# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Deskripsi Obyek Penelitian

### 1. Perkosaan

#### a. Pengertian Perkosaan

Perkosaan (*rape*) berasal dari bahasa latin *rapere* yang berarti mencuri, memaksa, merampas, atau membawa pergi (Hariyanto, 1997: 97). Pengertian perkosaan menurut Rifka Annisa Women's Crisis Center menyebut bahwa perkosaan adalah segala bentuk pemaksaan hubungan seksual. Bentuk perkosaan tidak selalu persetubuhan, akan tetapi segala bentuk serangan atau pemaksaan yang melibatkan alat kelamin. Oral seks, anal seks (sodomi), perusakan alat kelamin perempuan dengan benda adalah juga perkosaan. Perkosaan juga dapat terjadi dalam sebuah pernikahan (Idrus dalam Sulistyaningsih dan Faturochman, 2002: 11).

Berdasarkan Palmer dan Thornhill (2000: 1), dalam perkosaan terjadi perlawanan yang dilakukan korban untuk melawan persetubuhan yang tidak diinginkan kecuali perlawanan semacam itu kemungkinan dapat mengakibatkan kematian atau luka serius pada korban maupun luka pada individu yang korban coba lindungi. Serangan seksual lainnya termasuk penetrasi oral ataupun anal juga dapat disebut perkosaan dalam keadaan tertentu.

Di dalam Pasal 285 KUHP juga disebutkan bahwa: "*Barangsiapa yang dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa seorang wanita bersetubuh dengan dia di luar perkawinan, diancam karena melakukan perkosaan dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun*." Pasal tersebut lebih menekankan pada tindakan perkosaan yang mengakibatkan terjadinya persetubuhan. Sedangkan Pasal 289 KUHP menyebutkan bahwa: "*Barangsiapa dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa seorang untuk melakukan atau membiarkan dilakukan perbuatan cabul, diancam karena melakukan perbuatan yang menyerang kehormatan kesusilaan dengan pidana penjara paling lama sembilan tahun*."

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa perkosaan melibatkan pemaksaan yang dilakukan oleh pelaku dan perlawanan yang dilakukan oleh korban untuk melindungi diri dari korban kekerasan seksual. Kekerasan ini dapat juga disertai ancaman sehingga membatasi usaha perlawanan yang dapat dilakukan korban. Kekerasan seksual tidak hanya dalam bentuk bersetubuhan, namun segala bentuk paksaan dan kekerasan yang bersifat seksual.

**b. Jenis Perkosaan**

Menurut Nardos dan Rahel (dalam Inyang dan Linda, 2015: 53) perkosaan dapat dikategorikan ke dalam jenis-jenis yang berbeda, tergantung situasi yang terjadi ataupun tergantung identitas/karakteristik dari korban maupun pelaku. Inyang dan Linda

(2015: 53) menguraikan beberapa jenis perkosaan yang telah diklasifikasikan sebagai berikut:

1) *Marital*/*Spousal rape* merupakan perkosaan yang dilakukan oleh suami maupun istri. Perkosaan ini terjadi diantara individu yang sudah menikah.
2) *Exchange rape* merupakan perkosaan yang terjadi diakibatkan dari hasil tawar menawar maupun bentuk solidaritas yang ditampilkan diantara laki-laki.
3) *Punitive*/*corrective rape* merupakan perkosaan yang biasa dilakukan untuk menghukum atau mendisiplinkan para nonheteroseksual karena dianggap melanggar peran jender dengan menjadi penyuka sesama jenis.
4) *Theft rape* biasa terjadi ketika perempuan diculik, pada kebanyakan kasus biasanya korban dijadikan budak maupun pekerja prostitusi.
5) *Ceremonial rape* merupakan perkosaan yang biasa terjadi selama proses ritual, pelaku dapat mendapatkan akses korban melalui kecurangan.
6) *Custodial rape* merupakan perkosaan yang dilakukan oleh seseorang yang dipekerjakan oleh negara dan dalam posisi pengawasan atau kustodi, seperti petugas kepolisian, pegawai negeri maupun pengawas penjara, dan pegawai rumah sakit.

Perkosaan ini juga termasuk perkosaan anak di perawatan institusional seperti panti asuhan.

7) *War rape* merupakan hubungan seksual paksa yang terjadi pada masa peperangan oleh tentara dengan korban perempuan.
8) *Stranger rape* dideskripsikan sebagai penetrasi seksual nonkonsensual antara individu yang tidak mengenal satu sama lain sebelum peristiwa seksual terjadi.
9) *Gang rape* biasanya terjadi dalam grup berisi beberapa orang yang berpartisipasi akan perkosaan satu korban. Jenis perkosaan ini sangat keji dan jahat dimana pelaku biasanya adalah pecandu alkohol maupun narkoba.

Sedangkan jika ditinjau dari motif, Santoso (1997: 92-93) menjelaskan pelaku melakukan tindak pidana perkosaan dapat digolongkan ke dalam beberapa motif, yaitu:

1) *Seductive rape*, perkosaan yang terjadi karena pelaku merasa terangsang nafsu birahi dan bersifat subjektif.
2) *Sadistic rape*, perkosaan yang dilakukan secara sadis. Pelaku mendapat kepuasan seksual bukan karena hubungan tubuhn, melainkan perbuatan kekerasan yang dilakukan oleh pelaku terhadap korban. Groth (dalam Inyang dan Linda, 2015: 53) menjelaskan bahwa pemerkosa merasa perlakuan buruk yang dilakukan dengan sengaja olehnya terhadap korban sangat memuaskan dan pemerkosa akan menikmati kesenangan dari

segala siksaan, kesedihan, kesusahan, ketidakberdayaan, dan penderitaan korban.

3) *Anger rape*, perkosaan yang dilakukan sebagai ungkapan marah pelaku. Perkosaan semacam ini biasanya disertai tindakan brutal pelakunya secara fisik. Kepuasan seksual bukan merupakan tujuannya, melainkan melampiaskan rasa marahnya.
4) *Domination rape*, pelaku ingin menunjukkan dominasinya terhadap korban. Kekerasan fisik bukan merupakan tujuan utama korban karena tujuan utama pelaku adalah ingin menguasai korban secara seksual dengan demikian pelaku dapat menunjukkan bahwa ia berkuasa atas orang tertentu.
5) *Exploitation rape*, perkosaan yang dapat terjadi karena ketergantungan korban terhadap pelaku, baik secara ekonomi dan sosial. Pelaku tidak perlu menggunakan kekerasan fisik untuk dapat memaksa keinginannya terhadap korban.

**c. Faktor Terjadinya Perkosaan**

Menurut Abdulsyani (dalam Kristiani, 2014: 377) terdapat dua sumber penyebab terjadinya tindakan kriminal, yaitu sumber pertama adalah faktor intern seperti sakit jiwa, daya emosional, rendahnya mental, anomi, umur, sex, kedudukan individu dalam masyarakat, pendidikan individu, dan masalah hiburan individu. Sedangkan faktor

kedua adalah faktor eksternal, bersumber dari luar diri individu seperti faktor ekonomi, agama, bacaan dan film.

Hakrisnowo (2000: 54) juga menjelaskan secara senada faktor-faktor yang menimbulkan tindakan perkosaan, diantaranya yaitu:

1) Faktor intern yaitu:
    a) Faktor lingkungan keluarga
    b) Faktor ekonomi keluarga
    c) Faktor tingkat pendidikan
    d) Faktor agama atau moral
2) Faktor ekstern yaitu:
    a) Faktor lingkungan sosial
    b) Faktor perkembangan ilmu teknologi
    c) Faktor kesempatan

**d. Dampak Perkosaan**

Penelitian yang dilakukan Ekandari, Mustaqfirin, dan Faturochman (2001: 11-19) terhadap responden menguraikan bahwa dampak perkosaan yang dialami oleh korban adalah sebagai berikut:

1) Dampak fisik

    Dampak fisik yang dialami korban biasanya merupakan kekerasan fisik seperti mengalami pemukulan, pendarahan dan pingsan setelah kejadian. Luka penetrasi juga dapat menyebabkan pendarahan dan rasa sakit pada alat kelamin korban. Dampak fisik lain yang menyertai adalah seperti

memar akibat pukulan atau benturan, pusing, mual, muntah dan luka bekas gigitan. Sulistyaningsih dan Faturochman (2002: 8) juga menjelaskan bahwa perkosaan juga memberikan dampak fisik seperti korban terjangkit penyakit menular seksual (PMS) maupun kehamilan yang tidak dikehendaki.

2) Dampak psikologis

Dampak psikologis yang biasa dirasakan oleh korban yaitu marah, lemah, pusing apabila teringat dengan peristiwa perkosaan. Marah kepada pelaku, merasa bersalah, merasa tidak berharga, takut untuk berhubungan dengan laki-laki ataupun khawatir bahwa tidak ada laki-laki yang mau menerima kondisi korban. Pada tingkat tertentu korban merasa memiliki keinginan untuk bunuh diri. Hal ini berhubungan dengan perasaan tidak berharga yang dirasakan oleh korban.

3) Dampak sosial-psikologis

Dampak sosial-psikologis sangat berkaitan erat dengan sikap masyarakat di lingkungan korban. Masyarakat memiliki peran di dalam menumbuhkan ketakutan yang dialami oleh korban sehubungan dengan adanya mitos-motos mengenai perkosaan. Ketakutan yang dimiliki korban adalah bahwa peristiwa tersebut diketahui orang lain, korban tidak dapat meneruskan sekolah atau kuliahnya, terjadi kehamilan dan tidak ada laki-laki yang mau menerima keadaannya.

Flanflik (2007: 2-3) menguraikan lebih dalam mengenai reaksi-reaksi korban ketika menjadi korban kejahatan seksual yaitu sebagai berikut:

1) Reaksi fisik meliputi:
    a) Rasa sakit dan nyeri di kepala, punggung, dan/atau perut
    b) Berkeringat secara tiba-tiba dan/atau jantung berdebar
    c) Perubahan pola tidur, makan, dan ketertarikan seksual
    d) Konstipasi atau diare
    e) Mudah kaget ketika ada kebisingan dan sentuhan yang tidak terduga
    f) Rentan terhadap demam dan penyakit
    g) Meningkatnya penggunaan alkohon atau obat-obatan lainnya dan/atau reaksi yang berlebihan
2) Reaksi emosional meliputi:
    a) Syok dan/atau tidak percaya
    b) Ketakutan dan/atau kegelisahan
    c) Kesedihan, disorientasi, penyangkalan
    d) Kewaspadaan yang berlebihan
    e) Iritabilitas, gelisah, dan ledakan amarah
    f) Perubahan emosi/suasana hati dengan cepat (contoh: menangis kemudian tertawa)
    g) Khawatir dan merenung (pikiran terganggu akan trauma)
    h) Mimpi buruk

i) Kilas balik (perasaan bahwa kejadian traumatik baru saja terjadi)
j) Peningkatan rasa untuk mengontrol kejadian sehari-hari
k) Mengurangi kegiatan
l) Mencoba untuk menghindari hal-hal yang berhubungan dengan trauma
m) Kecenderungan untuk mengisolasi diri sendiri
n) Perasaan detasemen/terpisah
o) Perasaan telah membebani orang lain dengan masalah
p) Emosi yang mati rasa atau muncul perasaan yang terbatas
q) Kesulitan dalam mempercayai dan/atau perasaan dikhianati
r) Kesulitan konsentrasi dan mengingat
s) Perasaan menyalahkan diri sendiri dan/atau penyesalan
t) Malu
u) Berkurangnya ketertarikan dengan kegiatan sehari-hari atau depresi
v) Memori tidak menyenangkan di masa lalu yang kembali muncul
w) Hilangnya rasa kebenaran akan dunia; harapan akan akhir dunia dan ketakutan akan masa depan

Meskipun penting untuk mengidentifikasi reaksi-reasi kebanyakan dari kejadian traumatis, “terdapat variasi-variasi akan

sampai mana korban perempuan bisa terpengaruh" (Frazier, 2000: 204). Perbedaan respons-respons psikologis memunculkan pola-pola kebiasaan yang berbeda atau memunculkan strategi pemulihan yang berbeda pula kepada masing-masing *survivor* dari korban kejahatan seksual. Faktor-faktor eksternal seperti jaringan sosial pendukung korban, kerasnya kejahatan dan hubungan korban dengan pelaku juga dapat mempengaruhi fungsi psikologis korban setelah kekerasan seksual (Littleton, Breitkopf; Wyatt dkk dalam Fanflik, 2007: 3).

**2. LRC-KJHAM**

LRC-KJHAM (*Legal Resources Center* untuk Keadilan Jender dan Hak Asasi Manusia) adalah sebuah NGO (*Non-Governmental Organization*) yang berdomisili di Semarang, Jawa Tengah, Indonesia. LRC-KJHAM berdiri untuk memajukan nilai-nilai dan prinsip keadilan jender dalam proses perumusan kebijakan dan selalu bekerja untuk membangun, melindungi dan meningkatkan hak asasi perempuan. LRC-KJHAM menyediakan layanan bantuan hukum, dukungan psikologi untuk perempuan dan anak-anak, juga fokus pada pendidikan, penelitian, advokasi kebijakan dari pendokumentasian pelanggaran hak asasi perempuan (*Admin LRC-KJHAM, 2012, Profil LRC-KJHAM, http://www.lrckjham.com/profil/, diakses pada 15 Mei 2017 pukul 00.46 WIB*).

Gambar 2.1: Logo LRC-KJHAM

Melalui *website* resmi LRC-KJHAM menjelaskan beberapa hal terkait profil LRC-KJHAM yaitu sebagai berikut:

**a. Sejarah LRC-KJHAM**

Sejarah LRC KJHAM berawal dari pembentukan kelompok kerja dengan fokus untuk pembelaan hak-hak perempuan di wilayah Jawa Tengah. Pembentukan kelompok kerja ini diinisiasi oleh LBH Semarang - Yayasan LBH Indonesia yang kemudian dikenal dengan nama Kelompok Kerja untuk Keadilan Jender dan Hak Asasi Manusia atau K3JHAM pada tanggal 24 Juli 1999. Pada periode ini program-program K3JHAM memperoleh dukungan pendanaan dari Novib melalui YLBHI.

Selanjutnya K3JHAM mulai dikenal luas ketika merintis dan melaksanakan kegiatan ‘Kampanye 16 Hari Anti Kekerasan Terhadap Perempuan’ pada tanggal 25 November - 10 Desember 2000. Program ini kemudian diadopsi ditingkat nasional dan dikoordinasi oleh Komnas Perempuan. K3JHAM juga menjadi salah satu inisiatif penyusunan

laporan bayangan atau laporan independent dari NGO untuk merespon laporan Pemerintah Indonesia kepada Komite CEDAW PBB.

K3JHAM bekerja secara efektif dalam melakukan pembelaan hak-hak perempuan di ruang pengadilan maupun di arena kebijakan publik, serta pengembangan konseling untuk perempuan korban tindak kekerasan. K3JHAM juga melaksanakan tanggung jawabnya untuk memperkuat cara kerja bantuan hukum struktural (BHS) bagi kantor-kantor LBH-YLBHI dalam aspek keadilan jender dan responsif pada hak-hak perempuan miskin.

Pada 2002, YLBHI menilai baik atas kerja K3JHAM dan sebagai kelompok kerja dinyatakan selesai. Namun LBH Semarang memandang penting kerja hak asasi perempuan K3JHAM maka kemudian dibentuklah kelembagaan baru yakni, LRC-KJHAM di bawah Yayasan Sekretariat untuk Keadilan Jender dan HAM (Yayasan Sukma).

LRC-KJHAM telah berhasil memprakarsai Pusat Pelayanan Terpadu atau PPT bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan Propinsi Jawa Tengah tahun 2002. Model PPT dikampanyekan sebagai salah satu mekanisme penanganan pelanggaran hak asasi perempuan dan anak bersama Pemerintah Propinsi Jawa Tengah. Kini, 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah telah memiliki PPT. Dengan dukungan dana dari Hivos-Uni Eropa, model PPT diperkuat jangkauan operasionalnya hingga di tingkat kecamatan-kecamatan.

Pada tahun 2009, Raperda Penyelenggaraan Perlindungan Perempuan dan Anak Korban Kekerasan yang diinisiasi LRC-KJHAM berhasil di ditetapkan Pemerintah Propinsi Jawa Tengah dengan Perda No. 3 tahun 2009. Keberadaan Perda tersebut diharapkan dapat memperkuat komitmen dan kemampuan pemerintah provinsi dan kabupaten /kota di Jawa Tengah dalam merealisasikan hak-hak asasi perempuan sebagai hak asasi manusia. Dan pada tahun 2011, giliran Pemerintah Kota Semarang menyusun Raperda Perlindungan Perempuan dan Anak Korban Kekerasan.

Pada Tahun 2010 atas dukungan Yayasan TIFA, WRIA dan FPAR telah dikembangkan untuk memperkuat pemenuhan hak atas kesehatan kelompok perempuan miskin, marjinal dan rentan. Dan pada tahun 2011-2012 atas dukungan dari Hivos FPAR dan WRIA dikembangkan lagi untuk meningkatkan komitmen dan kebijakan pemerintah lokal terhadap pelayanan terpadu bagi perempuan dan anak korban kekerasan. FPAR dan WRIA akhirnya menjadi alat yang efektif untuk memperluas partisipasi perempuan dan untuk mendorong perbaikan kebijakan.

**b. Visi dan Misi LRC-KJHAM**

Visi didirikannya LRC-KJHAM adalah untuk “Memperkuat Akses dan Kontrol Perempuan Miskin, Marjinal dan Rentan terhadap Sumber Daya Hukum dan Hak Asasi Manusia”. Visi ini akan dicapai melalui misi sebagai berikut :

1) Melakukan pendampingan dan bantuan hukum yang berkeadilan jender kepada perempuan miskin, marjinal dan rentan.
2) Melakukan kerja-kerja pembaharuan hukum dan kebijakan untuk memperbaiki status hukum perlindungan dan pemenuhan hak asasi perempuan miskin, marjinal dan rentan.
3) Melakukan kerja-kerja pendidikan hak asasi untuk mempromosikan keadilan jender dan hak asasi perempuan.
4) Melakukan penelitian, monitoring dan pendokumentasian pelanggaran hak asasi perempuan untuk memperkuat kerja-kerja hak asasi guna mendorong perbaikan status kebijakan realisasi hak asasi perempuan di Indonesia.
5) Melakukan kampanye untuk mempromosikan hak asasi perempuan dan perbaikan kebijakan.

**c. Divisi LRC-KJHAM**

1) Divisi Bantuan Hukum

Bantuan Hukum untuk Meningkatkan Akses Perempuan atas Keadilan Kerja-kerja bantuan hukum dimaksudkan untuk memperkuat akses perempuan miskin, marjinal dan rentan terhadap keadilan. Diskriminasi dan pemiskinan menahun membuat mereka tidak memiliki kemampuan membayar pengacara untuk menuntut kewajiban negara. Seluruh kerja bantuan hukum dilakukan berdasarkan

kerangka kerja hak asasi manusia yaitu berdasarkan instrumen hukum hak asasi manusia.

a) Layanan Konseling untuk Perempuan Korban

Penanganan korban kekerasan, perdagangan orang, eksploitasi seksual, pekerja migrant perempuan juga dilakukan dengan konseling. Konseling dimaksudkan untuk memfasilitasi perempuan korban dapat memahami masalah dan akar penyebabnya, menemukan potensi dan kekuatanya, serta memutuskan sendiri tindakan jalan keluar yang akan ditempuh korban untuk menuntut keadilan dan tanggung jawab negara.

b) Reintegrasi Sosial

Reintegrasi sosial dilakukan untuk mengembalikan atau memulihkan kembali hak asasi korban sebagaimana dijamin dalam instrumen hukum hak asasi manusia internasional dan konstitusi negara agar korban dapat menjalankan kehidupanya secara bermartabat. Reintegrasi sosial juga dimaksudkan untuk mencegah berulangnya pelanggaran hak asasi manusia kepada korban.

c) *Support Group* – Pemberdayaan untuk Para *Survivor*

Selain dimaksudkan sebagai konseling kelompok untuk pemulihan psikologis *survivor*, penguatan organisasi *survivor* dimaksudkan juga untuk memperkuat solidaritas

(*sisterhood*) dan kapasitas mereka merebut kedaulatan atas diri dan hidupnya termasuk terhadap seluruh kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan perempuan.

2) Informasi dan Dokumentasi di LRC-KJHAM

a) Monitoring Kasus Kekerasan terhadap Perempuan

Monitoring terhadap kasus kekerasan terhadap perempuan dilakukan LRC-KJHAM sejak tahun 1999. Kini LRC-KJHAM telah memiliki sistem pendokumentasian kasus kekerasan terhadap perempuan yang dikembangkan berdasarkan instrumen hukum hak asasi manusia internasional dan nasional. Selain monitoring kasus, instrumen pemantauan kebijakan yang berkaitan dengan kekerasan terhadap perempuan juga sedang dikembangkan untuk mengukur atau menilai tingkat ketaatan pemerintah terhadap kewajiban hak asasinya berdasarkan hukum hak asasi manusia internasional.

b) Laporan Tahunan tentang Kekerasaan Terhadap Perempuan

Hasil monitoring kasus dan kebijakan yang dilakukan sebagai integral dalam advokasi hak asasi perempuan, kemudian dianalisis dan dipublikasikan dalam bentuk laporan tahunan kekerasan terhadap perempuan.

Laporan beserta rekomendasi juga diteruskan kepada lembaga-lembaga pemerintah terkait, seperti Kementerian Pemberdaan Perempuan, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia, Kementerian Sosial, Kepolisian Indonesia, Mahkamah Agung, Komnas HAM, Komnas Perempuan serta Kantor Perwakilan PBB di Jakarta.

c) Publikasi Materi Kampanye

Publikasi material kampanye dilakukan untuk mendukung promosi hak asasi perempuan di Indonesia. Material kampanye yang dipublikasikan seperti poster, brosur, kaos, film dokumenter dan sebagainya.

d) Fasilitasi Komplain Individu

Beberapa kasus dimana seluruh mekanisme pemerintah telah gagal menegakkan hak asasi perempuan korban terutama dalam kasus kekerasan, perdagangan orang, eksploitasi seksual, dan pekerja migrant perempuan, difasilitasi untuk dilakukan individual komplain ke Komite CEDAW PBB.

3) Divisi Advokasi Kebijakan

a) Peningkatan Partisipasi Perempuan dalam Perumusan Kebijakan

Penguatan partisipasi sejati perempuan dimaksudkan untuk meningkatkan akses dan kontrol perempuan dalam

perumusan kebijakan pemerintah melalui *Feminist Participatory Action Research* (FPAR) dan *Women's Rights Impact Assessment* (WRIA). Berdasarkan pengalaman LRC-KJHAM, FPAR dan WRIA telah terbukti menjadi alat yang efektif untuk memberdayakan, memperluas partisipasi serta mendorong perubahan kebijakan.

b) Anggaran Responsif Jender

Kebijakan anggaran harus dipandang sebagai salah satu instrumen pemenuhan hak asasi manusia. Pengalaman perempuan telah membuktikan bahwa seluruh norma dan standart hak asasi perempuan tidak dapat tegak atau tidak dapat dinikmati oleh setiap perempuan, karena salah satunya tidak tersedia atau tidak disediakan anggaran yang memadai untuk merealisasikan seluruh hak asasi perempuan.

Advokasi anggaran yang dimaksud LRC-KJHAM adalah spesifik untuk meningkatkan kapasitas pemerintah dalam menyediakan anggaran untuk melaksanakan seluruh kewajiban Pemerintah Indonesia berdasakan Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW) atau CEDAW *Budgeting*.

c) Peningkatan Kapasitas Pemerintah

Penguatan kapasitas yang dimaksud adalah kapasitas pemerintah dalam mewujudkan seluruh kewajibannya berdasarkan instrumen hukum hak asasi manusia internasional terutama Konvensi CEDAW. Penguatan kapasitas ini dilakukan melalui pelatihan, workshop, seminar dan studi-studi kolaboratif lainnya. Penguatan kapasitas yang dilakukan oleh LRC-KJHAM memfokuskan pada peningkatan kemampuan pemerintah dalam mengintegrasikan prinsip, norma dan standar hak asasi perempuan ke dalam kebijakan perencanaan dan penganggaran.

d) Berpartisipasi dalam Laporan Independen CEDAW

Sejak tahun 1999 LRC-KJHAM telah terlibat dalam pembuatan laporan independent masyarakat sipil kepada Komite CEDAW PBB untuk menanggapi laporan CEDAW Pemerintah Indonesia. LRC-KJHAM juga aktif mempromosikan rekomendasi Komite CEDAW serta mengadvokasinya untuk ditaati atau dilaksanakan Pemerintah Indonesia.

4) Sub Divisi Pendidikan, Penelitian dan Kampanye

a) Penelitian terhadap Isu Diskriminasi

Penelitian terhadap isu-isu diskriminasi kepada kelompok-kelompok perempuan miskin, marjinal dan rentan dilakukan dengan metode FPAR (*Feminist Participatory Action Research*). FPAR adalah penelitian sekaligus pengorganisasian dan pemberdayaan perempuan. Dengan FPAR dimaksudkan kelompok perempuan miskin, marjinal dan rentan berdaulat terhadap masalahnya dan memegang kendali terhadap seluruh upaya perubahan dalam mewujudkan hak asasinya.

b) Penelitian dan Pemberdayaan melalui FPAR

Pemberdayaan terhadap perempuan miskin, marjinal dan rentan seperti perempuan perdesaan, perempuan korban kekerasan, perdagangan orang, eksploitasi seksual, pekerja migrant perempuan dilakukan juga dengan metode FPAR. Pemberdayaan ini mencakup kesadaran terhadap realita penindasan perempuan dan akar sebabnya, norma dan standart hak asasi perempuan menurut hukum hak asasi manusia internasional dan nasional (konstitusi negara) baik hak sipil politik maupun hak ekonomi, sosial dan budaya, serta penguatan kapasitas kelompok-kelompok perempuan untuk berdaya membebaskan diri

dan kelompoknya dari diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, jender, ras, suku, keyakinan dan agama dan kebangsaan.

c) Mempromosikan Hak Asasi Perempuan

LRC-KJHAM terus menerus mempromosikan hak asasi perempuan berdasarkan instrumen hukum hak asasi manusia internasional, menyuarakan masalah dan isu-isu diskriminasi terutama kepada kelompok perempuan miskin, marjinal dan rentan guna meningkatkan kesadaran dan tanggungjawab masyarakat dalam penghapusan diskriminasi terhadap perempuan dan perbaikan kebijakan pemerintah dalam memajukan, melindungi dan memenuhi hak asasi perempuan.

**d. Struktur Organisasi LRC-KJHAM**

LRC-KJHAM bekerja dibawah Yayasan SUKMA (Sekretariat untuk Keadilan Jender dan Hak Asasi Manusia). Berikut merupakan struktur organisasi LRC-KJHAM:

1) Dewan Pembina Yayasan:

Andik Hardiyanto, S.H

2) Dewan Pengawas Yayasan:

a) Dadang Trisasongko, S.H

b) Nur Amalia, S.H

c) Prof. Dr. Agnes Widanti, S.H., C.N

3) Pengurus Yayasan

a) Ketua : Sri Nurherwati, S.H

b) Sekretaris : Evarisan, S.H., M.H

c) Bendahara : Poengky Indarti, S.H

4) Pengurus LRC-KJHAM

a) Direktur:

Dian Puspitasari, S.H

b) Kepala Operasional:

Nur Laila Hafidhoh, S.Pd

c) Divisi Bantuan Hukum:

(1) Nihayatul Mukharomah, S.H

(2) Siti Aliffah, S.H

(3) Santi Rahayu, S.H

(4) Ari Agustina, S.H

d) Divisi Informasi dan Dokumentasi:

(1) Witi Muntari, S.Pd.I

(2) Wachid Choirul Amin

(3) Citra Ayu Kurniawati

e) Divisi Advokasi Kebijakan:

(1) Ika Yuli Herniana

(2) Elina Lestariyanti, S.Pd

(3) Umi Hanik, S.Pd.I

f) Sub Divisi Pendidikan, Penelitian dan Kampanye:

-

g) Staf Keuangan

(1) R. Handayani, SE

(2) Helen Intania, S.H

## B. Tinjauan Teori

### 1. Komunikasi Terapeutik

Para dokter dan terapis mendefinisikan perkosaan dalam istilah berorientasi keperawatan, yang sangat membantu dalam tujuan memahami patologi dari penyerang, dan melihat korban melalui sisi personal dan krisis emosinya (Savino dan Turvey, 2005: 7). Menurut Groth dalam (Savino dan Turvey, 2005: 7) definisi perkosaan berorientasi keperawatan harus fokus kepada persepsi korban dan dampak penyerangan terhadapnya, daripada kepada motif dari si pelaku:

> "*... dari sudut pandang klinis dan bukan dari sudut pandang legal/hukum, akan lebih masuk akal untuk menganggap perkosaan sebagai segla bentuk dari kekerasan seksual yang penuh paksaan, entah penyerang berniat untuk melakukan efek intercouse atau tindakan seksual lainnya... Unsur yang muncul dalam pemerkosaan adalah kurangnya persetujuan*."

Definisi ini membantu untuk mengerti dan membantu korban dalam melalui dampak dari trauma mereka. Proses pemulihan korban biasanya dilakukan oleh terapis seperti konseling dimana dalam berkomunikasi terapis menggunakan komunikasi yang bersifat terapeutik.

**a. Pengertian Komunikasi Terapeutik**

Konsep "komunikasi terapeutik" mengacu pada proses dimana perawat secara sadar memengaruhi klien atau membantu klien untuk lebih memahami melalui komunikasi verbal atau nonverbal. Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi spesifik yang mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan gagasan serta memunculkan rasa penerimaan dan penghargaan (Sherko, Sotiri, dan Lika, 2013: 457-458).

Kusumawati dan Hartono (2010: 16) memaknai komunikasi terapeutik sebagai bentuk komunikasi yang direncanakan secara sadar, mempunyai tujuan dan kegiatan yang dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal secara profesional yang mengarah pada tujuan kesembuhan pasien dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara tenaga medis spesialis jiwa dan pasien.

Komunikasi terapeutik dilakukan oleh petugas medis, perawat, psikolog, maupun konselor kepada pasien atau klien sesuai dengan jenis masalah yang dialami masing-masing pasien, dengan tujuan yang sama yaitu kesembuhan pasien, Sehingga seperti yang ditegaskan oleh Priyanto (2009: 55) dimana inti dari komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilaksanakan untuk tujuan terapi.

Weaver (dalam Sherko, Sotiri, dan Lika, 2013: 458) menjelaskan bahwa komunikasi terapeutik melibatkan pertukaran informasi pada

tingkat verbal atau nonverbal. Pesan dikirim dan diterima bersamaan. Komunikasi lisan berisi penyusunan kata-kata ke dalam kalimat, isi dan konteks pembicaraan - area tempat percakapan berlangsung dan memungkinkan termasuk waktu dan lingkungan fisik, sosial, dan budaya. Sedangkan komunikasi nonverbal meliputi perilaku yang menyertai isi verbal seperti bahasa tubuh, isi mata, ekspresi wajah, nada suara, dan sebagainya. Komunikasi nonverbal kebanyakan menunjukkan pemikiran kebutuhan atau perasaan klien tanpa sadar.

Komunikasi terapeutik diharapkan dapat membuat klien dapat mengatasi masalahnya sendiri maupun masalah yang berhubungan dengan orang lain dan lingkungannya (Priyanto, 2009: 56). Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi baik verbal maupun nonverbal yang melibatkan petugas medis (dokter, perawat, psikolog, konselor) terhadap pasien atau klien yang dilakukan secara sadar dengan tujuan kesembuhan pasien.

**b. Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik bersifat holistik dan terfokus kepada pasien, melibatkan keseluruhan kondisi pasien seperti lingkungan, spiritiual, psikologis, serta unsur fisiologis. Praktek komunikasi terapeutik membantu membentuk fokus kesehatan dan mengurangi stres dalam hubungan yang kolaboratif. Tujuan utamanya adalah untuk

menumbuhkan kepercayaan dan menciptakan pertukaran yang bersifat penyembuhan antara perawat dan pasien (Rosenberg, 2011: 75).

Priyanto (2009: 56) menjelaskan bahwa komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk memotivasi dan mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih konstruktif dan adaptif, serta diaragkan pada pertumbuhan klien yang meliputi hal-hal berikut:

1) Penerimaan diri dan peningkatan terhadap penghormatan diri.

   Klien yang sebelumnya tidak menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya. Diharapkan perawat dapat mengubah cara pandang klien tentang dirinya dan masa depnnya sehingga klien dapat menghargai dan menerima diri apa adanya.

2) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain.

   Klien dapat belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur, dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya (Hibdon, dalam Suryani, dalam Priyanto, 2009: 56).

3) Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis.

Perawat bertugas membimbing klien dalam membuat tujuan yang realistis serta meningkatkan kemampuan klien memenuhi kebutuhan dirinya.

4) Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri.

Identitas personal yang dimaksud adalah status, peran, dan jenis kelamin klien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan juga memiliki harga diri yang rendah. Perawat diharapkan membantu klien untuk meningkatkan integrtas dirinya dan identitas diri klien melalui komunikasinya.

**c. Prinsip Komunikasi Terapeutik**

Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik yang harus diterapkan agar mendapatkan atau hasil yang memuaskan yaitu dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut (Priyanto, 2009: 56-57):

1) Menjadikan klien sebagai fokus yang utama dalam interaksi.
2) Mengkaji kualitas intelektual untuk menentukan pemahaman.
3) Mempergunakan sikap membuka diri hanya tujuan terapeutik.
4) Menerapkan perilaku profesional dalam mengatur hubungan terapeutik.
5) Menghindari hubungan sosial dengan klien.

6) Harus betul-betul menjaga kerahasiaan klien.
7) Mengimplementasikan intervensi berdasarkan teori.
8) Mengobservasi respons verbal klien melalui pernyataan klarifikasi dan hindari perubahan subjek atau topik jika perubahan isi topik bukan sesuatu yang sangat menarik bagi klien.
9) Memelihara hubungan atau interaksi yang tidak menilai, dan hindari membuat penilaian tentang tingkah laku dan memberi nasihat klien.
10) Berikan petunjuk klien untuk menginterpretasi kembali pengalamannya secara rasional.

**d. Tahap Komunikasi Terapeutik**

Untuk mencapai tujuan dan keberhasilan dari komunikasi terapeutik terhadap pasien, petugas medis maupun konselor perlu merencanakan tahapan dari pelaksanaan komunikasi terapeutik. Tahapan komunikasi terapeutik secara umum terjadi dalam berbagai dimensi sebagai berikut (Wahyuni dan Saam, 2013: 24):

1) Tahap Pra Interaksi

Tahap ini terjadi dimana konselor menggali terlebih dahulu kemampuan yang dimiliki sebelum berhadapan dengan klien. Ada dua unsur yang perlu diketahui dalam tahap pra interaksi, yaitu sebagai berikut:

Unsur yang perlu diketahui dalam diri konselor yakni:

a) Pengetahuan yang dimiliki terkait dengan masalah klien. Pengetahuan tersebut berguna sebagai bekal dalam berinteraksi.
b) Kecemasan dan kekalutan diri. Kecemasan yang timbul dari dalam diri akan mengakibatkan diri menjadi tidak tenang, konsentrasi pecah dan susah memahami keluhan dan hal apa yang diinginkan klien sehingga menghambat keberhasilan dalam berkomunikasi dengan klien.
c) Konselor harus menjunjung tinggi profesionalitas dalam bekerja.

Sedangkan unsur klien yang perlu diketahui yakni:

a) Perilaku klien dalam menghadapi penyakitnya dan/atau masalahnya. Apakah klien memiliki perilaku yang destruktif maupun defensif yang dapat menyulitkan konselor dalam berkomunikasi dengan klien.
b) Adat istiadat. Kebiasaan yang dibawa pasien akan berpengaruh pada komunikasinya. Kebiasaan tersebut hendaknya diakomodasi tanpa mengurangi prinsip-prinsip pelayanan perawatan.
c) Tingkat pengetahuan. Penguasaan terhadap penyakit atau masalah yang diderita akan membantu dalam penerimaan diri. Dengan adanya penerimaan diri, klien menjadi

kooperatif dan arsetif dan berperilaku yang konstruktif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Varcarolis (2005: 164) menjelaskan bahwa dalam tahapan ini mencakup seputar perencanaan untuk interaksi pertama dengan klien.

2) Tahap Perkenalan

Pada tahap ini konselor memperkenalkan diri sebagai pendamping kepada klien dan keluarga klien serta menjelaskan informasi mengenai diri konselor. Setyohadi dan Khusariyadi (2011: 39) menjelaskan bahwa pentingnya memperkenalkan diri adalah menghindari kecurigaan klien dan keluarga terhadap konselor, memecahan kebuntuan dalam hubungan komunikasi serta membangun hubungan saling percaya yang akan membantu terjalin dengan baiknya tujuan komunikasi. Tugas konselor pada tahap pertama adalah membina hubungan saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Penting mempertahankan hubungan saling percaya agar adanya saling keterbukaan antara klien dengan konselor.

3) Tahap Orientasi

Pada tahap orientasi konselor mulai melakukan pengumpulan data dan melakukan usaha penuh agar klien dan keluarga klien mau memberikan informasi terkait masalah

klien secara lengkap. Damaiyanti (2010: 23-25) menjelaskan bahwa fase orientasi dilaksanakan pada awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya. Tujuannya untuk memvalidasi kekurangan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini dan mengevaluasi hasil tindakan lalu.

Dalam tahapan orientasi membangun rasa kepercayaan klien kepada konselor sangatlah penting. Kepercayaan ini bisa dipelihara dengan menunjukkan keikhlasan dan empati, perkembangan positif, menunjukkan konsistensi, dan menawarkan bantuan dalam mengurangi rasa sakit emosional klien maupun bantuan dalam mengatasi masalah. Hal ini dapat membantu klien untuk merasa bebas mendiskusikan pengalaman pribadi yang menyakitkan (Varcarolis, 2005: 164).

4) Tahap Kerja

Moore dan Hartman (dalam Varcarolis, 2005: 165) mengidentifikasi tugas-tugas spesifik dalam tahap kerja yaitu sebagai berikut:

a) Menjaga hubungan
b) Menggali data lebih jauh
c) Mendorong klien untuk belajar memecahkan masalah, menaikkan harga diri, dan penggunaan bahasa
d) Memfasilitasi perubahan tingkah laku
e) Mengatasi perlawanan tingkah laku

f) Mengevaluasi masalah dan tujuan dan mengubahnya jika perlu

g) Melakukan praktek dan ekspresi sebagai alternatif beradaptasi

Varcaloris (2005: 165) menjelaskan lebih jauh bahwa selama tahap kerja, konselor dan klien bersama-sama mengidentifikasi dan menjelajahi daerah dalam kehidupan klien yang menyebabkan masalah. Seringkali, cara penanganan situasi klien saat ini berasal dari cara-cara penanggulangan sebelumnya yang dirancang untuk bertahan dalam lingkungan yang kacau. Perilaku disfungsional dan asumsi dasar klien tentang dunia seringkali bersifat defensif, dan klien biasanya tidak dapat mengubah perilaku disfungsional sesuka hati.

5) Tahap Terminasi

Tahap terminasi menjadi tahap akhir dari tahapan komunikasi terapeutik. Dalam tahapan ini kegiatan komunikasi terapeutik antara konselor dan klien akan berakhir. Beberapa hal yang dapat mengakhiri komunikasi terapeutik antara konselor dan klien yakni (Varcaloris, 2005: 167):

a) Gejala kelegaan

b) Peningkatan fungsi sosial

c) Rasa identitas yang lebih besar

d) Pengembangan perilaku yang lebih adaptif

e) Pencapaian tujuan klien

f) Kebuntuan dalam terapi karena konselor tidak mampu menyelesaikannya

Pada masa terminasi juga akan dilakukan proses evaluasi respons dari klien seputar hal-hal yang sudah didiskusikan selama tahap perkenalan hingga tahap kerja (Priyanto, 2009: 65).

**e. Teknik Komunikasi Terapeutik**

Pemilihan teknik komunikasi terapeutik sangat bergantung pada tujuan kolaborasi dan kemampuan pasien berkomunikasi secara verbal. Konselor perlu menguasai setiap teknik agar bisa memilih teknik yang tepat yang akan memudahkan interaksi dan memperkuat hubungan konselor-klien. Komunikasi terapeutik membantu pasien untuk percaya dan rileks, sementara komunikasi non-terapeutik dapat menyebabkan pasien merasa tidak nyaman dan tidak dapat percaya bahkan membangun batasan yang menghalangi komunikasi antara konselor dan pasien.

Berikut teknik komunikasi terapeutik yang perlu dikuasai konselor (Sherko, Sotiri, dan Lika, 2013: 463):

1) Menanyakan pertanyaan yang relevan. Tanyakan satu pertanyaan dalam satu waktu, untuk menggali topik secara mendalam sebelum melanjutkan ke topik selanjutnya.

2) Menyediakan informasi. Sediakan informasi yang perlu diketahui pasien.
3) Parafrase. Mengembalikan pesan pasien sehingga pasien tahu bahwa konselor sedang mendengarkan.
4) Fokus. Fokus pada isu-isu kunci dalam percakapan.
5) Meringkas. Membawa rasa kedekatan dalam percakapan.
6) Mengungkapkan diri. Ini adalah cara untuk menunjukkan pasien bahwa informasi tersebut dipahami dan menunjukkan rasa hormat terhadap pasien.
7) Membantu pasien menyadari ketidakkonsistenannya dalam perasaan, sikap, dan keyakinan.

Sedangkan komunikasi non-terapeutik yang perlu dihindari konselor adalah (Sherko, Sotiri, dan Lika, 2013: 463):

1) Menanyakan pertanyaan pribadi yang tidak berhubungan dengan masalah.
2) Memberikan pendapat pribadi.
3) Mengubah subjek cenderung dapat menghalangi komunikasi lebih lanjut.
4) Tanggapan otomatis menunjukkan bahwa konselor tidak menganggap serius situasi ini.
5) Kepastian palsu yang tidak didukung oleh fakta akan lebih memunculkan bahaya daripada kebaikan.

6) Simpati bersifat subjektif. Hal ini mencegah gambaran yang jelas tentang situasi pasien.
7) Meminta penjelasan. Pertanyaan ini bisa menimbulkan kemarahan.
8) Persetujuan atau ketidaksetujuan. Hal ini dapat memunculkan makna bahwa konselor memiliki hak dalam memberikan penilaian.
9) Tanggapan defensif. Pasien mungkin akan merasa tidak memiliki hak atas pendapatnya.
10) Respons pasif atau agresif. Respons pasif dapat menghindari isu dan respons agresif dapat memunculkan konfrontasi.
11) Berdebat. Ini dapat menyiratkan bahwa pasien bohong atau salah informasi.

Dalam proses komunikasi terapeutik terdapat proses tanya-jawab antara konselor dan pasien. Proses tanya-jawab tersebut dibagi menjadi beberapa tipe pertanyaan yaitu sebagai berikut (Shorke, Sotiri, dan Lika, 2013: 464):

1) Pertanyaan terbuka, membuat pasien menceritakan keseluruhan cerita tentang masalahnya. Konselor akan memberikan perhatian kepada pasien dan mendorong pasien untuk memberikan informasi yang lebih dalam dengan berkata: "apakah ada yang lain?"

2) Pertanyaan akhiran tertutup, terbatas pada satu atau dua jawaban kata seperti “ya atau tidak”. Namun ini digunakan saat konselor ingin tahu jawaban spesifik dari sebuah pertanyaan.
3) Pernyataan terfokus, mulai digunakan bila ada hubungan yang mapan dan kuat. Pertanyaan-pertanyaan ini bisa menghasilkan respons yang panjang, namun hanya digunakan dengan pasien yang resisten.

**f. Bimbingan dan Konseling Terapeutik**

Komunikasi terapeutik dapat dilakukan melalui cara pendampingan dan bimbingan kepada klien. Dalam upaya mempercepat kesembuhan atau mengatasi masalah yang terjadi dengan klien, maka perlu menggunakan cara konseling. Natawijaya (dalam Sukardi, 2000: 19) menjelaskan bahwa bimbingan dapat membantu individu mencapai perkembangan diri secara optimal sebagai makhluk sosial. Kemudian Hibama (2003: 13) menjelaskan bahwa bimbingan adalah proses bantuan yang diberikan kepada seseorang agar ia mampu memahami diri, menyesuaikan diri, dan mengembangkan diri sehingga mencapai kehidupan yang sukses dan bahagia.

Priyanto (2009:80) menyimpulkan bahwa bimbingan merupakan proses bantuan yang diberikan oleh seorang konselor kepada klien baik secara individu ataupun kelompok sesuai dengan kebutuhan pasien. Bantuan ini dimaksudkan agar klien tersebut memperoleh informasi, pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan-keterampilan dalam

melaksanakan kegiatannya serta mengembangkan pandangan hidupnya sendiri sekaligus dapat menyelesaikan masalahnya sendiri dalam mencapai kehidupan yang mandiri.

Dalam proses bimbingan terdapat konseling sebagai inti kegiatan paling penting dalam bimbingan. Oleh karena itu konseling sangat memberi arti pada bimbingan, dimana konseling ini merupakan suatu proses kegiatan yang di dalamnya terdapat seorang konselor atau konseli (Priyanto, 2009: 80). Konseling merupakan suatu proses bantuan pemecahan masalah proses bantuan pemecahan masalah klien agar dapat menyesuaikan dirinya secara efektif dengan dirinya sendiri dan dengan lingkungannya, yang dilakukan oleh seorang konselor kepada klien secara bersama-sama, dimana klien mengambil keputusan atas masalahnya sendiri baik kehidupan di masa sekarang maupun yang akan datang (Priyanto, 2009: 81).

Bimbingan dan konseling merupakan salah satu cara yang digunakan untuk mengatasi permasalahan dalam kehidupan klien. Melalui konseling maka seseorang akan bisa mengetahui keluhan atau apa yang dirasakan oleh orang lain. Bimbingan dan konseling juga berguna dalam perubahan perilaku, pemecahan masalah, membangun mental yang positif dan pengambilan keputusan yang bijak dalam setiap permasalahan (Kozier dkk, 2000: 112-114).

**g. Hubungan Terapeutik Antara Konselor dan Klien**

Komunikasi terapeutik melibatkan komunikasi interpersonal antara pasien dan perawat yang dimaksudkan untuk membantu pasien. Namun tujuan utama komunikasi terapeutik adalah untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan konselor terhadap pasien sehingga untuk mencapai komunikasi terapeutik yang efisien harus mengikuti aturan privasi demi melindungi hak-hak pasien akan privasi, memberikan kebebasan pasien untuk berekspresi, dan memperhatikan latar belakang pasien serta menghormati ruang pribadi pasien (Sherko, Sotiri, dan Lika, 2013: 461).

Sherko, Sotiri, dan Lika, (2013: 462) menjelaskan lebih lanjut level komunikasi terapeutik yang terbentuk yakni:

1) Komunikasi interpersonal, interaksi tatap muka antara konselor dengan orang lain.
2) Komunikasi transpersonal, interaksi yang terjadi dalam wilayah spiritual seseorang.
3) Komunikasi kelompok kecil, interaksi yang terjadi ketika sekelompok kecil orang bertemu dan berbagi tujuan bersama.
4) Komunikasi intrapersonal, bentuk komunikasi yang kuat yang terjadi dalam diri individu.
5) Komunikasi publik, interaksi dengan audiens (konselor diharuskan menggunakan kontak mata, isyarat, dan sebagainya).

## 2. Teori Penyusunan Tindakan

Ketika para akademisi menguji sesuatu yang ada di dunia, mereka membuat pilihan mengenai bagaimana mengelompokkan apa yang mereka amati, bagaimana menyebut konsep yang mereka fokuskan, seberapa luas atau sempitnya fokus mereka, dan sebagainya. Abraham Kaplan menulis "Bentuk sebuah teori bukan hanya penemuan sebuah fakta tersembunyi; teori adalah sebuah cara untuk melihat fakta, menyusun, dan menunjukkannya." (Littlejohn dan Foss, 2014:22). Setiap bentuk penelitian tentu membutuhkan teori-teori yang mendukung dan relevan sebagai dasar cara peneliti melihat dan memahami obyek penelitian mereka.

Teori yang mendukung penelitian ini adalah Teori Penyusunan Tindakan (*Action Assembly Theory*) yang dikembangkan oleh John Greene. Littlejohn dan Foss (2014:174) menjelaskan bahwa teori penyusunan tindakan menguji cara kita mengatur pengetahuan dalam pikiran dan menggunakannya untuk membentuk pesan. Menurut teori ini, manusia membentuk pesan dengan menggunakan kandungan pengetahuan dan pengetahuan prosedural. Kita tahu tentang hal-hal dan kita tahu bagaimana melakukan hal tersebut. Dalam teori penyusunan tindakan pengetahuan prosedural menjadi intinya.

> *"Produksi perilaku melibatkan dua proses penting: (1) pengambilan elemen prosedural yang sesuai dari momen jangka panjang, dan (2) pengorganisasian elemen-elemen ini untuk membentuk representasi keluaran tindakan yang akan diambil" (Green dkk dalam Griffin, 1996: 115).*

Menurut teori penyusunan tindakan, ingatan seseorang terdiri dari banyak catatan prosedural independen, yang masing-masing menyimpan hubungan antara tindakan tertentu, hasil selanjutnya, dan konteks di mana tindakan tersebut terjadi (Green dalam Bylund, Peterson, dan Cameron, 2012: 263). Hal ini tersimpan dalam modul yang disebut Greene dengan rekam prosedural (*procedural records*). Rekam prosedural adalah sekumpulan hubungan di antara syaraf dalam sebuah jaringan tindakan yang sebagiannya adalah hubungan otomatis. Oleh karena seseorang telah terus-menerus melakukan sesuatu secara bersamaan, mereka menjadi terhubung. Namun, kapan pun seseorang bertindak, ia harus "menyusun" prosedur yang tepat. Di luar dari segala tindakan dalam prosedur memori seseorang, ia harus memilih yang paling tepat terhadap keadaan dalam rangka menyelesaikan tanggung jawabnya.

Situasi ini menuntut seseorang untuk bekerja secara sadar. Mungkin menginginkan sejumlah hasil, termasuk pencapaian objektif dari seseorang, menunjukkan informasi, mengatur percakapan, menghasilkan perkataan yang pintar, dan hasil-hasil lainnya. Prosedur ini menghasilkan representasi mental, yaitu representasi keluaran dari rencana pikiran seseorang yang menyimpan apa yang akan seseorang lakukan terhadap situasi yang dihadapi. Penyusunan tindakan memakan waktu dan usaha. Semakin kompleks penyusunan tugas, maka waktu dan usaha makin banyak waktu terpakai.

Representasi keluaran merupakan segala hal yang perlu diingat dalam rangka untuk bertindak dengan cara yang tepat dan terkoordinasi. Semua tindakan-dari yang mengingatkan bagaimana seseorang menyebutkan kata tertentu sampai bagaimana menunjukkan rasa simpati-sangat terhubung. Hubungan lain yang tidak relevan dengan prosedur pencatatan akan menghilang dengan sendirinya dan meninggalkan sebuah representasi hasil berupa tindakan-tindakan yang masuk akal untuk situasi khusus tersebut (Littlejohn dan Foss, 2014: 175-176).

Teori penyusunan tindakan memiliki relevansi dengan penelitian ini dimana ketika seorang pendamping berkomunikasi secara terapeutik dengan perempuan korban perkosaan, pendamping tentu harus memiliki pengetahuan-pengetahuan mengenai bagaimana berkomunikasi dengan baik. Hal ini diperlukan untuk mendapatkan informasi maupun respon yang diinginkan pendamping terhadap korban. Selain itu pendamping menyimpan pengetahuan prosedural berupa pengalaman-pengalaman pendamping ketika mendampingi korban.

Pengetahuan-pengetahuan ini tersimpan dalam rekam prosedural yang telah pendamping dapatkan entah melalui pelatihan, buku, maupun proses interaksi pendamping ketika menangani kasus-kasus sebelumnya yang berkaitan dengan kasus yang sedang ia tangani. Ketika menangani kasus dan berhadapan dengan korban, pendamping akan menggunakan rekam prosedural yang ia ketahui sebelumnya namun tetap secara sadar menyusun prosedur yang tepat disesuaikan dengan proses komunikasi yang sedang

terjadi. Hal inilah yang akhirnya muncul dalam representasi keluaran berupa tindakan-tindakan yang dilakukan pendamping ketika berhadapan dengan korban.

## C. Hasil Penelitian yang Relevan

Terdapat beberapa penelitian terdahulu yang memiliki relevansi dengan penelitian saat ini karena berhubungan dengan beberapa tema dan masalah yang penulis angkat dalam penelitian ini. Penelitian ini nantinya akan menjadi pelengkap dari tulisan-tulisan sebelumnya. Penelitian-penelitian tersebut diantaranya sebagai berikut:

1) Penelitian skripsi oleh Christy Ruth Titiari Nainggolan (2011) mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara (USU) yang berjudul **"*Psychological Well-Being* Korban Perkosaan Yang Membesarkan Anak Hasil Perkosaan"**.

   Hasil penelitian kualitatif ini menunjukkan bahwa responden memiliki *psychological well-being* yang tinggi. Responden mampu menerima status diri sebagai korban perkosaan dan ibu dari anak hasil perkosaan tersebut. Responden juga sudah mampu untuk menentukan nasibnya sendiri serta memiliki tujuan hidup dan langkah-langkah untuk mencapai tujuan hidup tersebut.

   Dalam skripsi ini terdapat keterkaitan penelitian yang penulis teliti, yaitu dimana skripsi ini melakukan penelitian

kualitatif untuk menggambarkan *psychological well-being* korban perkosaan yang membesarkan anak hasil perkosaan tersebut. Persamaan dari skripsi ini dengan penelitian yang penulis lakukan adalah peneliti sama-sama memiliki fokus penelitian yang sama yaitu korban perkosaan yang membesarkan anak hasil perkosaan.

Sedangkan yang membedakan adalah peneliti dalam skripsi ini menggunakan dan fokus terhadap teori *psychological well-being* dari korban tersebut sementara penulis menggunakan teori fenomenologi untuk meneliti komunikasi terapeutik yang dibangun dari konselor/pendamping dengan korban perkosaan yang membesarkan anak hasil perkosaan.

2) Penelitian skripsi oleh Nur Aini (2017) mahasiswa Fakultas Dakwah dan Komunikasi Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya (UIN Sunan Ampel Surabaya) yang berjudul **"Konselor dalam Tinjauan *Public Relations* (Studi Komunikasi Terapeutik Konselor dan Korban Kasus Pelecehan Seksual Anak di Lembaga Perlindungan Anak Jatim)"**.

Hasil dari penelitian ini ditemukan komunikasi terapeutik LPA dalam menangani kasus peecehan seksual anak terjadi dalam bentuk: (1) memahami secara pasti kronologis pemasalahan, (2) penguatan melalui motivasi, (3) menunjukkan empati pada tiap komunikasi, (4) mengutamakan diskusi, serta (4) bimbingan

konseling dengan menerapkan aplikasi-aplikasi terapi dalam dunia psikologi.

Persamaan skripsi tersebut dengan penelitian yang penulis lakukan adalah peneliti sama-sama menggunakan media komunikasi terapeutik yang dilakukan konselor dalam upaya terapi korban. Sedangkan yang membedakannya adalah penelitian terdahulu ini melakukan peninjauan dari segi *public relations* sedangkan penulis melakukan peninjauan komunikasi terapeutik dari studi fenomenologi. Selain itu fokus dari penelitian juga berbeda, dimana peneliti dalam skripsi ini fokus kepada korban kasus pelecehan seksual anak di LPA Jatim, sedangkan peneliti melakukan fokus terhadap perempuan korban perkosaan yang membesarkan anak hasil perkosaan di LRC-KJHAM Semarang.

3) Penelitian skripsi oleh Sukoco (2005) mahasiswa Fakultas Syari'ah Institusi Agama Islam Negeri Walisongo Semarang (IAIN Walisongo Semarang) yang berjudul **"Upaya Pendampingan Hukum Terhadap Korban Tindak Pidana Kekerasan Seksual (Studi Kasus di LRC-KJHAM Semarang Periode Nopember 2003-Juni 2004)"**.

Hasil penelitian adalah umumnya korban mengalami kegelisahan yang berlebihan, ketakutan mental, perilaku sosial dan seksual yang menyimpang. Kondisi demikian menuntut semua aparatur pemerintah untuk segera memberikan dukungan

dan pendampingan terhadap korban. Persamaan dari penelitian ini adalah tempat peneliti melakukan penelitian adalah di LRC-KJHAM Semarang. Namun yang membedakan penelitian skripsi ini lebih memfokuskan kepada upaya pendampingan hukum terhadap korban tindak pidana kekerasan seksual, sementara penulis lebih memfokuskan kepada komunikasi terapeutik dari perempuan korban perkosaan yang melahirkan anak hasil perkosaan.

4) Penelitian skripsi oleh Siti Umi Nafisah (2015) mahasiswa Fakultas Dakwah dan Komunikasi Universitas Islam Negeri Walisongo Semarang (UIN Walisongo Semarang) yang berjudul **"Penanganan Perempuan Korban Kekerasan Seksual di Pusat Pelayanan Terpadu Seruni Kota Semarang (Perspektif Bimbingan Konseling Islam)"**.

   Temuan dari penelitian ini adalah pertama, PPT Seruni dalam menangani perempuan korban kekerasan seksual berbasis jender menggunakan beberapa tahapan, meliputi: konseling, pendampingan hukum, pendampingan medis, pendampingan psikologis, menyediakan rumah aman (*shelter*), melakukan penguatan ekonomi, dan mensosialisasikan hak-hak perempuan. Kedua, penanganan yang diberikan PPT Seruni relevan jika ditinjau dari fungsi Bimbingan Konseling Islam.

Persamaan dari penelitian ini adalah fokus bimbingan konseling terhadap penanganan perempuan kasus korban kekerasan seksual meskipun dalam penelitian yang penulis lakukan lebih spesifik kepada korban perempuan yang menghasilkan anak hasil perkosaan. Sedangkan perbedaannya adalah peneliti dalam skripsi ini menggunakan perspektif Bimbingan Konseling Islam dalam melakukan penelitian, sementara penulis mengambil studi fenomenologi dari komunikasi terapeutik yang terbangun antara konselor/pendamping dengan korban.

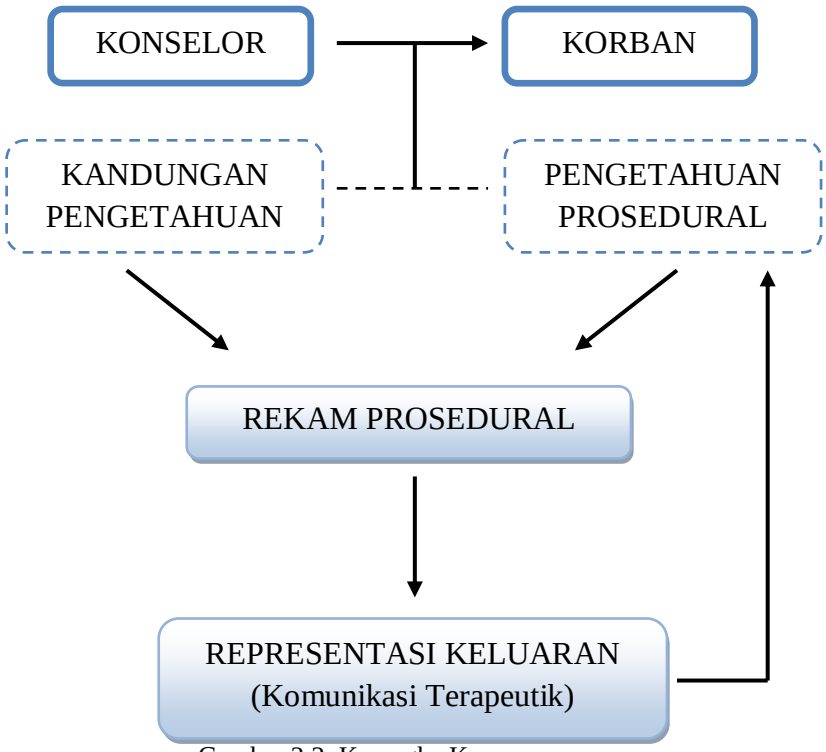
5) Jurnal Psikologi Islam oleh M. Anwar Faudi (2011) dosen Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang (UIN Maulana Malik Ibrahim Malang) yang berjudul **"Dinamika Psikologis Kekerasan Seksual: Sebuah Studi Fenomenologi".**

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa dinamikasi psikologis subyek sebelum mendapatkan dukungan sosial, subyek memiliki berbagai pandangan negative terhadap dirinya. Untuk meminimalisir tekanan-tekanan psikologis yang menimpanya subyek membutuhkan beberapa strategi *coping*.

Persamaan dari penelitian ini adalah peneliti menggunakan studi fenomenologi untuk meneliti subyek dan masalah penelitian. Sedangkan perbedaannya adalah jurnal ini lebih mendalami

dinamika psikologis dari korban kekerasan seksual sedangkan penulis mendalami komunikasi terapeutik yang dibangun dari proses pendampingan/konseling.

## D. Kerangka Konsep




Gambar 2.2: Kerangka Konsep