap Lahir Akibat Pelaporan KDRT: Perceraian dan Masalah Ekonomi

Studi ini menemukan bahwa masyarakat di wilayah studi memiliki kekhawatiran bahwa pelaporan kasus KDRT akan berujung pada rusaknya keutuhan keluarga dan memburuknya kondisi ekonomi. Penyebab kekhawatiran tersebut adalah bahwa pelaporan kasus KDRT biasanya berujung pada perceraian. Pada keluarga dengan suami/pelaku KDRT yang merupakan pencari nafkah utama dan istri/korban KDRT yang tidak memiliki pendapatan mandiri, perceraian sangat dihindari karena dikhawatirkan akan membawa masalah ekonomi baru bagi keluarga. Sementara itu, perceraian di TTS dipandang sebagai hal yang kurang baik berdasarkan norma agama yang dianut mayoritas warga.

Semua keputusan tergantung korban... jadi kita ikut *maunya* korban, mau lanjut, kita lanjutkan. Yang mengalami *kan* korban... si korban juga *pikir* anak juga tentang biaya sekolah anak, biaya dalam

rumah sehari-hari. Terus mereka pikir, nanti kalau suaminya ditahan, setelah keluar dia tidak mau tanggung jawab lagi. (Pendamping masyarakat dari organisasi SPP)

... karena untuk perempuan, kalau mau bercerai, *mikiran* biayanya dari mana. Dengar-dengar, katanya kalau perempuan yang *gugat*, biayanya lebih besar [daripada kalau suami yang menggugat]. Apalagi untuk KDRT yang kasusnya sulit dibuktikan, biaya gugatannya lebih mahal. *Kayaknya* kalau perempuan yang *gugat*, [biayanya] dua juta. Ya, akhirnya [perempuan] *milih* tidak [menggugat] cerai, menunggu digugat suami saja, walau batin tersiksa. Ya, ujung-ujungnya diselesaikan kekeluargaan *sih*. Ya, walaupun kalau buat aku, itu bukan penyelesaian ya, [mem]baiknya cuma sesaat. *Kan* tetap perempuannya sudah *kadung* sakit [tersiksa] lahir batin, *gak* bahagia. (Ibu N, peserta FGD mini Desa I)

2.5.3 Permasalahan Kelengkapan Dokumen Pernikahan

Studi ini menemukan bahwa kurangnya kesadaran untuk melengkapi dokumen pernikahan di beberapa kalangan masyarakat juga menjadi faktor penghambat dalam mengakses layanan perlindungan korban KDRT yang tersedia di wilayah studi. Pada desa studi di TTS, didapati pasangan-pasangan kohabitasi yang—meskipun secara adat diakui sebagai pasangan suami istri—tidak memiliki akta atau surat nikah yang berkekuatan hukum. Pada desa studi di Cilacap, kendati tidak banyak, didapati pasangan-pasangan suami istri yang menikah secara agama, tetapi tidak disertai legalitas secara negara (nikah siri). Kondisi ini terjadi pada pasangan suami istri yang secara hukum agama dan negara telah bercerai, tetapi kemudian rujuk dan hanya melakukan pernikahan ulang secara agama (tidak melakukan pernikahan ulang secara negara) sehingga tidak memiliki surat/akta nikah. Hal seperti ini juga dijumpai pada pasangan poligami yang menikah secara diam-diam. Pasangan yang tidak memiliki dokumen pernikahan yang lengkap akan menemui hambatan ketika hendak melaporkan kasus KDRT. Ketika terjadi kasus KDRT dan dilaporkan ke kepolisian, ketiadaan surat/akta nikah membuat kasus yang dilaporkan tidak bisa diproses dengan UU Penghapusan KDRT sebagai landasan. Sebagai contoh, yang terjadi adalah kasus kekerasan fisik, maka pada akhirnya kasus tersebut akan diproses dengan landasan Pasal 351 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP), yaitu tindak penganiayaan biasa.

2.5.4 Biaya Penyelesaian Kasus KDRT yang Tidak Kecil

Pada desa studi di TTS, ada biaya untuk penyelesaian berbagai kasus, termasuk kasus KDRT dalam ruang lingkup desa. Salah satu perdes di Desa O mengatur adanya biaya administrasi untuk pelaporan berbagai kasus yang ditangani pihak desa. Aturan ini juga berlaku untuk kasus KDRT. Pelaporan ke RT untuk semua permasalahan, termasuk tindak kekerasan, dikenakan biaya administrasi sebesar Rp25.000. Pelaporan pada tingkat berikutnya, yaitu RK/RW, dikenakan biaya administrasi sebesar Rp50.000. Selanjutnya, pelaporan di tingkat dusun dan pemerintah desa dikenakan biaya administrasi masing-masing Rp75.000 dan Rp100.000. Pilihan tingkat pelaporan ditentukan oleh pelapor, apakah bertahap atau langsung ke tingkat desa.

Penyelesaian kasus KDRT pada tingkat desa di Desa M dan Desa N (TTS) melibatkan praktik pemberian *okomama* kepada para tokoh adat/tokoh masyarakat sebelum mereka bermusyawarah untuk membahas kasus. Penyediaan *okomama* maupun biaya administrasi bagi pelapor dari kalangan rumah tangga miskin dinilai sangat membebani pengeluaran rumah tangga. Hal-hal tersebut mengurangi kemungkinan bagi korban/keluarga korban untuk melaporkan kasus KDRT ke tingkat desa sehingga mereka memilih untuk menyelesaikannya secara internal keluarga.

... mau *pi* lapor lagi, ini uang keluar lagi, akhirnya biar *sa* sudah, akhirnya menerima, pasrah sudah. Keluarga bilang, kau *pi* lapor lagi, uang di mana... buang-buang uang saja... Itu menjadi tantangan tersendiri juga... baru mau melapor, sudah ada biaya administrasi... Dia sudah menjadi korban, *ko* jadi korban lagi... Uang itu dikumpul, nanti mereka makan bersama lagi untuk *urus* perdamaianya...

Akhir-akhir ini, di Desa M kelihatannya sudah mulai berkurang karena *dia* sudah ada perdes, penyelesaiannya sudah diatur semuanya dalam perdes. (Wawancara, B, laki-laki, Kabupaten TTS, 30 Oktober 2017)

2.5.5 Masalah Jarak, Sulitnya Akses, dan Keterbatasan Jenis dan Kualitas Layanan yang Tersedia

Kendala lain terkait pelaporan kasus KDRT kepada pihak berwajib adalah lokasi yang jauh dan sulitnya akses ke layanan hukum (kepolisian) maupun P2TP2A/Dinas Pemberdayaan Perempuan. Sebagai contoh, meskipun masyarakat di Cilacap mengetahui adanya layanan pengaduan dan pendampingan korban KDRT dari P2TP2A Citra, sebagian masyarakat menganggap bahwa lokasi P2TP2A Citra yang terletak di pusat kota Kabupaten Cilacap terlalu jauh. Dengan kondisi seperti itu, masyarakat lebih memilih untuk melaporkan kasus KDRT kepada kepala desa ataupun tokoh masyarakat. Pada lokasi studi di Kubu Raya, masyarakat dapat melaporkan kasus KDRT kepada Dinas Pemberdayaan Perempuan yang ada di kabupaten. Namun, karena P2TP2A tingkat kabupaten belum aktif beroperasi dan belum memiliki rumah aman, maka proses penanganannya harus dirujuk ke provinsi. Di Kabupaten Kubu Raya, belum ada Polres, maka penyelesaian kasus KDRT secara hukum akan dirujuk ke Pontianak atau Mempawah. Implikasinya, korban/keluarga korban harus menyediakan biaya transportasi yang tidak kecil. Di TTS, proses hukum di kepolisian terkadang dihadapkan pada kendala lokasi yang jauh antara desa tempat tinggal dan kantor polisi serta akses yang sulit sehingga pelapor dan saksi yang berasal dari keluarga miskin memerlukan biaya yang besar untuk datang ke kantor polisi. Pada desa yang didampingi SSP, pendamping membantu memfasilitasi korban. Petugas kepolisian pada kecamatan studi di TTS menyatakan:

... ada juga yang kita *kasih* panggilan untuk pemeriksaan awal tidak datang. Alasannya, karena "Ibu tidak ada uang ojek..." Kami [polisi] *bilang*, "Biar *ma* datang saja sampai sini, kita [polisi] bayar ojek PP-nya." *Pas* kalau kita ada uang, *na* kita yang bayar dengan uang pribadi karena tidak ada dana untuk biaya *transport* seperti itu di Polres... Jadi, karena biaya *transportnya* tinggi, jadi malas datang berhubungan dengan polisi, apalagi kalau saksinya dari kampung yang jauh, biaya ojeknya datang [ke] sini saja [kantor polisi] sudah seratus ribu pulang, seratus ribu pergi. Jadi, biaya ojek saja sudah dua ratus ribu, lebih baik mereka pikir beli beras untuk makan saja. Biasanya [biaya transportasi] saksi dibayar oleh korban; kalau korban tidak bisa menanggung, ya polisi yang *tanggung sudah*. Enaknya kalau kasusnya sudah didampingi SSP, bisa saja SSP yang *tanggung* saksinya... Kasus KDRT juga perlu saksi. (Wawancara, A, perempuan, 35, Kabupaten TTS, 15 November 2017)

2.5.6 Proses yang Rumit dan Makan Waktu

Ada anggapan di dalam masyarakat di desa studi bahwa penyelesaian KDRT melalui jalur hukum membuat urusan bertambah panjang atau berbelit-belit. Penyebab rumitnya proses ini adalah bahwa pelapor harus mengumpulkan uang terlebih dahulu untuk membayar biaya administrasi dan mencari pihak-pihak yang bersedia menjadi saksi. Sering kali tidak ada pihak yang bersedia menjadi saksi karena takut kepada pelaku yang mungkin akan marah atau membalas dendam kepada saksi. Hal ini mengakibatkan penyelesaian masalah KDRT secara internal keluarga dirasa lebih nyaman daripada penyelesaian melalui jalur hukum.

Masalah sering diselesaikan secara kekeluargaan dan tidak menyelesaikan ke polisi karena menganggap keluarga lebih dekat dan nyaman, juga lebih dapat mengirit biaya dan efektif serta tidak berbelit-belit. (Peserta FGD mini Desa D).

2.5.7 Terbatasnya Pengetahuan mengenai Pihak Penyedia Layanan Perlindungan Korban KDRT

Kendati berbagai informasi mengenai KDRT masuk/sampai ke lokasi studi dan berbagai layanan tersedia pada tingkat desa/kabupaten, fakta memperlihatkan bahwa tidak semua warga memiliki pengetahuan terkait seluruh informasi tersebut. Layanan pengaduan dalam ruang lingkup desa seperti RT/RW/RK/dusun/desa, LSM yang bekerja di desa, dan layanan perlindungan hukum di kepolisian merupakan jenis layanan yang diketahui oleh masyarakat di semua desa studi. Namun, berdasarkan wawancara dan FGD mini, tidak semua layanan pengaduan di tingkat kabupaten, seperti P2TP2A serta layanan kesehatan dan rehabilitasi, diketahui keberadaannya oleh masyarakat di desa studi. Demikian pula ketika mereka mengetahui bahwa jenis layanan tersebut tersedia, mereka tidak selalu mengetahui bagaimana mengaksesnya.

Butuh, *kepengen* ada. Kalau sewaktu-waktu ada kejadian, bisa langsung lapor. Kadang bingung mau lapor ke mana; kalau ke tetangga, nanti takutnya *diomong-omongin*. Kalau ada yang *nanganin*, kan bisa langsung ke situ *lapornya*. (Peserta FGD mini Desa D)

Keterbatasan informasi layanan perlindungan korban KDRT di kalangan masyarakat tidak terlepas dari kendala penyebaran informasi. Sebagai contoh, sosialisasi mengenai keberadaan layanan KtP, termasuk KDRT, sering kali hanya disampaikan secara terbatas kepada kelompok tertentu seperti perangkat desa dan perwakilan perempuan di desa dengan harapan bahwa mereka akan menjadi corong dalam menyebarkan informasi tersebut kepada masyarakat. Sayangnya, keterbatasan kesadaran dan kapasitas peserta sosialisasi, serta lemahnya pendampingan dan pengawasan dari pihak terkait mengakibatkan penyebaran informasi tidak berjalan optimal. Kendala lainnya adalah keterbatasan SDM dan fasilitas operasional pada Dinas Pemberdayaan Perempuan dan kepolisian untuk menjangkau masyarakat di semua wilayah, terutama di desa-desa terpencil. Kondisi ini membuat upaya penyebaran informasi mengenai keberadaan fasilitas layanan korban KDRT tidak berjalan optimal.

III. PERUBAHAN AKSES PEREMPUAN MISKIN TERHADAP LAYANAN PENANGANAN, PERLINDUNGAN, DAN PEMULIHAN BAGI PEREMPUAN MISKIN KORBAN KDRT

3.1 Perubahan Ketersediaan Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan bagi Perempuan Miskin Korban KDRT

Studi ini mengidentifikasi bahwa setidaknya terdapat tiga jenis perubahan terkait ketersediaan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT sepanjang Studi *Baseline* MAMPU hingga Studi *Baseline* MAMPU di lokasi studi, yaitu:

- a) terbentuknya atau sedang dibentuknya regulasi baru yang menjadi acuan atau mendukung penyediaan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan perempuan korban KDRT pada tingkat desa dan kabupaten;
- b) terbentuknya kelembagaan pemerintah di tingkat kabupaten berupa organisasi perangkat daerah (OPD) yang khusus menangani pemberdayaan perempuan; dan
- c) terbentuknya program atau lembaga yang menyediakan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan perempuan korban KDRT di tingkat desa.

Perubahan pada aspek regulasi terjadi di tingkat kabupaten (TTS dan Kubu Raya) berupa peraturan daerah (perda), peraturan bupati (perbup), serta surat keputusan (SK) bupati, dan di tingkat desa (TTS) berupa perdes dan ranperdes. Pada aspek kelembagaan, di TTS, sejak 2017 telah terbentuk Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (P3A) sebagai OPD yang otonom dan pada tingkat desa telah tersedia FKPM. Pada aspek ketersediaan layanan, perubahan terjadi pada tingkat desa di Deli Serdang berupa Program Pencegahan Kekerasan dalam Rumah Tangga (PKDRT) yang menyediakan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT. Rangkuman mengenai perubahan tersebut disajikan dalam Tabel 5.

Tabel 5. Perubahan Regulasi, Kelembagaan, dan Program terkait Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Perempuan Korban KDRT di Lokasi Studi (2014–2017)

| Tingkat | Lokasi Studi | Jenis Perubahan | Keterangan |
|--------------------|-----------------------|--------------------------------------|---|
| Regulasi | | | |
| Kabupaten | TTS | Perda | Perda No. 9 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan |
| | | Perbup | Perbup TTS No. 56 Tahun 2016 tentang Standar Operasional Prosedur Pelayanan Terpadu Anak dan Perempuan Korban Kekerasan di Kabupaten TTS |
| Kabupaten | Kubu Raya | Perda | Perda No. 9 Tahun 2016 tentang Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan |
| | | Perbup | Rancangan Peraturan Bupati mengenai Rencana Aksi Daerah tentang Perlindungan Perempuan (dalam proses untuk ditandatangani bupati, 2017) |
| | Kubu Raya | SK Bupati tentang Pembentukan P2TP2A | P2TP2A belum aktif beroperasi, sedang dalam perencanaan pembuatan rumah aman (2017) |
| Desa | Desa M (TTS) | Perdes | Perdes No. 6 Tahun 2017 tentang Perlindungan Perempuan dan Anak. |
| | | SK kepala desa | SK kepala desa mengenai pengesahan SSP desa dan alokasi Dana Desa untuk kegiatan SSP di desa (2016) |
| Desa | Desa N (TTS) | Ranperdes | Rancangan Peraturan Desa mengenai Perlindungan Perempuan dan Anak Korban Kekerasan (sejak 2015) |
| Kelembagaan | | | |
| Kabupaten | TTS | Pembentukan Dinas P3A sebagai OPD | P3A sebelumnya merupakan bagian dari Sekretariat Daerah. Sejak 2017, bagian ini berdiri sebagai lembaga yang otonom berupa OPD. |
| Desa | Desa M (TTS) | Pembentukan FKPM | FKPM adalah forum pada pada tingkat desa untuk penanganan berbagai kasus sosial di desa, termasuk KtP. Forum ini dibentuk atas prakarsa kepolisian setempat (2017). |
| Program | | | |
| Desa | Desa C (Deli Serdang) | Program PKDRT | Dilaksanakan oleh pemerintah desa setempat dengan menggunakan Dana Desa (2017) |

Sumber: Hasil wawancara oleh tim peneliti SMERU, 2017.

Dalam upaya perlindungan perempuan dari tindak kekerasan di Kabupaten TTS, telah disusun landasan hukum berupa Perda No. 9 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan. Sebagai tindak lanjut perda tersebut, dibuatlah nota kesepahaman di antara pemerintah daerah, polres, kejaksaan, dan pengadilan untuk penanganan korban. Nota kesepahaman ini diatur dalam Peraturan Bupati No. 56 Tahun 2016 tentang Standar Operasional Prosedur Pelayanan Terpadu Anak dan Perempuan Korban Kekerasan di Kabupaten TTS. Menurut Dinas P3A TTS, walaupun semua perangkat aturan telah tersedia, pelaksanaannya selama ini dirasa masih kurang maksimal karena kurangnya koordinasi di antara lembaga-lembaga terkait. Salah satu akibatnya, data-data mengenai kasus KDRT yang terjadi dan ditangani oleh

berbagai pihak (pemerintah daerah, LSM, aparat penegak hukum, dan lain-lain) belum terintegrasi ke dalam satu pangkalan data.

... untuk data kami, [seharusnya] ada *update* sehingga data yang dari SSP, dari Polres, harus ke sini *dulu* [Dinas P3A], baru kita lapor atau keluarkan datanya, cuma sampai sekarang belum berjalan karena tergantung semua pihak itu. Seharusnya data untuk Kabupaten TTS ini keluarnya satu pintu. Contohnya, mereka sudah lapor ke SSP, *tapi* karena merasa tidak puas, di sana mereka lapor lagi ke sini [Dinas P3A] atau sebaliknya, atau ke Polres juga demikian sehingga harusnya satu pintu... terus terang untuk sekarang ini, itu [pendataan satu pintu] belum dilaksanakan dan rencana dalam waktu dekat akan *buat* proses itu. (Dinas P3A TTS)

Di Kabupaten Kubu Raya, telah disahkan Perda No. 9 Tahun 2016 tentang Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan. Perda ini menjadi acuan bagi program sosialisasi mengenai perlindungan perempuan oleh Dinas P3AP2KB Kabupaten Kubu Raya. Program sosialisasi perlindungan perempuan ini pada 2017 telah didaftarkan oleh Dinas P3AP2KB Kabupaten Kubu Raya ke bagian hukum Sekretariat Daerah sehingga menjadi Perbup tentang Rencana Aksi Daerah (RAD) tentang Perlindungan Perempuan (termasuk Anak Perempuan). Hingga November 2017, dokumen perbup tersebut tinggal menunggu penandatanganan oleh bupati. Selain itu, Perda No. 9 Tahun 2016 juga mengamanatkan perlunya didirikan Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) yang di dalamnya terdapat rumah aman untuk memberikan perlindungan bagi perempuan dari tindak kekerasan.³⁹ Sebagai realisasi dari pembentukan PPT, telah terbit SK bupati mengenai pembentukan P2TP2A Kabupaten Kubu Raya, dan pada 2017, Pemerintah Daerah Kubu Raya melalui Dinas P3AP2KB berencana mendirikan rumah aman.

Pada aspek regulasi di tingkat desa, Desa M (TTS) telah berhasil melahirkan perdes perlindungan perempuan. Proses penyusunan ranperdes tersebut telah dimulai sejak 2016 dengan didampingi SSP. Pada 2017, akhirnya rancangan tersebut disahkan menjadi Perdes No. 6 Tahun 2017 tentang Perlindungan Perempuan dan Anak. Terkait pendampingan, kepala desa Desa M juga telah mengeluarkan SK kepala desa yang menetapkan pengesahan SSP desa sebagai organisasi resmi yang diakui di tingkat desa untuk penanganan isu KtP. SK tersebut juga menetapkan pengalokasian Dana Desa sebesar 1,5 juta rupiah per tahun sejak 2016 untuk kegiatan operasional SSP di Desa M. Dana tersebut biasanya digunakan untuk biaya transportasi pendamping pada saat mereka mendampingi korban KtP maupun ketika mereka mengikuti berbagai kegiatan SSP hingga ke Soe (ibu kota TTS). Dalam pelaksanaan tugas pendampingan korban, para pendamping berkoordinasi dengan berbagai pihak seperti pemerintah desa, puskesmas, kepolisian, dan P2TP2A. Jika ada korban yang mengadu kepada perangkat desa, misalnya, maka korban diarahkan untuk bertemu dengan pendamping. Selanjutnya, pendamping akan mendampingi korban untuk mendapatkan layanan yang diperlukan, misalnya layanan kesehatan untuk mendapatkan visum hingga pelaporan kepada aparat penegak hukum, baik di tingkat kecamatan maupun kabupaten.

Selain di Desa M, sejak 2015 SSP juga mendampingi masyarakat di Desa N (TTS) untuk menyusun perdes perlindungan perempuan dan anak korban kekerasan. Pada saat ini, perdes di Desa N masih dalam bentuk ranperdes dan sedang dalam proses pengesahan di bagian hukum Sekretariat Daerah Kabupaten TTS. Meskipun masih berupa ranperdes, aturan sanksi di dalamnya telah diterapkan di Desa N.

Pada aspek kelembagaan, di Kabupaten TTS, P3A sebelumnya merupakan bidang yang tergabung dalam Badan Pemberdayaan Perempuan, Keluarga Berencana, dan Keluarga Sejahtera di bawah sekretariat daerah. Sejak 2017, P3A berdiri sebagai dinas yang otonom, yaitu menjadi bagian dari

³⁹Bab VI, Pasal 25.

OPD⁴⁰ berdasarkan Peraturan Bupati No. 71 Tahun 2016 yang mulai berlaku sejak 2017. Pada saat pengumpulan data dilakukan (November 2017), Dinas P3A yang baru berdiri tersebut tengah menjalani proses penataan SDM dan masih menjalankan kegiatan yang sama dengan situasi ketika lembaga ini masih tergabung dalam sekretariat daerah. Pada tingkat desa, di Desa M terbentuk FKPM sebagai wadah musyawarah di tingkat desa.⁴¹ FKPM berperan dalam penyelesaian kasus KDRT di tingkat desa berdasarkan Perdes Perlindungan Perempuan. FKPM adalah wahana komunikasi antara polisi dan masyarakat yang dilaksanakan atas dasar kesepakatan bersama dalam rangka membahas masalah keamanan dan ketertiban masyarakat serta berbagai masalah sosial yang perlu dipecahkan bersama guna menciptakan kondisi yang menunjang kelancaran penyelenggaraan fungsi kepolisian dan peningkatan kualitas hidup masyarakat.⁴²

Terkait perubahan penyediaan layanan, studi ini mengidentifikasi bahwa di Desa C (Deli Serdang) terdapat program yang tengah berada dalam proses persiapan untuk menyediakan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT. Pada 2017, Pemerintah Desa C melalui para perempuan yang tergabung dalam Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK) menyelenggarakan Program PKDRT dalam rangka mengikuti lomba PKK untuk kategori pencegahan KDRT tingkat kabupaten Deli Serdang. Desa C ditunjuk oleh kecamatan setempat untuk berlomba mewakili kecamatan di tingkat kabupaten. Kegiatan Program PKDRT yang sudah berjalan hingga saat dilakukan pengambilan data (November 2017) adalah, antara lain, penyuluhan tentang KDRT, simulasi penanganan kasus KDRT, pembentukan dan pelatihan kader anti-KDRT yang dipilih dari para perempuan kader PKK, serta pendataan kasus KDRT. Menurut rencana, pada tingkat desa, program ini juga akan dilengkapi dengan layanan rehabilitasi korban KDRT berupa rumah aman bagi korban KDRT, pendamping, psikolog, pembimbing rohani, dan buku panduan penanganan KDRT. Pembiayaan program memanfaatkan Dana Desa.

3.2 Perubahan Perilaku Perempuan Miskin dalam Mengakses Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan Korban KDRT

Keberadaan berbagai media informasi, sosialisasi, dan program/kegiatan di desa-desa studi⁴³ telah berperan dalam meningkatkan pengetahuan perempuan akan jenis KtP (termasuk KDRT) dan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan yang tersedia, baik yang berada di dalam maupun di luar desa. Peningkatan pengetahuan terutama terjadi pada perempuan miskin yang mendapatkan pendampingan dan sosialisasi secara intensif, baik oleh lembaga yang menempatkan penanganan isu KDRT sebagai fokus kerjanya maupun lembaga yang menyertakan isu KDRT sebagai salah satu materi pendampingannya. Contoh untuk hal ini adalah perempuan miskin yang didampingi SSP di TTS, perempuan miskin pekerja rumahan yang didampingi BITRA di Deli Serdang, perempuan miskin yang didampingi 'Aisyiyah di Cilacap dan Pangkep, dan perempuan miskin yang didampingi PEKKA di Kubu Raya. Para perempuan miskin tersebut umumnya memiliki pengetahuan yang lebih mendalam mengenai jenis KtP dan layanan yang tersedia bagi para korban, dibandingkan dengan perempuan miskin yang tidak mendapatkan pendampingan dari pihak mana pun. Pada kondisi tanpa pendampingan secara khusus, perempuan miskin umumnya mendapatkan pengetahuan sebatas dari media, masyarakat, ataupun tokoh masyarakat/perangkat desa/aparat

⁴⁰ OPD merupakan istilah baru untuk menggantikan satuan kerja perangkat daerah (SKPD). Perubahan istilah ini didasarkan pada Peraturan Pemerintah No. 18 Tahun 2016 yang mulai berlaku pada 2017.

⁴¹ Informasi lengkap mengenai pelaksanaan FKPM di desa studi telah disampaikan pada subbab 2.3.

⁴² Peraturan Kepala Kepolisian Republik Indonesia (Kapolri) No. 3 Tahun 2015 tentang Pemolisian Masyarakat.

⁴³ Lihat subbab 2.1 mengenai sumber informasi tentang jenis dan layanan pengaduan dan perlindungan korban KDRT.

penegak hukum di lingkungan sekitar. Pada kondisi demikian, pengetahuan yang diperoleh umumnya lebih terbatas dan prosesnya tidak berlangsung intensif.

Terkait perilaku pelaporan, meskipun ada peningkatan pengetahuan mengenai jenis KtP maupun layanan yang tersedia bagi korban, hasil survei maupun wawancara mendalam memperlihatkan bahwa pilihan pelaporan yang diambil lebih cenderung ke pelaporan informal. Para informan wawancara dan partisipan FGD di desa-desa studi menyatakan bahwa penyelesaian kasus KDRT secara internal keluarga masih menjadi pilihan utama. Ada sebagian di antaranya yang membawanya ke tingkat yang sedikit lebih tinggi, yaitu kepada tokoh masyarakat/tokoh agama/perangkat desa setempat untuk mendapatkan langkah mediasi. Hal ini terutama untuk kasus-kasus KDRT seperti kekerasan fisik yang tidak menimbulkan cedera berat dan pertengkaran yang melibatkan adu mulut. Pada kasus semacam ini, korban dan keluarganya menilai penyelesaian secara internal keluarga maupun mediasi oleh pihak lain, seperti tokoh masyarakat/tokoh agama/perangkat desa setempat, sudah memadai untuk menyelesaikan masalah. Ketika korban dan pelaku telah berdamai, dan pelaku meminta maaf dan berjanji untuk tidak mengulangi perbuatannya, maka kasus dianggap terselesaikan. Hal tersebut tidak terlepas dari adanya anggapan bahwa KDRT adalah permasalahan domestik yang seharusnya diselesaikan di tingkat keluarga atau dengan pihak terdekat, serta berbagai situasi dan kondisi yang menyebabkan penyelesaian internal atau informal dipilih sebagai solusi terbaik.⁴⁴ Meskipun bukan kondisi yang ideal, pelaporan kasus KDRT secara informal masih lebih baik daripada kondisi ketika kasus KDRT tidak dilaporkan korban kepada siapa pun.

Pelaporan kasus KDRT secara formal, misalnya ke lembaga semacam P2TP2A dan aparat penegak hukum, belum menjadi pilihan jika dibandingkan dengan pelaporan informal. Pelaporan formal umumnya dilakukan untuk kasus KDRT yang dianggap menimbulkan permasalahan serius, misalnya penganiayaan yang menimbulkan luka fisik berat, perkosaan, ataupun kasus-kasus ketika penyelesaian informal ternyata tidak memberikan efek jera kepada pelaku. Pada kondisi tersebut, pihak keluarga korban maupun masyarakat sekitar umumnya berperan aktif melakukan pelaporan atau mendorong korban untuk melaporkan tindakan tersebut ke lembaga formal, terutama aparat penegak hukum.

... si pelapor hanya *kasih tahu*, "Pak di sana ada orang baku pukul," sebatas itu... "Di mana?" ... di Desa Poni, misalnya di RT 12, "Yang luka bagaimana?" "Yang luka masih di sana," karena laporannya masih bahasa pasaran, belum ikut kita [polisi] *punya* alur, atau informasi yang diketahui sepintas sedikit saja, *tapi* kami harus tindaklanjuti dengan datang ke tempat kejadian perkara. Di sana baru kita tahu, *oh* ini kekerasan karena ada lukanya, belum *omong* itu masuk KDRT, si korban maupun pelaku kita ajak ke polsek, pelapornya tetap pelapor, korbannya tetap korban karena polisi *tahunya* dari pelapor, bukan korban. Sampai di sini kita visum ke puskesmas terdekat yang ada dokternya, anggota dua orang bawa si korban untuk visum, sambil kita [polisi] cari tahu pelakunya siapa, lalu kita kaji *sudah* barang bukti, saksi dan pelaku... kita [polisi] kaji semua, kalau dia masuk kasus KDRT, baru kita tindaklanjuti... (Polisi, Polsek Kualin, TTS)

⁴⁴Situasi dan kondisi terkait hambatan pelaporan disajikan pada subbab 2.5.

3.3 Faktor dan Aktor yang Memengaruhi Perubahan Akses Perempuan Miskin terhadap Layanan Penanganan, Perlindungan, dan Pemulihan bagi Perempuan Miskin Korban KDRT

Perubahan regulasi, kelembagaan, dan program terkait layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT di wilayah studi, baik pada tingkat kabupaten maupun desa (lihat Tabel 5), tidak terlepas dari (i) faktor keberadaan regulasi pada tingkat yang lebih tinggi (nasional, daerah) yang menjadi payung hukum bagi regulasi, lembaga, maupun program di bawahnya (daerah, desa); (ii) faktor prioritas penanganan isu KtP yang mendesak untuk diselesaikan di daerah setempat; dan (iii) faktor keberadaan serta kesediaan pemangku kepentingan untuk ikut terlibat. Aktor-aktor yang terlibat di tingkat kabupaten hingga desa terutama adalah pemerintah daerah, yaitu Dinas Pemberdayaan Perempuan di kabupaten setempat, pemerintah desa, dan SSP selaku mitra MAMPU.

Perubahan regulasi berupa perda dan perbup terkait layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan perempuan korban KDRT tidak terlepas dari keberadaan UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT. Penjabaran UU Penghapusan KDRT tersebut dilaksanakan dalam bentuk kebijakan di tingkat nasional, daerah (provinsi, kabupaten/kota), bahkan hingga tingkat desa. Pada tingkat daerah, berbagai dukungan kebijakan teknis telah dibuat dalam bentuk perda ataupun SK (Rosnawati, 2018).

Untuk melaksanakan UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT, pemerintah membentuk Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPA) pada 2009. KemenPPA mengeluarkan Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 5 Tahun 2010 tentang Panduan Pembentukan dan Pengembangan Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A). Peraturan tersebut mengatur bahwa masing-masing daerah kabupaten/kota mempunyai kewajiban untuk membentuk lembaga P2TP2A (Rosnawati, 2018).

Baik di Kabupaten TTS maupun Kubu Raya, tingginya kasus KtP melatarbelakangi upaya-upaya untuk memprioritaskan penanganan isu ini. Salah satunya melalui kebijakan berupa perda untuk menjamin perlindungan hukum terhadap perempuan (Pemda Kabupaten Kubu Raya, 2016). Di kedua kabupaten ini, Dinas Pemberdayaan Perempuan merupakan pihak yang memegang peran penting dalam sosialisasi regulasi tersebut sehingga sampai ke masyarakat dan berbagai pihak terkait. Di Kabupaten TTS, keseriusan penanganan isu kekerasan dan perlindungan terhadap perempuan, serta dukungan regulasi dari pusat terkait pembentukan OPD, memungkinkan diwujudkan P3A sebagai dinas yang bersifat otonom.

Baik di TTS maupun Kubu Raya, Dinas Pemberdayaan Perempuan setempat menghadapi beberapa kendala terkait sosialisasi regulasi tersebut kepada masyarakat. Di Kubu Raya, karena keterbatasan SDM, sosialisasi baru dilakukan di tiga kecamatan, yakni Sui Kakap, Rasau Jaya, dan Sungai Jaya. Sosialisasi juga terbatas hanya dilakukan kepada perangkat desa, belum dilakukan kepada elemen-elemen pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan penanganan korban KtP, seperti bidan desa, puskesmas, ataupun poliklinik desa. Untuk mengatasi berbagai keterbatasan, Dinas P3AP2KB Kabupaten Kubu Raya bekerja sama dengan berbagai pihak untuk menyosialisasikan regulasi terkait—dan menangani—KtP. Kerja sama dilakukan dengan, antara lain, PEKKA, Lembaga Bantuan Hukum Asosiasi Perempuan Indonesia untuk Keadilan (LBH APIK) Pontianak. Selain itu, diadakan kegiatan yang bersifat kolaborasi dengan program dan instansi lain, seperti bergabung dalam kegiatan P2WKSS (Peningkatan Peran Wanita Menuju Keluarga Sehat Sejahtera). Di Kabupaten TTS,

Dinas Pemberdayaan Perempuan menyatakan bahwa sosialisasi regulasi terkendala oleh topografi beberapa desa yang sulit sehingga tidak terjangkau siaran radio dan juga sulit untuk didatangi langsung. Dinas juga memiliki keterbatasan sarana transportasi karena, kendati tersedia mobil operasional, jumlahnya hanya satu dan kondisinya tidak memungkinkan untuk menjelajahi jalan-jalan yang sulit. Untuk mengatasi berbagai keterbatasan, baik terkait regulasi maupun penanganan kasus, Dinas Pemberdayaan Perempuan bekerja sama dengan dinas-dinas terkait, mitra lintas sektor (seperti kejaksaan dan kepolisian sebagaimana tercantum dalam nota kesepahaman) maupun dengan LSM seperti SSP. Dalam hal regulasi, peran SSP tidak hanya sebatas menyosialisasikan regulasi, tetapi juga membantu hingga regulasi tersebut terbentuk. SSP berperan dalam perumusan perda penyelenggaraan perlindungan perempuan, SOP pelayanan terpadu korban KtP, dan nota kesepahaman kerja sama berbagai pihak dalam penanganan KtP.

... ketika sudah menghasilkan perda, harus dibuat SOP-nya yang ada SK bupati, kemudian ada MOU-nya kerja sama dengan pemerintah, penegak hukum dan polisi, hakim dan jaksa. Sudah ada mekanisme kerja, sudah ada peran-peran dari Dinas, *tapi* rencana kerja mana, kita lagi *rame-rame* susun, kemudian kita bawa ke DPR [DPRD], bawa ke bupati, dan dipresentasikan ke *audien*, dan mendapat masukan agar benar-benar dimasukkan dalam perencanaan kerja di 2018–2019... tidak *sekedar* menghasilkan perda, *tapi* harus ada lanjutannya karena perda hanya sebuah dokumen. Untuk mendukung perda, harus ada rencana kerja... (Wawancara dengan SSP, TTS)

Di TTS, pada tingkat desa (Desa M dan Desa N), SSP mendampingi desa dalam penyusunan perdes. Proses penyusunan perdes dimulai dengan penggalian gagasan melalui musyawarah dusun. Selanjutnya, di rumuskanlah konsepnya di tingkat desa melalui musyawarah tingkat desa hingga tersusun naskah ranperdes. Naskah tersebut kemudian dibawa ke tingkat kabupaten untuk mendapatkan asistensi dari biro hukum sekretariat daerah. Proses selanjutnya diparipurnakan di tingkat desa oleh Badan Permusyawaratan Desa (BPD) dan masyarakat hingga akhirnya perdes disahkan. Kemudian, dilakukan sosialisasi di setiap dusun. SSP mendampingi proses penyusunan perdes sejak musyawarah tingkat dusun hingga pengesahannya.

Di Desa M (TTS), pelaksanaan perdes perlindungan perempuan didukung oleh keberadaan FKPM yang terbentuk atas prakarsa kepolisian setempat. Pembentukan FKPM merupakan salah satu strategi kerja sama polisi dan masyarakat dalam Pemolisian Masyarakat (Polmas) berdasarkan Peraturan Kapolri No. 3 Tahun 2015 tentang Polmas. Melalui FKPM, masyarakat dan polisi diharapkan bersama-sama menyelesaikan berbagai persoalan sosial di dalam masyarakat.

Di Deli Serdang, Desa C ditunjuk untuk mewakili kecamatan setempat dalam lomba PKDRT tahun 2017. Tim PKK kabupaten setempat secara rutin menyelenggarakan lomba PKDRT. Program PKDRT di Desa C dilaksanakan oleh pemerintah desa dan tim penggerak PKK desa setempat. Program ini juga didukung oleh Dinas Pemberdayaan Perempuan dan kepolisian setempat yang memberikan materi untuk penyuluhan tentang KDRT. Kegiatan penyuluhan KDRT sesungguhnya telah dilaksanakan beberapa kali sebelum dimulainya program (sejak 2015/2016). Program PKDRT juga terlaksana berkat Pemerintah Desa C yang mengalokasikan Dana Desa untuk pelaksanaan program.

Pada aspek perubahan perilaku, peningkatan pengetahuan perempuan miskin tidak terlepas dari faktor keberadaan informasi yang bersumber dari berbagai media, sosialisasi, dan program/kegiatan yang ada di desa-desa studi. Berbagai pihak, baik lembaga (lembaga nonpemerintah seperti LSM mitra MAMPU dan lembaga pemerintah/negara seperti kepolisian dan kejaksaan) maupun individu (seperti tokoh masyarakat/tokoh agama) terlibat sebagai penyebar informasi.⁴⁵

⁴⁵Lihat subbab 2.1.

IV. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

4.1 Kesimpulan

Studi ini menyimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

a) Pemahaman perempuan miskin mengenai KDRT dan jenis-jenis KDRT

Perempuan miskin di wilayah studi telah mengetahui jenis-jenis KDRT sesuai UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan KDRT. Kekerasan fisik adalah jenis kekerasan yang paling banyak diketahui dan pertama-tama disebutkan masyarakat (*top of mind*) ketika ditanya tentang jenis-jenis kekerasan yang mereka ketahui. Terdapat variasi tingkat pemahaman dan respons yang beragam terkait suatu perbuatan yang dapat atau tidak dapat dikategorikan sebagai tindakan KtP. Hal ini tidak terlepas dari adat istiadat dan norma atau budaya yang dianut.

Pemahaman masyarakat mengenai KDRT dan jenis-jenis KDRT diperoleh dari berbagai sumber, yaitu media (televise, radio, cetak) dan aneka kegiatan sosialisasi tentang jenis, pencegahan, maupun penanganan KDRT yang disediakan berbagai pihak seperti mitra MAMPU, Dinas Pemberdayaan Perempuan di kabupaten setempat, tokoh agama, serta kepolisian dan kejaksaan.

b) Jenis-jenis layanan bagi korban KDRT yang tersedia di wilayah studi

Layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT didapati di semua lokasi studi dengan kondisi yang beragam. Pengaduan/pelaporan secara informal, yaitu secara internal keluarga dan pelaporan kepada perangkat desa ataupun tokoh masyarakat/adat di lingkungan desa tempat tinggal merupakan jenis yang paling banyak ditemui di semua lokasi studi. Khusus untuk dua desa studi di TTS (Desa M dan Desa N), telah ada perdes/ranperdes yang memfasilitasi pelaporan di tingkat desa. Pada semua lokasi studi, hanya di TTS didapati LSM yang berfokus pada pendampingan bagi korban KtP, yaitu Sanggar Suara Perempuan (SSP). LSM lainnya yang bekerja di desa studi (seperti 'Aisyiyah, BITRA, dan PEKKA) juga mencurahkan perhatian pada tema KtP, tetapi dalam ruang lingkup dan kegiatan yang lebih terbatas. Layanan penegakan/bantuan hukum dan layanan kesehatan tersedia di hampir semua lokasi studi, tetapi dengan kondisi dan tantangan yang beragam. Layanan rehabilitasi di desa-desa studi masih berada dalam kondisi yang sangat terbatas jika dibandingkan dengan jenis-jenis layanan lainnya. Penyebabnya adalah kendala dalam hal SDM dan infrastruktur fisik.

c) Perubahan akses perempuan miskin terhadap layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT di wilayah studi

Studi ini mengidentifikasi adanya perubahan terkait ketersediaan layanan untuk penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT sepanjang Studi *Baseline* MAMPU hingga Studi *Midline* MAMPU di lokasi studi. Pada aspek regulasi, perubahan terjadi di tingkat kabupaten (TTS dan Kubu Raya) dalam bentuk perda, perbup, dan SK bupati, serta di tingkat desa (TTS) dalam bentuk perdes dan ranperdes. Pada aspek kelembagaan, telah terbentuk Dinas P3A sebagai OPD yang otonom di TTS pada 2017, dan pada tingkat desa, telah ada FKPM di Desa M (TTS). Pada aspek ketersediaan layanan, perubahan terjadi di Desa C (Deli Serdang) dalam bentuk Program PKDRT yang menyediakan layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan bagi korban KDRT dengan pendanaan dari Dana Desa.

Keberadaan berbagai media, sosialisasi, dan program/kegiatan di desa-desa studi telah berperan dalam meningkatkan pengetahuan perempuan akan jenis-jenis KtP (termasuk KDRT) dan berbagai layanan bagi korban KDRT yang tersedia baik di dalam maupun di luar desa.

Peningkatan pengetahuan terutama terjadi pada perempuan miskin yang mendapatkan pendampingan dan sosialisasi secara intensif, baik oleh lembaga yang menempatkan penanganan isu KDRT sebagai fokus kerjanya maupun lembaga yang menyertakan isu KDRT sebagai salah satu materi pendampingannya.

Meskipun ada peningkatan pengetahuan mengenai jenis KtP maupun layanan yang tersedia bagi korban, penyelesaian kasus KDRT secara internal keluarga masih menjadi pilihan utama. Sebagian dari kasus-kasus KDRT yang terjadi dibawa ke tingkat yang sedikit lebih tinggi, yaitu kepada tokoh masyarakat/tokoh agama/perangkat desa setempat untuk mendapatkan langkah mediasi. Pelaporan kasus KDRT secara formal belum menjadi pilihan jika dibandingkan dengan pelaporan secara informal. Penyebabnya adalah bahwa KDRT dianggap sebagai permasalahan domestik yang seharusnya diselesaikan di tingkat keluarga atau bersama pihak terdekat.

d) Faktor dan aktor yang memengaruhi perubahan

Perubahan regulasi, kelembagaan, dan program terkait layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT di wilayah studi tidak terlepas dari beberapa faktor, yaitu (i) keberadaan regulasi pada tingkat yang lebih tinggi (nasional, daerah) yang menjadi payung hukum bagi regulasi, lembaga, maupun program di bawahnya (daerah, desa); (ii) prioritas penanganan isu KtP yang mendesak untuk ditangani di daerah setempat, dan (iii) keberadaan serta kesediaan pemangku kepentingan untuk ikut terlibat. Aktor-aktor yang terlibat di tingkat kabupaten hingga desa terutama adalah pemerintah daerah, yaitu Dinas Pemberdayaan Perempuan di kabupaten setempat, pemerintah desa, dan SSP selaku mitra MAMPU.

Pada aspek perubahan perilaku, peningkatan pengetahuan perempuan miskin tidak terlepas dari faktor keberadaan informasi yang bersumber dari berbagai media, sosialisasi, dan program/kegiatan yang ada di desa-desa studi. Berbagai pihak terlibat sebagai penyebar informasi, baik lembaga (lembaga nonpemerintah seperti LSM mitra MAMPU serta lembaga pemerintah/negara seperti kepolisian dan kejaksaan) maupun individu (seperti tokoh masyarakat dan tokoh agama).

4.2 Rekomendasi

Studi ini mengidentifikasi bahwa layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan bagi korban KDRT telah tersedia di semua wilayah studi. Berbagai kendala dan kondisi membuat perempuan miskin di lokasi studi tidak selalu bisa melaporkan kejadian KDRT yang dialami maupun diketahuinya kepada pihak penyedia layanan. Di sisi lain, pihak penyedia layanan juga tidak selalu bisa memberikan pelayanan yang memadai. Studi ini merekomendasikan beberapa hal terkait penyelesaian persoalan tersebut berdasarkan praktik baik dan peluang yang tersedia di lokasi studi.

4.2.1 Mendekatkan dan Meningkatkan Kualitas Layanan Korban KDRT kepada Masyarakat melalui Mekanisme Rujukan Berbasis Komunitas

Beragam layanan penanganan, perlindungan, dan pemulihan korban KDRT di wilayah studi perlu lebih didekatkan ke masyarakat sehingga memungkinkan peningkatan akses bagi perempuan miskin serta mengatasi persoalan keterbatasan kualitas dan jangkauan lembaga penyedia layanan. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah mekanisme rujukan berbasis komunitas, yaitu melibatkan masyarakat dalam penanganan kasus KDRT. Kader/pendamping berasal dari kalangan masyarakat yang peduli akan persoalan KDRT di lingkungannya dan berada di akar rumput, yaitu tingkat RT/RW/dusun. Bentuknya dapat berupa perekrutan kader/pendamping oleh P2TP2A setempat, LSM, dan pemerintah desa. Mereka mendapat pelatihan dan pembekalan yang memadai

agar mampu bertugas dengan baik dan bekerja sama dengan berbagai pihak seperti pemerintah desa, aparat kepolisian, tenaga kesehatan, dan lain-lain.

Kader/pendamping akan

- a) berperan sebagai penerima laporan, baik pelaporan langsung oleh korban KDRT/keluarganya maupun masyarakat yang mengetahui atau mendengar kejadian KDRT di lingkungannya;
- b) menjangkau korban KDRT di lingkungan sekitar yang belum mendapatkan layanan;
- c) berperan aktif dalam mendampingi korban untuk mendapatkan layanan sesuai kebutuhannya, misalnya layanan visum di puskesmas atau rumah sakit rujukan, pelaporan kepada aparat penegak hukum ataupun P2TP2A setempat, dan bantuan pengurusan administrasi kependudukan;
- d) membantu menyediakan rumah aman di tingkat komunitas; dan
- e) memberikan edukasi kepada masyarakat sekitar mengenai jenis-jenis KDRT, pencegahan, dan penanganannya.

Para pendamping/kader akan menjadi rekan sebaya (*peer group*) yang memberi rasa aman dan nyaman kepada korban karena korban merasa didampingi sejak awal.

Mekanisme rujukan berbasis komunitas sebenarnya sudah–atau akan–dilaksanakan di beberapa lokasi studi. Pada desa studi di Cilacap, misalnya, P2TP2A Citra telah merekrut kader di tingkat desa untuk menjangkau masyarakat. Namun, fungsi kader dinilai belum berjalan optimal karena masih banyak warga di tingkat dusun yang belum mengetahui informasi keberadaan kader. Di sisi lain, para kader juga masih belum memahami tugasnya dengan baik karena kurang mendapatkan pendampingan dari P2TP2A Citra. Kondisi berbeda terjadi pada desa studi di TTS (Desa M dan Desa N); di kedua desa ini, mekanisme pendampingan korban KDRT telah berjalan, bahkan mendapat dukungan pendanaan operasional dari Dana Desa. Pendamping direkrut SSP dari warga setempat. Tersedia pendamping di setiap dusun; secara struktural, para pendamping berada di bawah ketua SSP desa dan koordinator tingkat kecamatan. Di Desa C (Deli Serdang), dalam rangkaian Program PKDRT, pemerintah desa telah melatih sejumlah perempuan dari anggota PKK untuk menjadi kader anti-KDRT. Sebelum adanya pelatihan khusus kader anti-KDRT, para anggota PKK pernah beberapa kali dalam kegiatan PKK mendapatkan sosialisasi mengenai penanganan KDRT sehingga topik KDRT sudah tidak terlalu asing.

Secara umum, keseluruhan desa studi memiliki peluang untuk menjalankan mekanisme rujukan berbasis komunitas dalam penanganan KDRT. Desa mitra MAMPU memiliki peluang untuk mendekatkan layanan berbasis komunitas ke masyarakat melalui LSM mitra MAMPU yang memiliki kader di setiap desa mitra; para kader tersebut selama ini telah bekerja bersama masyarakat. Sementara itu, di desa-desa nonmitra, kader atau pendamping korban KDRT dapat berasal dari warga yang aktif dalam kegiatan kemasyarakatan di desa hingga tingkat RT/RW/dusun, misalnya kader PKK, kader pos pelayanan terpadu (posyandu), dan sebagainya.

4.2.2 Pemberdayaan Ekonomi Perempuan untuk Menciptakan/Meningkatkan Pendapatan dan Kemandirian Ekonomi Perempuan

Persoalan KDRT tidak terlepas dari kondisi ekonomi. Keterbatasan pendapatan dan tekanan kebutuhan hidup membuat konflik yang disertai KDRT sangat mungkin terjadi di dalam keluarga. Ketidakmandirian perempuan dalam hal ekonomi membuat perempuan yang menjadi korban KDRT khawatir akan kehilangan sumber ekonomi keluarga apabila melakukan pelaporan atas kejadian KDRT yang dilakukan suami selaku pencari nafkah. Diperlukan upaya untuk memberdayakan

perempuan miskin secara ekonomi agar mereka dapat memiliki pendapatan atau meningkatkan pendapatannya sehingga lebih mandiri secara ekonomi.

Studi ini mengidentifikasi bahwa di berbagai desa studi, terdapat beberapa program/kegiatan pemberdayaan ekonomi yang sebagian besar ditujukan bagi masyarakat miskin, termasuk perempuan (lihat Lampiran 4). Program/kegiatan tersebut dapat menjadi peluang berharga bagi perempuan miskin untuk menciptakan atau meningkatkan pendapatan. Meskipun demikian, upaya pemberdayaan ekonomi bukanlah proses instan, melainkan memerlukan waktu serta proses dan ada berbagai risikonya. Dalam jangka pendek, bisa saja terjadi peningkatan KDRT terhadap perempuan ketika perempuan mulai melakukan pekerjaan nontradisional atau menantang otoritas laki-laki atas ekonomi rumah tangga. KDRT dapat juga terjadi ketika suami tidak mampu menjalankan peran sebagai pemasok utama nafkah rumah tangga. Kondisi ini bisa terus berlangsung dan baru akan berhenti ketika rezim kesetaraan gender terbentuk. Dalam jangka panjang, ketika perempuan mendapatkan akses ke pekerjaan, pendidikan, serta berbagai bentuk kekuatan ekonomi dan sosial, secara bertahap tingkat kerentanan mereka terhadap kekerasan akan berkurang; mereka akan memiliki posisi tawar yang lebih baik dalam rumah tangga dan memiliki keberanian untuk meninggalkan pasangan yang berperilaku kasar (Heise, 2011).

4.2.3 Pemanfaatan Dana Desa untuk Kegiatan Program Penanggulangan KDRT di Tingkat Desa

Studi ini mengidentifikasi bahwa terdapat praktik baik berupa pemanfaatan Dana Desa untuk penanganan KtP, termasuk KDRT. Di Desa C (Deli Serdang), pemerintah desa mengalokasikan Dana Desa untuk menjalankan Program PKDRT. Desa M (TTS) mengalokasikan Dana Desa untuk kegiatan operasional SSP di desa tersebut, termasuk untuk kegiatan pendampingan korban KDRT. Praktik baik di kedua desa tersebut dapat diterapkan di desa-desa studi lainnya untuk mengatasi permasalahan KDRT, tentu saja dengan penyesuaian berdasarkan kondisi, sumber daya masing-masing desa, dan regulasi terkait pemanfaatan Dana Desa.

Peluang pemanfaatan Dana Desa untuk pemberdayaan perempuan tercantum dalam Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi No. 19 Tahun 2017 tentang penetapan prioritas penggunaan Dana Desa tahun 2018. Berdasarkan peraturan ini, Dana Desa digunakan untuk membiayai program dan kegiatan bidang pemberdayaan masyarakat desa yang ditujukan untuk meningkatkan kapasitas dan kapabilitas masyarakat desa dengan mendayagunakan potensi dan sumber dayanya sendiri sehingga desa dapat menghidupi dirinya secara mandiri. Salah satu kegiatan yang dimaksud dalam aturan tersebut adalah pemberdayaan perempuan.

4.2.4 Penanganan dan Pencegahan Penyalahgunaan Alkohol

Studi ini menemukan bahwa konsumsi minuman beralkohol secara berlebihan di lokasi-lokasi studi berkaitan dengan prevalensi kejadian KDRT. Upaya untuk membatasi konsumsi minuman keras (miras) yang telah dilakukan di lokasi studi adalah razia minuman keras oleh kepolisian setempat. Untuk miras tradisional seperti *laru*, *sopi*, dan *balo*, peredarannya termasuk sulit dikendalikan. Faktor kebiasaan dan adat sering kali menjadi alasan bagi banyak orang untuk mengonsumsinya sehari-hari. Sentra produksi minuman seperti ini biasanya terdapat di daerah setempat sehingga ia mudah diperoleh dan terjangkau harganya.

Penanganan penyalahgunaan alkohol dapat mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan kekerasan yang dilakukan oleh pasangan. Upaya ini dapat ditempuh melalui berbagai variasi kebijakan untuk mengurangi ketersediaan alkohol (Heise, 2011). Untuk itu, diperlukan adanya (i) regulasi yang mengatur produksi, distribusi, dan konsumsi miras (termasuk miras tradisional) di

dalam masyarakat agar produksi/distribusi/konsumsi miras dilakukan secara bertanggung jawab; dan (ii) kebijakan dan/atau program untuk memfasilitasi pengembangan sumber mata pencaharian alternatif bagi para perajin miras tradisional. Sumber mata pencaharian alternatif tersebut hendaknya diwujudkan dengan memanfaatkan potensi sumber daya yang tersedia dan sekaligus bisa memberikan pendapatan yang memadai, mengingat bahwa perajin miras tradisional seperti *laru* dan *sopi* memilih penghidupan tersebut karena miras tradisional mudah diproduksi dan memiliki potensi pendapatan yang baik, dibandingkan dengan produk lain dari bahan baku air nira seperti gula lempeng maupun air gula. Kebijakan/program semacam ini telah dilakukan di Kabupaten Pangkep. Pemerintah Kabupaten Pangkep mengeluarkan kebijakan berupa pemberian bantuan modal usaha kepada pedagang minuman beralkohol yang berniat untuk beralih usaha dan tidak lagi menjual minuman beralkohol (Syamsuddin, 2014).

4.2.5 Peningkatan Kesadaran dan Perubahan Perilaku anti-KDRT

Perempuan cenderung lebih sering menjadi sasaran tindak KDRT oleh pasangannya karena laki-laki memiliki posisi yang lebih dominan sebagai kepala keluarga sesuai norma sosial yang berlaku. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan kesadaran dan perubahan perilaku agar masyarakat, terutama laki-laki, bersikap anti-KDRT. Heise (2011) merekomendasikan strategi untuk memunculkan kesadaran masyarakat, terutama yang memerlukan perubahan norma dan persepsi mengenai perlindungan perempuan korban kekerasan, yaitu kampanye peningkatan kesadaran, lokakarya kelompok kecil yang diikuti dengan aktivitas pelibatan masyarakat, perubahan perilaku, dan strategi komunikasi.

Strategi pertama adalah kampanye peningkatan kesadaran yang hendaknya dilakukan dengan menggunakan istilah-istilah lokal dan bahasa yang mudah dipahami masyarakat sehingga memudahkan internalisasi. Internalisasi melalui penamaan telah mulai dilakukan SSP di TTS. Salah satu program SSP yang ditujukan bagi para laki-laki (termasuk pelaku kekerasan) diberi nama Program Laki-laki Baru. Setelah mengikuti kegiatan program, para laki-laki peserta program ini diharapkan menjadi laki-laki yang baru, yaitu antikekerasan. Contoh menarik lainnya adalah penggunaan bahasa daerah pada program penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak di Kota Cirebon yang diberi nama *Warga Peduli Bocah lan Emboke (Wadul Bae)*⁴⁶.

Strategi kedua adalah mengadakan lokakarya kelompok kecil yang disertai pelibatan masyarakat, seperti misalnya lokakarya bagi warga desa yang diikuti dengan deklarasi desa antikekerasan melalui penandatanganan perjanjian antikekerasan oleh warga. Strategi ketiga adalah perubahan perilaku dan strategi komunikasi, termasuk program edukatif terkait kampanye anti-KDRT dengan berbagai media. Penggunaan media, baik radio, media sosial, televisi, ataupun poster sebagai sarana sosialisasi dapat menjadi perantara untuk menyampaikan pesan perlindungan perempuan. Hal tersebut akan efektif jika menyertakan kreativitas penyajian konten sehingga pesan lebih mudah dipahami. Strategi ketiga ini telah dilakukan oleh mitra MAMPU, seperti SSP, BITRA, 'Aisyiyah, dan PEKKA dengan sosialisasi melalui media radio maupun buletin bulanan terkait penanganan KtP. Para perempuan miskin yang diwawancarai menyatakan bahwa dengan informasi dari berbagai media tersebut, pengetahuan mereka tentang KDRT makin meningkat, baik mengenai jenis-jenis KDRT maupun tindakan yang perlu dilakukan apabila mengalami ataupun mengetahui kejadian KDRT.

⁴⁶Warga Peduli Anak dan Ibunya (Lapor Saja).

DAFTAR ACUAN

- Antai, Diddy (2011) 'Controlling Behavior, Power Relations within Intimate Relationships and Intimate Partner Physical and Sexual Violence against Women in Nigeria.' *BMC Public Health* 11: 511 [dalam jaringan] <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-511>> [29 Juni 2018].
- Badan Pusat Statistik (2017) 'Prevalensi Kekerasan terhadap Perempuan di Indonesia, Hasil SPHPN 2016.' *Berita Resmi Statistik* 30 Maret [dalam jaringan] <<https://www.bps.go.id/pressrelease/2017/03/30/1375/satu-dari-tiga-perempuan-usia-15---64-tahun-pernah-mengalami-kekerasan-fisik-dan-atau-seksual-selama-hidupnya.html>> [29 Juni 2018].
- Badan Pusat Statistik dan UNICEF (2016) 'Kemajuan yang Tertunda: Analisis Data Perkawinan Usia Anak di Indonesia.' Laporan. Jakarta: Badan Pusat Statistik [dalam jaringan] <https://www.unicef.org/indonesia/id/Laporan_Perkawinan_Usia_Anak.pdf> [29 Juni 2018].
- BeritaPangkep (2017) 'Data 2016, setiap bulan ada dua kasus KDRT di Pangkep.' *BeritaPangkep* 6 April [dalam jaringan] <<https://beritapangkep.com/data-2016-setiap-bulan-ada-dua-kasus-kdrt-di-pangkep/1538/>> [25 April 2018].
- Gracia, Enrique dan Juan Herrero (2006) 'Public Attitudes Toward Reporting Partner Violence Against Women and Reporting Behavior.' *Journal of Marriage and Family* 68 (3): 759–768.
- Heise, Lori L. (2011) 'What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview.' Kertas Kerja [dalam jaringan] <<https://www.oecd.org/derec/49872444.pdf>> [29 Juni 2018].
- Indraswari (2008) 'Perempuan, Kemiskinan dan Anggaran Pembangunan.' *Jurnal Administrasi Publik* 5 (2): 252–269.
- Jordan, Carol E., Rebecca Campbell, dan Diane R. Follingstad (2010) 'Violence and Women's Mental Health: The Impact of Physical, Sexual, and Psychological Aggression.' *Annual Review of Clinical Psychology* 6: 607–628 [dalam jaringan] <<https://pdfs.semanticscholar.org/023b/1e6983ee62a2ce4896184b14b72a8d55f198.pdf>> [29 Juni 2018].
- Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (2017) *Catatan Tahunan (CATAHU) 2017* [dalam jaringan] <<https://www.komnasperempuan.go.id/reads-catatan-tahunan-kekerasan-terhadap-perempuan-2017>> [29 Juni 2018].
- Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan dan Forum Pengada Layanan (2017) 'Keterpaduan Layanan yang Memberdayakan: Hasil Asesmen P2TP2A di 16 Provinsi.' Laporan [dalam jaringan] <https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/2018/Publikasi/Keterpaduan%20Layanan%20Yang%20Memberdayakan.%20Hasil%20asesmen%20P2TP2Q%20di%2016%20Provinsi.pdf> [29 Juni 2018].
- Kumar, Rajesh (2012) 'Domestic Violence and Mental Health.' *Delhi Psychiatry Journal* 15 (2): 274–278.
- Lukman, Agus (2017) 'Polmas atau Pemolisian Masyarakat, Apa Itu?' *KBR* 21 Januari [dalam jaringan] <http://kbr.id/nasional/01-2017/polmas_atau_pemolisian_masyarakat_apa_itu_/88279.html> [20 April 2018].

Rosnawati, Emy (2018) 'Peran Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) dalam Mengatasi Kekerasan dalam Rumah Tangga.' *Kosmik Hukum* 18 (1): 82–94.

SatelitPost (2018) '2017, Angka Kekerasan Anak di Cilacap Capai 99 Kasus.' *SatelitPost* 10 Januari [dalam jaringan] <<https://satelitpost.com/regional/angka-kekerasan-anak-turun>> [25 April 2018].

Sukesi, Keppi (ed.) (2015) *Gender & Kemiskinan di Indonesia*. Malang: UB Press.

Syamsuddin, Rahman (2014) 'Sanksi Pidana terhadap Peminum dan Pedagang Minuman Beralkohol.' *Jurisprudentie* 1 (1): 85–94.

United Nations General Assembly (1993) 'Declaration on the Elimination of Violence against Women.' 20 Desember [dalam jaringan] <<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>> [27 Juni 2018].

VanderEnde, Kristin E., Lynn M. Sibley, Yuk Fai Cheong, Ruchira Tabassum Naved, dan Kathryn M. Yount (2015) 'Community Economic Status and Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh: Compositional or Contextual Effects?' *Violence Against Women* 21 (6): 1–21.

World Health Organization (2006) 'Intimate Partner Violence and Alcohol.' Lembar fakta. Geneva: World Health Organization [dalam jaringan] <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate.pdf> [29 Juni 2018].

World Bank (2013) *Violence against women : domestic violence and human trafficking : Kekerasan terhadap perempuan : kekerasan dalam rumah tangga dan perdagangan orang (Bahasa Indonesian)*. Indonesia gender policy brief ; no. 8. Washington D.C.: The Worldbank [dalam jaringan] <<http://documents.worldbank.org/curated/en/308981468259733971/Kekerasan-terhadap-perempuan-kekerasan-dalam-rumah-tangga-dan-perdagangan-orang>> [29 Juni 2018].

Women's Support Center (2017) 'Impact of Domestic Violence on Women's Sexual and Reproductive Health in Armenia.' Laporan penelitian. Yerevan: Women's Support Center [dalam jaringan] <http://www.womensupportcenter.org/wp-content/uploads/2017/12/SRHR_ENG_SPREAD_05122017.pdf> [29 Juni 2018].

Peraturan Perundang-Undangan

Peraturan Bupati Timor Tengah Selatan No. 56 Tahun 2016 tentang Standar Operasional Prosedur Pelayanan Terpadu Anak dan Perempuan Korban Kekerasan di Kabupaten Timor Tengah Selatan.

Peraturan Bupati Timor Tengah Selatan No. 71 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Timor Tengah Selatan.

Peraturan Daerah Kabupaten Kubu Raya No. 9 Tahun 2016 tentang Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan.

Peraturan Daerah Kabupaten Timor Tengah Selatan No. 9 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan dari Tindak Kekerasan.

Peraturan Kepala Kepolisian Negara Republik Indonesia No. 3 Tahun 2015 tentang Pemolisian Masyarakat.

Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi No. 19 Tahun 2017 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2018.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 1 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Layanan Terpadu bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No. 5 Tahun 2010 tentang Panduan Pembentukan dan Pengembangan Pusat Pelayanan Terpadu.

Peraturan Pemerintah No. 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah.

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

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1

Prosedur Kuesioner Bab V

Bab V merupakan bagian dalam kuesioner yang mengumpulkan informasi dari perempuan miskin terkait pemahaman mereka mengenai jenis-jenis KDRT, prevalensi kejadian KDRT, dan perilaku pelaporan kasus KDRT yang diketahui atau dialami kepada pihak yang dianggap dapat menyelesaikan masalah KDRT. Bab V baru ditambahkan ke kuesioner Studi *Midline* MAMPU. Mengingat Bab V mengusung topik yang sensitif, enumerator pun dibekali pelatihan singkat untuk memahami konsep KDRT secara lebih baik sesuai UU No. 23 Tahun 2004. Perlu diingat bahwa enumerator yang terlibat dalam studi ini tidak hanya perempuan, tetapi ada juga yang laki-laki. Kondisi ini menjadi tantangan tersendiri karena anggota keluarga yang menjadi responden Bab V adalah perempuan berusia 15–40 tahun yang pernah menikah. Secara alamiah, ada perasaan canggung baik dari sisi enumerator laki-laki maupun responden ketika membicarakan topik KDRT. Sebagai konsekuensinya, tim peneliti melakukan beberapa prosedur berikut dalam melaksanakan pencacahan kuesioner bagian Bab V.

Tahap Pilot

Seluruh kuesioner, bukan hanya Bab V, telah melalui proses pengujian pada tahap pengembangan instrumen. Proses pengujian instrumen dilakukan melalui studi pilot pada kelompok masyarakat yang memiliki kesamaan karakteristik dengan keluarga sampel yang menjadi sasaran utama pencacahan studi ini. Studi pilot dilakukan dengan tujuan (i) memastikan bahwa setiap pertanyaan dalam kuesioner dapat dimengerti oleh responden, (ii) memeriksa kelengkapan alternatif jawaban yang disediakan dalam setiap pertanyaan di kuesioner, dan (iii) memastikan bahwa alur pertanyaan dalam kuesioner sudah tersusun dengan baik. Bab V mendapatkan perhatian khusus pada saat pilot karena ia merupakan salah satu bab yang baru ditambahkan ke kuesioner Studi *Midline* MAMPU. Selain itu, penyusunan kata-kata dalam pertanyaan Bab V juga diperhatikan dengan saksama mengingat KDRT bukanlah topik yang dapat dibicarakan dengan mudah dan leluasa. Lagi pula, bagian kedua pada Bab V merupakan bagian yang paling sensitif karena menanyakan pengalaman pribadi responden terkait KDRT oleh suami.

Pada saat pilot, tim peneliti SMERU melakukan uji coba kuesioner pada responden dengan melibatkan peneliti laki-laki dan perempuan yang berperan sebagai enumerator. Masing-masing peneliti yang menjadi enumerator kemudian memberikan umpan balik terkait pengalaman mereka dalam melakukan pencacahan dengan menggunakan kuesioner tersebut. Umpan balik yang diterima pada saat pilot meliputi (i) pilihan kata yang digunakan dalam setiap pertanyaan, (ii) alternatif jawaban yang tersedia, dan (iii) alternatif cara yang sebaiknya digunakan responden dalam menjawab kuesioner Bab V bagian kedua. Pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner Bab V telah melalui dua kali proses perubahan saat pilot sebelum akhirnya difinalisasi.

Tahap Pelatihan

Semua enumerator yang terlibat dalam studi ini wajib mengikuti pelatihan selama tiga hari yang diselenggarakan sebelum tahap pencacahan. Selain dimaksudkan untuk mendalami tiap-tiap pertanyaan pada kuesioner, pelatihan juga bertujuan memberikan materi tentang konsep KDRT sebagaimana diatur dalam UU No. 23 Tahun 2004. Materi yang diberikan mencakup (i) definisi KDRT menurut UU No. 23 Tahun 2004, (ii) jenis-jenis KDRT menurut UU No. 23 Tahun 2004 dan contoh perbuatannya, serta (iii) pemahaman terkait hak dan kewajiban pihak-pihak yang mengetahui kejadian KDRT menurut UU No. 23 Tahun 2004. Selain itu, pada kegiatan pelatihan juga disosialisasikan peraturan yang harus dipatuhi enumerator pada saat melakukan pencacahan Bab V, yaitu:

- a) Pada saat melakukan pencacahan Bab V, pastikan suami atau pasangan responden sedang tidak berada di rumah atau di dekat responden. Jika suami atau pasangan responden berada di rumah, enumerator disarankan menunda wawancara dan meminta kesediaan responden untuk mengalokasikan waktu pada lain hari guna menerima kedatangan enumerator.
- b) Enumerator harus membacakan setiap narasi cerita KDRT pada Bab V dengan menggunakan kata-kata yang sama persis dengan yang tertera di tablet.
- c) Enumerator diharuskan memberi penekanan lebih pada keterangan waktu dalam tiap narasi cerita: sering, beberapa kali, selalu, setiap kali, sering kali, kerap.
- d) Enumerator wajib membacakan setiap cerita secara perlahan. Hal ini dimaksudkan untuk mengurangi kemungkinan kesalahpahaman responden terkait pertanyaan yang diajukan.
- e) Jika pada saat pencacahan responden menjadi sedih atau emosional, enumerator harus menghentikan pencacahan dan menunjukkan empati. Setelah responden tenang, enumerator dapat melanjutkan pencacahan.
- f) Sedapat mungkin, enumerator harus terus menggali jawaban responden karena tingginya kecenderungan responden untuk menjawab “tidak tahu”.
- g) Enumerator dilarang meminta maaf atau bertindak sungkan ketika melontarkan pertanyaan-pertanyaan Bab V. Enumerator wajib memelihara sikap netral selama menanyakan pertanyaan-pertanyaan Bab V.
- h) Khusus untuk pendataan bagian kedua Bab V, enumerator dilarang mengintip/berupaya mencari tahu jawaban responden yang diberikan pada kertas terpisah.

Pendalaman pemahaman enumerator untuk tiap pertanyaan dalam kuesioner dilakukan dengan melakukan permainan peran (*role play*). Setiap enumerator mendapatkan dua peran, yakni sebagai enumerator dan sebagai responden. Pemeran enumerator bertugas membacakan pertanyaan, sementara pemeran responden bertugas merespons atau menjawab pertanyaan yang dilontarkan pemeran enumerator. Melalui permainan peran ini, enumerator dapat mengonfirmasi pemahaman mereka mengenai masing-masing pertanyaan dalam kuesioner.

Tahap Pencacahan

Rumah tangga yang didatangi pada tahap pencacahan wajib diberikan lembar persetujuan (*consent form*) untuk menjadi responden. Prosedur ini umum dilakukan pada semua studi SMERU yang melibatkan responden atau informan. Lembar persetujuan untuk menjadi responden terdiri atas dua bagian, yaitu: (i) bagian yang memberikan informasi terkait studi, dan (ii) bagian tempat responden membubuhkan tanda tangan sebagai persetujuan untuk menjadi responden.

Bab V diletakkan pada bagian menjelang akhir kuesioner. Tujuannya adalah agar kepercayaan antara enumerator dan responden dapat terbangun melalui bagian-bagian sebelumnya yang ditanyakan dalam kuesioner. Secara umum, kegiatan pencacahan untuk Bab V berjalan lancar kendati ada sejumlah kecil responden yang menolak menjawab pertanyaan Bab V. Baik enumerator laki-laki maupun perempuan sama-sama pernah mengalami penolakan oleh responden sehingga penolakan yang terjadi dapat dikatakan bersifat acak. Apabila seorang responden menolak diwawancarai untuk Bab V, enumerator wajib melaporkan hal tersebut kepada penanggung jawab lapangan. Kemudian, penanggung jawab lapangan akan menentukan apakah akan mengirim enumerator lain khusus untuk mewawancarai responden tersebut atau memilih untuk tidak memaksakan pencacahan Bab V pada responden yang menolak tadi.

Bab V harus dijawab langsung oleh responden yang menjadi target dan tidak bisa diwakili oleh anggota keluarga lainnya. Dengan demikian, apabila anggota keluarga yang menjadi responden Bab V tidak berada di rumah, maka Bab V tidak akan ditanyakan. Ada beberapa responden sasaran yang,

pada saat kedatangan enumerator, sedang berada di rumah, tetapi tidak mau menjawab kuesioner Bab V. Alasannya adalah: (i) merasa tidak nyaman untuk membicarakan topik KDRT, (ii) takut membicarakan topik KDRT, (iii) ada suami di rumah dan tidak memiliki waktu lain untuk diwawancarai, (iv) keterbatasan fisik (tidak bisa bicara dan jenis cacat lainnya), dan (v) merasa sedih karena diingatkan kembali akan pengalamannya menjadi korban KDRT.

Bab V terbagi ke dalam dua bagian. Pada bagian pertama, terdapat delapan narasi cerita yang menggambarkan tiap jenis kekerasan (fisik/psikis/seksual/ekonomi). Enumerator membacakan cerita tersebut, lalu responden diminta menjawab pertanyaan berdasarkan cerita-cerita tersebut. Enumerator langsung mencatat jawaban responden pada tablet. Pada bagian kedua, fokusnya adalah menggali pengalaman pribadi responden terkait KDRT dan juga sikap responden terkait upaya pelaporan KDRTI. Bagian ini hanya ditanyakan kepada perempuan usia 15–40 tahun yang pernah menikah dan masih berstatus menikah dalam setahun terakhir. Khusus untuk bagian kedua ini, responden tidak memberikan jawaban langsung kepada enumerator, melainkan menjawab di kertas dengan menggunakan alat bantu berupa stiker dan amplop. Dengan cara ini, enumerator tidak akan mengetahui jawaban responden. Stiker digunakan untuk mengantisipasi responden yang buta huruf atau tidak bisa menulis. Sebelum memberikan jawaban, responden diberi lembaran stiker berwarna merah muda dan hijau. Stiker merah muda ditempelkan untuk memberi jawaban **'tidak'**, sementara jawaban **'ya'** diberikan dengan cara menempelkan stiker berwarna hijau. Formulir jawaban yang digunakan untuk menjawab bagian kedua Bab V dapat dilihat pada Lampiran 2. Responden harus memasukkan formulir jawaban yang sudah terisi ke dalam amplop dan menutup rapat amplop itu sebelum diberikan kepada enumerator. Secara berkala enumerator akan menyerahkan amplop-amplop yang terkumpul kepada penanggung jawab lapangan di masing-masing wilayah studi.

Sebagai bentuk tanggung jawab sosial terkait upaya penghapusan KDRT, enumerator harus menyampaikan kalimat penutup berikut pada akhir wawancara Bab V.

“Bu/Kak, terima kasih sudah bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan. Apabila Ibu/Kakak mengalami kejadian kekerasan dalam rumah tangga oleh pasangan dan memerlukan pertolongan, Ibu/Kakak dapat melaporkannya kepada pihak-pihak: kepolisian, kejaksaan, pengadilan, advokat, lembaga sosial (termasuk LSM), P2TP2A, atau pihak lainnya. Ibu/Kakak tidak perlu merasa takut untuk melaporkan kejadian KDRT karena hal itu telah diatur dalam undang-undang, yaitu UU No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga.”

Tahap Pascapencacahan

Hasil pencacahan menunjukkan bahwa bagian pertama Bab V diisi oleh 604 perempuan usia 15–40 tahun yang pernah menikah, sementara bagian kedua Bab V diisi oleh 515 perempuan usia 15–40 tahun yang pernah menikah dan masih berstatus menikah dalam setahun terakhir. Setelah seluruh data responden berhasil dikumpulkan, tim peneliti SMERU mengentri data yang berasal dari bagian kedua Bab V ke dalam komputer.

LAMPIRAN 2

Formulir Jawaban Responden untuk Bagian Kedua Bab V

FORMULIR JAWABAN RESPONDEN MODUL V

Tanggal Wawancara:

Kabupaten:

Desa:

Nomor Kuesioner:

Nama Enumerator:

Nama Responden:

Nomor Urut Responden pada Modul R:

Usia Responden: tahun

| CARA MENGISI LEMBAR JAWABAN |
|---|
| Tempelkan stiker berbentuk lingkaran pada area kotak yang sudah diberi tanda lingkaran. Saat pewawancara selesai membacakan pertanyaan, Anda menjawab pada lembar kertas ini dengan cara berikut: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan stiker warna <u>hijau</u> untuk jawaban <u>YA</u> 2. Berikan stiker warna <u>merah muda</u> untuk jawaban <u>TIDAK</u> |
| Bila sudah selesai, lipat kertas ini dan masukkan kedalam amplop. Tutup rapat amplop tersebut. |

| CERITA 3 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V29A) | Pertanyaan 2 (V29B) |
| ○ | ○ |



| CERITA 4 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V30A) | Pertanyaan 2 (V30B) |
| ○ | ○ |

| CERITA 7 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V33A) | Pertanyaan 2 (V33B) |
| ○ | ○ |

| CERITA 1 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V21A) | Pertanyaan 2 (V21B) |
| ○ | ○ |



| CERITA 2 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V22A) | Pertanyaan 2 (V22B) |
| ○ | ○ |

| CERITA 5 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V31A) | Pertanyaan 2 (V31B) |
| ○ | ○ |



| CERITA 6 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V32A) | Pertanyaan 2 (V32B) |
| ○ | ○ |

| CERITA 8 | |
|---------------------|---------------------|
| Pertanyaan 1 (V34A) | Pertanyaan 2 (V34B) |
| ○ | ○ |

LAMPIRAN 3

Kuesioner Bab V

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|---|--|--|---|--|---|--|---|--|
| V1 | V2 | <p>Cerita 1. Suatu hari seorang suami mendapati istrinya sedang berbincang dengan laki-laki lain. Karena cemburu, suami tersebut memarahi istrinya hingga menjambak rambut sang istri untuk memberi efek jera agar sang istri tidak mengulangi perbuatannya lagi.</p> | | | <p>Cerita 2. Setiap kali berselisih, seorang suami selalu ringan tangan terhadap istrinya. Suami kerap menganiaya istrinya dengan kasar hingga istri mengalami luka dan memar di sekujur tubuhnya. Istri kerap kali mengalami kesakitan di seluruh badannya hingga tidak bisa beraktifitas.</p> | | | | | | |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | V3A | V3B | V3C | | | V4A | V4B | V4C | | |
| | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 1 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 1 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 2 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 2 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | |
| | | | | a. Anggota keluarga inti perempuan | b. Teman/kerabat/saudara jauh perempuan | c. Tetangga/perempuan lain di desa ini | | | a. Anggota keluarga inti perempuan | b. Teman/kerabat/saudara jauh perempuan | c. Tetangga/perempuan lain di desa ini |
| Kode V3A: | Kode V3B: | Kode V3C: | | | Kode V4A: | Kode V4B: | Kode V4C: | | | | |
| 1. Ya 2. Tidak → V3C | 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | | 1. Ya 2. Tidak → V4C | 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | | | |
| (1) | | | | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | | | | | |
|---------|---|--|---|--|---|---|--|---|--|---|---|
| V1 | V2 | <p>Cerita 3. Selama 3 bulan terakhir, seorang suami melarang istrinya menjalin kontak dengan keluarga dan saudara-saudaranya. Suami tersebut tidak mengizinkan istrinya menelepon/menerima kunjungan/pergi berkunjung ke rumah saudaranya meskipun itu adalah saudara kandung sang istri sendiri.</p> | | | <p>Cerita 4. Seorang istri sedang mengandung anak kelima dari suaminya. Sang istri berkeras mempertahankan kehamilannya sementara suaminya memaksa untuk menggugurkan kandungannya dengan memberikan pil penggugur kandungan. Sebelumnya, sang suami juga pernah menggugurkan kandungan istri pada kehamilan anaknya yang keempat.</p> | | | | | | |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | V5A | V5B | V5C | | | V6A | V6B | V6C | | |
| | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 3 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 3 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 4 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 4 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | |
| | | | | a. Anggota keluarga inti perempuan | b. Teman/ kerabat/ saudara jauh perempuan | c. Tetangga/ perempuan lain di desa ini | | | a. Anggota keluarga inti perempuan | b. Teman/ kerabat/ saudara jauh perempuan | c. Tetangga/ perempuan lain di desa ini |
| | | Kode V5A: 1. Ya 2. Tidak → V5C | Kode V5B: 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | Kode V5C: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | | Kode V6A: 1. Ya 2. Tidak → V6C | Kode V6B: 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | Kode V6C: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | |
| (1) | | | | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|--|---|---|--|---|--|---|---|
| V1 | V2 | <p>Cerita 5. Seorang istri beberapa kali dipaksa melakukan hubungan suami istri dengan suaminya kapanpun suami mau; tanpa mempedulikan kondisi istri sedang berhalangan/sakit/ lelah atau dikala masa nifas.</p> | | | <p>Cerita 6. Seorang suami seringkali memaksa istrinya untuk melakukan hubungan suami istri di hutan. Sang istri tidak mau melakukannya karena beberapa warga desa setempat masih suka melewati hutan. Namun istri tidak bisa menolak dan hanya bisa pasrah.</p> | | | | | | |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | V7A | V7B | V7C | | | V8A | V8B | V8C | | |
| | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 5 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 5 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 6 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 6 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | |
| | | | | a. Anggota keluarga inti perempuan | b. Teman/ kerabat/ saudara jauh perempuan | c. Tetangga/ perempuan lain di desa ini | | | a. Anggota keluarga inti perempuan | b. Teman/ kerabat/ saudara jauh perempuan | c. Tetangga/ perempuan lain di desa ini |
| | | Kode V7A: 1. Ya 2. Tidak → V7C | Kode V7B: 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | Kode V7C: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | | Kode V8A: 1. Ya 2. Tidak → V8C | Kode V8B: 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | Kode V8C: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | |
| (1) | | | | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | | | | | |
|---------|---|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|
| V1 | V2 | Cerita 7. Selama empat bulan, seorang suami pergi begitu saja meninggalkan anak dan istrinya. Selama suami pergi, ia tidak pernah memberi nafkah terhadap anak dan istrinya. | | | Cerita 8. Sejak menikah, seorang suami memaksa istrinya bekerja serabutan untuk mendapatkan penghasilan yang banyak bagi keluarga. Setelah istrinya mendapat gaji setiap bulannya, sang suami menguasai sebagian besar pendapatan istri dan hanya memberikan istrinya sebagian kecil dari pendapatannya per bulan. | | | | | | |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | V9A | V9B | V9C | | | V10A | V10B | V10C | | |
| | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 7 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 7 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | | Menurut [...], apakah tokoh suami dalam cerita 8 berhak melakukan hal tersebut kepada tokoh istri? | Apakah [...] mengetahui ada kejadian seperti cerita 8 yang terjadi pada perempuan di desa ini dalam 1 tahun terakhir? | Apabila hal tersebut terjadi pada: (a) / (b) / (c) dan [...] mengetahuinya, apakah [...] akan melaporkan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka membantu mencari pertolongan? | | |
| | | <u>Kode V9A:</u> 1. Ya 2. Tidak → V9C | <u>Kode V9B:</u> 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | <u>Kode V9C:</u> 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | <u>Kode V10A:</u> 1. Ya 2. Tidak → V10C | <u>Kode V10B:</u> 1. Tidak pernah terjadi 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering 6. Tidak tahu | <u>Kode V10C:</u> 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak tahu | | | |
| (1) | | | | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN | | | | | |
|---------|---|--|---------------------------------------|--|--|--|--|
| | | Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | |
| V1 | V2 | V11 | V12 | V13 | V13A | V14 | V15 |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | [Apabila salah satu dari V3C-V10C dijawab Ya] Kepada siapakah [...] akan menceritakan/ melaporkan cerita/kejadian tersebut untuk membantu mencari pertolongan? [Boleh lebih dari satu jawaban] | Sebutkan pihak lainnya yang dimaksud? | Sebutkan nama LSM yang dimaksud? | Sebutkan nama LSM lainnya yang dimaksud? | Menurut [...], apakah anggota keluarga sendiri memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah anggota keluarga korban memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? |
| | | Kode V11: a. Anggota keluarga sendiri b. Anggota keluarga korban c. Tetangga d. Aparat desa/ketua RT/kadus/kades/ketua RT/RW e. Pemuka/tokoh agama f. Kader puskesmas/bidan/tenaga kesehatan di desa g. Polisi h. Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) i. Dinas pemerintah lainnya j. Anggota LSM setempat → V13 k. Lainnya → V12A | | Kode V13: 1. PEKKA 2. 'Aisyiyah 3. Migrant Care 4. BITRA 5. Sanggar Suara Perempuan 6. LSM lainnya → V13A | | Kode V14: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V15: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu |
| (1) | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN | | | | | | |
|---------|---|--|--|--|---|--|--|--|
| | | Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | | |
| V1 | V2 | V16 | V17 | V18 | V19 | V20 | V21 | V22 |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | Menurut [...], apakah tetangga memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah aparatus desa/kadus/kades/ ketua RT/RW memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah pemuka/tokoh agama memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah kader puskesmas/ bidan/tenaga kesehatan di desa memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah polisi memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah dinas pemerintah lainnya memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? |
| | | Kode V16: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V17: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V18: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V19: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V20: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V21: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V22: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu |
| (1) | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | | | |
|---------|---|--|--|---|---|--|---|--|---|
| V1 | V2 | V23 | V24 | V25 | V26 | Cerita 1. Suatu hari seorang suami mendapati istrinya sedang berbincang dengan laki-laki lain. Karena cemburu, suami tersebut memarahi istrinya hingga menjambak rambut sang istri untuk memberi efek jera agar sang istri tidak mengulangi perbuatannya lagi. | | Cerita 2. Setiap kali berselisih, seorang suami selalu ringan tangan terhadap istrinya. Suami kerap menganiaya istrinya dengan kasar hingga istri mengalami luka dan memar di sekujur tubuhnya. Istri kerap kali mengalami kesakitan di seluruh badannya hingga tidak bisa beraktifitas. | |
| | | | | | | V27A | V27B | V27A | V27B |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | Menurut [...], apakah anggota LSM setempat memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Menurut [...], apakah pihak lainnya memiliki kemampuan untuk membantu menyelesaikan masalah KDRT yang terjadi? | Apakah [...] membicarakan topik kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan yang dilakukan oleh pasangan dengan warga desa lainnya? | Dalam setahun terakhir, apakah [...] berstatus menikah? | Apakah kejadian seperti dalam cerita 1 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 1 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? | Apakah kejadian seperti dalam cerita 2 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 2 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? |
| | | Kode V23: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V24: 1. Tidak dapat membantu sama sekali 2. Sedikit membantu 3. Dapat membantu 4. Sangat membantu 5. Tidak tahu | Kode V25: 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Cukup sering 4. Sering 5. Sangat sering | Kode V26: 1. Ya 2. Tidak → V35 | Kode V27A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V27B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V28A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V28B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab |
| (1) | | | | | | Responden memberi jawaban pada kertas terpisah | | | |
| (2) | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | |
|---------|---|--|---|---|---|---|---|
| V1 | V2 | Cerita 3. Selama 3 bulan terakhir, seorang suami melarang istrinya menjalin kontak dengan keluarga dan saudara-saudaranya. Suami tersebut tidak mengizinkan istrinya menelepon/menerima kunjungan/pergi berkunjung ke rumah saudaranya meskipun itu adalah saudara kandung sang istri sendiri. | | Cerita 4. Seorang istri sedang mengandung anak kelima dari suaminya. Sang istri berkeras mempertahankan kehamilannya sementara suaminya memaksa untuk menggugurkan kandungannya dengan memberikan pil penggugur kandungan. Sebelumnya, sang suami juga pernah menggugurkan kandungan istri pada kehamilan anaknya yang keempat. | | Cerita 5. Seorang istri beberapa kali dipaksa melakukan hubungan suami istri dengan suaminya kapanpun suami mau; tanpa mempedulikan kondisi istri sedang berhalangan/sakit/ lelah atau dikala masa nifas. | |
| | | V29A | V29B | V30A | V30B | V31A | V31B |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | Apakah kejadian seperti dalam cerita 3 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 3 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? | Apakah kejadian seperti dalam cerita 4 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 4 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? | Apakah kejadian seperti dalam cerita 5 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 5 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? |
| | | Kode V29A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V29B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V30A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V30B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V31A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V31B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab |
| (1) | | Responden memberi jawaban pada kertas terpisah | | | | | |
| (2) | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN | | | | | |
|----------------|---|--|---|---|---|---|---|
| | | Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | | |
| V1 | V2 | Cerita 6. Seorang suami seringkali memaksa istrinya untuk melakukan hubungan suami istri di hutan. Sang istri tidak mau melakukannya karena beberapa warga desa setempat masih suka melewati hutan. Namun istri tidak bisa menolak dan hanya bisa pasrah. | | Cerita 7. Selama empat bulan, seorang suami pergi begitu saja meninggalkan anak dan istrinya. Selama suami pergi, ia tidak pernah memberi nafkah terhadap anak dan istrinya. | | Cerita 8. Sejak menikah, seorang suami memaksa istrinya bekerja serabutan untuk mendapatkan penghasilan yang banyak bagi keluarga. Setelah istrinya mendapat gaji setiap bulannya, sang suami menguasai sebagian besar pendapatan istri dan hanya memberikan istrinya sebagian kecil dari pendapatannya per bulan. | |
| | | V32A | V32B | V33A | V33B | V34A | V34B |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | Apakah kejadian seperti dalam cerita 6 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 6 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? | Apakah kejadian seperti dalam cerita 7 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 7 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? | Apakah kejadian seperti dalam cerita 8 pernah terjadi terhadap [...] dalam 1 tahun terakhir? | Apabila cerita 8 terjadi pada diri [...], apakah [...] akan menceritakan hal tersebut pada pihak lain dalam rangka mencari pertolongan? |
| | | Kode V32A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V32B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V33A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V33B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V34A: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab | Kode V34B: 1. Ya 2. Tidak 3. Tidak menjawab |
| (1) | | Responden memberi jawaban pada kertas terpisah | | | | | |
| (2) | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | |

| MODUL V | | VII. KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA OLEH PASANGAN Ditanyakan untuk setiap perempuan usia 15-40 tahun yang sudah pernah menikah | | | | |
|---------|---|--|---|---|--|--|
| V2 | V3 | V35 | V36 | V37 | V38 | V39 |
| No. | Nama Anggota Keluarga (Tuliskan nama kepala keluarga pada nomor 1) | [DIISI OLEH ENUMERATOR] Pada saat wawancara modul V ini berlangsung, siapa saja selain responden yang berada di rumah dan mengikuti proses wawancara modul V? [Boleh lebih dari satu jawaban] | [DIISI OLEH ENUMERATOR] Apabila ada pihak lain selama wawancara modul V, apakah pihak tersebut turut menjawab pertanyaan yang diajukan enumerator sehingga mempengaruhi jawaban responden? | [DIISI OLEH ENUMERATOR] Bagaimana penilaian anda terhadap ketepatan/akurasi dari jawaban responden pada modul V? | [DIISI OLEH ENUMERATOR] Bagaimana penilaian anda terhadap keseriusan dan konsentrasi responden selama modul V ditanyakan? | [DIISI OLEH ENUMERATOR] Apakah responden mau mengisi jawaban pada lembar terpisah untuk pertanyaan V27-V34? |
| | | Kode V35: | Kode V36: | Kode V37: | Kode V38: | Kode V39: |
| | | a. Tidak ada siapapun → V37 b. Anak berusia 5 tahun kebawah c. Anak berusia 6 tahun keatas d. Suami responden e. Orang dewasa laki-laki yang juga anggota rumah tangga f. Orang dewasa perempuan yang juga anggota rumah tangga g. Orang dewasa laki-laki yang bukan anggota rumah tangga h. Orang dewasa perempuan yang bukan anggota rumah tangga | 1. Tidak sama sekali 2. Ya, pada seluruh pertanyaan 3. Ya, pada beberapa pertanyaan | 1. Sangat baik 2. Baik 3. Cukup 4. Buruk 5. Sangat buruk | 1. Sangat baik 2. Baik 3. Cukup 4. Buruk 5. Sangat buruk | 1. Tidak bersedia untuk seluruh pertanyaan 2. Bersedia untuk seluruh pertanyaan 3. Bersedia hanya untuk sebagian pertanyaan 4. Tidak menjawab |
| | | (1) | (2) | (3) | | |

LAMPIRAN 4

Program/Kegiatan Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat di Lokasi Studi

| Lokasi | Pelaksana | Waktu | Kegiatan | Keterangan |
|------------------------------------|---|----------------|--|--|
| Deli Serdang | Pemerintah Desa C | 2016–2017 | Pelatihan keterampilan bagi perwakilan perempuan dari semua dusun: pelatihan sablon, pelatihan pengolahan sampah menjadi barang bernilai ekonomis, pelatihan pembuatan sabun cuci, dan pelatihan kewirausahaan. | Pendanaannya menggunakan Dana Desa. |
| | | 2018 (rencana) | Pendirian Badan Usaha Milik Desa untuk bidang usaha makanan | Direncanakan, pendanaannya akan menggunakan Dana Desa. |
| Pangkajene dan Kepulauan (Pangkep) | Pemerintah Desa J, K, dan L bersama dinas-dinas terkait (Dinas Sosial, Dinas Tenaga Kerja), serta perusahaan Semen Tonasa | 2016–2017 | Pelatihan keterampilan usaha seperti menjahit, mengolah bandeng tanpa duri, membuat abon ikan, membuat keripik, membuat kue, pengolahan garam beryodium. Peserta tidak hanya mengikuti pelatihan, tetapi juga mendapat bantuan alat usaha (mesin jahit, peralatan masak, dll.), modal usaha, dan pinjaman dana untuk modal usaha dengan bunga 0% bagi masyarakat miskin. | Pendanaannya menggunakan Dana Desa, dana program CSR Semen Tonasa, serta dana dari APBD. |
| | Kementerian Sosial dan Dinas Sosial | 2017 | Kementerian Sosial melalui Dinas Sosial melaksanakan Program Usaha Ekonomi Produktif (UEP). Program UEP ditujukan bagi rumah tangga miskin untuk membantu mereka mengembangkan usaha ekonomi produktif. Bentuk kegiatannya berupa pemberian bantuan modal usaha (dicairkan melalui Bank Negara Indonesia/BNI), disertai pendampingan usaha. | Berlokasi di Desa L. |
| Kubu Raya | BRG (Badan Restorasi Gambut) | 2017 | Kelompok usaha perempuan dalam rangka pelaksanaan Program Desa Peduli Gambut | Berlokasi di Desa I. |
| Cilacap | Unit Pelaksana Kegiatan (UPK) Kecamatan | Sebelum 2014 | Kegiatan Simpan Pinjam untuk Perempuan (SPP) Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri Perdesaan (PNPM Perdesaan) di Desa F | Pinjaman modal usaha bagi kelompok usaha kecil dan mikro |
| TTS | Pemerintah Desa M | 2017 | Bantuan modal usaha untuk kelompok usaha tenun ikat | Pendanaannya menggunakan Dana Desa. |

| Lokasi | Pelaksana | Waktu | Kegiatan | Keterangan |
|--------|-------------------|---------------|--|---|
| | Pemerintah Desa N | 2017 | Bantuan modal usaha untuk mengembangkan peternakan sapi dan babi dengan sistem bergulir | Pendanaannya menggunakan dana dari Program KUBE. |
| | Bappeda TTS | 2011–saat ini | Program Anggur Merah (Anggaran untuk Rakyat Menuju Sejahtera) adalah program bantuan dana sebesar 250 juta rupiah/desa untuk desa miskin dalam rangka penanggulangan kemiskinan di NTT. Desa studi yang menerima program ini adalah Desa N pada 2016. Kegiatannya berupa bantuan sapi secara bergulir. | Pendanaannya menggunakan dana dari APBD Provinsi NTT. Pelaksanaan kegiatan didasarkan pada Pergub NTT No. 33 Tahun 2010 tentang Pedoman Pembangunan Desa/Kelurahan Mandiri Anggur Merah dan Pergub NTT No. 37 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyaluran dan Pengelolaan Bantuan Program Anggur Merah. |

Sumber: Wawancara oleh tim peneliti SMERU, 2017.

The SMERU Research Institute

Telepon : +62 21 3193 6336
Faksimili : +62 21 3193 0850
Surel : smeru@smeru.or.id
Situs web : www.smeru.or.id
Facebook : @SMERUInstitute
Twitter : @SMERUInstitute
YouTube : The SMERU Research Institute

