

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tatanan kehidupan sosial pada beberapa situasi menempatkan posisi laki-laki selalu mendominasi atas perempuan dimana perempuan terbiasa ditempatkan sebagai *the second human being* (manusia kelas dua), sebagian besar masyarakat beranggapan persepsi tersebut benar sehingga kaum perempuan sering menjadi korban ketidakadilan, kekerasan, penindasan, dan pelecehan (Sari & Purwanti, 2018). Perempuan juga sering menjadi korban ketidakadilan terutama dengan posisi sebagai istri dalam lingkungan domestik (keluarga) yang sudah menjadi gejala fenomenologis baik di dunia maupun di Indonesia (Panjaitan, 2018). *Domestic violence* atau kekerasan dalam rumah tangga (selanjutnya di dalam penelitian ini disingkat menjadi KDRT) adalah bentuk dari fenomena kekerasan yang sering dialami oleh perempuan sebagai bentuk diskriminasi (Harkrisnowo, 2004).

KDRT di Indonesia adalah hal yang sangat disayangkan dan masih tetap terjadi sampai saat ini, menurut Catatan Akhir Tahun Komnas Perempuan (Komnas Perempuan, 2017) menunjukkan bahwa kasus kekerasan terhadap perempuan meningkat hampir di seluruh provinsi di Indonesia, pada tahun 2016 terdapat 259.150 kasus kekerasan terhadap perempuan menjadi 348.446 kasus di tahun 2017 yang menunjukkan jenis kekerasan KDRT/RP (ranah personal) sebanyak 9.609 kasus sebagai kasus yang paling menonjol, 5.167 diantaranya adalah kasus kekerasan terhadap istri dengan bentuk kekerasan fisik sebanyak 41%, diikuti kekerasan seksual 31%, kekerasan psikis 15%, dan kekerasan ekonomi 13%. Di

provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, menurut Data Gender dan Anak menunjukkan bahwa terdapat 744 perempuan korban kasus kekerasan sepanjang tahun 2015-2016 dari total 1.280 kasus, daerah kota Yogyakarta menjadi daerah dengan jumlah korban tertinggi yaitu sebesar 361 orang (BPPM-DIY, 2017).

KDRT bukan hanya sebatas kekerasan fisik, *National Domestic Violence Hotline* (dalam Davis, 2010) mendefinisikan sebagai pola perilaku dalam hubungan (*relationship*) yang terbiasa menunjukkan kekuatan dan kontrol terhadap pasangan/istri, disakiti baik secara fisik, seksual, emosi, ekonomi atau tindakan mempengaruhi pasangan/istri secara psikologis dengan ancaman, intimidasi, teror, manipulasi, memperlakukan, atau menciderai pasangan. Pada undang-undang Republik Indonesia, UU No.23 tahun 2004, pasal 1, kekerasan dalam rumah tangga didefinisikan sebagai perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya penderitaan fisik, seksual, psikologis, penelantaran, ancaman, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam rumah tangga (Harkrisnowo, 2004).

Penggunaan istilah penyintas dianggap lebih tepat bagi individu yang mengalami KDRT, hal ini disebabkan karena individu yang mengalami kasus KDRT telah secara aktif melakukan berbagai macam *coping* dan strategi untuk bertahan melindungi diri walaupun mereka masih mengalami kekerasan (Fernandez dalam Walker, 2009). Pengalaman traumatis seperti kekerasan melumpuhkan mekanisme yang wajar bagi seseorang pada umumnya untuk mengatasi dan melindungi diri; oleh karena itu, orang sering dengan pengalaman kekerasan sering

mengambil langkah-langkah luar biasa untuk bertahan hidup secara fisik dan psikologis (Bussey & Wise, 2007).

KDRT memiliki dampak psikologis berupa kehilangan *self-respect* dan kepercayaan diri (Hayati, 2013). Perempuan dengan pengalaman kekerasan juga dapat memiliki pola *self esteem* dan *body image* yang rendah. Hal ini menyebabkan munculnya dampak psikopatologis yang memunculkan depresi, kecemasan, PTSD, dan seterusnya dapat memunculkan dampak patologis fisik pada sistem saraf (Walker, 2009). Campbell (dalam Beeble, Bybee, & Sullivan, 2010) mengatakan bahwa selain menyebabkan dampak fisik juga dapat memberikan dampak pada kesejahteraan psikologis korban. Pendapat yang sama dari Lawson (2003) yang mengatakan kekerasan yang dialami oleh perempuan dari pasangannya dapat menimbulkan masalah kesehatan, kesehatan mental seperti stres, sistem psikosomatik dan depresi.

Walker (2009) menjelaskan bagaimana proses terbentuknya KDRT dengan pola interaksi pasangan yang menggambarkan bagaimana seorang penyintas bisa terjebak dan mengalami kekerasan dalam jangka waktu yang lama. Pola interaksi ini membentuk suatu siklus dengan tiga fase berulang yang dinamakan dengan 'siklus kekerasan/*cycle of violence*'. Fase pertama dinamakan 'Tahap Membangun Ketegangan' (*Tension Building Phase*) dimana pasangan mulai memiliki pertengkaran namun dapat di akhiri. Fase kedua dinamakan fase 'Insiden Penyiksaan Akut' (*Accute battering Phase*) dimana pasangan atau pelaku mulai mengikutsertakan kekerasan dalam sebuah pertengkaran. Fase ketiga merupakan 'Tahap Tenang' (*Contrition/Honeymoon*). Fase ini menggambarkan proses dimana

pada masa awal hubungan yang dimulai dengan insiden-insiden kecil yang mengakumulasi tegangan emosional (*Tension Building Phase*) dilanjutkan dengan fase terjadinya kekerasan/penyiksaan (*Accute battering*), beberapa pelaku akan menunjukkan penyesalan, memperlakukan korban sebaik mungkin dan berjanji tidak akan mengulangi sehingga kondisi kembali tenang dan korban berusaha menerima dan mengharapkan perubahan terhadap perilaku pasangannya yang disebut dengan *Contrition/Honeymoon Phase* (Walker, 2009).

Costanzo dan Krauss (2012) menyatakan bahwa istri yang mengalami kekerasan cenderung merasa akan dapat merubah perilaku suami. Namun, dengan bertambah lamanya umur hubungan dan frekuensi kekerasan yang semakin meningkat dan semakin parah, istri hanya berharap pasangannya dapat berubah. Selain itu menurut Walker (2009), istri yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga dalam waktu yang lama cenderung mengalami pengalaman kegagalan dalam usaha mengendalikan kekerasan yang dihadapi, menghindari atau melarikan diri dari situasi kekerasan yang dialami, sehingga mengembangkan perilaku tidak berdaya yang disebut dengan *learned helplessness* dan menumbuhkan keyakinan bahwa ia tidak dapat berbuat sesuatu untuk mengubah keadaannya saat ini.

Walker (2009), menyatakan bahwa perpisahan atau perceraian justru merupakan titik krusial dan paling berbahaya bagi penyintas, hal ini disebabkan karena para penyintas kekerasan sebelumnya selalu di bawah pengaruh dan dominasi pasangan sehingga kurangnya kemampuan dalam situasi pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari pasca perpisahan dan perceraian. Menurut Anderson (2010) perempuan penyintas kekerasan secara mental dan perilaku telah kehabisan

tenaga untuk berusaha untuk mencegah, bertahan, menghentikan, atau melawan penindasan dan segala konsekuensinya, namun belum memiliki kesiapan untuk beradaptasi pada kondisi setelah itu.

Pada kasus KDRT kemampuan penyintas menyikapi dan mengambil keputusan sangat diperlukan untuk keluar dari kekerasan dengan bereaksi secara positif terhadap penderitaan atau trauma agar dapat mengendalikan tekanan hidup sehari-hari setelah melewati peristiwa kekerasan (Nasution, 2011). Menurut De Guzman (1999), resiliensi bisa menjadi solusi untuk permasalahan kekerasan rumah tangga yang bersumber dari kontrol patriarkal, dimana para penyintas akan menyadari bahwa mereka memiliki kekuasaan yang setara dengan pasangan mereka, berbeda dengan apa yang dipesankan oleh teman-teman, keluarga dan masyarakat pada umumnya.

Rutter (dalam Kalil 2003) menyatakan bahwa resiliensi lebih merupakan hasil dari upaya mengelola berbagai macam risiko atau hal yang berpotensi memunculkan krisis dengan cara-cara positif. Menurut Connor dan Davidson (2003) resiliensi merupakan kemampuan individu yang memungkinkan individu tersebut berkembang dalam kesulitan. Menurut Everal, Altrow, dan Paulson (2006) resiliensi merupakan kemampuan individu dalam memecahkan masalah dalam menghadapi *adversity* (penderitaan) dengan baik dan memiliki strategi koping yang efektif dan produktif.

Resiliensi diartikan sebagai koping efektif dan adaptasi positif terhadap kesulitan dan tekanan (Lazarus dalam Tugade & Fredicson, 2004). Secara umum resiliensi ditandai dengan adanya kemampuan dalam menghadapi kesulitan,

ketangguhan dalam menghadapi stres ataupun bangkit dari trauma yang dialami (Masten & Coastworth dalam Kalil 2003). Menurut Reivich dan Shatte (dalam Hendriani, 2018) resiliensi menggambarkan kemampuan individu untuk merespon penderitaan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari dengan cara sehat dan produktif.

Everall, Altrows dan Paulson (2006), mendefinisikan resiliensi adalah perilaku konstruktif dan kemampuan dalam berfungsi secara kompeten ketika menghadapi penderitaan dalam kehidupannya. *The American Psychological Association* (dalam Southwick, 2014) mendefinisikan resiliensi sebagai proses adaptasi yang baik terhadap penderitaan, trauma, tragedi, ancaman atau stress yang signifikan. Resiliensi menawarkan dua prasyarat utama yaitu: (1) Ada tidaknya stresor atau penderitaan signifikan yang mendatangkan tekanan psikologis cukup berat bagi individu; (2) ada tidaknya adaptasi positif yang berhasil dimunculkan oleh individu terhadap stresor atau penderitaan yang dialami.

Connor dan Davidson (2003), merumuskan komponen resiliensi yang terdapat pada individu yang terdiri dari kompetensi pribadi (kegigihan dalam mencapai tujuan dengan optimis dan konsisten), kemampuan individu dalam mengantisipasi tekanan, perilaku yang terhindar dari afek negatif dan maladaptif, memiliki kontrol penuh atas kehidupan, dan memiliki keyakinan serta makna positif terhadap masa depan.

Peneliti melakukan wawancara terhadap Y salah satu penyintas KDRT pada tanggal 22 Februari 2020. Y selama ini mengabaikan, berusaha mengalah dan memahami kemarahan dan pemukulan yang suami lakukan. Y menutup diri dan

memilih tidak bercerita kepada orang lain terutama keluarga besar. Ketika dirinya sudah sangat tertekan dengan pertengkaran yang terjadi, secara tidak disadari Y terkadang melampiaskan tekanan tersebut terhadap anak-anak dalam bentuk memarahi anak-anak karena hal sepele atau menghukum anak dengan memukul bagian tubuh mereka. Semenjak berpisah dengan suami Y bergantung terhadap belas kasihan anggota keluarga atau bantuan dari lembaga sosial perlindungan wanita dan anak. Y merasa pesimis bisa mandiri karena tidak memiliki kemampuan dalam bekerja dan selama ini penghasilan yang dirinya dapat selalu dan hanya dari suami. Saat ini Y masih belum bisa menghilangkan perasaan takut dan masih merasa terancam akan kehadiran suami sehingga dirinya berusaha bersembunyi dari mantan suaminya.

Berdasarkan hasil wawancara awal di atas, maka dapat diketahui bahwa Y yang mengalami adanya indikasi terhadap resiliensi yang rendah. Hal tersebut terlihat dari rendahnya komponen resiliensi yaitu kompetensi pribadi berupa ketidakmampuan Y menoleransi tekanan dari pengalaman kekerasan yang dialami, sehingga secara tidak sadar melampiaskan kemarahan dan perilaku agresif kepada anak. Y juga memperlihatkan rendahnya resiliensi pada komponen penerimaan diri yang positif, komponen rasa aman dalam interaksi dengan orang lain, serta komponen kontrol diri. Bentuk perilaku yang terlihat berupa perilaku menutup diri dan interaksi dengan orang sekitar dengan menghindar dan tidak berusaha meminta bantuan ataupun bercerita terkait kekerasan yang dialami, merasa pesimis dengan kemampuan untuk dapat bertahan hidup, dan merasa tidak berdaya serta bergantung pada bantuan orang lain.

Tsirigotis dan Luczak (2018) melakukan penelitian terhadap wanita yang pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga, hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa resiliensi wanita yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga lebih rendah dari pada wanita yang tidak mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Individu dengan tingkat resiliensi yang rendah cenderung bertindak kaku, tidak teratur, bahkan mungkin maladaptif ketika dihadapkan dengan situasi yang menekan (Block & Kremen, 1996).

Resiliensi pada penyintas KDRT dilihat dari kemampuan dalam menjalani pengalaman kekerasan, kemampuan untuk memutuskan bangkit, menghadapi, mampu memperkuat diri dan berusaha melakukan perubahan, walaupun masih merasakan kemarahan, kesedihan, dan penyesalan (dalam Ayu, Pradnya, Wedaningtyas, & Herdiyanto, 2017). Resiliensi bukan sebagai kemampuan yang membuat individu kebal atau terbebas dari stress atau penderitaan sama sekali, individu yang resilien justru tetap merasakan berbagai emosi yang dialami, hanya saja individu resilien memiliki cara untuk segera memulihkan kondisi psikologisnya lalu bergerak bangkit dari keterpurukan (Hendriani, 2018).

Dillon (dalam Dias dan Cadime, 2017) menjabarkan terdapat sejumlah faktor personal yang berkorelasi kuat dengan resiliensi, faktor-faktor ini mencakup kemampuan individu: (1) menjalankan sebuah skema untuk menyadari, menafsirkan, dan memprediksikan munculnya situasi berbahaya yang terjadi dalam konteks sosial; (2) mengembangkan seperangkat tujuan dan mengatur tingkah lakunya untuk mengejar tujuan ini dari waktu ke waktu dan dalam konteks yang berbeda-beda; (3) memperkuat keyakinan positif tentang kapasitas pengaturan

dirinya sendiri, agar dapat menerapkan keputusannya dengan cara mrnggunakan keterampilan yang memadai serta menyelesaikan masalah fungsional.

Beberapa penelitian menunjukkan teknik dalam membentuk dan mempertahankan resiliensi diantaranya Padesky dan Mooney (2012), yang menunjukkan bahwa CBT dapat digunakan untuk membangun dan memperkuat resiliensi, langkah yang digunakan dengan mencari struktur kekuatan tersembunyi individu, dan menghadirkan kekuatan tersembunyi ke dalam kesadaran diri yang ditunjukkan melalui percakapan antara terapis dan klien. Intervensi lainnya seperti pelatihan regulasi emosi yang digunakan dalam penelitian Diana (2017) untuk meningkatkan resiliensi *caregiver*-keluarga pasien Skizofrenia. Gross (2013) menemukan bahwa cara regulasi ekspresi emosi yang positif dapat menurunkan pengaruh dari emosi negatif, setidaknya untuk kurun waktu tertentu yang singkat.

Menurut Hendriani (2018), resiliensi yang mengulas tentang perkembangan positif dalam diri individu yang terdapat dalam prinsip utama psikologi positif. Salah satu teknik terapeutik psikologi positif adalah psikoterapi positif (yang selanjutnya akan disingkat dengan PPT) yang berfokus kepada kualitas hidup dan sumber daya sosial untuk mengelola situasi yang penuh tekanan dengan cara mengidentifikasi dan menggunakan kekuatan diri, menikmati serta mensyukuri hal-hal sederhana (Lee, Steen, & Seligman, 2005).

PPT merupakan metode psikoterapi untuk meminimalisir terjadinya gangguan psikopatologi dengan membangun emosi positif, kekuatan, kebermaknaan hidup pada individu sebagai upaya mencapai kebahagiaan melalui optimisme, harapan, humor, dan ketahanan (Guney, 2011). Psikoterapi positif mengintegrasikan simtom

dengan kekuatan, risiko dengan sumber daya, kelemahan dengan kebermaknaan, dan penyesalan dengan harapan (Rashid, 2015).

Rashid dan Seligman (2014), aspek-aspek dalam psikoterapi positif terdiri dari: (1) Kehidupan yang menyenangkan, individu dapat mengalami dan merasakan emosi positif terhadap kehidupannya saat ini, masa lalu dan masa mendatang; (2) Kehidupan yang saling terlibat, individu dapat terlibat secara aktif dan mendalam dengan orang lain maupun kegiatan yang dilakukannya dalam berbagai aspek kehidupan; (3) Kehidupan yang memiliki arti, individu menggunakan kekuatan yang dimilikinya untuk mencapai tujuan yang lebih bermakna.

Beberapa penelitian telah membuktikan keefektifan PPT, Ayuningtyas (2012) ; Hidayah, Priharti, dan Karyani (2014) membuktikan keefektifan PPT dalam meningkatkan kesejahteraan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Wibowo (2016) menggunakan PPT untuk meningkatkan kesejahteraan terhadap mahasiswa, sementara Wardiyah (2013) menggunakan PPT untuk meningkatkan kesejahteraan pada remaja. Yunanto (2016) menggunakan PPT untuk meningkatkan resiliensi pada lelaki homoseksual penyandang HIV/AIDS.

Penggunaan psikoterapi positif diberikan berupa latihan-latihan yang dijelaskan dalam Seligman, Rashid, dan Parks (2006) yaitu; 1) menggunakan kekuatan terbaik dalam diri; 2) tiga hal terbaik/berkah di dalam hidup; 3) membuat kisah hidup terbaik untuk dikenang; 4) mengungkapkan rasa terima kasih; 5) merespon orang lain secara aktif dan konstruktif; dan 6) menikmati sesuatu dengan menyenangkan.

Seligman (2002) meyakini bahwa setiap individu memiliki kekuatan yang khas (*signature strength*), dengan mengoptimalkan kekuatan khas, individu lebih mampu menghadapi penderitaan dan mencegah munculnya gangguan psikologis serta sekaligus menjadi kunci untuk membangun resiliensi. Selain itu, pengoptimalan kekuatan yang khas membuat individu fokus terhadap kekuatan yang dimiliki, realistis, meningkatkan kepercayaan diri dan mempersiapkan individu untuk menangani masalah dengan lebih efektif (Slade, Brownell, Rashid, & Schrank, 2017).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengalaman kekerasan pada penyintas KDRT adalah peristiwa yang menekan dan memiliki risiko tinggi yang dapat mempengaruhi fisiologis dan fungsi psikologis penyintas. Resiliensi pada penyintas kekerasan dalam rumah tangga dibutuhkan untuk dapat melewati tekanan, pengalaman, trauma dan proses penyembuhan agar mampu bersikap dan melakukan adaptasi yang positif setelah mengalami peristiwa kekerasan yang dialami sehingga resiko gangguan mental, perilaku yang merugikan diri sendiri, mampu mandiri, dan produktif secara berkelanjutan. Resiliensi dapat ditingkatkan melalui intervensi psikoterapi positif yang secara empiris terbukti memperkuat sumber daya positif dan resiliensi melalui emosi positif, kekuatan diri dari pemaknaan, dan interaksi positif dengan lingkungan. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Pengaruh Psikoterapi Positif Untuk Meningkatkan Resiliensi Pada Istri Penyintas Kekerasan Dalam Rumah Tangga”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut, maka dapat disampaikan bahwa rumusan permasalahan dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh psikoterapi positif terhadap peningkatan resiliensi pada istri penyintas kekerasan dalam rumah tangga.

C. Tujuan dan Manfaat

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh psikoterapi positif terhadap meningkatkan resiliensi pada istri penyintas kekerasan dalam rumah tangga. Adapun manfaat dari penelitian sebagai berikut.

1. Maanfaat Teoritis

- a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pengetahuan dan referensi tambahan dalam bidang psikologis klinis tentang penerapan psikoterapi positif melalui latihan-latihan dalam: 1) menggunakan kekuatan terbaik dalam diri; 2) tiga hal terbaik/berkah di dalam hidup; 3) membuat kisah hidup terbaik untuk dikenang; 4) mengungkapkan rasa terima kasih; 5) merespon orang lain secara aktif dan konstruktif; dan 6) menikmati sesuatu dengan menyenangkan; sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan resiliensi pada penyintas KDRT.
- b. Penelitian ini menjadi acuan literatur bagi peneliti selanjutnya tentang penelitian resiliensi penyintas kekerasan dalam rumah tangga.

2. Manfaat Praktis

- a. Psikoterapi positif dapat direkomendasikan sebagai salah satu intervensi untuk meningkatkan resiliensi pada istri penyintas kekerasan dalam rumah

tangga untuk meningkatkan proses *recovery* pasca kekerasan dalam rumah tangga.

- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan bagi praktisi dalam mencari pilihan terapi yang efektif yang akan diterapkan pada permasalahan-permasalahan terkait resiliensi terutama pada resiliensi istri sebagai korban kekerasan dalam rumah tangga.

D. Keaslian Penelitian

1. Yunanto dan Hasanat (2019), menguji efek berkelanjutan Psikoterapi Positif Kelompok dalam meningkatkan resiliensi pada lelaki homoseksual penyandang HIV/AIDS. Penelitian ini merupakan suatu studi kuasi eksperimen dengan desain *untreated control group design with dependent pretest and posttest samples using switching replications*. Partisipan pada penelitian ini ialah sebanyak 18 lelaki homoseksual penyandang HIV/AIDS yang mengalami masalah resiliensi dibagi dua menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Instrumen penelitian yang digunakan adalah Skala Resiliensi, *Positive Psychotherapy Inventory* (PPTI), dan *The Day Reconstruction Method* (DRM). Analisis kuantitatif dilakukan melalui uji statistik *Mann-Whitney* serta menggunakan analisis kualitatif. Intervensi dilakukan selama 3 minggu dengan 6 sesi pertemuan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa psikoterapi positif kelompok signifikan dalam meningkatkan resiliensi pada lelaki homoseksual penyandang HIV/AIDS ($U=0,000;p<0,01$) dan efek terapeutik intervensi ini bertahan paling tidak selama dua minggu.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti ialah terletak pada partisipan penelitian, desain penelitian, instrumen yang digunakan dan durasi intervensi. Peneliti menggunakan partisipan istri penyintas KDRT, desain *one group pre test – post test* dan instrumen yang digunakan adalah skala resiliensi dan *Positive Psychotherapy Inventory (PPTI)*. Pertemuan dalam penelitian terdiri dari tiga pertemuan, dimana pada pertemuan pertama dan kedua masing-masing tiga sesi terapi serta pertemuan terakhir diisi dengan pembahasan tugas rumah, evaluasi dan terminasi. Penelitian yang dilakukan peneliti juga memiliki durasi dan rentang waktu yang lebih singkat, dilakukan secara daring, dilaksanakan serentak dari tempat yang berbeda dalam waktu yang sama, tanpa dengan tetap mempertahankan hubungan teraupetik dengan adanya interaksi antara terapis dan partisipan selama intervensi.

2. Tahmouresi (2017), melakukan penelitian *the effectiveness of positive psychotherapy on resilience and anger control of addicts in Tehran City*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara psikoterapi positif pada ketahanan dan kemarahan di antara para pecandu di kota Teheran. Instrumen dalam penelitian ini ialah menggunakan kuesioner dari Connor dan Davidson untuk mengukur resiliensi dan kuesioner Spielberger untuk mengukur tingkat kemarahan partisipan. Jumlah partisipan penelitian ini ialah 30 pecandu yang dibagi menjadi dua kelompok yang masing-masing berjumlah 15 orang. Data penelitian dianalisis dengan menggunakan uji covarians yang menunjukkan $p < 0.001$ (sig. < 0.05) yang berarti bahwa psikoterapi positif efektif terhadap resiliensi dan mengurangi tingkat kemarahan.

Perbedaan penelitian diatas dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti ialah pada partisipan penelitian, variabel bebas, teknik analisis data dan desain penelitian. Penelitian tersebut menggunakan partisipan pecandu narkoba, menggunakan variabel terikat selain resiliensi yaitu kontrol emosi, serta desain penelitian yang menggunakan grup kontrol yang kemudian data analisis menggunakan uji covarian, sementara penelitian yang dilakukan peneliti menggunakan analisis data non-parametrik *wilcoxon signed rank test*.

3. Mohammadi, Bozorgi, Shariat dan Hamidi (2018) , melakukan penelitian *the effectiveness of positive psychotherapy on mental endurance, self compassion and resilience of infertile women*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi efektivitas psikoterapi positif terhadap mental endurance, self-compassion, dan resiliensi pada wanita yang tidak dapat memiliki anak. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 30 orang wanita di yang tidak dapat memiliki anak. Partisipan dibagi secara acak ke dalam kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen mendapatkan intervensi selama 2.5 bulan yang terdiri dari 10 sesi selama 90 menit, sementara kelompok control tidak mendapatkan intervensi apapun. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini ialah *psychological distress tolerance questionnaire, self-compassion questionnaire* dan *resilience scale*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis covariance menunjukkan bahwa psikoterapi positif efektif terhadap mental endurance, self-compassion, dan resilience pada wanita yang mengalami infertilitas (P-value < 0.001).

Perbedaan penelitian diatas dengan penelitian yang dilakukan ialah pada variabel dan partisipan penelitian, dimana pada penelitian tersebut terdapat tiga variable terikat yaitu *mental-endurance*, *self-compassion*, dan *resilience*, sementara pada penelitian ini melibatkan variable terikat resiliensi. Partisipan pada penelitian diatas ialah wanita yang mengalami infertilitas, sedangkan partisipan pada penelitian yang dilaksanakan ialah istri yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga. Analisa data dan desain yang digunakan juga berbeda yaitu uji hipotesis menggunakan uji covarian dengan desain penelitian menggunakan kelompok kontrol, namun pada penelitian ini analisis data dilakukan dengan *wilcoxon signed rank test* dengan desain satu grup pretest-posttest. Sesi intervensi juga memiliki perbedaan, penelitian diatas melaksanakan intervensi selama dua setengah bulan sementara intervensi psikoterapi positif dalam penelitian yang dilakukan peneliti dilakukan dalam tiga kali pertemuan dalam satu minggu.

4. Callaghan, Fellin, dan Alexander (2019), melakukan penelitian dengan program MPOWER merupakan intervensi yang berorientasi pada sumber daya yang bertujuan untuk mendukung resiliensi anak-anak dan remaja (*Children and Young People-CYP*) yang terkena dampak kekerasan dalam rumah tangga. Program tersebut mengacu kepada prinsip-prinsip sistem keluarga dan terapi kreatif. Intervensi MPOWER tersebut dilakukan pada empat negara di Eropa meliputi Yunani, Italia, Spanyol dan Inggris dengan jumlah partisipan sebanyak 58 orang.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini ialah *mixed method study*, dimana pendekatan kuantitatif dilakukan dengan menggunakan skala *Children's Outcome Rating Scale* (CORS) dan *Children's Group Session Rating Scale* (CGSRS), dan pendekatan kualitatif dilakukan melalui *semi-structure interview*. Data kuantitatif dianalisis dengan menggunakan uji Wilcoxon dengan Z score -3.426 , sig. 0.001 ($p < 0.01$). Berdasarkan wawancara yang dilakukan, ditemukan empat tema, yaitu (1) bekerja sama membangun kepercayaan dan berbagi pengalaman secara umum, (2) mengungkapkan kreativitas dan bekerja dengan emosi, (3) secara menyeluruh bekerja dengan relasi, dan (4) orientasi masa depan.

Perbedaan penelitian yang dilakukan peneliti dengan penelitian di atas ialah pada tujuan penelitian, partisipan penelitian, intervening variabel yang digunakan dan metode penelitian. Variabel yang digunakan sebagai variabel intervensi ialah MPOWER program, sementara penelitian yang dilakukan peneliti menggunakan psikoterapi positif. Metode penelitian yang digunakan pada penelitian tersebut ialah *mixed method design*, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti menggunakan metode kuantitatif dengan design eksperimen.

Berdasarkan uraian dari keaslian penelitian di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa penelitian ini memiliki kesamaan variabel tergantung yaitu resiliensi. Namun, penelitian ini memiliki perbedaan pada partisipan penyintas KDRT, jumlah variabel bebas yang digunakan, desain penelitian, teknik analisis data. Penggunaan psikoterapi positif dalam penelitian ini memiliki jumlah sesi yang

lebih sedikit, durasi yang jauh lebih singkat, penggunaan media yang dapat digunakan setiap orang pada lokasi yang berbeda, terdapat interaksi antara terapis dan partisipan secara audio dan visual, serta dapat dilakukan pada waktu bersamaan yang tidak dilakukan pada penelitian sebelumnya.