613.66
Ind
p

PEDOMAN PELAYANAN & RUJUKAN

KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN & ANAK (KTP/A) BAGI PETUGAS KESEHATAN



Kementerian Kesehatan RI
Tahun 2021

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

613.66
Ind
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) bagi Petugas Kesehatan.—
Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.2021

ISBN 978-623-301-258-4

1. Judul I. HEALTH CARE FACILITIES, MANPOWER, AND SERVICES
II. CHILD ABUSE
III. MENTAL HEALTH SERVICE
IV. VIOLENCE
V. PSYCHIATRIC NURSING
VI. HEALTH SERVICES MISUSE
VII. WOMEN

KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

PEDOMAN PELAYANAN & RUJUKAN

KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN & ANAK (KTP/A) BAGI PETUGAS KESEHATAN

Kementerian Kesehatan RI
Tahun 2021

PEDOMAN PELAYANAN DAN RUJUKAN KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK (KtP/A) BAGI PETUGAS KESEHATAN

Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
Direktorat Kesehatan Keluarga
Jakarta, 2021

Penasehat:
dr. Erna Mulati, MSc., CMFM (Direktur Kesehatan Keluarga)

Penanggung Jawab:
dr. Lovely Daisy, MKM (Koordinator Kesehatan Usia Reproduksi dan Pelayanan KB)

Tim Penyusun:
Dr. dr. Ade Firmansyah Sugiharto, SpFM(K); dr. Anita; Atwirlany Ritonga; dr. Boge Priyo Nugroho,Sp.FM; dr. Esther M L Sinsuw, SpKJ; Ema Rahmawati, S.I.K.; dr. Erni Risvayanti, M.Kes; dr. Eva Devita Harmoniati, SpA(K); Evasari Ginting, SKM; Henny Fatmawati, SKM; IGAA Jackie Viemilawati, M.Psi., M.A; Ika Permatasari, SKM, MKM; Imroatul Aflah, SKM; Indah Nugraheni Mardhika, SKM, MSc.PH; Irmawati, SKM, M.Kes; dr. Juzi Delianna; dr. Lovely Daisy, MKM; Dr. Margaretha Hanita, S.H., M.Si; Mina Febriani; Norcahyo Budi Waskito, S.Psi., M.Si.; dr. Oktavinda Safitry; dr. Ratna Sari Junita; dr. Retno Sawitri, SpFM; Risya Ariyani Kori; Saudatina Arum Maujudah, MKM; Siska Ayu Tiara Dewi; dr. Slamet Poernomo SpFM, DFM; Tria Giri Ramdani; Trijoko; dr. Wira Hartiti, M.Epid; dr. Yenni Yuliana; dr. Yunita Tambunan, SpKJ; dr. Zeba Evolusi.

Editor :
Direktorat Kesehatan Keluarga, Kemenkes RI

Diterbitkan Oleh:
Kementerian Kesehatan RI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

© Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk *fotocopy* rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR KEMENTERIAN KESEHATAN

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, sehingga Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak Bagi Tenaga Kesehatan edisi revisi 2021 ini dapat diselesaikan. Buku ini merupakan revisi dari Buku Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) Bagi Petugas Kesehatan (2015) yang telah disesuaikan dengan perkembangan kebijakan dan kurikulum pelatihan terbaru.

Seperti kita ketahui bersama, kekerasan terhadap perempuan dan anak merupakan isu serius yang dihadapi oleh semua negara dan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Seringkali faktor ekonomi, budaya patriarki, rendahnya pengetahuan, pernikahan usia dini, paparan pornografi, dan pengalaman traumatis di masa kecil menjadi pencetus terjadinya kekerasan terhadap perempuan dan anak. Dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, sektor kesehatan berperan sangat penting antara lain dalam mengidentifikasi kasus kekerasan, memberikan pertolongan kegawatdaruratan dan rehabilitasi medis terhadap korban, memberikan layanan medikolegal, melakukan rujukan medis dan non medis, melakukan upaya pencegahan, serta memberikan informasi terkait dugaan kasus kekerasan terhadap anak kepada pihak berwajib. Oleh karena itu buku pedoman ini sangat penting untuk menjadi pegangan tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan dan rujukan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada semua pihak yg telah berkontribusi dalam revisi pedoman ini, dan juga kepada UNFPA dan Pemerintah Canada melalui Project BERANI yang telah memberikan dukungan agar proses revisi dapat terlaksana.

Besar harapan kami agar pelayanan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak utamanya di sektor kesehatan menjadi lebih baik lagi. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melindungi dan meridhoi kerja keras kita semua.

Jakarta, November 2020

Direktur Kesehatan Keluarga
Kementerian Kesehatan

dr. Erna Mulati, MSc., CMFM

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

BAB I: PENDAHULUAN **1**

A. LATAR BELAKANG 1
B. TUJUAN 4
B.1. Tujuan Umum 4
B.2. Tujuan Khusus 4
C. SASARAN 4
D. RUANG LINGKUP 4
E. PENGERTIAN 5
F. DASAR HUKUM PENANGANAN KTPA 8

BAB II: PENYEBAB, JENIS, DAN DAMPAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK **11**

A. PENYEBAB KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 11
B. JENIS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 15
C. DAMPAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 24
C.1. Dampak Fisik Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak 25
C.2. Dampak Psikis Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak 26

BAB III: PERAN TENAGA KESEHATAN DAN STANDAR PELAYANAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK **33**

A. PERAN TENAGA KESEHATAN PADA KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 33
B. KEWAJIBAN PEMBERI LAYANAN KESEHATAN UNTUK MEMBERIKAN INFORMASI ATAS ADANYA DUGAAN KEKERASAN TERHADAP ANAK (PERATURAN MENTERI KESEHATAN 68 TAHUN 2013) 36
C. STANDAR PELAYANAN KESEHATAN KORBAN KEKERASAN PEREMPUAN DAN ANAK 37
C.1. Standar Pemeriksa 37
C.2. Standar Ruang Pemeriksaan 38
C.3. Standar Peralatan 38

Bahan Habis pakai 39
Peralatan penunjang kegiatan 40
Daftar formulir 40

BAB IV: PELAYANAN KESEHATAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 41

A. PELAYANAN PROMOTIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 41
B. PELAYANAN PREVENTIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 42
C. PELAYANAN KURATIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 43
D. PELAYANAN REHABILITATIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 45
E. PELAYANAN MEDIKOLEGAL KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 46
E.1. *Visum et Repertum* 47
E.2. *Visum et repertum Psikiatrikum* 49

BAB V: DETEKSI DINI DAN TATALAKSANA KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN 51

A. DETEKSI DINI KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 52
B. PRINSIP DASAR PEMERIKSAAN KASUS DUGAAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 60
C. PEMERIKSAAN KORBAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK 61
C.1. *First Line Support* 61
C.2. Anamnesis 62
C.3. Pemeriksaan Fisik 65
C.4. Pemeriksaan Penunjang 81
C.5. Pemeriksaan Awal Status Mental Pada Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak 83
C.6. Tatalaksana dan Follow Up Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak 87

BAB VI: ALUR DAN RUJUKAN KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK **101**

A. SISTEM RUJUKAN 101
B. JEJARING SISTEM PERLINDUNGAN PEREMPUAN DAN ANAK 105
Bagan Ringkasan Alur dan Tatalaksana Kasus 108

BAB VII: SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN **119**

A. PENCATATAN 120
B. PELAPORAN 126
Alur Pelaporan 127

BAB VIII: MONITORING DAN EVALUASI **129**

LAMPIRAN **143**

DAFTAR PUSTAKA **171**

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kekerasan terhadap perempuan dan anak merupakan masalah global yang berdampak serius bagi kesehatan perempuan dan anak karena efek jangka panjang yang ditimbulkan. Kekerasan terhadap perempuan dan anak sangat berkaitan dengan masih adanya diskriminasi terhadap perempuan dan anak yang pada akhirnya menimbulkan penurunan kualitas kesehatan perempuan dan anak akibat dampak fisik maupun psikis yang timbul pada korban. Data global menunjukkan bahwa kekerasan terhadap perempuan merupakan salah satu penyumbang angka kematian yang cukup tinggi serta menunjukkan angka gangguan kesehatan yang besar baik dalam segi fisik maupun psikologis bagi perempuan. Data PBB pada tahun 2017 menunjukkan 87.000 perempuan dan anak meninggal akibat kekerasan dan 58% di antaranya meninggal akibat Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT). Angka ini setara dengan 137 kematian per hari.

Catatan Tahunan Komnas perempuan tahun 2020 menunjukkan adanya peningkatan kasus kekerasan terhadap perempuan sebanyak 6% dibandingkan tahun 2019. Komnas perempuan mengungkapkan bahwa dalam kurun waktu 12 tahun, dari 2007 hingga 2019, angka kekerasan terhadap perempuan justru meningkat hampir 8 kali lipat. Bahkan tercatat untuk kasus kekerasan terhadap anak perempuan pada tahun 2019 meningkat sebesar 65% dibandingkan tahun sebelumnya, dengan kasus terbanyak adalah kasus inses. Data komnas perempuan juga menunjukkan, dari 3.062 kasus kekerasan terhadap perempuan di ranah publik dan komunitas, 58% merupakan kekerasan seksual, yakni pencabulan (531 kasus), perkosaan (715 kasus) dan pelecehan seksual (520 kasus), persetubuhan (176 kasus), dan sisanya percobaan perkosaan dan

persetubuhan. Hasil pendataan Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) 2016, menunjukkan 33,4% perempuan usia 15–64 tahun mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan dan selain pasangan selama hidupnya. Artinya, 1 dari 3 perempuan usia 15-64 tahun pernah mengalami kekerasan selama hidupnya.

Berdasarkan data SPHPN 2016, diketahui kekerasan fisik merupakan jenis kekerasan yang paling banyak ditemukan pada kasus kekerasan yang dilakukan oleh pasangan, sementara kekerasan seksual adalah jenis kekerasan yang paling banyak ditemukan pada kasus kekerasan oleh bukan pasangan. Jenis kekerasan fisik yang paling banyak ditemukan adalah menampar (9,4%), memukul (6,2%), mendorong/menjambak rambut (4,4%), menendang dan menghajar (3,1%).

Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak merupakan fenomena gunung es karena dianggap sebagai ranah privat sehingga korban enggan melapor dan aparat penegak hukum kesulitan dalam mengusut. Adanya peningkatan kasus yang dilaporkan oleh masyarakat maupun media massa saat ini menunjukkan adanya peningkatan kesadaran masyarakat untuk melaporkan kasus yang terjadi di lingkungannya seiring dengan adanya berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

Gencarnya program yang dicanangkan pemerintah untuk menghapus kekerasan terhadap perempuan dan anak masih perlu ditingkatkan karena angka kejadian yang masih terus meningkat serta pemberitaan yang menunjukkan proses penanganan kasus yang komprehensif dan tuntas masih belum merata di seluruh Indonesia. Salah satu sektor penting dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak adalah sektor kesehatan. Penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak mulai dari aspek promosi, preventif, deteksi dini, kuratif, serta rehabilitatif yang mumpuni akan menjadi kunci penurunan jumlah kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

Sektor Kesehatan berperan dalam upaya pencegahan, identifikasi kasus kekerasan, pemberian pertolongan medis, rujukan medis dan nonmedis. Berbagai upaya di sektor kesehatan telah dilakukan termasuk pembuatan berbagai pedoman seperti Kepmenkes RI No 1226 Tahun 2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 68 tahun 2013 yang mewajibkan tenaga medis untuk memberikan informasi pada kepolisian atas adanya dugaan kasus kekerasan

terhadap anak. Peraturan Menteri Kesehatan ini diharapkan mampu mengangkat angka pelaporan kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak. Selain itu juga telah terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, Peraturan Menteri Kesehatan No 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil. Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan akibat Perkosaan sebagai perwujudan pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. Data Badan Pusat Statistik 2020 menunjukkan peningkatan persentase korban kekerasan terhadap perempuan yang mendapat layanan komprehensif di bidang kesehatan, dari 14,3% di tahun 2017, menjadi 19,51% di tahun 2018 dan 23,38% di tahun 2019. Ini merupakan salah satu hasil baik yang harus terus ditingkatkan selain juga peningkatan akses yang merata di seluruh Indonesia.

Tenaga kesehatan merupakan salah satu pintu masuk pelaporan kasus Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak. Pemahaman dan kepekaan tenaga kesehatan sangat diperlukan dalam mengidentifikasi kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, terutama pada kasus-kasus yang enggan melapor baik karena ketakutannya maupun ketidaktahuannya. Tenaga kesehatan juga diharapkan mampu mendeteksi kasus kekerasan yang kronis, yang bermanifestasi dalam bentuk penyakit psikosomatik, depresi, stres atau gangguan kesehatan lain yang tidak disadari oleh korban. Tenaga kesehatan yang sudah terlatih akan mampu melakukan deteksi dini kasus, sehingga dapat melakukan tindakan preventif apabila kasus belum terjadi, dan dapat melakukan tindakan intervensi medis, medikolegal dan psikososial apabila telah terjadi tindak kekerasan. Pelayanan kesehatan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak juga harus dilaksanakan secara komprehensif di fasilitas pelayanan kesehatan. Pimpinan dan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan harus dapat melihat kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak sebagai kasus serius yang berdampak besar terhadap masa depan bangsa, dan harus ditangani secara komprehensif. Dengan dibuatnya Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan Terhadap perempuan dan Anak Bagi tenaga kesehatan ini, diharapkan layanan kesehatan terhadap kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak yang komprehensif, bermutu dan profesional, serta berfokus pada kepentingan korban dapat lebih ditingkatkan lagi.

B. TUJUAN

B.1. Tujuan Umum

Meningkatkan jangkauan dan kualitas penanganan korban Kekerasan terhadap perempuan dan Anak di fasilitas pelayanan Kesehatan

B.2. Tujuan Khusus

1. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam memahami akar permasalahan, jenis kekerasan dan dampak kekerasan perempuan dan anak.
2. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kekerasan perempuan dan anak.
3. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam memahami alur penanganan dan rujukan kasus dugaan kekerasan terhadap perempuan dan anak termasuk kerja sama lintas program kesehatan dan lintas sektor terkait serta kerja sama masyarakat.
4. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam sistem pelaporan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.
5. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga kesehatan dalam pencatatan dan pelaporan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

C. SASARAN

Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan Terhadap perempuan dan Anak Bagi tenaga kesehatan ini ditujukan kepada seluruh tenaga kesehatan di seluruh fasilitas layanan kesehatan agar dapat menatalaksana kasus kekerasaran terhadap perempuan dan anak sesuai standar yang berlaku. Pedoman ini juga dapat digunakan oleh *stakeholder* penanganan kasus lainnya seperti pekerja sosial, psikolog, aparat penegak hukum, pendamping, untuk dapat memahami pelayanan dan rujukan kesehatan pada kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

D. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup pedoman ini meliputi pengetahuan tentang latar belakang penyebab kekerasan, dampak kekerasan, sistem pelayanan dan rujukan, serta sistem pencatatan dan pelaporan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk kepentingan pelayanan

promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif korban termasuk memahami jejaring dan penanganan nonmedis yang dapat ditawarkan pada korban.

E. PENGERTIAN

Anak merupakan seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk janin yang masih dalam kandungan. (Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak)

Perempuan adalah seseorang yang memiliki alat kelamin dan identitas perempuan yang secara reproduksi memiliki fungsi untuk menghasilkan sel telur, dapat menstruasi, hamil, melahirkan anak, dan menyusui (Kamus Besar Bahasa Indonesia)

Korban adalah seseorang yang mengalami kekerasan dan atau ancaman/ paksaan atau orang yang mengalami penderitaan fisik, mental, dan atau kerugian ekonomi yang diakibatkan oleh suatu tindak pidana. (Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2006, tentang Perlindungan Saksi dan Korban)

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksud meliputi: tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterapian fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lainnya. (Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan)

Perlindungan adalah segala upaya yang ditujukan untuk memberikan rasa aman kepada korban yang dilakukan oleh pihak keluarga, advokat, tenaga kesehatan sosial, kepolisian, kejaksaan, pengadilan atau pihak lainnya baik sementara maupun penetapan pengadilan. (undang-undang RI Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan)

Perlindungan Anak adalah setiap kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak beserta hak-haknya agar dapat hidup, tumbuh berkembang, dan berpartisipasi secara optimal sesuai dengan harkat dan martabat kemanusiaan, serta mendapat perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. (Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak)

Kekerasan Terhadap Perempuan (KtP) adalah segala bentuk tindak kekerasan berbasis gender berakibat atau mungkin berakibat, menyakiti secara fisik, seksual,

mental atau penderitaan terhadap perempuan; termasuk ancaman dari tindakan tersebut, pemaksaan atau perampasan, semena-mena kebebasan, baik yang terjadi di lingkungan masyarakat maupun di dalam kehidupan pribadi (Deklarasi Eliminasi Kekerasan Terhadap Perempuan, 1993).

Kekerasan Terhadap Anak (KtA) merupakan semua bentuk tindakan/perlakuan menyakitkan secara fisik ataupun emosional, komersial termasuk Eksploitasi Seksual Komersial Anak (ESKA) yang mengakibatkan cedera/kerugian nyata ataupun potensial terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak yang dilakukan dalam konteks hubungan tanggung jawab, kepercayaan atau kekuasaan. (WHO)

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan setiap perbuatan terhadap sesorang terutama perempuan yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologi, dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga. (Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Terhadap Perempuan)

Kekerasan Berbasis Gender adalah segala bentuk kekerasan terhadap semua orang, terutama perempuan, yang terjadi atas dasar perbedaan jenis kelamin dan dapat mengakibatkan rasa sakit atau penderitaan, termasuk ancaman, paksaan, dan pembatasan kebebasan. Kekerasan berbasis gender termasuk kejahatan dan merupakan pelanggaran hak asasi manusia. (Komisioner Tinggi Persatuan Bangsa-Bangsa untuk Pengungsi/UNHCR)

Tindak Pidana Perdagangan Orang merupakan tindakan perekrutan, pengangkatan, penampungan, pengiriman, pemindahan atau penerimaan seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan atau posisi rentan, penjeratan utang atau memberi bayaran atau manfaat, sehingga memperoleh persetujuan dari orang yang memegang kendali atas orang lain tersebut, baik yang dilakukan di dalam negara maupun antar negara, untuk tujuan eksploitasi atau mengakibatkan orang tersebut tereksploitasi. (Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang)

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif,

maupun rehabilitated yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat. (Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan)

Unit pelayanan terpadu adalah suatu unit kesatuan yang menyenggarakan pelayanan terpadu bagi perempuan dan anak korban kekerasan, yang dapat berada di Pusat Krisis Terpadu (PKT) / Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) berbasis Rumah Sakit yang memberikan layanan komprehensif multidisiplin, Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A), *Women Crisis Centre (WCC)*, Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA), Rumah Perlindungan Sosial Anak (RPSA), dan lembaga sejenis lainnya. (Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1226 Tahun 2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit).

Pelayanan Forensik Klinik adalah pelayanan pemeriksaan forensik terhadap korban hidup yang dikirim penyidik ke Rumah Sakit atau puskesmas dan pelayanan pemeriksaan forensik pada pasien dalam rangka pembuatan *visum et repertum*, surat keterangan atau lainnya. (Perhimpunan Dokter Forensik Indonesia)

Visum et repertum yang selanjutnya disingkat VeR adalah keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter atas permintaan tertulis penyidik yang berwenang yang memuat tentang hasil pemeriksaan medis terhadap tubuh manusia/barang bukti berdasarkan keilmuannya di bawah sumpah, untuk kepentingan peradilan. (Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana)

Visum et Repertum Psikiatrikum yang selanjutnya disingkat VeRP adalah keterangan dokter spesialis kedokteran jiwa yang berbentuk surat sebagai hasil pemeriksaan kesehatan jiwa pada seseorang di fasilitas pelayanan kesehatan untuk kepentingan penegakan hukum. (Peraturan Menteri Kesehatan nomor 77 tahun 2015)

Konseling adalah proses pemberian bantuan untuk mengembangkan kemampuan dan potensi seseorang sehingga dapat berfungsi dengan baik dalam kehidupan sehari-hari, dengan belajar mengatasi kesulitan dan memecahkan masalahnya secara efektif.

Kemitraan merupakan suatu strategi bersama antara sektor Pemerintah dan Non Pemerintah yang terintegrasi atas dasar prinsip-prinsip kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan dalam melaksanakan suatu program/kegiatan anti kekerasan secara efektif dan efisien sesuai bidang, kondisi dan kemampuan masing-masing, sehingga hasil yang dicapai menjadi lebih optimal.

Jejaring merupakan suatu hubungan kerja sama antara 2 (dua) pihak atau lebih berdasarkan prinsip kemitraan untuk mencapai tujuan bersama yang telah disepakati sesuai peran, tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal.

Rujukan merupakan suatu sistem di dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dimana terjadi pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kesehatan yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal.

F. Dasar Hukum Penanganan KTPA

1. Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak; Undang-undang Nomor 35 tahun 2014 tentang Perubahan atas UU Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak; Undang-undang Nomor 17 tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas UU Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
2. Undang-Undang RI Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga
3. Undang-Undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
4. Undang-Undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah; Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004
5. Undang-undang RI Nomor 21 tahun 2007 tentang Pemberantasan TPPO
6. Undang-undang RI Nomor 13 tahun 2006 tentang Perlindungan Saksi dan Korban
7. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
8. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
9. Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan
11. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2006 tentang Penyelenggaraan dan Kerja sama Pemulihan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga
12. Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1226 Tahun 2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit

15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 tahun 2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 68 Tahun 2013 tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan untuk Memberikan Informasi atas Adanya Dugaan Kekerasan terhadap Anak
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak
20. Peraturan Menteri kesehatan nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Penegakan Hukum
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2016 tentang Pelatihan dan Penyelenggaraan Pelayanan Aborsi atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan akibat Perkosaan
22. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Pedoman Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah
23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil. Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual

BAB II
PENYEBAB, JENIS, DAN DAMPAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

A. PENYEBAB KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Penelitian WHO bersama dengan *the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the South Africa Medical Research Council* pada tahun 2013 mengungkapkan bahwa secara global, 1 dari 3 perempuan di dunia pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga secara fisik dan/atau seksual semasa hidupnya. Angka yang cukup besar sehingga perlu dilakukan berbagai langkah dan tindakan untuk mengatasinya. Dalam kerangka menyelesaikan masalah, maka akar permasalahan serta dampak kekerasan perlu dipahami lebih dahulu agar penanganan masalah dapat dikerjakan tuntas. Tenaga kesehatan perlu mengetahui akar permasalahan mengapa perempuan dan anak tergolong sebagai kelompok rentan, faktor risiko kekerasan, jenis, serta dampak dari kekerasan terhadap perempuan dan anak agar mampu membantu proses penyelesaian kasus dengan empati dan profesional.

Masyarakat yang masih bersifat patriarkis yaitu menempatkan laki-laki dewasa sebagai pemimpin dan penentu aturan sering menyebabkan bias atau diskriminasi berbasis gender. Gender didefinisikan sebagai perbedaan fungsi/peran perempuan dan laki-laki karena adanya perbedaan dalam sistem reproduksi, gender merupakan perbedaan sifat-sifat atau ciri-ciri berbeda yang dilekatkan kepada perempuan dan laki-laki. Ia merupakan pandangan masyarakat mengenai apa yang dianggap pantas menjadi peran, tugas dan posisi laki-laki dan perempuan. Bias gender terjadi ketika ada kesenjangan dalam peran, fungsi, hak dan tanggung jawab antara perempuan dan laki-laki dalam kehidupan kelompok dan masyarakat. Bias gender dapat muncul dalam bentuk stereotipi, subordinasi, serta marginalisasi.

Stereotipi adalah keyakinan yang terus diulang, diteruskan dari generasi ke generasi, dengan pandangan normatif bahwa laki-laki berbeda sifat dengan perempuan. Perempuan dianggap emosional, hanya mampu mengerjakan tugas-tugas sederhana dan tidak penting, atau tidak mampu memimpin. Perempuan bersifat lembut, bergantung pada orang lain (laki-laki), pasif. Sementara laki-laki bersifat aktif, agresif, rasional, mampu memimpin. Pengulangan pandangan yang sebenarnya tidak tepat tersebut mengakibatkan anggota masyarakat termasuk perempuan sendiri yang percaya bahwa hal tersebut benar. Hal tersebut menjadi sesuatu yang seolah-olah tetap atau baku.

Subordinasi adalah perbedaan peran dan posisi, di mana laki-laki ditempatkan lebih tinggi daripada perempuan. Dengan melihat pada stereotipi, maka kemudian perempuan dianggap sebagai pelengkap. Laki-laki lebih tahu, pengambil keputusan, perempuan menjadi pendamping, mengabdi pada keluarga. Bila diurutkan, maka yang diutamakan adalah laki-laki, baru kemudian perempuan. Selain tidak diberi posisi penting, perempuan sering pula dianggap sebagai 'milik' keluarga. Saat ia kecil dan belum menikah, perempuan menjadi 'milik' ayah, dan harus patuh pada ayah. Setelah ia menikah, ia menjadi 'milik' suami dan harus patuh pada suami. Ada larangan- larangan dan tabu-tabu khusus yang dituntut untuk dipatuhi perempuan.

Akibat stereotipi dan subordinasi, perempuan memikul **beban majemuk**, tidak hanya berperan ganda, bahkan bisa melakukan tiga peran sekaligus, kerja reproduktif (terkait melahirkan, menyusui, mengasuh anak) termasuk mengurus rumah tangga, kerja produktif (ikut mencari uang untuk keluarga), dan kerja sosial (membantu lingkungan, mengurus posyandu). Aktivitas ini sering kali kurang dihargai dan tidak dianggap sebagai pekerjaan.

Marginalisasi atau sebagai peminggiran adalah upaya untuk menempatkan perempuan tidak sebagai pusat. Perempuan bukan pihak yang penting, cukup ada di belakang, tidak perlu didengar dan tidak perlu bersuara.

Konstruksi masyarakat seperti di atas menyebabkan perempuan menjadi lebih rentan terhadap kekerasan. Perlu diingat bahwa bias gender, kepercayaan stereotipi tidak hanya dianut oleh kaum laki-laki, tapi oleh masyarakat secara umum, termasuk perempuan. Sangat mungkin terjadi seorang perempuan mengalami kekerasan dalam rumah tangga, lalu disalahkan oleh ibu atau ibu mertua, karena dianggap kurang patuh atau menempatkan diri terlalu tinggi dalam rumah tangga.

Anak juga dipandang sebagai kaum yang lemah. Kerentanan anak terjadi karena penguasaan orang dewasa atas anak, dan ketergantungan anak pada orang dewasa baik terhadap pangan, sandang, papan, dan ketergantungan emosi. Aspek fisik, kognitif, emosi, sosial, dan moral anak juga belum berkembang sehingga belum dapat memahami berbagai persoalan dan tidak memiliki posisi tawar yang sama dengan orang dewasa. Sistem sosial tertentu juga ada yang memandang anak sebagai investasi/pekerja, ditambah dengan keyakinan mengenai bentuk-bentuk pendisiplinan dan praktik budaya yang sesungguhnya merupakan bentuk kekerasan, serta ketidakpahaman masyarakat mengenai hak anak dan kepentingan terbaik anak mengakibatkan anak menjadi korban kekerasan. Ketegangan dan berbagai persoalan yang dialami oleh orangtua dan atau orang dewasa yang lain dapat menghambat fungsi sosial normal dan berujung pada terjadinya kekerasan terhadap anak. Anak sebagai siswa juga dalam posisi lebih rentan dalam sistem sekolah ketika berhadapan dengan aturan/sistem sekolah, di mana guru yang mengambil keputusan dan melakukan evaluasi terhadap anak.

Selain itu juga ada faktor risiko kekerasan yaitu faktor-faktor yang berpotensi mengakibatkan terjadinya kekerasan terhadap perempuan dan anak seperti pendidikan rendah, memiliki pengalaman ibu korban KDRT, korban KDRT semasa kecil, sikap menerima kekerasan sebagai sesuatu yang biasa, konstruksi masyarakat yang meninggikan laki-laki dan menempatkan perempuan sebagai subordinat.

Secara umum, **faktor risiko kekerasan terhadap perempuan** dapat dibagi menjadi faktor individu, faktor interaksi dengan pasangan, faktor lingkungan, dan faktor masyarakat.

- **Faktor individu** meliputi adanya disabilitas atau keterbatasan tertentu, pernah mengalami kekerasan atau pernah menyaksikan KDRT di masa kecil, tidak ada atau penolakan terhadap figur ayah, atau adanya riwayat penyalahgunaan NAPZA.
- **Faktor interaksi** dapat berupa konflik dalam perkawinan, kendali laki-laki terhadap harta dan proses pengambilan keputusan dalam keluarga.
- **Faktor risiko dari lingkungan** misalnya adanya pengisolasian perempuan dari lingkungan, adanya kelompok sebaya yang berperilaku menyimpang, kemiskinan, status sosial ekonomi rendah, atau lingkungan bencana/konflik.
- **Faktor masyarakat** berupa penerapan konsep maskulinitas terkait kekerasan, toleransi terhadap hukuman fisik bagi perempuan dan anak, penerimaan norma laki-laki sebagai pengatur/pengendali perempuan, serta norma yang menerima bahwa kekerasan adalah salah satu cara penyelesaian konflik.

Pada **kasus kekerasan terhadap anak, faktor risiko** terbagi menjadi faktor anak, faktor orang tua/pengasuh, dan faktor masyarakat.

- **Faktor anak** berupa anak dengan gangguan tumbuh kembang (prematur, BBLR) yang disertai gangguan perkembangan emosi dan kognitif, anak dengan disabilitas, dan anak dengan gangguan perilaku atau gangguan mental emosional.
- **Faktor orang tua/pengasuh** dapat berupa riwayat kekerasan pada orang tua/pengasuh, riwayat gangguan psikologis dan masalah gangguan kesehatan mental, riwayat penyalahgunaan NAPZA termasuk alkohol dan rokok, perkembangan emosi orang tua/pengasuh yang belum matang, pola asuh yang tidak sesuai dengan perkembangan anak, praktik budaya yang tidak melindungi anak, penghasilan rendah, atau kehamilan yang tidak diinginkan.
- **Faktor risiko yang berasal dari masyarakat** berupa pengaruh negatif media massa, hunian padat, kemiskinan, tingkat pengangguran tinggi, tingkat kriminalitas tinggi, daerah bencana/konflik, serta layanan sosial yang rendah.

Maka dapat menjadi catatan, bahwa orang dengan disabilitas (terbelakang mental, mengalami kecacatan atau disabilitas tertentu), baik dewasa maupun anak juga dalam posisi lebih rentan dibandingkan orang 'normal' akibat situasi khususnya. Situasi konflik juga merupakan faktor risiko terjadinya kekerasan.

Sebagai tenaga kesehatan kita juga sering mempertanyakan mengapa korban bertahan. Perlu dipahami bahwa dengan stereotipi, konstruksi masyarakat serta faktor stres yang timbul, berpisah atau pergi tidaklah semudah yang tampak. Perempuan korban kekerasan bertahan dengan berbagai alasan, diantaranya rasa takut akan ketidakjelasan masa depan apabila berpisah, meyakini bahwa perilaku kekerasan adalah hal yang lumrah karena tidak paham relasi yang normal seperti apa; rasa malu dan merasa bahwa kesalahannya yang membuat ia ada dalam situasi kekerasan; malu dinilai oleh keluarga, teman, dan tetangga; rasa percaya diri yang rendah, karena sering mengalami kekerasan sehingga meyakini bahwa ia memang tidak berharga; berharap pasangan akan berubah; demi anak; alasan agama dan budaya, haram untuk berpisah; tidak punya sumber daya keuangan atau tempat bergantung. Pada akhirnya korban mau mencari pertolongan jika merasa sudah tidak tahan secara mental, luka parah, pasangan sudah mengancam atau memukul anak, atau ada keluarga yang mendukung korban. Tenaga kesehatan harus memahami hal ini karena apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat, perempuan dan anak yang menjadi korban kekerasan berpotensi untuk terus menerus menjadi korban kekerasan atau menjadi

pelaku kekerasan di masa mendatang. Hal ini akan menyebabkan siklus kekerasan terus tumbuh dan berlanjut dalam masyarakat. Harus dipahami bahwa perilaku kekerasan adalah perilaku yang dipelajari, artinya perilaku ini bisa diubah dengan proses pembelajaran ulang sehingga siklus kekerasan dapat diputus.

B. JENIS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Adanya undang-undang spesialistis yang berbeda mengenai kekerasan terhadap perempuan dan kekerasan terhadap anak menjadi tantangan tersendiri dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. Aturan ini perlu dipahami oleh tenaga kesehatan terkait dengan penyusunan kesimpulan *visum et repertum* yang akan dibuat nantinya. Berbagai pengertian kekerasan terhadap perempuan dan anak tercantum dalam Undang-Undang no 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga, Undang-undang no 35 tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang no 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, serta dalam Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. Uraian pengertian berdasarkan undang-undang diuraikan sebagai berikut:

1. Pengertian menurut **Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga**.
    a. **Kekerasan dalam rumah tangga** adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat 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 (Undang-undang 23/2004 Pasal 1 Ayat 1).
    b. **Kekerasan fisik** adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat (Pasal 6). Kekerasan fisik yang dapat dikenai sanksi hukum terdiri dari (Pasal 44):
        1) Setiap perbuatan kekerasan fisik dalam lingkup rumah tangga;
        2) Kekerasan fisik yang mengakibatkan korban jatuh sakit atau luka berat;
        3) Kekerasan fisik yang mengakibatkan korban meninggal dunia; dan
        4) Kekerasan fisik yang dilakukan suami terhadap istri atau sebaliknya, yang tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk melakukan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari

c. **Kekerasan psikis** adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang (Pasal 7). Kekerasan psikis yang dapat diancam dengan sanksi hukum terdiri dari (Pasal 45):

   1) Setiap perbuatan kekerasan psikis dalam lingkup rumah tangga; dan
   2) Kekerasan psikis dilakukan oleh suami terhadap istri atau sebaliknya, yang tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari.

d. **Kekerasan Seksual** meliputi (Pasal 8):

   1) Pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga tersebut; atau
   2) Pemaksaan hubungan seksual terhadap salah seorang dalam lingkup rumah tangganya dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu.

   Berdasarkan Undang-Undang 23/2004 Pasal 46-48 kekerasan seksual yang dapat diancam dengan sanksi hukum terdiri dari:

   1) Setiap perbuatan kekerasan seksual;
   2) Pemaksaan orang yang menetap dalam rumah tangga untuk melakukan hubungan seksual;
   3) Perbuatan kekerasan seksual yang mengakibatkan korban:
      - Mendapat luka yang tidak memberi harapan akan sembuh sama sekali
      - Mengalami gangguan daya pikir sekurang-kurangnya selama 4 (empat) minggu terus menerus atau 1 (satu) tahun tidak berturut-turut;
      - Gugur atau matinya janin dalam kandungan; atau
      - Mengakibatkan tidak berfungsinya alat reproduksi.

   Adanya pasal ini memungkinkan penuntutan terhadap perkosaan dalam perkawinan (*marital rape*) karena sebelum ada undang-undang ini pasal yang digunakan adalah pasal 285 KUHP yang menyebutkan perkosaan adalah pemaksaan dengan kekerasan atau ancaman kekerasan terhadap seorang perempuan untuk bersetubuh di luar perkawinan.

e. **Penelantaran** yang diatur dan yang dapat diancam sanksi hukum meliputi (Pasal 9 dan 49):

   1) Tindakan seseorang yang tidak memberikan kehidupan, perawatan, atau pemeliharaan kepada orang dalam lingkup rumah tangga, padahal

menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan atau perjanjian ia wajib memberikan kehidupan, perawatan, atau pemeliharaan kepada orang tersebut.

2) Tindakan seseorang yang mengakibatkan orang lain bergantung secara ekonomi dengan cara membatasi dan atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada di bawah kendali orang tersebut.

2. **Undang-undang no 35 tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-undang no 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak** mendefinisikan kekerasan terhadap anak adalah setiap perbuatan terhadap anak yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan melawan hukum.

   Merujuk pada Undang-undang Perlindungan Anak, maka jenis-jenis kekerasannya adalah sebagai berikut:

   a. Aborsi Pasal 45A Setiap Orang dilarang melakukan aborsi terhadap Anak yang masih dalam kandungan, kecuali dengan alasan dan tata cara yang dibenarkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pasal 77A (1) Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan aborsi terhadap Anak yang masih dalam kandungan dengan alasan dan tata cara yang tidak dibenarkan oleh ketentuan peraturan perundang-undangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45A, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah). (2) Tindak pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah kejahatan.

   b. Memperlakukan Anak secara diskriminatif yang mengakibatkan Anak mengalami kerugian, baik materiil maupun moril sehingga menghambat fungsi sosialnya; atau b. memperlakukan Anak Penyandang Disabilitas secara diskriminatif. Pasal 77 Setiap Orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76A dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

   c. Perlakuan salah dan penelantaran Pasal 76B Setiap Orang dilarang menempatkan, membiarkan, melibatkan, menyuruh melibatkan Anak dalam situasi perlakuan salah dan penelantaran. Pasal 77B Setiap Orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76B, dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

d. **Kekerasan fisik** Pasal 76C Setiap Orang dilarang menempatkan, membiarkan, melakukan, menyuruh melakukan, atau turut serta melakukan Kekerasan terhadap Anak. Pasal 80 (1) Setiap Orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76C, dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun 6 (enam) bulan dan/atau denda paling banyak Rp72.000.000,00 (tujuh puluh dua juta rupiah). (2) Dalam hal Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) luka berat, maka pelaku dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah). (3) Dalam hal Anak sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mati, maka pelaku dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun dan/atau denda paling banyak Rp3.000.000.000,00 (tiga miliar rupiah). (4) Pidana ditambah sepertiga dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) apabila yang melakukan penganiayaan tersebut Orang Tuanya.

e. **Persetubuhan paksa** Pasal 76D Setiap Orang dilarang melakukan Kekerasan atau ancaman Kekerasan memaksa Anak melakukan persetubuhan dengannya atau dengan orang lain. Pasal 81 (1) Setiap orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76D dipidana dengan pidana penjara paling singkat 5 (lima) tahun dan paling lama 15 (lima belas) tahun dan denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah). (2) Ketentuan pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku pula bagi Setiap Orang yang dengan sengaja melakukan tipu muslihat, serangkaian kebohongan, atau membujuk Anak melakukan persetubuhan dengannya atau dengan orang lain. (3) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Orang Tua, Wali, pengasuh Anak, pendidik, atau tenaga kependidikan, maka pidananya ditambah 1/3 (sepertiga) dari ancaman pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

f. **Perbuatan cabul** Pasal 76E Setiap Orang dilarang melakukan Kekerasan atau ancaman Kekerasan, memaksa, melakukan tipu muslihat, melakukan serangkaian kebohongan, atau membujuk Anak untuk melakukan atau membiarkan dilakukan perbuatan cabul. Pasal 82 (1) Setiap orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76E dipidana dengan pidana penjara paling singkat 5 (lima) tahun dan paling lama 15 (lima belas) tahun dan denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah). (2) Dalam hal tindak pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Orang Tua, Wali, pengasuh Anak, pendidik, atau tenaga kependidikan, maka pidananya ditambah 1/3 (sepertiga) dari ancaman pidana sebagaimana dimaksud pada ayat (1)

g. **Penculikan, penjualan, dan/atau perdagangan Anak** Pasal 76F Setiap Orang dilarang menempatkan, membiarkan, melakukan, menyuruh melakukan, atau turut serta melakukan penculikan, penjualan, dan/atau perdagangan Anak. Pasal 83 Setiap orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76F dipidana dengan pidana penjara paling singkat 3 (tiga) tahun dan paling lama 15 (lima belas) tahun dan denda paling sedikit Rp60.000.000,00 (enam puluh juta rupiah) dan paling banyak Rp300.000.000,00 (tiga ratus juta rupiah).

h. **Pengabaian aspek budaya** Pasal 76G Setiap Orang dilarang menghalang-halangi Anak untuk menikmati budayanya sendiri, mengakui dan melaksanakan ajaran agamanya dan/atau menggunakan bahasanya sendiri tanpa mengabaikan akses pembangunan Masyarakat dan budaya. Setiap Orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76G dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah)

i. **Perekrutan militer** Pasal 76H Setiap Orang dilarang merekrut atau memperalat Anak untuk kepentingan militer dan/atau lainnya dan membiarkan Anak tanpa perlindungan jiwa. Pasal 87 Setiap Orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76H dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

j. **Eksploitasi ekonomi dan/atau seksual** Pasal 76I Setiap Orang dilarang menempatkan, membiarkan, melakukan, menyuruh melakukan, atau turut serta melakukan eksploitasi secara ekonomi dan/atau seksual terhadap Anak. Pasal 88 Setiap Orang yang melanggar ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76I, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp200.000.000,00 (dua ratus juta rupiah)

Berdasarkan penggolongan di atas, maka yang dapat dilakukan pemeriksaan medikolegal adalah kasus aborsi, perlakukan salah dan penelantaran, kekerasan fisik, kekerasan seksual (persetubuhan paksa dan perbuatan cabul), dan kekerasan psikis (memperlakukan anak secara diskriminatif sehingga terganggu fungsi sosialnya).

3. **Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP)**

a. **Penganiayaan** mengacu pada pasal 351, 352, pasal 90 KUHP

Pasal 351 KUHP

1) Penganiayaan diancam dengan pidana penjara paling lama dua tahun delapan bulan atau pidana denda paling banyak empat ribu lima ratus rupiah.
2) Jika perbuatan mengakibatkan luka-luka berat, yang bersalah diancam dengan pidana penjara paling lama lima tahun.
3) Jika mengakibatkan mati, diancam dengan pidana penjara paling lama tujuh tahun.
4) Dengan penganiayaan disamakan sengaja merusak kesehatan.
5) Percobaan untuk melakukan kejahatan ini tidak dipidana.

Pasal 352 KUHP

1) Kecuali yang tersebut dalam pasal 353 dan 356, maka penganiayaan yang tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian, diancam, sebagai penganiayaan ringan, dengan pidana penjara paling lama tiga bulan atau pidana denda paling banyak empat ribu lima ratus rupiah.
2) Pidana dapat ditambah sepertiga bagi orang yang melakukan kejahatan itu terhadap orang yang bekerja padanya, atau menjadi bawahannya.
3) Percobaan untuk melakukan kejahatan ini tidak dipidana.

Pasal 354 KUHP

1) Barang siapa sengaja melukai berat orang lain, diancam karena melakukan penganiayaan berat dengan pidana penjara paling lama delapan tahun.
2) Jika perbuatan itu mengakibatkan kematian yang bersalah diancam dengan pidana penjara paling lama sepuluh tahun.

Pasal 356 KUHP

Hukuman yang ditentukan dalam pasal 351, 353, 354 dan 355 dapat ditambah dengan sepertiganya

1) Jika sitersalah melakukan kejahatan itu kepada ibunya, bapaknya yang sah, isterinya (suaminya) atau anaknya.
2) Jika kejahatan itu dilakukan kepada seorang pegawai negeri pada waktu sebab ia menjalankan pekerjaan yang sah.

3) Jika kejahatan itu dilakukan dengan memakai bahan yang merusakkan jiwa atau kesehatan orang.

Pasal 90 KUHP

Luka berat berarti:

1) jatuh sakit atau mendapat luka yang tidak memberi harapan akan sembuh sama sekali, atau yang menimbulkan bahaya maut;
2) tidak mampu terus menerus untuk menjalankan tugas jabatan atau pekerjaan pencarian;
3) kehilangan salah satu pancaindra;
4) mendapat cacat berat (*verminking*);
5) menderita sakit lumpuh;
6) terganggu daya pikir selama empat minggu lebih;
7) gugurnya atau matinya kandungan seseorang perempuan.

b. **Perkosaan** mengacu pada pasal 285 KUHP yang berbunyi barang siapa 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.

c. **Perbuatan cabul** mengacu pada pasal 289 KUHP yang berbunyi barangsiapa dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa seseorang melakukan atau membiarkan dilakukannya perbuatan cabul, dihukum karena melakukan perbuatan yang menyerang kehormatan kesusilaan dengan pidana selama-selamanya sembilan tahun.

4. Merujuk pada **Peraturan Menteri Kesehatan no 68 tahun 2013 tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan** untuk memberikan Informasi atas Adanya Dugaan Kekerasan terhadap Anak, mendefinisikan kekerasan sebagai berikut:

   a. **Kekerasan Fisik** Kekerasan fisik adalah kekerasan yang mengakibatkan cedera fisik nyata ataupun potensial terhadap anak sebagai akibat dari interaksi atau tidak adanya interaksi yang layaknya ada dalam kendali orang tua atau orang dalam hubungan posisi tanggung jawab, kepercayaan atau kekuasaan. Anak korban Kekerasan terhadap Anak berupa kekerasan fisik sebagaimana dimaksud dapat diduga dengan ditemukannya luka atau cedera pada tubuh anak yang menurut ciri, letak dan sifatnya bukan akibat suatu kecelakaan.

b. **Kekerasan Psikis** Kekerasan psikis merupakan perbuatan terhadap anak yang mengakibatkan atau sangat mungkin mengakibatkan gangguan kesehatan atau gangguan perkembangan fisik, mental, spiritual, moral, dan sosial. Kekerasan psikis dapat berupa pembatasan gerak, sikap tindak yang meremehkan, mencemarkan, mengkambinghitamkan, mengancam, menakut-nakuti, mendiskriminasi, mengejek atau menertawakan anak, atau perilaku kasar lain atau penolakan. Anak korban Kekerasan terhadap Anak berupa kekerasan psikis sebagaimana dimaksud dapat diduga dengan ditemukannya riwayat kekerasan psikis, perubahan emosi dan perilaku serta terhambatnya perkembangan fungsi fisik mental dan sosial.

c. **Kekerasan Seksual** Kekerasan seksual merupakan pelibatan anak dalam kegiatan seksual, di mana ia sendiri tidak sepenuhnya memahami atau tidak mampu memberi persetujuan, yang ditandai dengan adanya aktivitas seksual antara anak dengan orang dewasa atau anak lain dengan tujuan untuk memberi kepuasan bagi orang tersebut. Anak korban Kekerasan terhadap Anak berupa kekerasan seksual sebagaimana dimaksud dapat diduga dengan ditemukannya riwayat dan/atau tanda penetrasi, persetubuhan, pengakuan adanya pelecehan seksual atau bentuk kekerasan seksual lainnya.

d. **Penelantaran** merupakan kegagalan dalam menyediakan segala sesuatu yang dibutuhkan untuk tumbuh kembang anak yang bukan disebabkan oleh karena keterbatasan sumber daya. Penelantaran anak sebagaimana dimaksud dapat berupa kegagalan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan, pendidikan, perkembangan emosional, nutrisi, rumah atau tempat bernaung, serta keadaan hidup yang aman dan layak. Anak korban Kekerasan terhadap Anak berupa penelantaran sebagaimana dimaksud dapat diduga dengan ditemukannya riwayat dan/atau tanda penelantaran.

Tabel 1. Perbandingan Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP) – Undang-undang Perlindungan Anak (UU PA) – Undang-undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (UU PKDRT)

Kategori	KUHP	UU PKDRT	UUPA
Kekerasan fisik	Penganiayaan	Kekerasan Fisik	Aborsi Kekerasan Fisik
Kekerasan seksual	Perkosaan Perbuatan cabul	Pemaksaan hubungan seksual	Persetubuhan paksa Perbuatan cabul Eksploitasi seksual
Kekerasan psikis	-	Kekerasan psikis	Memperlakukan Anak secara diskriminatif
Penelantaran	-	Penelantaran	Perlakukan salah dan Penelantaran
Lainnya	-	Kekerasan ekonomi	Penculikan, penjualan, dan/atau perdagangan Anak Pengabaian aspek budaya Perekrutan militer Eksploitasi ekonomi

Selain jenis-jenis kekerasan di atas, tenaga kesehatan juga wajib memahami mengenai **kekerasan ekonomi** karena ia tidak terpisah jauh dari tindakan penelantaran yakni berupa tindakan mendominasi, mengendalikan, atau menguasai perempuan yang menghilangkan hak ekonomi perempuan, menguasai rekening atau mengambil penghasilan, tidak memberikan gaji yang menjadi hak pekerja perempuan, melarang perempuan bekerja, hingga secara sengaja melakukan penelantaran ekonomi (misalnya melarang berkerja, dan kemudian tidak memenuhi kebutuhan dasar perempuan, sengaja tidak memenuhi kebutuhan anak sehingga ibu dari sang anak dapat dikendalikan). Termasuk pula tindakan yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan/atau melarang bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada dalam kendali orang tersebut.

Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO)

Perdagangan orang merupakan kejahatan kemanusiaan yang terjadi melalui serangkaian proses perekrutan, pengangkatan, penampungan, pengiriman, pemindahan atau penerimaan seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan atau posisi rentan, penjeratan utang atau memberi bayaran atau manfaat, sehingga memperoleh persetujuan dari orang yang memegang kendali atas orang lain tersebut, baik yang dilakukan di dalam negara maupun antar negara, untuk tujuan eksploitasi atau mengakibatkan orang tersebut tereksploitasi. Korban perdagangan orang adalah seseorang yang mengalami penderitaan psikis, mental, fisik, seksual, ekonomi, dan/atau sosial yang diakibatkan tidak perdagangan orang. Khusus apabila korbannya adalah anak, meskipun tidak memenuhi cara-cara tersebut di atas, sudah merupakan tindak pidana perdagangan orang. Pemerintah telah menerbitkan **Undang-undang no 21 tahun 2007 tentang Pemberantasan TPPO**. Peraturan ini mengatur pula mengenai penanganan kekerasan pada TPPO yang menggunakan pendekatan multidisiplin melibatkan berbagai sektor termasuk kesehatan dengan tugas utama melakukan rehabilitasi kesehatan bagi korban.

C. DAMPAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Kekerasan terhadap perempuan dan anak dapat menyebabkan dampak jangka pendek dan jangka panjang yang sangat serius, baik secara fisik maupun mental. Kesehatan reproduksi dapat terganggu dan pada kondisi tertentu dapat meningkatkan risiko HIV. Selain itu, kekerasan terhadap perempuan dan anak tidak hanya berdampak pada korban, namun berdampak luas pada keluarga dan masyarakat.

Dampak kekerasan pada anak akan berpengaruh pada tahap perkembangan, dan pada hubungan sosial serta interaksi dengan orang sekitar, seperti dengan keluarga, teman sebaya, guru di sekolah maupun teman kerja. Dampak kombinasi kekerasan fisik/seksual dengan kekerasan psikis dan penelantaran akan jauh lebih besar daripada kasus kekerasan fisik berat atau kekerasan seksual satu kali. Demikian pula kekerasan dengan lebih dari satu pelaku (misalnya ayah dan ibu) juga akan menimbulkan dampak yang lebih besar pada korban.

Anak korban kekerasan umumnya menunjukkan kepercayaan diri yang rendah, tidak menikmati hidup, dan tidak memiliki harapan masa depan. Hal ini dapat terbawa sampai dewasa sehingga menurunkan kualitas hidup. Berbagai penelitian juga menunjukkan hubungan kekerasan di masa kecil dengan kemungkinan menjadi korban kekerasan di masa dewasa dan kemungkinan untuk menjadi pelaku kekerasan serta kemungkinan untuk memiliki berbagai perilaku anti sosial pada saat remaja dan dewasa.

Anak sebagai korban juga memiliki potensi terjadinya berbagai masalah jangka panjang berupa disabilitas fisik dan mental, masalah kesehatan fisik, gangguan emosi dan perilaku, gangguan mental, kepercayaan diri rendah, merasa diri tidak berharga, kegagalan dalam pendidikan, gangguan tidur, PTSD, gangguan makan, potensi mencelakakan diri sendiri, penyalahgunaan obat dan alkohol, berubah menjadi pelaku, anti sosial, melakukan tindakan kriminal, hingga kematian.

C.1. Dampak fisik kekerasan terhadap perempuan dan anak

Dampak fisik kekerasan terhadap perempuan dan anak dapat berupa:

- Luka fisik pada tubuh yang dapat digolongkan luka ringan hingga berat, sampai luka yang menimbulkan kematian. Luka fisik juga dapat menimbulkan kecacatan.
- Pada kasus kekerasan seksual, selain luka yang dapat menyebabkan rasa sakit, perdarahan, juga dapat meningkatkan risiko terhadap kesakitan seperti gangguan ginekologis/ haid berat, Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV/AIDS, infeksi saluran kencing, dan gangguan saluran pencernaan.
- Trauma fisik pada kehamilan yang dapat menyebabkan abortus, kenaikan berat badan ibu tidak memadai, infeksi, anemia, berat badan lahir rendah (BBLR).
- Kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan dini akibat perkosaan yang dapat diikuti tindakan aborsi, atau komplikasi kehamilan termasuk sepsis, aborsi spontan atau kelahiran prematur.
- Penyakit psikosomatik.

Tabel 2. Dampak Fisik Kekerasan pada Perempuan dan Anak

Jangka pendek	Jangka panjang
Kekerasan fisik	
Luka-luka Memar Lecet Luka Bakar Luka terbuka Patah tulang Kerusakan organ Kematian	Kecacatan
Kekerasan seksual	
Luka lecet, memar, robek pada genital Kehamilan yang tidak diinginkan Abortus Infeksi (PMS, infeksi saluran kemih, radang panggul)	• Anemia • Berat badan lahir rendah (BBLR) • Gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin • Kenaikan berat badan ibu hamil tidak memadai • Penyakit psikosomatik
Penelantaran	
	Stunting

C.2. Dampak Psikis Kekerasan terhadap perempuan dan anak

Dampak psikis pada perempuan korban kekerasan bervariasi dari ringan hingga berat tergantung dari mekanisme pertahanan diri, ciri kepribadian, dan berbagai hal lainnya. Gangguan dapat berupa adanya percobaan bunuh diri; gangguan mental emosional, misalnya depresi, ketakutan dan cemas, rasa rendah diri, kelelahan kronis, sulit tidur, mimpi buruk; kurangnya kemampuan aktualisasi diri; ketidakmampuan untuk mengembangkan diri yang berakibat pada produktivitas.

Pada korban kekerasan seksual gejala yang muncul dapat berupa *Rape Trauma Syndrome* (RTS). RTS dapat bermanifestasi dalam bentuk somatis, kognitif, psikologis, dan/atau gejala perilaku yang terdiri dari 2 fase yaitu fase akut dan fase jangka panjang.

Fase akut terjadi segera setelah kejadian dan bertahan hingga 2-3 minggu sesudahnya. Pada fase ini biasanya korban mengalami reaksi emosional yang kuat namun korban dapat menunjukkan respons emosi yang berbeda, jadi ia dapat menangis atau tersenyum dan tertawa, atau sangat terkontrol, atau tampak datar. Emosi muncul sebagai kemarahan, rasa takut, atau kecemasan. Ada yang tampak cemas, syok, atau justru berperilaku seolah tidak ada apa-apa. Reaksi fase akut muncul akibat rasa takut terhadap kekerasan yang dialami serta takut akan kematian. Sesudah korban kembali merasa aman, maka dapat muncul gejala *mood swing*, perasaan malu, rasa bersalah, menyalahkan diri sendiri, rasa tak berdaya, marah, keinginan balas dendam, serta ketakutan adanya kekerasan lain.

Fase jangka panjang muncul 2-3 minggu sesudah kejadian. Saat ini, korban berusaha untuk mereorganisasi hidupnya. Proses ini dapat adaptif dapat pula mal adaptif. Tergantung dari umur korban, situasi dan kondisi terkait kekerasan, ciri kepribadian, serta dukungan lingkungan, reaksi pada fase ini dapat berbeda-beda antar individu. Ada korban yang memutuskan untuk pindah rumah, berganti nomor telepon, ada yang memutuskan untuk berkelana. Fobia juga biasanya muncul pada fase ini, takut sendirian, takut berada di keramaian tergantung dari tempat kejadian kekerasan seksual. Disfungsi seksual juga dapat terjadi pada saat ini. Perlu diingat bahwa pada korban lak-laki pun, gejala ini dapat muncul.

Dampak psikis pada anak korban kekerasan dapat berupa gangguan emosi atau perubahan perilaku seperti pendiam, menangis, menyendiri, dan agresif. Kejadian traumatik yang dialami anak akan mengakibatkan perubahan dalam kehidupan sehari-hari, misalnya mereka merasa takut, tidak nyaman, tidak aman, sedih dan marah, pendiam dan memalu, serta menarik diri dari lingkungannya. Sementara pada anak lain akan terjadi perubahan perilaku seperti memberontak, perilaku yang agresif atau perilaku yang berkaitan dengan seksualitas pada kasus kekerasan seksual. Gambaran perubahan emosi dan perilaku ini penting untuk diketahui sehingga dapat memberikan bantuan yang sesuai untuk anak. Bisa saja terjadi, pada anak lain, ia justru tidak menyadari dan atau tidak mengetahui bahwa apa yang terjadi adalah kekerasan, karena mereka terjebak dalam siklus kekerasan di mana ada keadaan yang dipersepsikan sebagai menyenangkan, dan telah menimbulkan ketergantungan dan

atau kebutuhan bagi korban. Pada beberapa kasus justru ditemukan adanya sikap menerima dan senang karena memperoleh tindakan kekerasan yang dipersepsikan sebagai kasih sayang, cinta dan perhatian. Anak korban kekerasan kerap ditempatkan pada dilema kognitif seolah-olah harus membalas budi, berterima kasih dan bersyukur atas apapun yang dilakukan oleh pelaku.

Anak adalah individu yang masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan dengan berbagai tahapannya. Kekerasan dapat menimbulkan dampak psikis berupa problem perilaku dan emosi pada anak berdasarkan pembagian usia dengan gambaran sebagai berikut:

1. Reaksi pada anak yang sangat kecil (2-5 tahun)

   Balita yang mengalami kejadian yang menimbulkan stres umumnya menjadi sangat takut terhadap hal-hal nyata yang terjadi di sekitarnya ataupun terhadap hal yang terjadi dalam bayangannya pasca kejadian. Ia akan bereaksi berlebihan terhadap hal-hal yang secara langsung maupun tidak langsung mengingatkan pada peristiwa traumatis yang dialaminya. Contoh, anak perempuan korban kekerasan seksual dapat menunjukkan rasa ketakutan yang berlebihan terhadap laki-laki yang berperawakan atau sebaya dengan pelaku. Anak-anak dapat pula menjadi takut dengan hal tidak nyata seperti "monster" atau "penjahat" yang akan mendatangi mereka.

   Balita masih sangat bergantung pada orang lain dalam mencari perlindungan dan keamanan. Mereka masih mempelajari makna perilaku atau tindakan orang lain terhadap dirinya, belum mampu mengerti peristiwa yang dialami. Perilaku kekerasan yang dialami dapat dimaknai sebagai hukuman dari perbuatan nakal atau kesalahan yang mereka lakukan. Hal ini akan menyebabkan perasaan bersalah yang mewujud dalam bentuk perubahan perilaku maupun emosi, antara lain:

   a. Cemas berlebih. Anak cenderung cengeng atau rewel bila ditinggal, bereaksi berlebihan serta menempel terus pada orang tua mereka karena takut, dan cenderung mengamuk bila ditinggalkan.
   b. Kemunduran perkembangan (perilaku regresif). Anak yang ceriwis menjadi pendiam atau bahkan tidak mau berbicara sama sekali, kembali mengompol, tidak dapat menahan ingin buang air besar, serta kembali menghisap jempol, atau adanya kemunduran dalam kemampuan berbicara.
   c. Ketakutan menghadapi orang asing, orang yang mirip dengan pelaku kekerasan jika ditinggal sendirian.
   d. Masalah tidur, mimpi buruk, mengigau, *sleep walking*, atau terjaga sepanjang malam.

2. Reaksi pada anak usia 6-12 tahun

Usia 6-12 tahun adalah usia sekolah, anak sudah mempunyai kemampuan kognitif dan verbal yang lebih baik dan sudah bisa mengingat kejadian dengan baik dan benar. Mereka sudah paham tentang kejadian yang tidak menyenangkan, namun belum memahami maknanya secara keseluruhan. Dengan kemampuan berpikirnya, anak juga lebih mudah merasa berdosa dan menyalahkan diri sendiri. Anak dalam kelompok usia ini memiliki fantasi, yang dapat ia gunakan untuk mengatasi masalah emosi terhadap peristiwa tidak menyenangkan yang ia alami. Anak ini berupaya melawan perasaan tidak berdaya dengan berfantasi ia mampu mencegah kejadian tersebut, namun pada saat yang sama, ia menyalahkan diri sendiri karena tidak dapat mencegahnya. Perubahan emosi dan perilaku yang terjadi dapat berupa:

a. Kesulitan berkonsentrasi. Dapat dilihat dari turunnya nilai di sekolah. Mudah menjadi gelisah dan tidak mampu menyelesaikan tugas sekolah yang berujung masalah kesulitan belajar.
b. Kecemasan. Mudah cemas, atau mudah tersinggung
c. Masalah makan, misalnya penurunan nafsu makan
d. Keluhan-keluhan fisik tanpa penyebab yang jelas
e. Agresivitas serta memiliki banyak keinginan, misalnya menjadi sangat kasar dan ribut pada saat bermain, atau bertingkah semaunya sendiri. Mereka tampak nakal seperti suka berteriak, menjerit atau merusak barang.
f. Menarik diri dan pasif, menjadi sangat pendiam. Mereka tidak mau mengungkapkan perasaan, tidak mau bermain.
g. Adanya tanda-tanda kesedihan atau mudah menangis
h. Bertingkah laku seperti anak yang lebih kecil dari usia, seperti kembali mengompol atau ingin tidur bersama orang tuanya lagi.

3. Reaksi pada anak usia 13 – 18 tahun

Pada masa remaja terjadi banyak perubahan secara baik fisik maupun emosional. Anak sudah memiliki kematangan berpikir, mampu mengambil kesimpulan, serta dapat memahami akibat jangka panjang dari suatu kejadian. Remaja umumnya berusaha mengatasi perasaan tidak nyaman dengan menceritakan kejadian yang dialami. Apabila ia tidak mampu bercerita, dapat timbul perilaku menyakiti diri sendiri, sebagai respons dari ketidakmampuan mengatasi rasa sakit, kecewa pada diri sendiri. Remaja korban kekerasan juga kerap merasa bersalah karena tidak mampu mengubah peristiwa yang sudah terjadi atau tidak berusaha mencegah.

Walaupun remaja sebetulnya belum memiliki kematangan emosional sebagaimana orang dewasa, ia sering kali mengambil peran sebagai orang dewasa

dalam menghadapi peristiwa kekerasan. Ia berusaha menyelesaikan masalah sendiri dan seolah tidak membutuhkan bantuan orang tua. Dalam menghadapi peristiwa kekerasan, dapat terjadi perubahan emosi dan perilaku sebagai upaya kompensasi dari perasaan marah dan kecewa terhadap ketidakberdayaan menghadapi kekerasan. Perubahan emosi dan perilaku pada remaja dapat berupa:

a. Tindakan yang merusak atau menyakiti dirinya sendiri.
b. Terlibat dalam perbuatan berisiko tinggi membahayakan diri seperti menggunakan obat-obatan atau zat terlarang.
c. Gejala depresi, seperti menjadi tertutup, sedih berkepanjangan, mudah tersinggung, menarik diri, kehilangan minat akan hobinya, penurunan konsentrasi belajar dan selalu berpikir bahwa hal buruk akan menimpa mereka lagi. Dalam kondisi depresi yang berat, dapat muncul keinginan untuk mengakhiri hidup atau adanya perilaku bunuh diri.
d. Kecemasan dalam bentuk kekhawatiran berlebihan terhadap sesuatu dan mungkin timbul keluhan-keluhan fisik tanpa adanya penyakit fisik yang jelas.
e. Gangguan tidur, dapat berupa kesulitan untuk tidur, sering terbangun saat tidur di malam hari, atau mengalami mimpi buruk.
f. Mengalami perasaan seolah-seolah kejadian kekerasan tersebut terulang kembali, dalam bentuk sering teringat-ingat kejadian tersebut.
g. Penurunan prestasi akademik karena berkurangnya konsentrasi dalam mengikuti pelajaran dan menurunnya semangat belajar.
h. Adanya perilaku menghindari hal-hal yang mengingatkannya akan kejadian traumatis.

Dampak psikis jangka panjang kekerasan pada anak berupa gangguan perkembangan kognitif, perkembangan emosi, serta perkembangan sosial.

Tabel 3. Dampak psikis jangka panjang Kekerasan pada anak

Kekerasan fisik	Kekerasan seksual	Kekerasan psikis
Perkembangan kognitif		
• Keterlambatan perkembangan kognitif • Keterlambatan perkembangan bahasa ekspresif • Pencapaian akademik kurang	• Keterlambatan perkembangan kognitif • Pencapaian akademik kurang • Gangguan konsentrasi	• Keterlambatan perkembangan kognitif • Pencapaian akademik kurang
Perkembangan emosi		
• Rasa rendah diri atau rasa percaya diri berlebihan • Masalah regulasi emosi: kontrol berlebihan atau kurang kontrol	• Cemas, takut, depresi, harga diri rendah, pemalu berlebihan • Regresi perkembangan emosi (pada balita) • Gejala disosiasi	• Depresi, harga diri rendah, pesimis terhadap masa depan • Emosi tidak stabil • Gangguan perilaku, kenakalan remaja, perilaku agresif • Gangguan perkembangan kepribadian
Perkembangan sosial		
• Takut berinteraksi atau agresif • Sikap kurang bersahabat • Keterampilan penyelesaian masalah interpersonal buruk	• Rasa tidak percaya pada orang lain • Perilaku seksual yang tidak sesuai	• Penarikan diri dari interaksi sosial • Pola interaksi tidak bersahabat • Kecenderungan menjadi pelaku

BAB III
PERAN TENAGA KESEHATAN DAN STANDAR PELAYANAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

A. PERAN TENAGA KESEHATAN PADA KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Pasal 21 dan 40 UNDANG-UNDANG no 23 tahun 2004 tentang penghapusan kekerasan dalam rumah tangga mengatur bahwa petugas kesehatan berperan dalam **memberikan pelayanan kesehatan** serta pada **proses pemulihan** korban. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada korban, tenaga kesehatan harus memeriksa kesehatan korban sesuai dengan standar profesinya dan membuat laporan tertulis hasil pemeriksaan terhadap korban dan *visum et repertum* atas permintaan penyidik kepolisian atau surat keterangan medis yang memiliki kekuatan hukum yang sama sebagai alat bukti. Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan di sarana kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat. Pada fase pemulihan, tenaga kesehatan wajib memeriksa korban sesuai dengan standar profesinya dan dalam hal korban memerlukan perawatan, tenaga kesehatan wajib memulihkan dan merehabilitasi kesehatan korban.

Pasal 59 UNDANG-UNDANG Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak mewajibkan Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan lembaga negara lainnya untuk memberikan Perlindungan Khusus kepada Anak

a. Anak dalam situasi darurat;
b. Anak yang berhadapan dengan hukum;
c. Anak dari kelompok minoritas dan terisolasi;
d. **Anak yang dieksploitasi secara ekonomi dan/atau seksual;**

e. Anak yang menjadi korban penyalahgunaan narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya;
f. Anak yang menjadi korban pornografi;
g. Anak dengan HIV/AIDS;
h. Anak korban penculikan, penjualan, dan/atau perdagangan;
i. **Anak korban Kekerasan fisik dan/atau psikis;**
j. **Anak korban kejahatan seksual;**
k. Anak korban jaringan terorisme;
l. Anak Penyandang Disabilitas;
m. **Anak korban perlakuan salah dan penelantaran**;
n. Anak dengan perilaku sosial menyimpang; dan
o. Anak yang menjadi korban stigmatisasi dari pelabelan terkait dengan kondisi Orang Tuanya.

Perlindungan Khusus bagi Anak sebagaimana dimaksud dalam pasal tersebut dilakukan melalui upaya:

a. penanganan yang cepat, termasuk pengobatan dan/atau rehabilitasi secara fisik, psikis, dan sosial, serta pencegahan penyakit dan gangguan kesehatan lainnya;
b. pendampingan psikososial pada saat pengobatan sampai pemulihan;
c. pemberian bantuan sosial bagi Anak yang berasal dari Keluarga tidak mampu; dan
d. pemberian perlindungan dan pendampingan pada setiap proses peradilan.

Maka terkait dengan tatalaksana medis dan medikolegal, kasus-kasus yang dapat ditangani adalah anak yang dieksploitasi secara seksual, korban kekerasan fisik dan/atau psikis; korban kejahatan seksual; dan anak korban perlakuan salah dan penelantaran.

Pasal 69 menyatakan bahwa perlindungan khusus bagi Anak korban Kekerasan fisik dan/atau psikis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf i dilakukan melalui upaya:

a. penyebarluasan dan sosialisasi ketentuan peraturan perundang-undangan yang melindungi Anak korban tindak Kekerasan; dan
b. pemantauan, pelaporan, dan pemberian sanksi.

Perlindungan Khusus bagi Anak korban kejahatan seksual sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf j dilakukan melalui upaya:

a. edukasi tentang kesehatan reproduksi, nilai agama, dan nilai kesusilaan;
b. rehabilitasi sosial;
c. pendampingan psikososial pada saat pengobatan sampai pemulihan; dan
d. pemberian perlindungan dan pendampingan pada setiap tingkat pemeriksaan mulai dari penyidikan, penuntutan, sampai dengan pemeriksaan di sidang pengadilan.

Artinya tenaga kesehatan berperan besar dalam kasus kekerasan terhadap anak mulai dari preventif, promotif, kuratif sampai fase rehabilitatif.

Tugas tenaga kesehatan terkait penanganan anak korban kekerasan dirinci dalam Peraturan Menteri Kesehatan 68/2013 tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan untuk memberikan Informasi atas Adanya Dugaan Kekerasan terhadap Anak, yaitu untuk:

1. memberikan pertolongan pertama,
2. memberi konseling awal,
3. menjelaskan kepada orang tua tentang keadaan anak dan dugaan penyebab serta mendiskusikan langkah-langkah ke depan,
4. melakukan rujukan apabila diperlukan,
5. memastikan keselamatan anak,
6. melakukan pencatatan lengkap dalam rekam medis serta
7. siap membuat *visum et repertum* jika diminta secara resmi, dan
8. memberikan informasi kepada kepolisian.

Undang-Undang no 21 tahun 2007 tentang TPPO mengatur bahwa tenaga kesehatan wajib memberikan rehabilitasi kesehatan dan memberikan pertolongan pertama paling lambat tujuh hari setelah permohonan diajukan.

Semua tenaga kesehatan yang terlibat di fasilitas layanan kesehatan yaitu tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterapian fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lainnya harus memahami penyebab, faktor risiko, dampak, serta prinsip penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, sehingga dalam proses penanganan di fasilitas layanan kesehatan pasien selalu

merasa aman dan terlindungi. Penanganan medis mengacu pada peran dan fungsi masing-masing yang telah ditetapkan sesuai standar kompetensi dan kewenangan yang telah ditetapkan sesuai aturan. Sesuai dengan aturan yang berlaku, maka yang berwenang melakukan pemeriksaan dalam rangka pembuatan *visum et repertum* adalah dokter forensik atau dokter. Apabila bidan/perawat mandiri mencurigai adanya kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak pada pasien yang ditemui, maka dapat memberikan edukasi terkait alur pelaporan dan pemeriksaan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak.

B. KEWAJIBAN PEMBERI LAYANAN KESEHATAN UNTUK MEMBERIKAN INFORMASI ATAS ADANYA DUGAAN KEKERASAN TERHADAP ANAK (PERATURAN MENTERI KESEHATAN 68 TAHUN 2013)

Peraturan Menteri Kesehatan ini dikeluarkan dengan tujuan untuk melindungi korban sekaligus melindungi rumah sakit dan tenaga kesehatan yang memberikan informasi. Sebagai dokter yang terikat dengan sumpah jabatan atas rahasia kedokteran, dokter mengalami kesulitan dalam pelaporan dugaan kasus kekerasan yang ditemui. Dokter umumnya dapat menduga atau mencurigai kemungkinan adanya kasus kekerasan. Dokter bukanlah seorang penyidik yang menjalankan fungsi investigasi, karena itu, Peraturan Menteri Kesehatan ini sangat membantu dalam hal perlindungan korban dan dokter.

Sesuai dengan pasal Peraturan Menteri Kesehatan ini, jika tenaga kesehatan mencurigai adanya kekerasan pada anak, maka fasilitas layanan kesehatan atau tenaga kesehatan wajib memberitahukan pada orang tua atau pendamping tentang kecurigaan tersebut dan memberikan anjuran untuk melapor. Apabila orang tua atau pendamping menolak, maka fasilitas layanan kesehatan atau tenaga kesehatan wajib sesegera mungkin memberikan informasi pada **kepolisian setempat**, umumnya unit PPA pada polres/polsek terdekat atau yang sesuai dengan TKP. Aturan mengenai proses pelaporan dapat diatur secara internal di Puskesmas atau Rumah sakit, apakah melalui departemen kedokteran forensik (jika ada), bagian registrasi, humas, atau keamanan.

Peraturan Menteri Kesehatan ini mengatur bahwa fasilitas layanan kesehatan atau tenaga kesehatan sebagai **pemberi informasi saja bukan saksi pelapor**, dan berhak atas perlindungan hukum. Berdasarkan informasi yang diberikan oleh fasilitas layanan kesehatan atau tenaga kesehatan, maka penyidik akan melakukan penyelidikan, yang bila kecurigaan tersebut terbukti akan diteruskan pada proses penyidikan.

Informasi yang diberikan minimal nama, umur, alamat korban selain identitas pemberi informasi dan waktu korban berobat, jika korban dirujuk, maka informasi tempat rujukan korban juga harus diberikan. Jika sudah terbina hubungan baik dengan unit PPA polres, tentu proses diskusi pemberian informasi dapat lebih terbuka. Pemberian informasi dapat dilakukan secara lisan maupun secara tertulis.

Lampiran Peraturan Menteri Kesehatan ini juga memberikan ciri-ciri kasus yang bisa dicurigai sebagai kasus kekerasan terhadap anak dan tata cara pemeriksaannya.

C. STANDAR PELAYANAN KESEHATAN KORBAN KEKERASAN PEREMPUAN DAN ANAK

C.1. Standar Pemeriksa

Pelayanan promotif dan preventif Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak dapat dilakukan di komunitas oleh tenaga kesehatan dari fasilitas layanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kuratif dan rehabilitatif harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan yang sesuai. Dokter yang dapat melakukan pemeriksaan terhadap perempuan dan anak korban kekerasan adalah dokter yang telah memiliki kompetensi dan kewenangan dalam melakukan pemeriksaan. Pada dasarnya, pemeriksaan dan tatalaksana medikolegal kasus-kasus kekerasan merupakan kompetensi dokter spesialis forensik, sedangkan pemeriksaan dan tatalaksana klinis sesuai dengan jenis trauma yang terjadi. Ada beberapa kompetensi yang juga diturunkan pada dokter. Berdasarkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia tahun 2012, untuk keterampilan di bidang ilmu kedokteran forensik, dokter memiliki kompetensi mandiri (kompetensi 4) untuk pemeriksaan dan penyusunan *visum et repertum* kasus pemeriksaan fisik akibat kekerasan tajam dan kekerasan tumpul, sedangkan untuk penanganan medikolegal kasus trauma kimia 3A (mampu membuat diagnosis klinik dan memberikan terapi pendahuluan pada keadaan yang bukan gawat darurat) dan kompetensi 2 (mampu membuat diagnosis klinik terhadap penyakit tersebut dan menentukan rujukan) untuk kasus trauma suhu. Artinya dokter dapat melakukan rujukan apabila diminta melakukan pemeriksaan tersebut.

Untuk kasus-kasus kekerasan seksual, keterampilan untuk pemeriksaan dan interpretasi kasus kekerasan seksual genitogenital ada pada level kompetensi 3 (dapat melakukan di bawah supervisi) demikian pula untuk pemeriksaan bercak mani dan sperma; sementara untuk pemeriksaan anus pada kasus sodomi, dokter dapat melakukan pemeriksaan secara mandiri (kompetensi 4).

Kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak membutuhkan penanganan yang komprehensif, untuk itu diperlukan kerjasama dalam penanganan dengan lintas program yang ada di puskesmas dan lintas keilmuan yang ada di Rumah Sakit. Bila fasilitas pelayanan kesehatan memiliki keterbatasan Sumber Daya Manusia dapat merujuk ke fasilitas yang lebih lengkap untuk pemeriksaan medis maupun medikolegal.

C. 2. Standar Ruang Pemeriksaan

Standar ruangan pemeriksaan korban ini adalah standar minimal yang harus tersedia untuk pemeriksaan korban kekerasan terhadap perempuan. Ruangan tidak harus ruangan khusus tersendiri, namun harus memenuhi syarat berikut.

Korban diperiksa dalam ruang tertutup dengan pencahayaan cukup dan suasana tenang, untuk mengutamakan privasi dan kenyamanan korban pada saat dilakukan pemeriksaan, sehingga korban akan keluar dari suasana duka dan ketakutannya, dan proses pemeriksaan akan lebih efektif dan pemeriksa dapat mengumpulkan lebih banyak bukti, juga untuk menjaga agar rahasia medis korban.

C.3. Standar Peralatan

Peralatan yang dimaksudkan di sini adalah peralatan standar minimal untuk penanganan medikolegal kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. Untuk penanganan klinis luka dan gejala klinis lainnya seperti penjahitan luka, pemasangan infus dan sebagainya sesuai dengan standar penanganan klinis kasus.

- Meja periksa dan kursi
- Tempat tidur
- Tempat tidur ginekologi
- Penerangan/pencahayaan yang terang
- Lampu sorot portabel
- Stetoskop
- Tensimeter dewasa dan anak
- Termometer
- Timbangan Badan
- Pengukur tinggi badan
- Meteran dan penggaris
- Snellen chart

- Penlight
- Oftalmoskop
- Otoskop
- Garputala
- Spekulum hidung, spekulum telinga, spekulum mata
- Cermin, kaca pembesar, kaca nasofaring
- Sudip lidah
- Mikroskop
- Palu refleks
- Gunting kuku
- Spekulum vagina
- Nierbaken
- Lampu floresens
- Selimut
- Kamera standar

Bahan Habis pakai

- Sarung tangan bedah
- Masker
- Rape kit
- Label
- Kertas alas
- Kapas lidi
- Sisir
- Gelas objek
- NaCl, alkohol, cairan antiseptik, cairan desinfektan,
- Kerokan kuku
- Amplop kertas
- Jarum suntik
- Tabung urin, Tabung darah, Tabung bilasan vagina
- Kateter
- Alat uji kehamilan

Peralatan penunjang kegiatan

- Mainan anak
- Boneka laki-laki dan perempuan
- Pembalut dan celana dalam anak dan dewasa

Daftar formulir

- Register Pelayanan Kesehatan Korban Tindak Kekerasan Terhadap Perempuan, Anak dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Fasilitas pelayanan kesehatan
- Rekam Medis
- Informed Consent / Informed Refusal
- *Visum et Repertum*
- Lembar Serah Terima Barang Bukti
- Surat Rujukan

BAB IV
PELAYANAN KESEHATAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Pelayanan kekerasan terhadap perempuan dan anak dapat dilakukan di Puskesmas dan di Rumah Sakit. Di Puskesmas dapat dilakukan identifikasi dan tatalaksana korban serta sosialisasi pencegahan dan penanganan. Pelayanan di Rumah Sakit dapat diakses 24 jam dan dilakukan secara komprehensif. Pelayanan dilakukan sesuai standar, semua tindakan terdokumentasi dan dilakukan kerja sama dengan jejaring.

A. PELAYANAN PROMOTIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Promosi kesehatan memegang peranan penting upaya penghapusan kekerasan terhadap perempuan dan anak, namun sering kali dilupakan. Penanganan kasus korban kekerasan lebih sering menjadi perhatian karena berbagai sebab. Promosi kesehatan mengenai kekerasan terhadap perempuan anak dimulai dari program pengenalan pada masyarakat apa yang dimaksud dengan kekerasan terhadap perempuan dan anak melalui edukasi pada masyarakat. Apabila masyarakat belum memahami apa yang digolongkan dalam kekerasan terhadap perempuan dan anak, tentu pencegahan, deteksi dini, serta penanganan kasus akan terhambat.

Peran tenaga kesehatan dalam melakukan edukasi berkesinambungan dalam program terstruktur di fasilitas pelayanan kesehatan menjadi satu keniscayaan dalam kegiatan penghapusan kekerasan terhadap perempuan dan anak. Pembuatan poster, video edukasi serta pemanfaatan sosial media bisa menjadi salah satu kegiatan yang dilakukan dalam promosi kesehatan terkait penghapusan kekerasan terhadap perempuan dan anak. Kegiatan promotif dapat dilakukan terintegrasi dengan program

yang sudah ada di puskesmas seperti PKPR, UKS, MTBS, SDIDTK, program HIV dan penyakit menular, serta program-program lainnya. Kegiatan dapat berupa edukasi mengenai Kekerasan terhadap perempuan dan Anak kepada siswa serta orang tua siswa dari tingkat PAUD hingga SMA.

Pelibatan semua pemangku kebijakan di masyarakat berperan penting dalam mempromosikan gerakan penghapusan kekerasan terhadap perempuan dan anak. Libatkan anak, para orang tua, para ahli, tokoh masyarakat, tokoh agama, serta komunitas terkait seperti sekolah, karang taruna, rukun tetangga, serta RPTRA. Pemberdayaan dokter kecil di sekolah juga dapat dilakukan pada batas tertentu. Pendidikan seks yang tepat sejak usia dini juga dapat menjadi faktor yang dapat mencegah terjadinya kekerasan seksual di kemudian hari. Peningkatan keterampilan sosial kecakapan hidup di sekolah juga diharapkan dapat mencegah terjadinya kekerasan.

Permasalahan korban yang tidak mau lapor dengan berbagai sebab yang diungkapkan di atas, ketidaktahuan tenaga kesehatan mengenai hak-hak korban serta alur yang dapat dilalui korban juga dapat diatasi dengan program promosi kesehatan, baik melalui edukasi berkelanjutan, diskusi intensif, maupun program kunjungan rumah untuk membangun pemahaman agar korban dapat berdaya, tidak takut, tidak malu, berani melapor, juga bagi masyarakat agar mampu mencegah terjadinya kekerasan di lingkungan masing-masing.

B. PELAYANAN PREVENTIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Usaha pencegahan primer yaitu menghentikan terjadinya kekerasan tentu menjadi target utama yang kita harapkan. Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengukur efektivitas berbagai program pencegahan dan deteksi dini. Di negara maju, intervensi berupa advokasi dan konseling menunjukkan peningkatan akses terhadap layanan bagi penyintas kekerasan terhadap perempuan dan anak dan dianggap efektif dalam menurunkan angka kekerasan. Program kunjungan rumah yang melibatkan tenaga kesehatan dan perawat terlatih juga menunjukkan hasil yang baik dalam mengurangi angka kekerasan dalam rumah tangga di negara maju. Di negara berkembang, strategi pencegahan yang telah diteliti dan dinyatakan efektif adalah pemberdayaan perempuan secara ekonomi dan sosial. Pemberdayaan tersebut memberikan dampak baik bila dilaksanakan bersamaan dengan pelatihan terkait kesetaraan gender, kemampuan komunikasi dengan pasangan dan lingkungan. Di Indonesia berbagai program nasional pemberdayaan perempuan telah dilakukan dengan melibatkan berbagai

kementerian terkait seperti Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial. Juga melibatkan Badan Nasional Penanggulangan Bencana untuk program-program di daerah terdampak bencana dan daerah konflik.

Untuk mendapatkan hasil yang dapat bertahan dan berkelangsungan hal ini perlu didukung oleh peraturan perundang-undangan dan pemantauan pelaksanaan kesetaraan gender melalui penghapusan diskriminasi terhadap perempuan dalam perkawinan, kepemilikan, kesetaraan dalam sistem penggajian, serta perlunya rencana dan strategi nasional untuk menatalaksana kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. Indonesia sudah cukup maju dengan telah meratifikasi aturan WHO tentang kesetaraan gender serta perlindungan anak, telah diundangkannya aturan mengenai Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga, dan Perlindungan Anak. Langkah selanjutnya adalah pemantauan pelaksanaan undang-undang dalam keseharian bernegara.

Penanggulangan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak sejatinya adalah proses multi sektoral. Sektor kesehatan memegang peran sangat penting dalam menanggulangi kekerasan terhadap perempuan dan anak diantaranya dengan mengadvokasi toleransi nol terhadap kekerasan terhadap perempuan dan anak, memberikan layanan kesehatan yang komprehensif, sensitif gender; memberikan pelatihan pada seluruh tenaga kesehatan untuk dapat memberikan respons yang tepat bagi para korban. Tenaga kesehatan juga berperan dalam mencegah terulangnya kekerasan melalui deteksi dini kasus kekerasan dengan memberikan layanan rujukan dan dukungan yang tepat. Sektor kesehatan wajib memberikan edukasi kesetaraan gender sebagai bagian dari keterampilan hidup serta memberikan edukasi kesehatan reproduksi sejak dini hingga dewasa. Sektor kesehatan juga harus dapat memberikan data penelitian terhadap evaluasi kinerja kesehatan di bidang kekerasan terhadap perempuan dan anak seperti data demografi dan survei kesehatan yang dapat mendukung program berkelanjutan untuk mengentaskan kekerasan terhadap perempuan dan anak.

C. PELAYANAN KURATIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Pelayanan Kuratif kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak harus dengan cepat, tepat, dan efektif. Tenaga kesehatan di puskesmas dan di rumah sakit harus mampu mendeteksi kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak serta menetapkan

status klinis korban (gawat darurat medik, darurat medik, dan medik spesialistik), melakukan tindakan medik praktis terhadap kekerasan fisik, seksual, dan mental sesuai fasilitas dan kompetensi yang dimilikinya, menyusun rencana tindak lanjut termasuk pemeriksaan penunjang yang mengacu *Standard Operational Procedure (SOP)* yang ada. Penatalaksanaan korban kekerasan terhadap perempuan terdiri dari 3 aspek:

1. aspek medis,
2. aspek medikolegal, dan
3. aspek psikososial.

Pelayanan medis adalah pelayanan yang diterima seseorang dalam hubungannya dengan pencegahan, diagnosis, dan pengobatan gangguan kesehatan tertentu. Pelayanan medikolegal adalah pelayanan yang berpusat pada pelayanan medis terkait hukum. Pelayanan psikososial berupa asesmen psikologis awal untuk mendiagnosis kemungkinan adanya gangguan psikis serta konseling untuk mengurangi beban psikis korban. Pelayanan psikoterapi adalah salah satu metode penanganan yang umum dilakukan untuk menangani berbagai masalah kejiwaan.

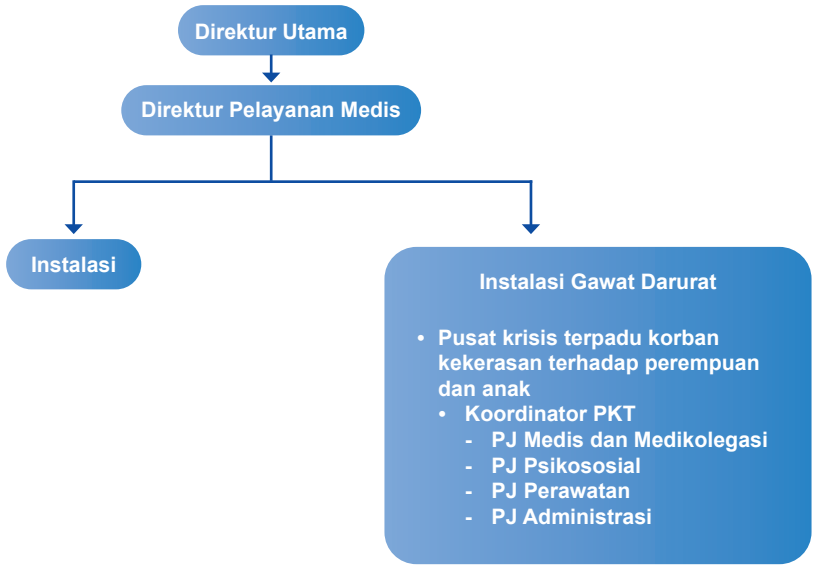
Tim Inti Pusat Pelayanan Krisis Terpadu yang ideal terdiri dari dokter spesialis Kedokteran jiwa, dokter spesialis Kebidanan dan kandungan, dokter spesialis Ilmu Kesehatan Anak, dokter spesialis kedokteran forensik dan medikolegal, dokter spesialis Ilmu Penyakit Dalam, dokter spesialis bedah, perawat, psikolog, dan pekerja sosial. Tim ini didukung oleh tim penunjang yaitu para spesialis dari radiologi, mikrobiologi klinik, patologi Anatomi, Patologi Klinik, rehabilitasi Medik, dan Gizi.

Apabila Fasilitas layanan kesehatan tidak memiliki Pusat Pelayanan Terpadu, maka layanan komprehensif masih tetap dapat dilakukan melalui mekanisme rujukan internal dengan memperhatikan prinsip pemeriksaan terutama untuk menghindari terjadinya *secondary rape*. Fasilitas layanan kesehatan juga dapat melakukan rujukan eksternal apabila tidak memiliki layanan yang dibutuhkan oleh korban.

Pada prinsipnya, pelayanan medis pada kasus kekerasan fisik meliputi penanganan kegawatdaruratan, penanganan luka termasuk bila diperlukan pemeriksaan penunjang dan perawatan, serta pembuatan *visum et repertum* dalam satu rangkaian. Pelayanan medis pada kasus kekerasan seksual serupa dengan kasus kekerasan fisik, ditambah dengan pemeriksaan dan pencegahan kehamilan jika perlu, pemeriksaan ke arah Infeksi Menular Seksual, HIV/AIDS. Apabila ada dugaan kehamilan dan keinginan untuk

melakukan tindakan pengguguran kandungan, maka fasilitas layanan kesehatan dapat melakukan penanganan sesuai dengan PP Nomor 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi. Pelayanan medis pada kasus kekerasan emosional dapat berupa penanganan kegawatdaruratan psikiatri jika ada gejala, pemeriksaan awal psikiatri, pelayanan konseling awal yang dilanjutkan dengan perencanaan untuk konseling lanjutan sebagai bagian dari rehabilitasi.

Secara struktur organisasi Pusat Krisis Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak berada di bawah Instalasi Gawat Darurat, di bawah pembinaan dan pengawasan Direktur Pelayanan Medik.



D. PELAYANAN REHABILITATIF KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Seperti halnya penanganan promotif, preventif, maupun kuratif, pelayanan rehabilitatif korban kekerasan terhadap perempuan dan anak juga memerlukan penanganan komprehensif yang melibatkan berbagai unsur. Pelayanan rehabilitatif ditujukan dalam rangka pemulihan hak-hak korban dalam berbagai bentuk termasuk

pemulihan kesehatan. Sesuai amanat undang-undang perlindungan anak, Undang-Undang Penghapusan KDRT, dan Undang-Undang TPPO, tenaga kesehatan wajib memberikan layanan rehabilitasi bagi korban kekerasan yang disebutkan dalam undang-undang tersebut. Aturan-aturan tersebut mengatur bahwa layanan kesehatan yang diberikan dapat berupa layanan perawatan medis serta pelayanan konseling. Layanan perawatan dan konseling diberikan sesuai dengan gangguan medis yang dialami. Apabila korban menderita penyakit terkait kekerasan yang dialami, maka dapat dilakukan tatalaksana lanjutan sesuai penyakit tersebut. Demikian pula apabila korban mengalami gangguan psikologis/psikiatris, maka dapat mendapatkan layanan kesehatan lanjutan yang sesuai.

E. PELAYANAN MEDIKOLEGAL KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Pelayanan medikolegal pada kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak meliputi pemeriksaan dalam rangka pembuatan surat keterangan ahli, baik berupa *visum et repertum* maupun surat keterangan medis. Termasuk di dalamnya adalah kewajiban untuk memberikan informasi jika ada dugaan kekerasan terhadap anak, yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 68 tahun 2013. Jika pelaku ternyata masih anak-anak (di bawah 18 tahun), maka proses hukum mengikuti Undang-undang Peradilan Anak nomor 11 tahun 2012.

Selain layanan pemeriksaan terhadap korban, jenis pelayanan medikolegal lainnya yang sering dimintakan oleh korban, penyidik maupun jaksa adalah layanan konsultasi medikolegal seperti permintaan *second opinion* terhadap *visum et repertum*, permintaan saksi ahli banding terhadap *visum et repertum*, atau permintaan analisis medikolegal terhadap kasus secara keseluruhan. Pelayanan rujukan kasus kekerasan terdapat perempuan dan anak ke jejaring seperti rujukan advokasi hukum, rumah aman dan rujukan lainnya terkait kasus kekerasan juga merupakan bagian dari layanan medikolegal.

Proses Pelayanan Medikolegal adalah sebagai berikut:

1. Korban datang ke polisi atau langsung ke IGD/poliklinik Puskesmas atau Rumah Sakit. Jika korban datang ke polisi terlebih dahulu, polisi akan membuatkan surat permintaan visum (SPV) ke Puskesmas atau Rumah Sakit.
2. Bila SPV dari polisi sudah ada, maka dokter akan melakukan pemeriksaan untuk pembuatan *visum et repertum,* selanjutnya *visum et repertum* akan diserahkan kepada penyidik.

3. Bila SPV belum ada, maka dapat dibuatkan surat keterangan dokter berdasarkan permintaan tertulis dari korban/keluarga. Korban disarankan untuk melapor ke pihak yang berwajib. Apabila SPV sudah didapatkan, maka dokter dapat membuatkan *visum et repertum*.
4. Apabila tenaga kesehatan di Puskesmas yang mendeteksi adanya Kekerasan terhadap perempuan dan anak pada pasien, maka dokter dapat menyarankan korban untuk melaporkan kasusnya (deteksi dini dan alur lengkap dapat dilihat pada bab selanjutnya dari buku ini).
5. Khusus untuk kasus Kekerasan terhadap Anak, apabila korban/keluarga/pendamping menolak untuk melakukan pelaporan, maka tenaga kesehatan wajib memberikan informasi kepada kepolisian sesegera mungkin sesuai Peraturan Menteri Kesehatan 68/2013 (alur lengkap dapat dilihat pada bab selanjutnya pada buku ini).
6. Rekam medis kekerasan terhadap perempuan dan anak dibuat selengkap mungkin sebagai dokumen di fasilitas pelayanan kesehatan karena akan digunakan sebagai pengganti barang bukti pada kasus dugaan terkait tindak pidana.
7. Rujukan ke fasilitas rujukan yang memiliki fasilitas medis dan/atau medikolegal, serta rujukan nonmedis apabila diperlukan.

E.1. *Visum et Repertum*

Visum et repertum adalah laporan tertulis yang dibuat oleh **dokter** atas permintaan penyidik, memuat hasil pemeriksaan kedokteran forensik terhadap benda bukti (baik berupa korban hidup maupun korban mati) untuk kepentingan peradilan. Dasar hukum penyusunan *visum et repertum* adalah Pasal 133 KUHAP ayat 1, Pasal 120 KUHAP, dan pasal 179 KUHAP ayat 1.

Pasal 133 ayat 1 berbunyi Dalam hal penyidik untuk kepentingan peradilan menangani seorang korban baik luka, keracunan ataupun mati yang diduga karena peristiwa yang merupakan tindak pidana, ia berwenang mengajukan permintaan keterangan ahli kepada ahli kedokteran kehakiman atau dokter dan atau ahli lainnya. Pasal 120 ayat 1, berbunyi dalam hal penyidik menganggap perlu, ia dapat minta pendapat orang ahli atau orang yang memiliki keahlian khusus. Pasal 120 ayat 2, berbunyi, ahli tersebut mengangkat sumpah atau mengucapkan janji di muka penyidik bahwa ia akan memberi keterangan menurut pengetahuannya yang sebaik-baiknya kecuali bila disebabkan karena harkat serta martabat, pekerjaan atau jabatannya yang mewajibkan ia menyimpan rahasia dapat menolak untuk memberikan keterangan yang diminta. Pasal 179 ayat 1 berbunyi, setiap orang yang diminta pendapatnya sebagai

ahli kedokteran kehakiman atau dokter atau ahli lainnya wajib memberikan keterangan ahli demi keadilan. Keterangan ahli dapat diberikan secara lisan di depan persidangan sesuai KUHAP Pasal 186, dan pada masa penyidikan dalam bentuk laporan penyidik, dapat pula dalam bentuk keterangan tertulis di dalam bentuk surat (pasal 187 KUHAP).

Atas dasar pasal 133 KUHAP bahwa yang meminta pemeriksaan adalah penyidik, maka *visum et repertum* diserahkan pada penyidik dan bukan pada pasien. Jika aturan RS memungkinkan maka pasien dapat menerima resume medis sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit. Menurut pasal 6 (1) KUHAP, yang dimaksud penyidik adalah Pejabat Polisi Negara Republik Indonesia dan Pejabat Pegawai Negeri Sipil tertentu yang diberi wewenang khusus oleh undang-undang.

Sanksi hukum apabila menolak membuat *visum et repertum* menurut pasal 216 KUHP adalah: Barang siapa dengan sengaja tidak menuruti perintah atau permintaan yang dilakukan menurut undang-undang oleh pejabat yang tugasnya mengawasi sesuatu, atau oleh pejabat berdasarkan tugasnya, demikian pula yang diberi kuasa untuk mengusut atau memeriksa tindak pidana; demikian pula barang siapa dengan sengaja mencegah menghalangi atau menggagalkan tindakan guna menjalankan ketentuan, diancam dengan pidana penjara paling lama empat bulan dua minggu atau denda paling banyak sembilan ribu rupiah.

Format *Visum et Repertum* terdiri dari 5 bagian yaitu:

1. Projustitia
2. Pendahuluan
3. Pemberitaan
4. Kesimpulan
5. Penutup

Bagian pendahuluan merupakan uraian tentang identitas peminta pemeriksaan, pemeriksa, serta identitas korban. Termasuk di dalamnya tempat dan waktu pemeriksaan.

Bagian Hasil Pemeriksaan memuat semua hasil pemeriksaan terhadap korban yang dituliskan secara sistematik, jelas, dan menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh semua orang.

Bagian Kesimpulan berisi interpretasi pemeriksa terhadap hasil pemeriksaan yang telah dilakukan berdasarkan keilmuan/keahliannya. Pada visum korban hidup korban

penganiayaan berisi setidaknya jenis perlukaan atau cedera, penyebab, serta derajat luka.

Bagian Penutup merupakan uraian kalimat penutup yang menyatakan bahwa *visum et repertum* dibuat dengan sebenarnya, berdasarkan keilmuan serta mengingat sumpah dan sesuai dengan KUHAP.

E.2. *Visum et repertum Psikiatrikum*

Selain *visum et repertum* yang memuat tentang keadaan fisik, saat ini telah dikeluarkan pula aturan mengenai *Visum et Repertum Psikiatrikum* yang disingkat VeRP, yaitu keterangan dokter spesialis kedokteran jiwa yang berbentuk surat sebagai hasil pemeriksaan kesehatan jiwa pada seseorang di fasilitas pelayanan kesehatan untuk kepentingan penegakan hukum. Sesuai Peraturan Menteri kesehatan nomor 77 tahun 2015 bahwa pemeriksaan kesehatan jiwa adalah serangkaian kegiatan dari pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan untuk menilai kondisi kesehatan jiwa seseorang. Pemeriksaan kesehatan jiwa untuk penegakan hukum perkara pidana harus diselenggarakan di rumah sakit pemerintah, pemerintah daerah atau swasta. Fasilitas pelayanan kesehatan harus memenuhi persyaratan yaitu memiliki Dokter spesialis kesehatan jiwa; Tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan; 1 (satu) ruang perawatan dengan tingkat keamanan yang memenuhi standar; *Closed circuit television* (CCTV); Perlengkapan audio; Instrument pemeriksaan psikometri yang telah direkomendasikan oleh organisasi profesi; dan pengamanan dan perlindungan diri bagi tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan.

Pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan penegakan hukum dilakukan oleh tim pemeriksa yang diketuai oleh dokter spesialis kedokteran jiwa, tim pemeriksa paling sedikit berjumlah 3 (tiga) orang terdiri dari atas dokter spesialis kedokteran jiwa dan tenaga kesehatan lainnya (dokter umum, psikologi klinik, perawat, dan/atau tenaga lain sesuai kebutuhan).

Pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan penegakan hukum perkara pidana hanya dapat dilaksanakan atas dasar surat permohonan resmi dari intansi Kepolisian; Kejaksaan; Pengadilan; atau Lembaga negara penegak hukum lainnya yang ditetapkan undang-undang. Kegiatan pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan penegakan hukum meliputi Wawancara klinis psikiatrik; Pemeriksaan dan observasi psikiatrik; Pemeriksaan psikometrik; Pemeriksaan fisik dan penunjang sesuai indikasi; Analisis medikolegal; dan Penyusunan VeRP.

Contoh *Visum et Repertum*



RS Kabupaten Tangerang

Tangerang, 11 September 2009

VISUM ET REPERTUM

Yang bertandatangan di bawah ini, dr. Hermawan Saleng, SpF, dokter pada Rumah Sakit Kabupaten Tangerang, atas permintaan dari Kepala Kepolisian Sektor Kabupaten Tangerang dengan surat tanggal 11 September 2009 nomor [illegible] perihal [illegible], telah melakukan pemeriksaan kedokteran forensik dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut:

Nama : [illegible]
Umur : [illegible]
Jenis Kelamin : [illegible]
Agama : [illegible]
Pekerjaan : [illegible]
Kebangsaan : [illegible]
Alamat : [illegible]

HASIL PEMERIKSAAN

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
   a. [illegible]
   b. [illegible]
   c. [illegible]
4. [illegible]

KESIMPULAN

[illegible]

Demikian [illegible] dengan [illegible] dan [illegible].

Dokter Pemeriksa,

Dr. Hermawan Saleng, SpF

BAB V
DETEKSI DINI DAN TATALAKSANA KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

Tenaga kesehatan dituntut untuk memiliki sensitivitas gender dan mampu mengenali serta menatalaksana kasus kekerasan terhadap perempuan. Peran tenaga kesehatan dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak adalah mengenali, menangani kasus, menerima rujukan kasus, dan merujuk kasus serta memberikan informasi atas adanya dugaan terhadap kekerasan terhadap anak.

Korban kekerasan dapat datang sendiri ke fasilitas kesehatan maupun diantar oleh keluarga, LSM, atau polisi. Selain itu, korban juga dapat didatangi petugas kesehatan berdasarkan laporan dari masyarakat. Penyebab korban datang pada umumnya karena cedera fisik dan psikis akibat berbagai perlakuan kekerasan yang dialami. Tenaga kesehatan harus cepat tanggap melakukan pemeriksaan dan menangani kasus secara tepat sesuai langkah penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak yang dikenal sebagai R.A.D.A.R.

Recognize	**KENALI** kemungkinan kekerasan
Ask & Listen	**TANYA** secara langsung kemungkinan adanya kekerasan dan **DENGARKAN** dengan empati
Discuss options	**DISKUSIKAN** berbagai **PILIHAN** yang bisa diambil oleh korban, termasuk soal pelaporan
Asses Danger	**NILAI** kemungkinan adanya **BAHAYA** dengan diketahuinya kasus kekerasan tersebut
Refer to other group that could provide assistance	**RUJUK** ke lembaga yang bisa membantu lebih jauh

A. DETEKSI DINI KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Deteksi Dini kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak adalah upaya yang dilakukan agar ada tidaknya kekerasan dapat diketahui segera, atau pun untuk mengetahui adanya potensi terjadinya kekerasan sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan. Apabila setelah dilakukan skrining ditemukan dugaan terjadinya kekerasan maka dapat dilakukan penanganan segera berupa pengamanan korban, konseling atau wawancara, pencatatan dan pelaporan, mempersiapkan rujukan serta mendampingi korban hingga mendapatkan penanganan lebih lanjut sesuai dengan prinsip RADAR.

Deteksi dini tindakan KDRT dapat digolongkan sebagai salah satu bentuk tindakan preventif untuk mencegah terjadinya KDRT melalui tindakan surveilans, skrining, pemantauan melalui survei, dan pengkajian laporan-laporan pencatatan dari masyarakat dan polisi. Alat skrining yang sudah diuji coba dan divalidasi di Indonesia untuk KDRT adalah WAST (*Woman Abuse Screening Tool*). Sedangkan untuk kekerasan pada anak, penggunaan deteksi dini dilakukan menggunakan Klasifikasi Adams edisi yang sudah diperbaharui (*update* 2018) .

Temuan berikut dapat membawa tenaga kesehatan pada kecurigaan adanya kekerasan terhadap perempuan dan anak baik kekerasan fisik, seksual, atau psikis antara lain:

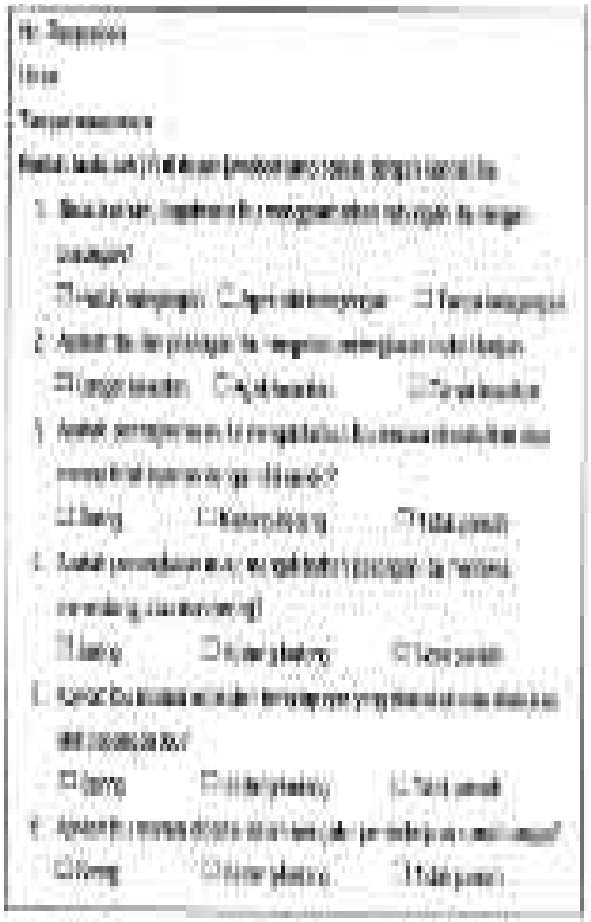
- Pada saat anamnesis, pengantar lebih dominan dalam memberikan penjelasan dibanding dengan pasien/korban.
- Adanya ketidaksesuaian yang muncul antara hasil anamnesis dengan temuan medis.
    - Orangtua/pengasuh tidak melaporkan atau mengeluhkan trauma yang ada pada anak.
    - Orangtua yang tidak memberikan perhatian atau kepedulian yang sesuai dengan derajat beratnya trauma yang terjadi pada anak.
    - Orangtua/pengasuh tidak tahu atau tidak jelas dalam menceritakan riwayat terjadinya trauma.
    - Riwayat kecelakaan yang tidak cocok dengan jenis atau beratnya trauma.
    - Terdapat rentang waktu yang lama antara terjadinya trauma sampai dibawa ke petugas kesehatan.

- Riwayat terjadinya trauma berubah-ubah atau berbeda, atau bertentangan, apabila diceritakan kepada petugas kesehatan yang berbeda.

- Korban datang dengan luka yang cukup serius, namun ada jeda waktu yang cukup lama antara kejadian dengan saat berobat.
- Adanya luka yang tidak dapat dijelaskan dengan baik penyebab dan kronologisnya, atau jawaban tidak konsisten dalam menerangkan latar belakang kejadian.
- Luka di daerah yang tertutup pakaian seperti punggung, lengan atas. Atau luka-luka di daerah leher, dada payudara, bawah perut dan sekitar kemaluan.
- Luka-luka di berbagai tempat dengan umur luka yang berbeda-beda. Luka dengan gambaran khas sesuai jari tangan, tali atau kabel, kepalan, ikat pinggang bahkan gigi orang dewasa.
- Patah tulang pada anak usia di bawah tiga tahun, patah tulang baru dan lama (dalam penyembuhan) yang ditemukan bersamaan, patah tulang ganda, patah tulang bentuk spiral pada tulang-tulang panjang lengan dan tungkai, patah tulang pada kepala, rahang dan hidung, serta patahnya gigi.
- Luka bakar akibat sundutan rokok, luka bakar pada tangan, kaki, atau bokong akibat kontak dengan benda panas, bentuk luka yang khas sesuai dengan bentuk benda panas yang dipakai untuk menimbulkan luka tersebut.
- Cedera pada kepala, seperti perdarahan (hematoma) subkutan atau subdural, yang dapat dilihat pada foto rontgen, bercak/area kebotakan akibat tertariknya rambut, baik yang baru atau berulang.
- Datang berobat berkali-kali dengan keluhan relatif ringan (sakit kepala, nyeri perut, atau pegal-pegal) yang tidak jelas penyebabnya, Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan.
- Ditemukan gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD).
- Sakit kronis dengan sebab yang kurang jelas.
- Ditemukan reaksi konversi (*hysterical reaction*), kejang yang bukan diakibatkan gangguan fungsi organ.
- Mengalami infeksi menular seksual.
- Kehamilan yang tidak diinginkan.
- Ketidaknyamanan ketika membicarakan hubungan dalam rumah tangga.
- Percobaan Bunuh diri.

Formulir *Women Abuse Screening Tools* (WAST) telah divalidasi penggunaannya di Indonesia. Paling tidak formulir ini dapat membantu dalam mendeteksi adanya kemungkinan kekerasan terhadap perempuan. Formulir ini memuat beberapa pertanyaan dengan pilihan jawaban. Satu pernyataan positif (dijawab sering atau kadang-kadang) mengindikasikan adanya kekerasan. Jika korban diperiksa di fasilitas layanan kesehatan yang tidak memiliki tenaga terlatih dan prasarana pemeriksaan, maka tenaga kesehatan dapat merujuk korban pada fasilitas layanan kesehatan yang memiliki tenaga terlatih serta sarana yang memadai. **Skrining WAST ini disarankan dilakukan hanya pada kasus yang dicurigai sebagai kasus kekerasan terhadap perempuan, tidak direkomendasikan untuk dilakukan pada semua perempuan yang datang ke fasilitas kesehatan.**

Contoh Formulir WAST



Skrining kekerasan dan penelantaran anak secara umum dapat dicurigai dengan menemukan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Adanya perubahan tingkah laku dan performa di sekolah.
2. Tidak mendapat perhatian dari orangtua terhadap masalah fisik dan kesehatannya.
3. Adanya gangguan belajar.
4. Gelisah dan cemas dalam perilaku sehari-hari.
5. Tidak adanya perhatian dari orang dewasa lainnya.
6. Sikapnya pasif, menarik diri.
7. Datang ke sekolah terlalu pagi, dan terlambat untuk pulang ke rumah.

Secara umum pada orangtua pelaku kekerasan dapat dijumpai perilaku:

1. Kurangnya perhatian terhadap anak.
2. Menyalahkan anak terhadap masalah yang timbul baik di sekolah maupun di rumah.
3. Menyarankan guru untuk menghukum anak secara fisik bila anak mengalami masalah.
4. Menganggap anak selalu salah, buruk, dan bermasalah.
5. Tidak memberikan kebutuhan anak secara penuh, baik perhatian, kebutuhan fisik dan emosi.

Tanda dan gejala kecurigaan adanya penelantaran:

1. Gagal tumbuh secara fisik dan mental.
2. Malnutrisi tanpa dasar organik yang jelas.
3. Adanya luka atau penyakit yang dibiarkan/ tidak diobati.
4. Penampilan yang kotor dan bau.
5. Tidak menggunakan pakaian yang memadai.
6. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan perawatan kesehatan, gigi, dan imunisasi.
7. Tingginya angka absensi sekolah.
8. Tindakan mencuri uang atau makanan.
9. Mengkonsumsi alkohol dan obat-obatan.
10. Tidak ada orang yang mengasuh / merawat anak di rumah.

Sistem klasifikasi Adams (2018)

Bagian I Temuan Fisik

A. Temuan yang ditemukan pada bayi baru lahir atau umum ditemui pada anak yang tidak mengalami kekerasan

Varian normal

1. variasi normal selaput dara
   a. Anular
   b. Bulan sabit
   c. Hymen imperforata
   d. Hymen mikroperforata
   e. Hymen septal Hymen
   f. Redundant Hymen
   g. Hymen dengan jumbai kulit
   h. Hymen dengan tonjolan/penebalan pada tepi
   i. Takik atau belahan hymen di atas arah jam 3 dan 9
   j. Takik atau belahan hymen di bawah arah jam 3 dan 9 yang tidak sampai ke dasar
   k. Tepi posterior hymen yang halus sehingga seolah-olah liang besar
2. Garis (*bands*) peri-uretral atau vestibuler
3. Tonjolan *(ridges atau columns*) intravagina
4. Tonjolan (*ridges*) pada bagian luar selaput dara
5. Diastasis ani
6. Jumbai kulit (*skin tag*) perianal
7. hiperpigmentasi labia minora atau jaringan perianal pada orang dengan kulit berwarna
8. Pelebaran muara uretra
9. Gambaran anatomis garis tengah normal
   a. alur pada fossa, tampak pada masa remaja
   b. Kegagalan fusi di garis tengah (*perianal groove*)
   c. median raphe (sering keliru dengan jaringan parut)
   d. Linea vestibularis
10. Gambaran bertakik/indentasis pada bagian penyatuan kulit dan mukosa rektal, dapat terlihat pada saat anus dilatasi
11. Dilatasi parsial sfingter ani eksterna, dengan sfingter internal tertutup, menyebabkan gambaran mukosa anus di depan garis sambungan sehingga dapat disalahartikan sebagai laserasi anus

B. Temuan yang disebabkan oleh kondisi medis selain trauma atau kontak seksual. Temuan ini memerlukan diagnosis banding karena bisa disebabkan oleh berbagai hal

12. Kemerahan (eritema) daerah genital atau anal
13. Peningkatan vaskularisasi vestibulum dan hymen
14. Adhesi labial
15. Kerentanan *fourchette* posterior
16. Duh tubuh vagina yang tidak berhubungan dengan infeksi menular seksual
17. Fisura ani
18. Kongesti vena atau pengumpulan vena di daerah perianal
19. Dilatasi anal pada anak dengan predisposisi seperti riwayat atau keluhan konstipasi dan atau enkopresis, atau anak yang dalam sedasi, atau dengan gangguan tonus neuromuskuler karena sebab lain

C. Temuan atau kondisi lain yang dapat disalahartikan sebagai kekerasan

20. Prolaps uretra
21. *Lichen sclerosus et atrophicus*
22. Ulkus vulva seperti ulkus aftosa atau penyakit Behcet
23. Kemerahan, inflamasi dan fisura perianal atau jaringan vulva akibat infeksi bakteri, jamur, parasit atau infeksi lain yang bukan infeksi menular seksual
24. Prolaps rektum
25. Kemerahan atau keunguan pada genital akibat lebam mayat, konfirmasi dengan pemeriksaan histologi

D. Tidak ada konsensus ahli terkait derajat ketepatan. Temuan fisik berikut berhubungan dengan riwayat kekerasan seksual pada beberapa penelitian namun saat ini tidak ada kesepakatan ahli terkait pertimbangan kaitannya dengan kekerasan. Temuan Nomor 27 dan 28 harus dikonfimasi dengan tambahan pemeriksaan dari beberapa posisi dan/atau tehnik untuk meyakinkan bukan varian normal

26. Dialatasi anus komplit dengan relaksasi penuh sfingter ani internal dan eksternal tanpa adanya faktor predisposisi seperti konstipasi, enkopresis, sedasi, anestesi, dan kondisi neuromuskuler
27. Takik atau celah pada tepi hymen atau di bawah arah jam 3 atau 9 yang memanjang hingga ke dasar hymen namun tidak sampai dasar. Temuan ini harus disikapi hati-hati kecuali ditemukan gambaran akut pada lokasi yang sama
28. Robekan hymen sampai ke dasar pada arah jam 3 atau 9

E. Temuan akibat trauma. Temuan berikut sangat kuat mengindikasikan adanya kekerasan, tanpa penjelasan dari anak sekalipun, kecuali anak atau orangtua/wali dapat memberikan penjelasan yang akurat adanya kecelakaan yang melibatkan anogenital, *crush injury*, atau intervensi bedah dari rekam medis. Temuan yang menggambarkan luka dalam proses penyembuhan harus dikonfirmasi dengan tambahan posisi pemeriksaan dan/atau tehnik pemeriksaan tambahan

29. Trauma akut genital dan anal
30. Laserasi akut atau memar pada labia, penis, skrotum, atau perineum
31. Laserasi akut *fourchette* posterior atau vestibulum yang tidak melibatkan hymen
32. Memar, petekie, lecet pada hymen
33. Laserasi akut hymen sampai ke dasar maupun tidak sampai ke dasar
34. Laserasi vagina
35. Laserasi perianal yang menampakkan jaringan di bawah dermis
36. Luka genital dan anal dalam proses penyembuhan
37. Jaringan parut perianal (temuan yang sangat jarang, sulit didiagnosis kecuali ada data luka akut sebelumnya pada daerah tersebut)
38. Jaringan parut *fourchette* posterior atau pada fossa (temuan yang sangat jarang, sulit didiagnosis kecuali ada data luka akut sebelumnya pada daerah tersebut)
39. Robekan selaput dara tanpa tanda radang, defek pada hymen berlokasi di antara arah jam 3 sampai 9 yang mencapai dasar, dengan atau tanpa hilangnya jaringan hymen
40. Gambaran FGM (*female genital mutilation*) berupa hilangnya sebagian atau seluruh preputium (clitoral hood), klitoris, labia minora, labia mayora, atau adanya jaringan parut linear vertikal sepanjang klitoris.

Bagian 2. Infeksi

A. Infeksi tidak terkait kontak seksual

41. Vaginitis yang disebabkan oleh infeksi jamur seperti kandida albikans, atau infeksi bakteri nonseksual seperti streptokokus A atau B, stafilokokus sp, escericia coli, shigella, atau bakteri gram negatif lainnya
42. Ulkus genital akibat infeksi virus seperti Epstein Barr atau virus respiratoris lainnya

B. Infeksi yang dapat menyebar akibat kontak seksual maupun nonseksual. Interpretasi infeksi ini memerlukan tambahan data seperti status ginekologi Ibu (HPV) atau riwayat lesi oral (HSV), atau adanya lesi pada bagian tubuh lain (moluskum) yang dapat mengklarifikasi kemungkinan transmisi seksual. Setelah pemeriksaan menyeluruh, pada beberapa kasus perlu segera dilaporkan. Dokumentasi foto atau video perlu diambil untuk evaluasi dan konfirmasi lebih lanjut pada ahli kekerasan seksual untuk meyakinkan ketepatan diagnosis

43. Moluskum kontagiosum di daerah genital atau anal. Pada anak yang lebih kecil, biasanya transmisi nonseksual. Transmisi kontak kulit pada populasi dewasa pernah dilaporkan
44. Kondiloma akuminata (HPV) pada daerah genital atau anal. Kutil yang muncul pada anak di atas usia lima tahun besar kemungkinan terjadi akibat kontak seksual
45. HSV tipe 1 atau 2 pada area oral, genital, atau anal

C. Infeksi yang disebabkan kontak seksual, jika dikonfirmasi dengan pemeriksaan penunjang, dan transmisi perinatal telah disingkirkan

46. Infeksi Neisseria gonorrhea pada genital, rektal atau faringeal
47. Sifilis
48. Infeksi Klamidia trakomatis genital atau rektal
49. Infeksi Trikomonas vaginalis
50. HIV jika kemungkinan transmisi melalui darah atau jarum suntik telah disingkirkan

Bagian 3. Temuan diagnosis kontak seksual

51. Kehamilan
52. Ditemukannya semen pada pemeriksaan forensik terhadap spesimen yang diambil langsung dari tubuh korban

B. PRINSIP DASAR PEMERIKSAAN KASUS DUGAAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

Kerahasiaan: tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan wajib menjaga kerahasiaan korban dan segala informasi yang diberikan dan menjelaskan bahwa informasi tersebut terjamin kerahasiaannya. Salah satu upaya agar korban KDRT terjamin kerahasiaan dan kenyamanannya, maka dibutuhkan ruang khusus pemeriksaan atau ruang tunggu untuk saksi dan/atau korban di Rumah Sakit/ Puskesmas sehingga korban KDRT tidak perlu menunggu bersama dengan pasien lainnya.

Keselamatan dan perlindungan: saksi dan/atau korban masih memiliki resiko ancaman keselamatan dari pelaku, karena itu pelayanan kesehatan wajib memberikan jaminan keselamatan dan mengupayakan perlindungan maksimal dari korban. Tempat pemeriksaan yang memiliki akses tersendiri, tertutup dan privat, dengan akses segera ke petugas keamanan dapat memberikan jaminan keselamatan dan perlindungan fisik bagi korban.

Menghindari *secondary rape:* korban beresiko mengulang traumanya (fenomena *secondary rape*) akibat prosedur tanya jawab yang berulang, dan paparan terhadap kerabat, media ataupun insititusi lain yang merasa berkepentingan; petugas kesehatan dapat meminimalisasi re-traumatisasi korban dengan membatasi akses kepada korban, melakukan pemeriksaan secara bersama dengan tetap menjaga kerahasiaan korban.

Layanan yang imparsial, nondiskriminasi, dan nonjudgemental: dokter tidak berpihak kecuali pada kebenaran, melayani korban tanpa prasangka, dan senantiasa melakukan upaya pembuktian terbaik; tenaga kesehatan harus berlaku adil, dengan tidak membedakan asal usul korban, ras, maupun agama dan politiknya. Setiap korban perempuan dan anak tanpa kecuali berhak mendapatkan layanan kesehatan terkait kasus yang dihadapinya. Setiap perempuan dan anak tanpa kecuali berhak mendapatkan layanan berkaitan dengan kekerasan yang dialaminya; tidak ada seorang pun boleh ditolak atau diberikan prioritas atas yang lain kecuali atas pertimbangan kedaruratan tertentu.

Berbasis Hak Asasi: setiap tindakan dilakukan berdasarkan informed consent. Khusus pada anak, layanan harus memenuhi hak-hak anak yaitu penghormatan dan penggunaan sepenuhnya hak-haknya untuk bertahan hidup, berkembang, mendapat perlindungan dan partisipasi, sebagaimana diatur dalam konversi Hak Anak menurut PBB tahun 1989.

Memperhatikan Pemenuhan Hak Anak: Korban yang berusia di bawah 18 tahun berhak atas penghormatan dan penggunaan sepenuhnya hak-haknya untuk bertahan hidup, pengembangan, perlindungan dan partisipasi, sebagaimana diatur dalam konversi Hak Anak menurut PBB tahun 1989.

Responsif Gender: semua petugas pelayanan harus peka gender ketika mendalami masalah yang dialami korban dan dapat melakukan pemberdayaan korban.

Komprehensif: pelayanan kesehatan yang diberikan sedapat mungkin dapat membantu keseluruhan masalah kesehatan yang dihadapi korban melalui proses rujukan lintas spesialisasi dalam rumah sakit maupun lintas fasilitas layanan kesehatan, serta memberikan informasi terkait rujukan nonmedis (rumah aman, pendampingan sosial maupun hukum).

Hubungan Setara dan Menghormati: Siapapun korban, pemberian layanan bagi korban harus dijalankan dengan rasa hormat tanpa membedakan keyakinan, nilai-nilai dan status sosialnya. Perlakukan hormat dari petugas pelayanan menjadi penting untuk membangkitkan harga diri korban yang jatuh akibat mengalami kekerasan. Rasa hormat juga perlu ditunjukkan dalam proses mendengarkan narasi korban atas kasus yang dialaminya.

Penanganan cepat dan prosedur sederhana: Pemberian layanan harus diberikan dengan segera tanpa penundaan yang tidak perlu. Mungkin beberapa intervensi memerlukan keterlibatan berbagai pihak, tetapi dengan pro aktifnya petugas pelayanan, korban harus dijamin dapat menjalani semuanya dengan proses yang sederhana.

Prinsip kehati-hatian dalam mengungkap informasi: Menjaga terbukanya informasi dari media juga salah satu hal yang harus diupayakan untuk menjamin keselamatan korban karena masih ada kecenderungan media melakukan dramatisasi, sarat stereotype, dan bahasa yang sensasionalis hingga menyudutkan korban dan mengakibatkan re-viktimisasi korban.

C. PEMERIKSAAN KORBAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

C.1. *First Line Support*

Adalah lima langkah awal yang harus dilakukan saat menemui kasus kekerasan terhadap anak/perempuan

Listen	**Dengarkan**, biarkan penyintas/korban bercerita dengan kata-katanya sendiri mengenai apa yan terjadi dengan dirinya
Inquire	**Tanyakan** Lakukan *assessment* dan berikan respon pada kebutuhan segera dan pahami kekhawatirannya – emosional, fisik, sosial, dan praktis
Validate	**Tunjukkan** bahwa anda paham dan percaya pada penyintas / korban. Yakinkan penyintas/korban bahwa ia tidak dipersalahkan dan telah melakukan tindakan yang tepat untuk meminta pertolongan
Enhance Safety	Rencanakan bersama tindakan **keselamatan** untuk melindungi penyintas/korban dari kemungkinan terulangnya lagi kekerasan
Support	Berikan **dukungan** kepada penyintas / korban melalui pemberian informasi, layanan dan rujukan

C.2. Anamnesis

Anamnesis medikolegal merupakan langkah pertama yang bertujuan untuk mendapatkan informasi lebih dalam tentang kekerasan atau trauma yang dialami dan riwayat kesehatan korban. Hal-hal yang sudah ditanyakan pada waktu penggalian informasi pada saat di triase sebaiknya tidak ditanyakan lagi dalam anamnesis, kecuali untuk menegaskan/memastikan kebenarannya. Lakukan dengan cara yang membuat pasien tidak merasa takut, sedih, jenuh atau bosan. Sikap dan perilaku petugas adalah faktor yang menentukan keberhasilan pemberian pelayanan bagi perempuan dan anak korban kekerasan.

Dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, petugas kesehatan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

a. Melindungi korban dari pelaku dan upaya bunuh diri.
b. Melaporkan/memberikan informasi kejadian dugaan kekerasan kepada pihak yang berwenang dengan persetujuan korban.
c. Menyediakan penanganan medis yang komprehensif.
d. Merujuk ke jejaring untuk pendampingan paripurna dan penganganan aspek non medis.

Hal-hal yang harus dihindari oleh tenaga kesehatan:

a. Sedapat mungkin tidak melakukan kontak fisik dengan korban kekerasan seksual (tidak menyentuh korban sekalipun dengan niat untuk menguatkan)

b. Menjanjikan sesuatu kepada korban, keluarga, saksi, maupun sumber informasi lain; ketika memberikan sedikit harapan kepada korban, tawar layanan yang mampu diberikan oleh fasilitas layanan kesehatan termasuk rujukan.
c. Menggunakan bahan/hasil informasi atau kasus tanpa seizin korban, apalagi berkontak dengan media.
d. Memanfaatkan posisi sebagai petugas/pengelola unit pelayanan untuk mengambil keuntungan/imbalan dari korban atau keluarganya dalam bentuk apapun.
e. Melakukan kekerasan terhadap korban dalam bentuk apapun, dan
f. Membangun hubungan non-profesional dengan korban selama masa pemberian pelayanan.
g. Mengungkapkan alamat pribadi kepada korban atau berupaya untuk menampung di rumah sendiri.
h. Mencoba untuk menyelamatkan korban (sendiri) jika tenaga kesehatan belum terkait dengan jejaring perlindungan yang sudah ada bagi korban di daerahnya serta tidak mempunyai, informasi yang cukup tentang jejaring rujukan yang ada dan pelayanan yang tersedia.

Di samping itu, petugas juga harus memperhatikan:

a. Selama melakukan anamnesis, amati dan observasi perilaku, ekspresi wajah, nada suara, dan berikan kesempatan seluas-luasnya kepada pasien untuk menceritakan isi hatinya.
b. Bila pasien masih belum mau berbicara tentang tindak kekerasan yang dialaminya, petugas kesehatan hendaknya jangan memaksa. Katakanlah bahwa anda dapat memahami keraguan pasien dan mempersilakan pasien untuk kembali ke penyidik untuk menentukan langkah yang akan diambil.
c. Menjamin kerahasiaan informasi yang disampaikan pasien. Diperoleh secara cermat, baik allo maupun autoanamnesis dalam ruangan tersendiri guna menjaga kerahasiaannya.
d. Sikap/perilaku pasien dan pengantar dicermati apakah dalam keadaan tertekan atau terkontrol.
e. Bila memungkinkan anamnesis dilakukan terpisah antara pasien dengan pengantar, untuk menilai kemungkinan adanya ketidaksesuaian penuturan masing-masing.
f. Perhatikan sikap dan perilaku pasien, apakah terlihat takut, cemas, ragu-ragu dan tidak konsisten dalam memberikan jawaban.
g. Khusus untuk pasien anak (<18 tahun) harap memperhatikan pertimbangan yang lebih ketat terutama masalah etika dan keselamatan, karena anak-anak merupakan

populasi yang paling rentan. Jika memungkinkan, anak-anak harus ditawari pilihan pemeriksa pria atau wanita. *Inform consent* harus diberikan oleh orang tua atau wali. Pemeriksaan bisa dilakukan di pangkuan ibunya, untuk anak yang lebih besar, diberikan pilihan apakah duduk di kursi, pangkuan ibunya, atau di tempat tidur.

Langkah-langkah anamnesis

a. Bina rapport (hubungan baik) dengan pasien, yaitu saling percaya, saling menghormati, saling menghargai dalam upaya mencari jalan keluar permasalahan.
b. Lakukan pemberian penjelasan dan minta persetujuan pasien (*informed consent)* pasien untuk pemeriksaan dan pembuatan visum apabila di kemudian hari ada permintaan dari kepolisian untuk dilakukan *visum et repertum*. Jelaskan kepada pasien bahwa nanti akan dilakukan pemeriksaan sehubungan dengan kekerasan yang dialami, dan diperlukan persetujuan pasien.
c. Lengkapi rekam medis korban kekerasan perlu dilakukan khusus (diberi tanda khusus dan disimpan sampai 18 tahun). Rekam medis seharusnya tidak dibuka kecuali untuk yang langsung berhubungan dengan kasus atas persetujuan tertulis korban atau atas permintaan peradilan.
d. Tanyakan status hubungan pasien dengan pengantar dan sudah berapa lama pasien mengenal pengantar.
e. Konfirmasi ulang urutan kejadian, apa yang menjadi pemicu, penyiksaan apa yang telah terjadi, oleh siapa, dimana terjadinya, dengan menggunakan apa, berapa kali dan apa akibatnya terhadap korban.
f. Gali informasi tentang:
    - Keadaan kesehatan sebelum trauma
    - Adakah riwayat trauma seperti ini sebelumnya
    - Adakah riwayat penyakit dan perilaku seperti ini sebelumnya
    - Pada anak, diperhatikan apakah ada perubahan perilaku setelah mengalami trauma seperti mengompol, mimpi buruk, susah tidur, menjadi manja, suka menyendiri, murung atau agresif
    - Pernah/tidak mengalami kejadian serupa
    - Terlapor adalah orang yang sama/tidak
    - Keadaan korban lebih berat/ringan/sama dengan keadaan sekarang
    - Pernah/tidak mengalami tekanan psikologi oleh pelaku kekerasan
    - Ada/tidak keluarga yang ikut *doaniaya*
    - Ada/tidak keluarga korban yang lain ikut menganiaya

g. Jika ditemukan amnesia (organik atau psikogenik) lakukan konseling atau rujuk jika memerlukan intervensi psikiatrik.

h. Periksa apakah ada tanda-tanda penurunan/kehilangan kesadaran yang diakibatkan oleh pemberian NAPZA.

i. Pada kasus kekerasan seksual, ditambah dengan pertanyaan tentang hal-hal sebagai berikut:
   - Waktu dan lokasi kejadian, ada tidaknya kekerasan sebelum kejadian, segala bentuk kegiatan seksual yang terjadi, termasuk bagian-bagian tubuh yang mengalami kekerasan, ada tidaknya penetrasi, serta dengan apa penetrasi dilakukan.
   - Apa yang dilakukan pasien setelah kejadian kekerasan, apakah pasien mengganti pakaian, buang air kecil, membersihkan bagian kelamin/dubur, mandi, atau gosok gigi. Pada anak ditanyakan adakah rasa nyeri, perdarahan dan atau keluarnya secret dari kemaluan/dubur. Ditanyakan adanya gangguan rasa nyeri dan gangguan pengendalian BAB/BAK.
   - Pada pasien kekerasan terhadap perempuan (termasuk remaja) ditanyakan kemungkinan adanya hubungan seksual dua minggu sebelumnya.
   - Riwayat penggunaan kontrasepsi pada kasus kekerasan terhadap perempuan.
   - Adanya penyakit hubungan seksual, paling sering infeksi gonokokus.
   - Infeksi vaginal berulang pada anak < 12 tahun.
   - Rasa nyeri, perdarahan, atau keluar sekret dari vagina.
   - Gangguan mengendalikan BAB atau BAK.
   - Kehamilan pada usia remaja.
   - Cedera pada payudara, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin, atau dubur.
   - Nyeri bila BAB atau BAK.
   - Promiskuitas yang terlalu dini.

j. Pada kasus TPPO jika terkait eksploitasi kerja, dapat dilakukan pemeriksaan dan tatalaksana ke arah kesehatan kerja selain gangguan gizi dan kemungkinan penyakit infeksi kronis.

C.3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik korban kekerasan harus meminimalisir adanya trauma berulang, ketakutan, atau kecemasan pada pasien. Pemeriksaan dilakukan dengan menghormati

otonomi serta keinginan pasien termasuk pada anak dan remaja. Lakukan pemeriksaan fisik yang menyeluruh dengan ramah dan sopan dan dituangkan dalam gambar sebagai dokumentasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pemeriksaan fisik:

- Pastikan *informed-consent* sudah dilakukan dan formulir sudah ditandatangani.
- Pastikan ada yang mendampingi dokter saat melakukan pemeriksaan.
- Pastikan peralatan dan bahan sudah disiapkan sebelum pemeriksaan.
- Selalu beritahu apa yang akan dilakukan dan minta persetujuan kepada pasien sebelum dilakukan pemeriksaan.
- Lakukan pemeriksaan keadaan umum, tingkat kesadaran, dan tanda-tanda vital.
- Lakukan pemeriksaan fisik umum.
- Lakukan pemeriksaan fisik khusus sesuai kasus.
- Lakukan pencatatan rekam medis.

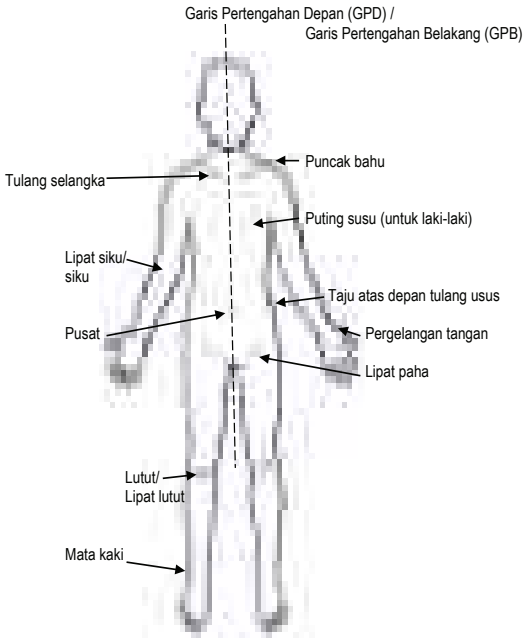
C.3.1. Pemeriksaan kasus kekerasan fisik

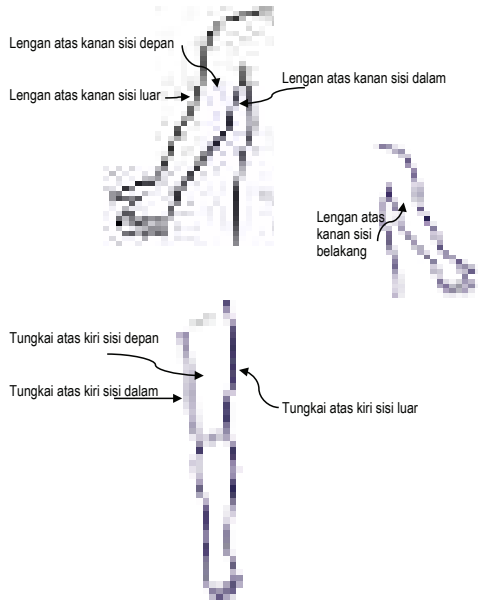
Perhatikan apakah ada luka lama dan baru yang sesuai urutan kejadian peristiwa kekerasan yang dialami. Deskripsikan luka secara mendetail.

Deskripsi luka

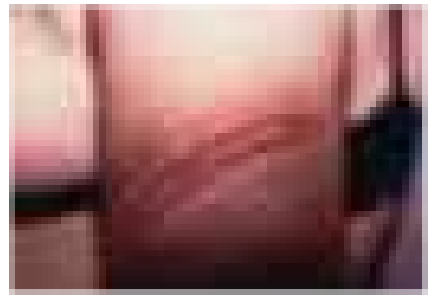
Deskripsi luka harus sesuai dengan apa yang dilihat dan ditemukan pada luka, dimulai dengan menjelaskan lokasi luka sesuai dengan daerah anatomis dengan menggunakan sumbu X, dan Y. Menentukan koordinat "X" luka dengan mengukur jarak pusat luka dari garis pertengahan badan. Menentukan koordinat "Y" luka dengan mengukur jarak pusat luka diatas / dibawah dari suatu patokan organ tubuh. Pada kasus kekerasan tajam dan luka tembak, ditentukan koordinat "Z" luka dengan mengukur jarak pusat luka diatas dari tumit.

Patokan anatomis dalam mendeskripsikan letak luka





1. Luka Memar



   a. Lokasi dan koordinat (sumbu X dan sumbu Y)
   b. Warna (penentuan warna menunjukkan usia memar)
   c. Bentuk (bisa menjelaskan mengenai benda yang mengenai kulit)
   d. Batas (tegas/tidak tegas)
   e. Bengkak/tidak bengkak
   f. Nyeri tekan/tidak

   Contoh deskripsi memar

   - Pada lengan atas kiri sisi luar, 10 cm di atas lipat siku, terdapat memar berbentuk dua garis sejajar dengan daerah pucat di tengahnya, lebar daerah pucat 1 cm, luas seluruhnya 9 cm x 3 cm.
   - Pada dada kiri, 6 cm di bawah tulang selangka, terdapat memar berwarna merah kebiruan (ungu), disertai pembengkakan dan nyeri tekan, ukuran 7 cm x 5 cm.

2. Luka Lecet

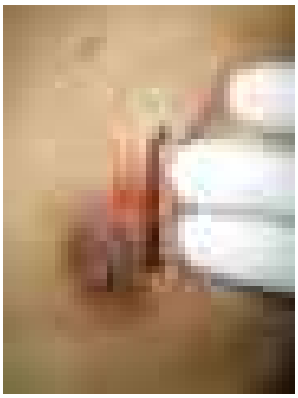


   a. Lokasi dan koordinat (sumbu X dan sumbu Y)
   b. Jumlah (disebutkan jika kurang dari 5)
   c. Bentuk
   d. Arah
   e. Ukuran (panjang x lebar), bagian yang diukur adalah bagian terpanjang dan terlebar

   Contoh deskripsi luka lecet

   - Pada lengan atas kanan sisi depan, 8 cm di atas siku terdapat luka lecet berukuran 7 cm x 4 cm.
   - Pada lengan atas kanan sisi luar, 8 cm di atas siku terdapat beberapa luka lecet yang berbentuk garis-garis berjalan sejajar, dengan ukuran terpanjang 8 cm, terpendek 1 cm meliputi area seluas 15 cm x 6 cm.

3. Luka terbuka

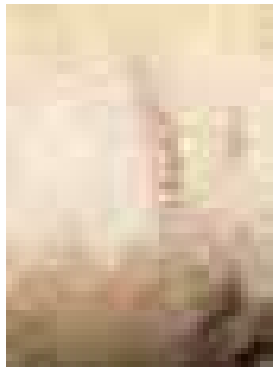


   a. Lokasi dan koordinat (sumbu X dan sumbu Y, sumbu Z)
   b. Tepi rata / tidak rata
   c. Sudut tajam / tumpul
   d. Dasar (jaringan bawah kulit, lemak, otot, tulang)
   e. Jembatan jaringan ada/tidak
   f. Bila dirapatkan membentuk ….. (garis mendatar, membujur, serong)
   g. Ukuran

   Contoh deskripsi luka terbuka

   - Pada puncak kepala sisi kiri, 4 cm dari garis pertengahan depan, 3 cm di atas liang telinga, terdapat luka terbuka tepi tidak rata, dasar jaringan bawah kulit, bila dirapatkan membentuk garis membujur sepanjang 4 cm.
   - Pada dada kanan, 3 cm dari garis pertengahan depan, 5 cm di bawah puncak bahu, 147 cm di atas tumit, terdapat luka terbuka tepi rata, dasar otot, bila dirapatkan membentuk garis serong sepanjang 8cm, tampak perdarahan aktif keluar dari luka tersebut.

4. Luka Bakar



   a. Bentuk kelainan pada kulit
   b. Warna
   c. Ada/tidaknya jaringan kulit ari, ada/tidaknya gelembung kulit ari, warna kulit ari disekitar luka
   d. Ukuran luka

   Contoh deskripsi luka bakar

   Pada lengan atas kanan sisi depan, lima sentimeter di bawah lipat siku, terdapat luka bakar berupa kulit yang berwarna coklat, menggelembung berisi cairan, berukuran tiga sentimeter kali satu sentimeter.

Beberapa luka menunjukkan ciri khas akibat kekerasan yang bukan akibat kecelakaan. Luka-luka seperti *marginal haemorrhage/treamline hematoma,* luka dengan bentuk dan pola tertentu yang khas, luka bakar akibat sundutan rokok, dan memar berbentuk telapak tangan, adalah sebagian contohnya. Luka-luka juga terkadang memperlihatkan luka yang tidak sama usianya, misalnya terdapat memar yang merah ungu dan memar lainnya berwarna hijau kekuningan. Keadaan ini menunjukkan adanya kekerasan berulang yang sangat mungkin bukan akibat kecelakaan. Hal sama juga bisa ditemukan dalam bentuk luka lecet, luka terbuka dan bahkan patah tulang, yang terlihat dari perbedaan masa penyembuhannya.

Harus juga diperhatikan daerah mata (termasuk retina), daun telinga, rongga mulut dan alat kelamin untuk mendeteksi adanya tanda-tanda perlukaan terselubung (*occult trauma)*.

Raba semua tulang terutama tulang-tulang panjang, adakah nyeri tulang saat palpasi dilakukan, serta lakukan uji sendi dengan melakukan gerakan rentang sendi, adakah keterbatasan gerakan sendi.

Hal penting lainnya adalah bahwa bukti adanya kekerasan tersebut harus relevan dengan keterangan yang diberikan oleh saksi korban. Suatu memar atau lecet di daerah pipi, leher, pergelangan tangan atau paha mungkin tidak khas dan tidak bermakna dari segi kedokteran, namun bermakna bagi hukum apabila relevan dengan riwayat terjadinya peristiwa, seperti ditampar, dicekik, dipegangi dengan keras atau dipaksa diregangkan pahanya (pada kasus kejahatan seksual). Adanya sindroma mental tertentu dapat mendukung relevansi temuan bukti fisik tersebut dari sisi psikologis.

C.3.2. Penderajatan luka pada kasus kekerasan fisik

Untuk **kasus aniaya**, derajat luka harus ditentukan dalam rangka penyusunan kesimpulan *visum et repertum*. Penyimpulan ini didasarkan pada pasal 351, 352, serta pasal 90 KUHP yang menjelaskan tentang kasus penganiayaan.

1. **Derajat satu (ringan):** adalah luka yang tidak menimbulkan penyakit dan halangan pekerjaan sesuai dengan **Pasal 352 KUHP**.
2. **Derajat dua (sedang):** adalah luka yang menimbulkan penyakit maupun halangan dalam melakukan pekerjaan untuk sementara waktu yang mengacu pada **Pasal 351 KUHP**
3. **Derajat tiga (berat):** adalah luka yang mendatangkan bahaya maut, tidak dapat bekerja seterusnya, kehilangan salah satu panca indera, cacat berat, kelumpuhan, daya pikir hilang lebih dari 4 minggu, gugur/mati kandungan, dengan ancaman 8-9 tahun penjara atau hukuman mati, mengacu pada **Pasal 90 KUHP.**

Penentuan derajat luka dilakukan melalui penilaian medis seorang dokter, dalam penulisan di kesimpulan *visum et repertum* umumnya mengacu pada bahasa pasal dalam undang-undang. Interpretasi luka derajat tiga dilakukan berdasarkan pasal 90 KUHP tentang luka berat yaitu:

a. mendapat luka yang tidak memberi harapan akan sembuh sama sekali atau yang menimbulkan bahaya maut;
b. menyebabkan kehilangan salah satu panca indera;
c. mendapat cacat berat;
d. menderita sakit lumpuh;
e. terganggunya daya pikir selama empat minggu lebih;
f. serta menyebabkan gugur atau matinya kandungan seorang perempuan.

Luka-luka yang tidak membutuhkan perawatan ataupun intervensi medis serta tidak mengganggu fungsi digolongkan sebagai luka derajat satu. Luka memar dan luka lecet umumnya digolongkan dalam luka derajat satu.

Dalam penulisan kesimpulan, yang umum dianut adalah menggunakan kalimat yang sesuai dengan KUHP pasal 352 dan tidak menuliskan derajat luka dalam bentuk angka, sehingga kesimpulan yang tertulis akan berbunyi:

" ... luka-luka tersebut tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian."

Sedangkan untuk luka-luka yang tidak memenuhi kriteria derajat tiga dan tidak dapat digolongkan sebagai luka derajat satu, digolongkan dalam luka derajat 2 yang dalam bagian kesimpulan *visum et repertum* dituliskan dengan:

" ... luka-luka tersebut telah menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan jabatan atau pencarian untuk sementara waktu."

C.3.3. Pemeriksaan kasus kekerasan seksual

Dalam mengumpulkan sisa-sisa persetubuhan (barang bukti) dapat menggunakan **Rape Kit**, yaitu alat bantu yang dapat digunakan untuk pengambilan sampel barang bukti pada kasus kekerasan seksual yang langsung datang dari TKP.



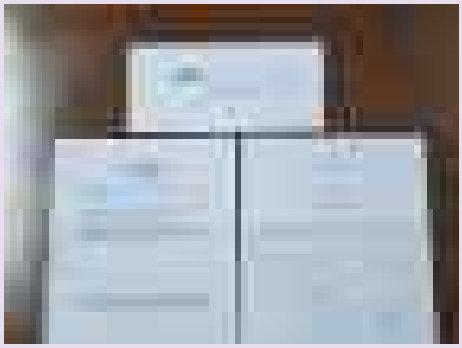
Rape kit kasus kekerasan seksual

Amplop 1 :

Tata cara Penggunaan Penggunaan Kit Kekerasan Seksual

Berisi form-form yang dapat dibaca

1. Form tata cara pemeriksaan dan pengumpulan barang bukti
2. Form alur pelayanan penyintas/ korban kekerasan

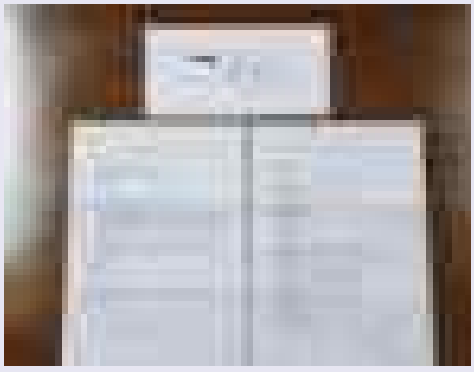


Amplop 2 :

Informed Consent dan Anamnesis Kekerasan Seksual

Berisi form-form yang dapat diisi :

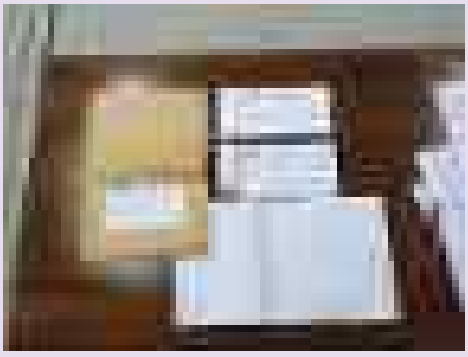
1. Form informed consent
2. Form anamnesis



Amplop 3 :

Pengumpulan Pakaian dan Benda Asing di Sekitar Penyintas/korban

Terdiri dari 3 amplop untuk penyimpanan pakaian luar, pakaian dalam, dan benda asing di sekitar tubuh penyintas/korban



Amplop 4 :

Pengumpulan Kotoran dan Cairan di Sekitar Penyintas/Korban

Terdiri dari plastik berperekat, tusuk gigi, dan tusuk telinga/cotton buds



Amplop 5 :

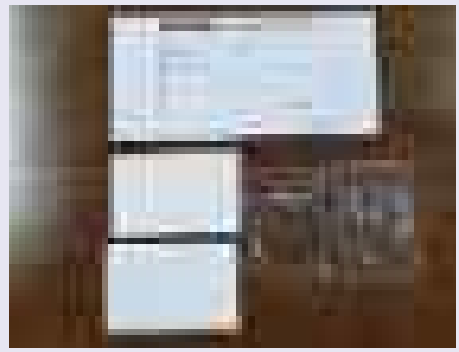
Pengumpulan sisiran rambut kelamin
Terdiri dari kertas flipchart, plastik berperekat, sisir merit, dan amplop kecil



Amplop 6 :

Cabutan Rambut Kemaluan Penyintas/ Korban

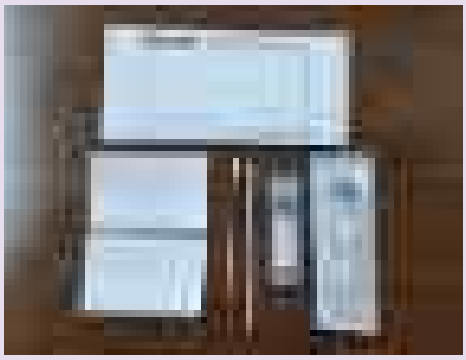
Terdiri dari amplop dan plastik berperekat



Amplop 7 :

Pengambilan Swab dan Pulasan Vaginal Penyintas/korban

Terdiri dari kapas lidi panjang, amplop kecil, spuit 20 cc, kaca obyektif



Amplop 8 :

Pengambilan Swab dan Pulasan Anus Penyintas/korban

Terdiri dari kapas lidi panjang, amplop kecil, kaca obyektif



Amplop 9 :

Pengambilan Swab dan Pulasan Mukosa Pipi Penyintas/Korban

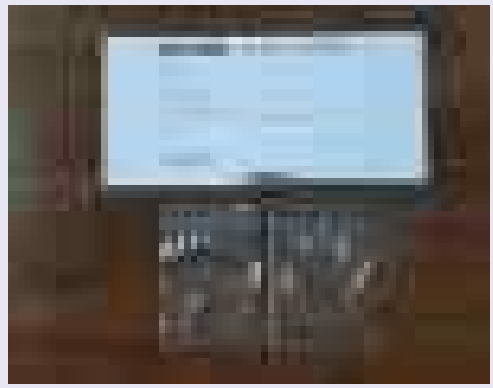
Terdiri dari kapas lidi panjang, amplop kecil, kaca obyektif



Amplop 10 :

Pengambilan Cabutan Rambut Kepala Penyintas/korban

Terdiri dari amplop dan plastik berperekat



Amplop 11 :

Pengambilan sampel urin penyintas/ korban

Terdiri dari tabung urin yang telah diberikan label nama



Amplop 12 :

Pengambilan sampel darah penyintas/ korban

Terdiri dari vacutainer, spuit 10 cc dan sarung tangan ukuran 7,5



Pada korban kekerasan seksual, selain pemeriksaan fisik umum dan luka-luka seperti yang dilakukan pada kasus kekerasan fisik, juga perlu dilakukan pemeriksaan sebagai berikut:

a. Tanda-tanda perlawanan atau kekerasan seperti pakaian yang robek, bercak darah pada pakaian dalam, gigitan, cakaran, ekimosis, hematoma, dan perhatikan kesesuaian tanda kekerasan dengan urutan kejadian kekerasan. Kadang-kadang tanda ini muncul segera atau setelah beberapa waktu kemudian.
b. Pada pemeriksaan terhadap korban yang langsung datang dari TKP dapat menggunakan alat bantu *rape kit* yaitu kit yang berisi amplop-amplop untuk pengambilan barang bukti pada kasus kejahatan seksual.
c. Bila di tubuh korban banyak menempel barang bukti (seperti rumput, tanah, dan lain-lain), korban dipersilakan berdiri di atas selembar kertas putih yang cukup besar, kemudian baju dan rambut digeraikan sehingga barang-barang bukti yang menempel pada tubuh pasien jatuh ke atas kertas. Lalu kertas dilipat dan dibungkus kemudian dimasukkan ke dalam amplop yang sudah ada identitas pasien lalu disegel dan dibubuhkan tanda tangan si pengumpul (dokter).

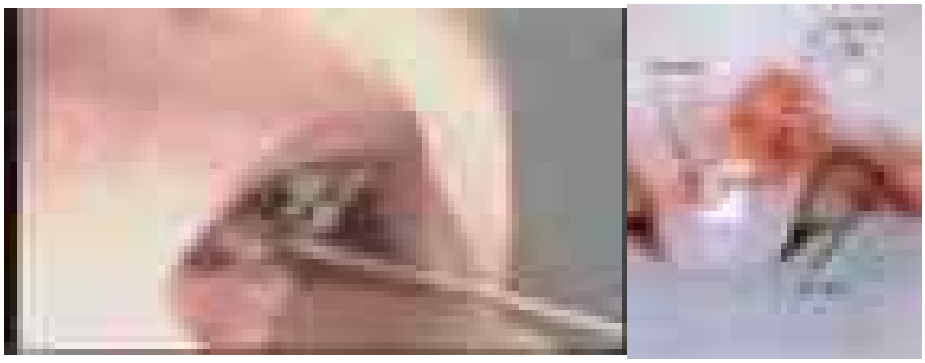


Sumber: video The forensic examination of the Adult Female Sexual Assault victim, The American College of Obstetricians & Gynecologists, 1999

d. Jika pada pakaian korban dicurigai adanya bercak mani berupa bercak yang teraba kaku atau keras, maka pakaian tersebut diminta dan dimasukkan ke dalam amplop sedangkan korban diberi pakaian pengganti. Bila pakaian dalam (celana dalam) keadaan basah, maka dikeringkan terlebih dahulu dalam suhu kamar dan hindari penggunaan AC.

e. Lakukan pemeriksaan pertumbuhan gigi geligi dan seksual sekunder (payudara, rambut ketiak, dan rambut kemaluan) untuk konfirmasi usia korban (lakukan rontgen untuk melihat penutupan epifisis bila perlu).

f. Bila diduga ada persetubuhan oral, periksa adanya luka lecet, bintik perdarahan atau memar pada palatum, kemudian:
   - Lakukan swab pada laring dan tonsil dan buat sediaan hapus dua buah untuk pemeriksaan mikrobiologi (adanya penyakit hubungan seksual) dan pemeriksaan sperma dan cairan mani.
   - Kapas lidi dikeringkan dan dimasukkan ke dalam amplop. Kedua sediaan hapus dan amplop berisi kapas lidi yang sudah kering, dimasukkan ke dalam amplop besar, disegel dan dibubuhkan tanda tangan si pengambil sampel.



g. Kuku jari tangan dipotong dan dimasukkan ke dalam amplop terpisah kanan dan kiri, amplop disegel dan dibubuhkan tanda tangan si pengambil sampel.



Sumber: video The forensic examination of the Adult Female Sexual Assault victim, The American College of Obstetricians & Gynecologists, 1999

h. Periksa adakah tanda-tanda bekas kehilangan kesadaran atau diberikan obat bius/ tidur, apakah ada tanda "*needle marks*" .
   - Bila ada, ini merupakan indikasi untuk pemeriksaan darah dan urin
   - Darah diambil dari vena cubiti sebanyak 20 ml, sedangkan urin diambil setidaknya 10 ml.

i. Pemeriksaan ginekologi dilakukan dalam posisi litotomi.
   Pada saat pemeriksaan, dilihat apakah ada tanda-tanda persetubuhan:
   - Tanda-tanda penetrasi: robekan selaput dara, perukaan pada mulut vagina
   - Tanda-tanda ejakulasi: adanya cairan mani dan sperma
   - Tanda-tanda persetubuhan: kehamilan
   - Tanda-tanda aktivitas seksual: adanya IMS (infeksi menular seksual)

   Dikatakan akibat persetubuhan jika terdapat robekan baru selaput dara disertai ditemukan cairan mani maupun sperma atau adanya kehamilan, bila hanya ditemukan robekan selaput dara, maka dikatakan akibat kekerasan tumpul yang melewati liang senggama.

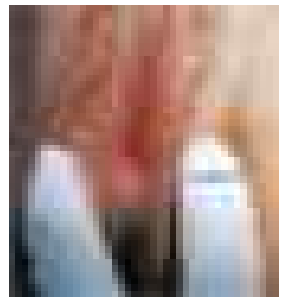
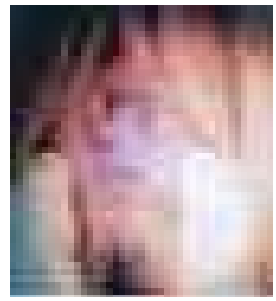
j. Perhatikan adanya kerak (bercak kering) atau bercak basah:
   - Kerak yang kering dikerok dan dimasukkan ke dalam amplop, disegel dan dibubuhkan label identitas.
   - Bila terdapat bercak basah, diusap dengan kapas lidi kemudian dikeringkan dan dimasukkan ke dalam amplop, disegel dan dibubuhkan tanda tangan si pengumpul (dokter).



Sumber: video The forensic examination of the Adult Female Sexual Assault victim, The American College of Obstetricians & Gynecologists, 1999

k. Rambut kemaluan disisir.
   - Rambut yang ditemukan (mungkin milik tersangka pelaku) dimasukkan ke dalam amplop.
   - Cabut minimal 3 sampai 10 helai rambut kemaluan dan masukkan ke dalam amplop lain
   - Jika terdapat rambut yang menggumpal, gunting, dan masukkan ke dalam amplop terpisah
   - Seluruh amplop disegel dan dibubuhi label identitas.

l. Periksa adanya luka di sekitar paha, vulva, dan perineum; catat jenisnya, lokasi, bentukm dasar, tepi dan sekitar luka.
   - Mikrolesi yang tidak tampak dengan kasat mata dapat dilihat dengan menyemprotkan cairan toluidine blue dan bilas dengan aquadest, erosi atau laserasi akan berwarna biru.
   - Pemeriksaan selaput dara, tentukan: ada tidaknya robekan, posisi robekan selaput dara, jenis robekan lama/baru, adakan luka atau memar lain di sekitar robekan.
   - Dalam hal tidak ada robekan, jika pada perempuan dewasa, lakukan pemeriksaan besarnya lubang vagina dengan mencoba memasukkan jari kelingking. Bila jari kelingking dapat masuk tanpa hambatan dan nyeri, lakukan uji dengan satu jari telunjuk, dan selanjutnya dengan dua jari (telunjuk dan jari tengah). Pada anak-anak lakukan traksi lateral kiri dan kanan dengan dua jari untuk mengukur diameter lubang vagina. Pada balita tidak lebih dari 5 mm, dan bertambah 1mm/tahun. Jika diameter sampai 10 mm maka dicurigai telah terjadi adanya penetrasi yang berulang.

m. Lakukan pengambilan apusan (swab) liang senggama pada bagian komisura posterior dan forniks posterior. Kemudian buat sediaannya 2 buah.
    - Pasang speculum bila korban telah menikah atau melakukan kegiatan seksual rutin, gunakan ukuran yang sesuai. Pada Korban dengan riwayat hubungan seksual pertama kali, pengambilan swab dapat dilakukan tanpa speculum.
    - Masukkan lidi kapas yang bersih ke dalam vagina dengan memutarnya beberapa kali selama sekitar 1 menit (lidi kapas bisa dibilas terlebih dahulu dengan larutan garam fisiologis), keluarkan dan pulas ke gelas objek, lalu keringkan di suhu kamar
    - Masukkan lidi kapas ke dalam vagina, lalu dorong perlahan hingga sekiranya mencapai forniks posterior, lakukan hal serupa yaitu putar beberapa kali selama sekitar 1 menit, keluarkan, dan pulas ke gelas objek lalu keringkan di suhu kamar.
    - Lidi kapas dikeringkan di suhu kamar sebelum dimasukkan ke dalam amplop.



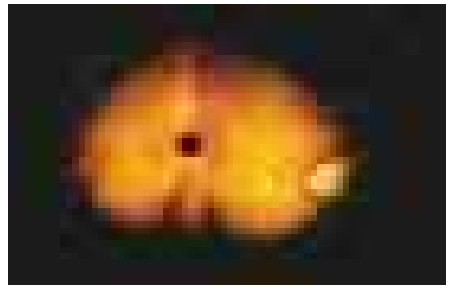


Sumber: video The forensic examination of the Adult Female Sexual Assault victim, The American College of Obstetricians & Gynecologists, 1999

n. Jika ada riwayat penetrasi ke dalam lubang pelepas (anus), perlu untuk menilai apakah ada luka lecet baru, jaringan parut, lipatan anus yang menghilang, atau lubang pelepas yang tampak corong. Kontraksi otot sfingter ani juga harus dinilai dengan pemeriksaan colok dubur. Pemeriksaan anoskopi perlu dipertimbangkan jika ada indikasi seperti adanya keluhan, infeksi, atau perdarahan. Anoskopi tidak disarankan untuk dikerjakan pada anak di bawah usia 6 tahun karena dapat menimbulkan trauma baru.

Pemeriksaan anus dapat dilakukan dengan posisi supine atau lateral. Hindari posisi *knee-chest* bila pelaku biasa menggunakan posisi ini. Pemeriksaan apusan (swab) lubang pelepas bisa dilakukan menggunakan lidi kapas yang sudah terlebih dahulu dibasahi dengan larutan garam fisiologis, lalu mengambil swab di antara lipatan-lipatan anus, pulas pada 2 kaca objek, lalu keringkan bersama lidi kapas di suhu kamar.





Perhatian khusus untuk korban laki-laki

Untuk pemeriksaan genital:

1. Periksa skrotum, testis, penis, jaringan periuretral, lubang uretra, dan anus
2. Periksa apakah korban sudah disunat
3. Adakah hyperemia, bengkak, puntiran testis, memar, robekan anus, dll
4. Jika urin berisi darah, cek penis dan trauma uretra
5. Jika perlu lakukan pemeriksaan rectum dan prostat untuk trauma dan tanda-tanda infeksi
6. Jika perlu, kumpulkan bahan dari anus untuk pemeriksaan langsung di bawah mikroskop.

C.4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan ketersediaan sarana.

1. Lakukan pemeriksaan darah rutin (darah lengkap) dan bila diperlukan periksa waktu perdarahan, PT (*protrombin time*) dan PTT (*partial thrombo plestin time*).
2. Lakukan pemeriksaan urin dan feses rutin

3. Rontgen dan USG dapat digunakan untuk diagnosis patah tulang dan trauma abdominal
4. Pada kasus kekerasan seksual perlu dilakukan tambahan pemeriksaan penunjang antara lain:
    - Penapisan (skrining) penyakit kelamin: Tes Rapid Plasma Reagen (RPR) untuk sifilis atau tes cepat lainnya, Pewarnaan Gram dan kultur untuk Gonoreae, sediaan basah untuk *Trichomoniasi,* tes HIV
    - Tes kehamilan
    - Apusan (swab) vagina, anus, dan mulut untuk pemeriksaan adanya cairan mani, sperma, maupun DNA
    - Darah atau urin untuk skrining toksikologi
    - Jaringan bawah kuku untuk pemeriksaan DNA
    - Sisiran rambut untuk pemeriksaan DNA
    - Pakaian untuk pemeriksaan bercak mani dan sperma
    - Apabila ada luka gigitan, dilakukan swab serta pembuatan cetak gigi untuk mendapatkan pola bekas gigitan yang nantinya bisa dicocokkan dengan cetak gigi pelaku
5. Perhatikan ***chain of custody*** untuk menjaga keabsahan sampel, dalam pengambilan dan pengiriman sampel
    - Label pada tabung
    - Segel pada tabung
    - Berita acara penyegelan
    - Surat permohonan pemeriksaan
    - Berita acara pengiriman

Barang bukti berupa cairan tubuh sebaiknya segera diperiksa dalam kondisi segar, namun bila terkendala proses pengiriman/rujukan ke laboratorium, maka perlu dilakukan penyimpanan barang bukti dengan pemberian pengawet. Teknik paling mudah menyimpan darah atau sperma adalah meletakkannya pada media kasa steril atau kertas saring lalu dikeringkan tanpa pengawet. Apabila diperlukan jumlah cukup banyak dan ada masa tunggu, maka dapat digunakan pengawet yang disesuaikan dengan jenis pemeriksaan yang akan dilakukan. Darah dapat diawetkan menggunakan EDTA, atau NaF 1%, urin dengan menggunakan natrium benzoat. Pada kasus yang membutuhkan pengambilan jaringan untuk pemeriksaan histopatologi dapat menggunakan formalin 10% atau alkohol 96%

dan dimasukkan ke dalam lemari es bersuhu 4-8 C.

Batas waktu barang bukti untuk pemeriksaan DNA

- Penetrasi vagina sampai 7 hari
- Penetrasi Anus sampai 72 jam
- Penetrasi oral sampai dengan 48 jam
- Tanda bekas gigitan 48 jam

C.4.1. Penyimpulan kekerasan seksual

Adanya perbedaan definisi mengenai kekerasan seksual membawa konsekuensi pada saat tenaga kesehatan membuat *visum et repertum*. Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga menggunakan istilah pemaksaan hubungan seksual; KUHP menggunakan istilah perkosaan, persetubuhan dengan kekerasan/ancaman kekerasan, serta pencabulan; Undang-Undang Perlindungan Anak menyebutkan istilah Persetubuhan dengan kekerasan/ancaman kekerasan, pencabulan, dan eksploitasi seksual.

Secara umum, dokter bertugas untuk membuktikan ada tidaknya persetubuhan dan ada atau tidaknya tanda kekerasan. Merujuk pada KUHP maka persetubuhan didefinisikan sebagai tindakan genitogenital, sementara anogenital dan orogenital dikategorikan sebagai perbuatan cabul. Pemaksaan hubungan seksual dapat diinterpretasikan semua bentuk pemaksaan (genitogenital, orogenital, maupun anogenital) dapat dikategorikan sebagai kekerasan seksual.

Pemastian ada tidaknya persetubuhan dibuktikan oleh adanya cairan mani dan sperma, namun demikian, tidak ditemukannya cairan mani atau sperma tidak serta merta meniadakan kekerasan seksual karena yang disebut dengan persetubuhan adalah masuknya penis ke dalam vagina, seluruhnya atau sebagian dengan atau tanpa ejakulasi. Definisi tersebut juga membawa konsekuensi, tidak adanya robekan selaput dara, tidak menutup kemungkinan tidak terjadi persetubuhan, karena batas masuknya penis adalah di batas vestibulum.

C.5. Pemeriksaan awal status mental pada kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak

Keluhan-keluhan psikologis/perilaku pada perempuan yang mengalami kekerasan bisa digunakan sebagai indikator terjadinya kekerasan pada seseorang, keluhan yang bisa dicurigai sebagai tanda adanya kekerasan antara lain:

- Mudah merasa curiga
- Frustasi dan kebingungan
- Konsentrasi menurun, tidak mampu memusatkan perhatian, atau mengalihkan tatapan muka
- Perasaan takut, cemas, sedih, gagal, marah, merasa bersalah, tidak percaya diri, sensitive, dan mudah salah sangka
- Perilaku tampil berlebihan untuk menutupi kenyataan, salah tingkah atau sering salah ucap saat berbicara
- Menampilkan sikap-sikap tidak wajar yang menyebabkan hubungan sosial terganggu
- Bersikap keras/kurang kooperatif dengan pemeriksa
- Konsep diri yang negatif seperti membenci diri sendiri, merasa kotor, tidak memiliki kebanggaan terhadap dirinya
- Penampilan tidak rapi/tidak terurus dibandingkan biasanya

Pemeriksaan mental awal pada pasien dewasa (18 tahun ke atas):

- Tanyakan keluhan utama pasien, catat pada status dengan menggunakan bahasa pasien.
- Golongkan keluhan tersebut apakah termasuk keluhan fisik murni (F1) keluhan fisik disertai keluhan mental emosional (F2), keluhan psikosomatik (PS), atau keluhan mental emosional (ME) dan beri kode
- Bila keluhan utama termasuk PS dan ME, lanjutkan dengan pertanyaan aktif

Korban Anak

Anak memiliki ciri temperamen dan perasaan yang unik, sehingga dapat memberikan reaksi yang berbeda terhadap trauma/tekanan yang sama. Anak mungkin akan mengekspresikan masalah melalui kata-kata, keluhan-keluhan fisik atau tingkah laku yang tidak sesuai dengan tahapan perkembangannya. Gejala yang timbul antara lain:

1. Ketakutan
    - Takut akan reaksi keluarga maupun teman-teman
    - Takut orang lain tidak akan mempercayai keterangannya
    - Takut diperiksa oleh dokter yang berbeda jenis kelamin dengannya
    - Takut melaporkan apa yang dialaminya

- Takut terhadap pelaku
- Takut ditinggal sendirian
- Reaksi emosional lain seperti syok, rasa tidak percaya, marah, malu, menyalahkan diri sendiri, kacau, bingung, histeris yang menyebabkan sulit tidur, hilang nafsu makan, mimpi buruk, selalu mengingat kejadian itu.

2. Siaga berlebihan (mudah kaget, terkejut, curiga)
3. Panik
4. Berduka

Gejala-gejala tersebut dapat diatasi dengan konseling. Bila konseling tidak berhasil, pasien dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai karena jika gejala-gejalanya bertaraf berat, dapat menimbulkan gangguan jiwa. Gangguan jiwa yang bisa terjadi akibat kekerasan antara lain:

- PTSD (gangguan stress paska trauma)
- Gangguan depresi
- Gangguan cemas terkait trauma
- Gangguan penyesuaian
- Gangguan psikotik
- Gangguan perkembangan pada anak
- Gangguan perkembangan pervasive
- Gangguan perkembangan spesifik
- Gangguan fungsi kognitif
- Gangguan eliminasi
- Gangguan bicara bahasa
- Gangguan perhatian dan hiperaktivitas
- Gangguan belajar
- Gangguan perkembangan spesifik reaksi stress akut
- Gangguan lain

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam wawancara psikiatrik pada korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak adalah:

a. Menjadi pendengar yang baik selama berkomunikasi.
b. Mampu berempati.

c. Gunakan cara dan teknik yang sesuai dengan tahapan perkembangan anak sehingga anak merasa nyaman dan dapat mengekspresikan apa yang dirasakan dan dialaminya.
d. Kalau memungkinkan, lakukan wawancara terpisah.
e. Mampu menangkap ekspresi / bahasa tubuh / tingkah lakunaka dan kata-kata kunci (kata-kata yang sering diulang, diucapkan secara emosional) yang diucapkan tanpa disadari.
f. Bila perlu, buat rekaman proses wawancara atas persetujuan korban/keluarga.
g. Hindari mengulang-ulang pertanyaan.
h. Hindari pertanyaan yang menggiring atau mengarahkan ke jawaban tertentu.
i. Ulangi jawaban korban untuk meyakinkan bahwa pemeriksa mengerti apa yang dikemukakan korban, sekaligus untuk mencegah kebohongan.
j. Jangan memberi pertanyaan yang akan menambah trauma korban.

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan mental emosional pada anak:

a. Bina rapport sedini mungkin, amati perilaku, keterampilan sosial dan kemampuan kognitif anak.
b. Minta anak menceritakan 2 kejadian spesifik yang pernah dialami untuk menilai daya ingat anak dan menentukan teknik dan model wawancara yang akan dilakukan.
c. Buat kesepakatan dengan anak bahwa pernyataan yang benar saja yang akan didiskusikan, bukan fantasia tau pernyataan yang bersifat kebohongan.
d. Mulailah wawancara dengan topik yang umum, baru menjurus ke arah yang lebih spesifik sesuai keperluan.
e. Biarkan anak mulai bercerita. Jika topik spesifik kekerasan sudah dikemukakan, dukung dan bantu anak untuk menceritakan kejadiannya secara berurutan dan rinci.
f. Lakukan observasi mental anak meliputi : penampilan dan perilaku anak saat wawancara, proses pikir dan pembicaraan, orientasi dan persepsi, fungsi kognitif dan integritas neuromuskuler, fantasi dan persepsi anak terhadap lingkungannya.
g. Akhiri wawancara dengan mengajukan pertanyaan yang bersifat umum kembali serta beri kesempatan anak untuk mengajukan pertanyaan.

C.6. Tatalaksana Dan Follow Up kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak

C.6.1. Tatalaksana Kasus Kekerasan Fisik

Tatalaksana kasus kekerasan fisik dilakukan sesuai jenis trauma yang dialami korban. Pada kasus kegawatdaruratan akibat trauma, maka dilakukan tatalaksana sesuai dengan kegawatdaruratan yang terjadi, dengan penanganan dilakukan oleh dokter sesuai dengan kompetensinya. Kasus dengan luka ringan dapat segera dipulangkan setelah menjalani pemeriksaan psikiatri awal, karena kekerasan psikis biasanya menyertai kekerasan fisik dan kekerasan seksual. Kasus yang memerlukan rawatan diberikan rawatan sesuai dengan kondisi yang dialami seperti patah tulang, cedera kepala, atau trauma mata, dirujuk pada spesialis yang sesuai untuk penanganan medisnya. Penanganan medikolegal dilakukan sesuai tata cara yang berlaku di fasilitas layanan kesehatan. Apabila ada dokter spesialis forensik, maka pembuatan *visum et repertum* dapat dilakukan oleh spesialis forensik, jika tidak maka merujuk pada aturan fasilitas layanan kesehatan apakah penyusunan visum dibuat oleh dokter yang pertama kali menerima atau oleh dokter yang merawat, atau keduanya. Pada kasus korban meninggal dunia, fasilitas layanan kesehatan perlu melaporkan kepada pihak penyidik peminta visum untuk dapat dibuatkan Surat Permintaan Visum Mayat.

C.6.2. Tata laksana Kasus Kekerasan Seksual

Setelah dilakukan anamnesis, pemeriksaan, dan pengklasifikasian korban maka tatalaksana dilakukan berdasarkan kegawatdaruratan yang ditemukan.

Gawat Darurat

Tanda adanya kekerasan seksuai disertai satu atau lebih dari tanda:

- Kesadaran menurun
- Akral dingin, *capirally refill* meningkat (>2 detik)
- Hambatan jalan napas
- Sesak napas/sulit bernapas
- Perdarahan pervaginam
- Terdapat ide atau perlakuan menyakiti diri sendiri, percobaan bunuh diri

Tindakan:

- Atasi keadaan gawat darurat dan lakukan stabilisasi tanda-tanda umum & tanda-tanda vital
- Bila terdapat penetrasi ≤ 72 jam berikan kontrasepsi darurat pada saat kondisi pasien stabil
- Cegah dan obati ISK dan IMS
- Dilakukan *informed consent* (diberikan informasi pada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan, serta penyintas/korban, atau orang tua atau pendamping
- Bila terdapat ide atau perlakuan menyakiti diri sendiri atau percobaan bunuh diri, lakukan perawatan individu yang melukai diri sendiri
- Rujuk segera ke rumah sakit
- Segera memberikan informasi kepada instansi terkait UPTD dan PA/P2TP2A, kepolisian, shelter setempat
- Kelola barang bukti sesuai standar

Gawat Tidak Darurat

Tanda adanya kekerasan seksual dan salah satu tanda kegawatdaruratan yang bisa ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan

Tindakan:

- Dilakukan *informed consent* (diberikan informasi pada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan, serta pengambilan persetujuan tindakan) dari penyintas/korban, atau orang tua atau pendamping
- Berikan pertolongan awal
- Cegah dan obati ISK dan IMS
- Bila terdapat penetrasi ≤ 72 jam berikan kontrasepsi darurat pada kondisi pasien stabil
- Evaluasi dan monitor keadaan penyintas/korban, apabila terjadi kegawatdaruratan tidak tertangani rujuk ke Rumah Sakit Pusat Layanan Terpadu (PPT) atau RSU
- Segera memberikan informasi kepada instansi terkait P2TP2A, kepolisian, shelter stempat (bila ada)
- Kelola barang bukti sesuai standar

Tidak Gawat Tidak Darurat

Tanda adanya kekerasan seksual

- Kesadaran baik
- Tidak ada tanda bahaya

Tindakan

- Dilakukan *informed consent* (diberikan informasi pada keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan, serta pengambilan persetujuan tindakan) dari penyintas/ korban, atau orang tua atau pendamping
- Obati sesuai keadaan klinis
- Cegah dan obati ISK dan IMS
- Bila terdapat penetrasi ≤ 72 jam berikan kontrasepsi darurat
- Beri konseling untuk pemeriksaan HIV AIDS dalam 6-8 minggu atau rujuk
- Segera memberikan informasi kepada instansi terkait P2TP2A, kepolisian, shelter setempat (bila ada)
- Kelola barang bukti sesuai standar

C.6.2.1. Regimen pengobatan pada korban kekerasan seksual

Kontrasepsi darurat

Kontrasepsi darurat hanya diberikan pada korban yang telah haid yang datang untuk melakukan pemeriksaan kurang dari 72 jam setelah kejadian. Kontrasepsi darurat masih dapat diberikan sampai 5 hari setelah kejadian.

- Pil levonogestrel 0,75 mg, paket berisi 2 tablet; atau
- Pil kombinasi etinil estradiol 0,03 mg + levonogestrel 0,15 mg (pil program KB yang ada di Indonesia), diminum dengan dosis 4 pil saat datang dilanjutkan 4 pil 12 jam kemudian

Pencegahan IMS

Pencegahan IMS diberikan pada semua penyintas termasuk anak laki-laki.

Dewasa atau anak >35 kg

1. Azitromisin 500 mg, berikan dosis 1000 mg dosis tunggal dan
2. Cefixime 200 mg, berikan dosis 400 mg dosis tunggal

Anak <35 kg

1. Azitromisin berikan dengan dosis 20 mg/KgBB dosis tunggal dan
2. Cefixime dengan dosis 8 mg/KgBB dosis tunggal

Pencegahan HIV

Pada kasus perempuan yang sudah haid dan kejadian kurang dari 24 jam, **berikan pencegahan HIV sebagai berikut**:

Rejimen ARV untuk pencegahan pasca pajanan adalah Tenofovir + Lamivudin + Lopinavir/ritonavir

Dosis:

1. Tenofovir, tab salut selaput 300 mg, dosis 1 x 300 mg per 12 jam; dan
2. Lamivudin, tablet 300 mg, dosis 2 x 150 mg per 12 jam dan
3. Lopinavir/ritonavir, tablet 200 mg/50 mg, dosis 2 x 200 mg/50 mg per 12 jam

Jika tidak tersedia lopinavir diberikan TLE (diberikan pada malam hari)

1. Tenofovir, tab salut selaput 300 mg, dosis 1 x 300 mg, dan
2. Lamivudin, tablet 150 mg, dosis 1 x 300 mg, dan
3. Evafirenz, tablet 600 mg, dosis 1 x 600 mg

Jika kejadian kurang dari 72 jam dan pasien belum menstruasi atau korban adalah anak laki-laki, berikan profilaksis Rejimen ARV untuk pencegahan pasca pajanan**:**

a. Anak usia >12 tahun sampai dewasa

1. Tenofovir, tab salut 300 mg, dosis 1 x 300 mg per 12 jam, dan
2. Lamivudin, tablet 300 mg, dosis 2 x 150 mg per 12 jam dan
3. Lopinavir/ritonavir, tablet 200 mg/50 mg, dosis 2 x 200 mg/50 mg per 12 jam

b. Anak BB 14 kg sampai usia ≤ 12 tahun

1. Zidovudin, tab salut selaput 300 mg, dosis 2 x 150 mg per 12 jam; dan
2. Lamivudin, tablet 300 mg, dosis 2 x 150 mg per 12 jam dan
3. Lopinavir/ritonavir, tablet 200 mg/50 mg, dosis 2 x 200 mg/50 mg per 12 jam

c. Anak usia > 1 tahun sampai dengan BB < 14 kg

1. AZT 60 mg + 3TC 30 mg + NVP 50 mg

d. Anak usia ≤ 1 tahun

1. Zidovudin, tablet 4 mg/kgBB diberikan 2 kali sehari, dan
2. Nevirapin, tablet 15 mg/kgBB, diberikan 1 x sehari

Untuk kasus yang datang sudah lebih dari 72 jam dari kejadian Lakukan tes HIV. Jika hasil tes positif, berikan pengobatan ARV sesuai dengan pedoman pengobatan ARV. Jika hasil tes negatif, tidak perlu diberikan profilaksis, anjurkan pemeriksaan 3 bulan berikutnya.

Pencegahan Sifilis

Pertimbangkan Pemberian Pencegahan Sifilis pada kasus perempuan yang sudah menstruasi dengan melakukan tes TP Rapid jika negatif pertimbangkan pemberian Benzation Penicilin G 2,4 juta IU secara Intra muscular, lakukan tes alergi sebelum dilakukan. Jika belum menstruasi atau korban adalah anak laki-laki, lakukan TP Rapid jika negatif pertimbangkan pemberian Benzation Penicillin G 50.000 IU per Kg/BB secara intra muskular, lakukan tes alergi sebelum penyuntikan.

Pencegahan Hepatitis B

Pada korban yang sudah menstruasi dan kejadian kurang dari 72 jam, cek anti HBs jika negatif, berikan vaksin HBIG. Jika positif lakukan tata laksana hepatitis sesuai standar. Sarankan kepada penyintas/korban untuk mendapatkan vaksin HBIG (vaksin HBIG akan lebih efektif diberikan dalam 24 jam setelah paparan). Pada korban yang datang lebih dari 72 jam, Cek anti HBs jika negatif, berikan vaksin Hep B dan berikan vaksin lanjutan pada bulan ke 2 dan bulan ke 4 setelah suntikan vaksin pertama. Jika positif dilakukan tata laksana hepatitis sesuai standar.

Pada korban yang belum menstruasi, tanpa melihat waktu kejadian, termasuk korban laki-laki, lakukan skrining status imunisasi Heb penyintas/korban, jika belum lengkap atau tidak jelas berikan vaksin Hep B. Cek anti HBs jika negatif berikan vaksin HBIG. Jika positif lakukan tatalaksana hepatitis sesuai standar. Sarankan kepada korban untuk mendapatkan vaksin HBIG (vaksin HBIG akan lebih efektif diberikan dalam 24 jam setelah pajanan).

Pemeriksaan kehamilan

Pada kasus yang datang dengan kekerasan seksual dapat dilakukan tes kehamilan jika dalam perhitungan didapatkan tanggal kejadian sesuai dengan masa subur, Lakukan pengambilan urin untuk pemeriksaan beta HcG. Pada kasus yang kurang dari 72 jam, walaupun sudah diberikan kontrasepsi darurat tetap disarankan untuk melakukan pemeriksaan beta HcG 1 minggu sesudah kejadian untuk memastikan ada tidaknya kehamilan.

Alur Tatalaksana Kehamilan pada Kasus Kekerasan Seksual

1. Jika ada penyintas/korban hamil
2. korban dirujuk ke rumah sakit
3. Lalu dilakukan pemeriksaan kehamilan, jika usia kehamilan ≤ 40 hari, dilakukan

konseling untuk menentukan apakah penyintas/korban ingin melanjutkan kehamilan atau terminasi kehamilan dengan tetap dilakukan konseling sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

4. Jika usia kehamilan > 40 hari maka disarankan untuk melanjutkan kehamilan, rujuk untuk pendampingan psikososial dan perawatan ANC sesuai standar.

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh nakes pada penyintas/korban kekerasan seksual yang hamil :

a. Penyintas/korban yang hamil harus dirujuk ke Rumah Sakit untuk menentukan usia kehamilan.
b. Kehamilan pada penyintas/korban kekerasan seksual merupakan kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan, seringkali perawatan kehamilan berkoordinasi dengan Dinas Sosial.
c. Bila penyintas/korban akan melanjutkan kehamilan, diberikan alternative setelah lahir akan dirawat sendiri atau diberikan kepada orang lain (adopsi) berkoordinasi dengan Dinas Sosial.
d. Bila diputuskan untuk terminasi kehamilan (usia kehamilan ≤40 hari), maka terminasi harus dilakukan di rurmah sakit yang sudah ditentukan.
e. Pelayanan untuk kehamilan, persalinan dan nifas dilaksanakan sesuai standar namun harus dilakukan pendampingan yang intensif untuk trauma psikis.

C.6.3. Penatalaksanaan psikis pada kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak

a. Atasi gangguan fisik sesuai keadaan.
b. Informasikan kepada keluarga bahwa pasien menderita stress dan butuh ditemani oleh orang yang dekat dengan pasien.
c. Beri kesempatan pasien untuk ventilasi dan katarsis emosional : mengekspresikan emosinya yang tertekan seperti rasa malu, marah, sedih, takut, frustasi, dll. Ventilasi dilakukan pada psikoterapi awal, pasien dapat menangis atau mengekspresikan perasaan marahnya. Setelah itu biasanya pasien akan merasa lega dan barulah petugas kesehatan dapat menggali lebih dalam tentang masalah yang dihadapi serta latar belakang dari tindakan tersebut.
d. Bila tindak kekerasan terjadi dalam keluarga/rumah tangga, dimana pelakunya adalah orang yang dekat dengan pasien (suami terhadap istri, orang tua terhadap anak, paman terhadap ponakan, atau lainnya), maka petugas kesehatan sebaiknya melakukan pemeriksaan dan penanganan terhadap pelakunya (apabila tidak

sedang menjalani proses hukum). Apabila pelaku tidak ditangani dengan baik, maka seringkali tindak kekerasan tersebut akan berulang kembali. Setelah penatalaksanaan terhadap pasien selesai dilakukan, maka petugas kesehatan sebaiknya melakukan penanganan terhadap pelaku sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e. Konseling perkawinan. Dalam hal ini tindak kekerasan terjadi pada suami terhadap istri, perlu dilakukan konseling perkawinan untuk menggali latar belakang permasalahan, sekaligus memperbaiki hal yang masih bisa diperbaiki dalam perkawinan tersebut.

f. Konseling keluarga. Bila tindak kekerasan terjadi dalam rumah tangga yang melibatkan beberapa anggota keluarga, maka petugas kesehatan perlu melibatkan seluruh anggota keluarga, maka petugas kesehatan perlu melibatkan seluruh anggota keluarga dalam terapi untuk mengetahui dinamika dalam keluarga sehingga terjadi tindak kekerasan itu. Dalam terapi keluarga, petugas kesehatan tidak melihat masalah tersebut sebagai masalah individu, tapi merupakan masalah dalam keluarga yang perlu diatasi bersama. Seluruh anggota keluaga perlu disadarkan terhadap masalah yang mereka alami dan kira-kira penyebab yang memicu masalah tersebut sehingga mereka dapat mengubah sikap masing-masing untuk mencegah terulangnya tindak kekerasan di kemudian hari.

g. Edukasi sosial. Memperkenalkan adanya LSM yang dapat membantu mengatasi masalah kekerasan yang mereka hadapi (LBH dan LSM lainnya).

Konseling merupakan hubungan antara 2 orang (konselor dan klien), bersifat saling membantu, untuk menyelesaikan masalah tertentu. Konseling diadakan untuk memberdayakan klien dalam menghadapi masalah kehidupan dan mengembangkan mekanisme adaptasi yang efektif dalam menghadapi masalah kehidupan. Tujuan konseling adalah untuk membantu klien menghadapi situasi krisis akibat peristiwa traumatis; membantu klien mengatasi gejala-gejala distress paska trauma; Membantu klien menyesuaikan diri dengan perubahan dengan perubahan kehidupan paska kekerasan; dan membantu klien menata kehidupan paska kekerasan dan merencanakan masa depan.

Pendamping/konselor berperan sebagai fasilitator untuk membantu, mempermudah, memberi dukungan motivasi. Pendamping konselor seyogyanya mampu melihat masalah dari berbagai sudut pandang, mampu berempati pada individu/masyarakat yang didampingi; tetapi tidak memperlihatkan keberpihakan dan tidak memiliki prasangka.

Keterampilan yang harus dimiliki konselor antara lain kemampuan berempati, menghayati penderitaan klien; keterampilan membina hubungan saling percaya

a. Keterampilan berkomunikasi
b. Keterampilan mendengar aktif – reflektif
c. Keterampilan memberi dukungan dan membangun semangat klien

Hal penting yang harus diperhatikan konselor:

a. Hindari menginterupsi, menghentikan secara tiba-tiba, memberikan komentar saat orang tersebut masih bicara
b. Jangan mengkritik atau merendahkan
c. Memperhatikan metafora dan pesan tersirat
d. Perhatikan ekspresi non verbal, intonasi, suara, bahasa tubuh
e. Fokuskan pada penilaian aspek psikologis dan bukan ukuran moral
f. Hindarkan bersimpati
g. Setiap akhir sesi berikan kesimpulan akan proses, hasil yang telah dicapai, dan rencana mendatang.

ABC konseling akibat kekerasan

1. *Approach and assess survivors needs* (dekati dan nilai kebutuhan korban)
2. *Beside and sensitive* (damping dan bersikap sensitif)
3. *Comfort and care* (berikan rasa nyaman dan perhatian)

Pendampingan pada anak usia sekolah (6-12 tahun)

1. Memberikan rasa aman, membantu merefleksikan pengalaman traumatis dengan mendengarkan atau mengadakan kegiatan-kegiatan diskusi dan permainan.
2. Mengajak anak mulai bernalar (berpikir logis dan merefleksi pengalamannya dengan mengolah dan memanfaatkan kemampuan kognitifnya dalam bahasa sederhana.

Pendampingan pada remaja

1. Diajak bernalar (berpikir logis) dan berefleksi terhadap pengalamannya secara lebih komprehensif, sekaligus memasukkan nilai-nilai non kekerasan dalam penyelesaian masalah.
2. Remaja perlu diarahkan untuk banyak melakukan kegiatan atau aktivitas-aktivitas untuk menyalurkan energinya.

Psikoedukasi dan Konseling Psikososial

Psikoedukasi

Depresi, cemas, stress atau gangguan mental lain adalah suatu masalah yang dapat terjadi pada siapa saja. Terapi efektif mungkin dilakukan dalam bentuk psiko-edukasi maupun pengobatan. Diperlukan waktu beberapa minggu agar terapi dapat mengurangi gejala. Kepatuhan terhadap obat yang diberikan sangat penting. Hal berikut perlu ditekankan:

1. Pentingnya **melanjutkan**, sedapat mungkin, **aktivitas yang biasanya menarik atau memberi kesenangan**, tanpa mengindahkan apakah hal itu terasa menarik atau memberi kesenangan akhir-akhir ini;
2. Pentingnya mencoba **mempertahankan siklus tidur teratur** (pergi tidur di waktu yang sama tiap malam, mencoba tidur dengan jumlah jam yang sama seperti sebelumnya, hindari tidur terlalu banyak);
3. Manfaat **aktivitas fisik teratur**, sedapat mungkin;
4. Manfaat **aktivitas sosial teratur**, termasuk partisipasi dalam aktivitas sosial bersama, sedapat mungkin;
5. Mengenali **pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bunuh diri** dan datang mencari pertolongan bila hal ini terjadi

Konseling Psikososial

- Tawarkan pada individu **kesempatan berbicara**, sebaiknya di ruang tertutup. Tanyakan pemahaman subyektif individu tentang penyebab gejalanya.
- Tanyakan tentang **stresor psikososial saat ini** dan, sejauh mungkin, atasi isu sosial yang berkaitan dan bantu penyelesaian masalah stresor psikososial atau kesulitan relasi dengan bantuan sumber/layanan masyarakat.
- Evaluasi dan tangani situasi perlakuan salah (contoh: kekerasan dalam rumah tangga) dan pengabaian bila ditemukan. Kontak aparat hukum dan masyarakat, bila perlu.
- **Identifikasi anggota keluarga yang supportif dan libatkan mereka** sebanyak mungkin bila perlu.
- Jika ada **masalah prestasi di sekolah**, diskusikan dengan guru tentang bagaimana mendukung murid ini.
- Jika ada masalah dengan orang tua, diskusikan dengan orang tua tentang bagaimana keterampilan pengasuhan orang tua sesuai budaya.

Perawatan untuk Individu yang Melukai Diri

- Tempatkan individu di lingkungan yang aman dan suportif di fasilitas kesehatan (jangan ditinggal sendiri).
- Bila individu yang melukai diri harus menunggu untuk mendapatkan terapi, berikan lingkungan yang meminimalisasi penderitaan, bila mungkin di ruangan yang tenang dan terpisah, di bawah supervisi dan kontak teratur dengan staf yang diketahui namanya atau anggota keluarga untuk memastikan keamanan. Singkirkan sarana yang dapat digunakan untuk melukai diri.
- Konsultasikan ke spesialis kedokteran jiwa.
- Membatasi akses ke sarana melukai diri (seperti pestisida, senjata api atau tajam, tempat tinggi).
- Secara aktif melibatkan komunitas untuk mencari cara yang memungkinkan secara lokal untuk menerapkan intervensi di tingkat populasi untuk mengurangi akses ke sarana bunuh diri.
- Bangun kolaborasi antara kesehatan dan sektor lain yang relevan.

Anti Depresan

Memulai Pengobatan Anti Depresan

- **Memilih antidepresan**
  - Pilih antidepresan dari Formularium Nasional. Contohnya : *Fluoxetine* (golongan *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI) dan *amitriptyline* (golongan antidepresan trisiklik (TCA) lainnya) adalah antidepresan yang tercantum dalam Formularium WHO serta terdapat dalam Daftar Model Obat Esensial WHO. **(RS dapat memberikan obat antidepresan sesuai dengan ketersediaan yang diresepkan oleh psikiater)**
  - Dalam memilih antidepresan untuk individu, pertimbangkan pola gejala pada individu, profil efek samping obat, dan kemanjuran pengobatan antidepresan sebelumnya, bila ada.
  - Untuk kondisi medis ko-morbid: Sebelum meresepkan anti-depresan, pertimbangkan potensi interaksi obat-penyakit atau interaksi antar obat.
  - Kombinasi antidepresan dengan obat psikotropika lain memerlukan supervisi, atau konsultasi dengan, spesialis.

- **Beritahu individu dan keluarga tentang:**
  - Penundaan awitan efek obat; Efek obat antidepresan baru tampak setelah sekitar 1-2 minggu pengobatan teratur.
  - Potensi efek samping dan risiko dari gejala-gejala ini, bagaimana mencari pertolongan dengan tepat bila hal ini dirasa mengganggu.
  - Kemungkinan gejala penghentian/putus obat bila obat lupa diminum, dan bahwa gejala tersebut biasanya ringan dan sembuh sendiri tapi terkadang dapat menjadi berat, terutama bila obat dihentikan mendadak. Meski demikian, antidepresan tidak bersifat adiktif (tidak menimbulkan ketergantungan)

Jenis Anti Depresan

***Selective serotonin Reuptake Inhibitors* (contoh : Fluoxetine)**

Efek samping yang sering *(sebagian besar efek samping berkurang dalam beberapa hari, tidak ada yang permanen)*: kegelisahan, kecemasan, insomnia, anoreksia dan gangguan gastrointestinal lain, nyeri kepala.

Waktu respons setelah inisiasi dengan dosis adekuat 4 – 6 minggu.

Dosis fluoxetine pada *remaja*

- Mulai terapi dengan 10 mg (cth. separuh tablet) sehari sekali dan tingkatkan ke 20 mg setelah 1 – 2 minggu (dosis maksimal 20 mg)
- Jika tidak ada respons dalam 6 – 12 minggu atau respons parsial dalam 12 minggu, konsultasikan ke spesialis.
- Penggunaan fluoxetine pada anak dan remaja sebaiknya konsultasikan ke spesialis
- **Dosis fluoxetine pada pasien** *dengan penyakit* **medis**
- Mulai terapi dengan tablet 10 mg (bila tersedia) sehari sekali atau 20 mg selang sehari selama 1 – 2 minggu kemudian ditingkatkan menjadi 20 mg bila dapat ditoleransi.
- Jika tidak ada respons dalam 6 – 12 minggu atau respons parsial dalam 12 minggu, tingkatkan dosis bertahap (dosis maksimal 60 mg). Tingkatkan dosis secara lebih bertahap.

Jangan berikan amitriptilin untuk anak atau remaja.

Memulai Pengobatan Anti Psikotik

Untuk mengontrol gejala-gejala psikotik akut secara tepat, penyedia layanan kesehatan sebaiknya memulai terapi antipsikotik sesudah penilaian.

- Resepkan satu antipsikotik dalam 1 waktu (monoterapi).
- "Start low, go slow": Mulai dengan dosis rendah yang ada dalam kisaran terapeutik (lihat tabel medikasi antipsikotik untuk detilnya) dan naikkan dosis secara perlahan hingga mencapai dosis efektif terendah, untuk tujuan menurunkan risiko efek samping.
- Coba melakukan terapi pada dosis optimum sedikitnya 4 – 6 minggu sebelum mempertimbangkan bahwa obat tersebut tidak efektif.
- Haloperidol atau Risperidone oral sebaiknya ditawarkan secara rutin pada orang dengan gangguan psikotik.

Haloperidol dosis awal: 1,5 – 3 mg; dosis efektif 3-20mg/hari dibagi dalam 2-3 kali pemberian per hari.

Risperidone dosis awal: 1-2 mg; dosis efektif 2-6 mg/hari dibagi dalam 2 kali pemberian per hari.

C.6.4. Perawatan Lanjutan

Kurun 1 Minggu

- Luka: Cek apakah luka sudah sembuh dengan baik
- IMS/HIV: Cek kepatuhan PPP dan efek sampingnya. Mengevaluasi kepatuhan terhadap Regimen pengobatan IMS. Tawarkan VCT, jika tidak dilakukan sebelumnya.
- Kesehatan Mental: Lanjutan dukungan dan perawatan awal. Menilai keadaan emosi dan status mental
- Perencanaan: Vaksinasi hepatitis berikutnya pada 1 dan 6 bulan. Tes HIV pada 3 dan 6 bulan. Tindak lanjut rutin 1 bulan setelah kejadian kekerasan seksual. Minta penyintas kembali jika ada gejala emosional/fisik yang meningkat.

Kurun 2 Minggu

- Luka: Cek apakah luka sudah sembuh dengan baik
- IMS/HIV: Sudah menyelesaikan pengobatan untuk pencegahan IMS, ketaatan PPP, jika menggunakannya. Diskusikan hasil tes apa pun, tawarkan VCT jika tidak dilakukan sebelumnya.

- Kehamilan: Tes untuk kehamilan jika berisiko hamil. Jika hamil, beri pilihan layanan untuk konseling dan ANC.
- Kesehatan Mental: Lanjutkan dukungan dan perawatan awal. Menilai keadaan emosi dan status mental.
- Perencanaan: Vaksinasi hepatitis berikutnya pada 1 dan 6 bulan. Tes HIV pada 3 dan 6 bulan. Tindak lanjut rutin 1 bulan setelah kejadian kekerasan seksual. Minta penyintas kembali jika ada gejala emosional/fisik yang meningkat.

Kurun 1 Bulan

- IMS/HIV: Berikan vaksinasi hepatitis B kedua, berikutnya pada 6 bulan. Tawarkan VCT jika tidak dilakukan sebelumnya.
- Kesehatan Mental: Lanjutkan dukungan dan perawatan awal. Nilailah keadaan emosi dan perencanaan mentalnya. Tanyakan apakah dia merasa lebih baik. Rencanakan dukungan psikososial dan manajemen stres jika masalahnya meningkat.
- Perencanaan: Perawatan rutin 3 bulan setelah serangan atau kekerasan.

Kurun 3 Bulan

- IMS/HIV: Tawarkan tes dan konseling HIV. Pastikan bahwa konseling sebelum dan sesudah tes bersedia dan rujuk untuk pencegahan, perawatan, dan perawatan HIV.
- Kesehatan Mental: Lanjutkan dukungan dan perawatan awal. Nilailah keadaan emosi dan perencanaan mentalnya. Tanyakan apakah dia merasa lebih baik. Rencanakan dukungan psikososial dan manajemen stres jika menambah masalah.
- Perencanaan: Tindak lanjut rutin selama 6 bulan. Ingatkan akan vaksinasi Hepatitis B 6 bulan.

BAB VI
ALUR DAN RUJUKAN KASUS KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK

A. SISTEM RUJUKAN

Konsep rujukan adalah suatu upaya pelimpahan tanggung jawab dan wewenang secara timbal balik dalam pelayanan kesehatan untuk mencapai suatu pelayanan yang bermutu dan tepat sasaran. Rujukan ini dapat bersifat vertikal maupun horizontal sesuai dengan fungsi koordinasi dan jenis kemampuan yang dimiliki. Rujukan dapat terjadi dari Puskesmas ke Puskesmas lain, Puskesmas ke Rumah Sakit, Rumah Sakit ke Rumah Sakit dengan kelas rujukan yang lebih tinggi.

Kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak sejatinya tergolong dalam kasus gawat darurat, karena itu PKT/PPT berada dalam lingkup Instalasi Gawat Darurat. Dengan tidak dimasukkannya kekerasan dalam sistem penjaminan di BPJS maka sistem rujukan berjenjang juga tidak berlaku pada kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

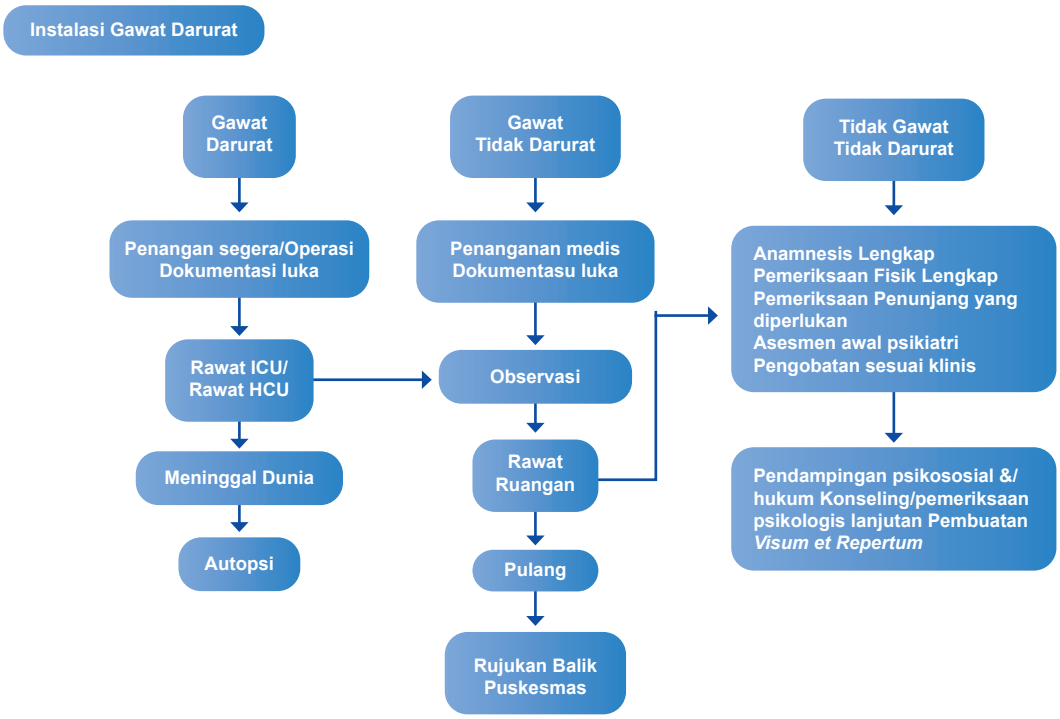
Rujukan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak tetap ada dalam bentuk rujukan medis untuk klinis kedaruratan dan pemeriksaan laboratorium, rujukan medikolegal, maupun rujukan non medis. Rujukan medis dan medikolegal dapat berupa rujukan internal maupun rujukan eksternal untuk klinis kegawatdaruratan serta medikolegal. Rujukan pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan untuk spesimen yang tidak bisa diperiksa di fasilitas layanan kesehatan seperti pemeriksaan cairan mani dan sperma dengan pewarnaan, pemeriksaan toksikologi, maupun pemeriksaan DNA. Rujukan non medis dapat berupa rujukan untuk bantuan hukum, pendampingan, konseling psikososial, rumah aman. Saat ini beberapa rujukan dapat dilakukan melalui UPTD PPA P2TP2A.

Pada kasus kekerasan fisik atau psikis yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, dapat dilakukan penanganan untuk kedaruratan medis, lalu dilakukan rujukan sesuai dengan kebutuhan medis dan medikolegal pasien. Penanganan medikolegal yang dapat dilakukan adalah pencatatan dan dokumentasi luka secara lengkap sebelum dilakukan tindakan sehingga dapat digunakan sebagai data *visum et repertum* apabila ada permintaan. Pada kasus kekerasan seksual, apabila fasilitas pelayanan kesehatan tidak memiliki sarana prasarana atau kompetensi untuk melakukan pemeriksaan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, maka dapat melakukan rujukan tanpa melalui proses pemeriksaan, agar tidak terjadi *secondary rape* dan barang bukti tidak termanipulasi.

Koordinasi dan mekanisme kerja internal dalam rumah sakit mengikuti peraturan yang berlaku, serta berpedoman pada tata aturan baku pelayanan kedokteran forensik dan medikolegal pada rumah sakit (*hospital by-laws*). Rujukan intern rumah sakit berpedoman pada prosedur rujukan di dalam rumah sakit dan mekanisme kerja di tiap departemen.

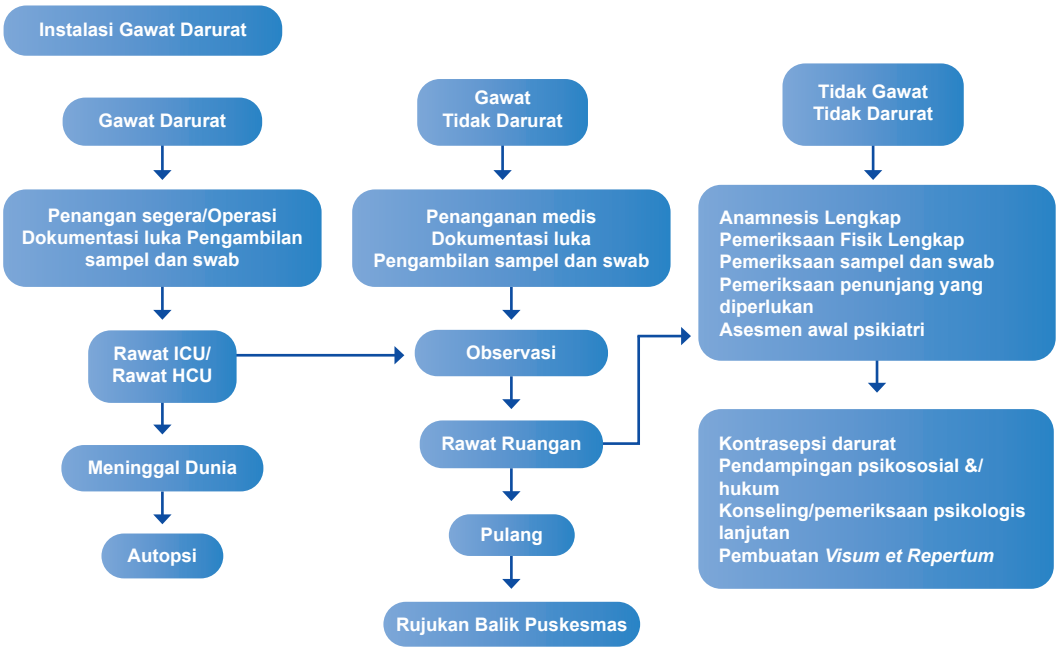
Koordinasi dan kerja sama antar institusi dilakukan mengikuti undang-undang dan peraturan lain yang berlaku dan memperhatikan petunjuk pelaksanaan pada masing-masing pihak, dengan diketahui oleh wakil direktur bidang pelayanan. Koordinasi dan kerja sama antar departemen pada rumah sakit di bawah departemen kesehatan mengikuti peraturan yang berlaku, serta berpedoman pada tata aturan baku pelayanan rumah sakit (*hospital by-laws*).

Alur Ringkas Penanganan dan Rujukan kasus dugaan kekerasan fisik

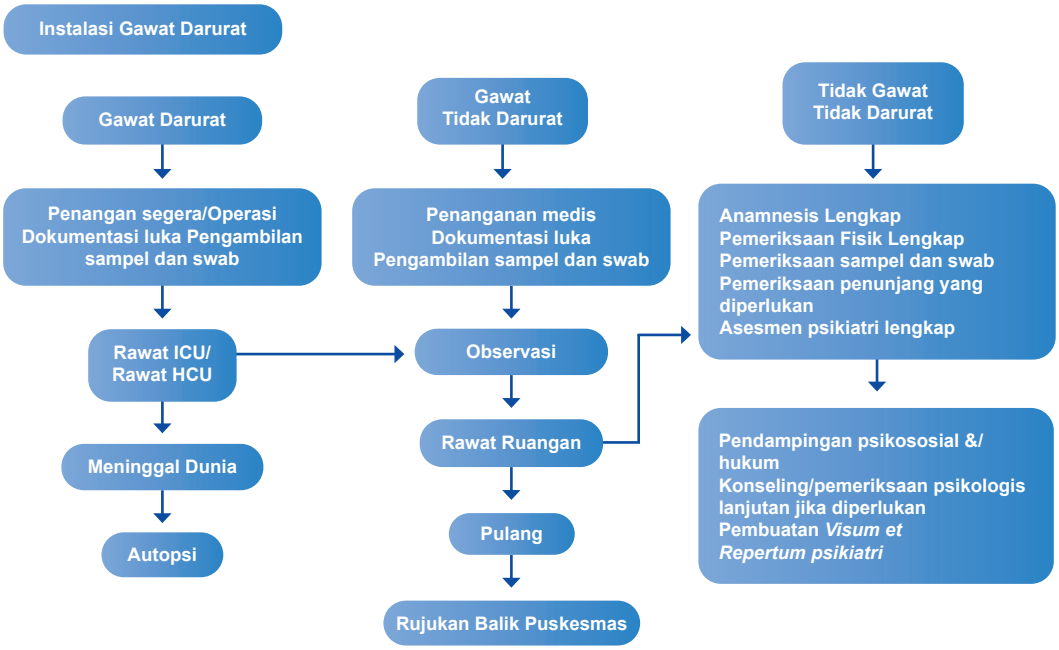


Pemeriksaan dan penatalaksanaaan awal sesuai dengan masalah klinis pasien, dirawat oleh dokter spesialis Bedah untuk kasus trauma atau dokter spesialis Penyakit Dalam untuk kasus keracunan.

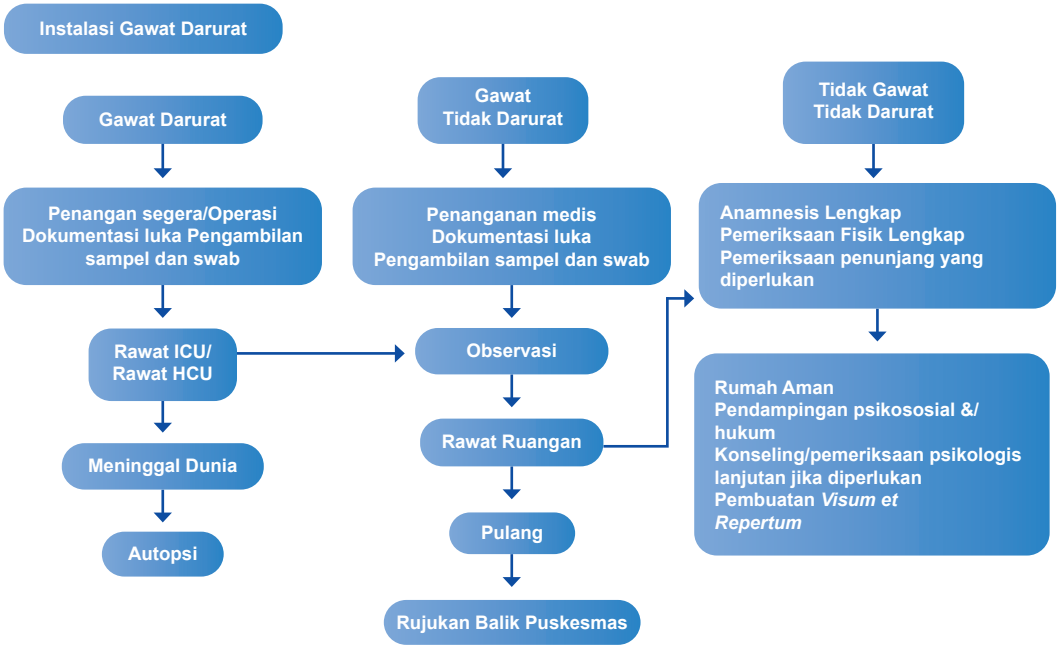
Alur ringkas penanganan dan rujukan kasus dugaan kekerasan seksual



Alur ringkas penanganan dan rujukan kasus dugaan kekerasan psikis



Alur ringkas penanganan dan rujukan kasus dugaan penelantaran



B. JEJARING SISTEM PERLINDUNGAN PEREMPUAN DAN ANAK

Sistem perlindungan perempuan dan anak merupakan sistem yang harus tersedia dalam negara untuk mencegah dan menangani kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. Sistem ini harus dibangun dalam bentuk sistem multi sektor yang didukung oleh perundang-undangan, diwujudkan dalam program berkesinambungan di semua sektor yang bertujuan untuk melindungi perempuan dan anak Indonesia. Selain itu juga sistem ini harus mendukung program lintas sektoral untuk mencegah dan menangani kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

Adanya Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak juga merupakan upaya pemerintah Indonesia dalam membangun sistem perlindungan terhadap perempuan dan perlindungan anak. Dalam perjalanannya Kementerian PPPA telah mengeluarkan berbagai peraturan dan standar untuk menegakkan sistem perlindungan perempuan dan anak.

Kesehatan sebagai salah satu sektor penting dalam kehidupan masyarakat memiliki peran penting dalam sistem perlindungan perempuan dan anak. Undang-undang perlindungan anak menegaskan pentingnya pemenuhan hak atas kesehatan anak. Berbagai kewajiban pemerintah di bidang pemenuhan kesehatan juga disebutkan dalam undang-undang tersebut.

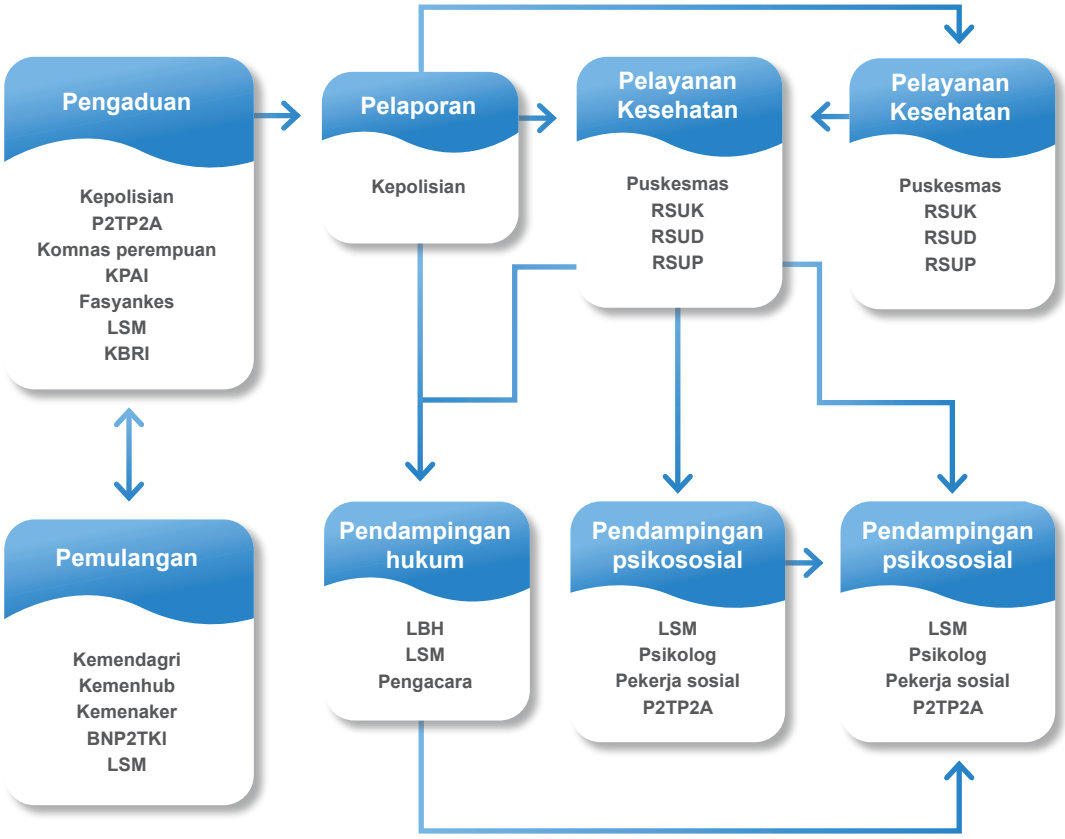
Faktor penting lainnya dalam bidang kesehatan adalah dalam sistem perlindungan perempuan dan anak adalah apabila telah terjadi kasus kekerasan. Dampak kesehatan secara fisik, mental, dan sosial pada korban sangat besar dan dapat menimbulkan dampak jangka panjang yang memerlukan penanganan serius. Korban kekerasan perlu mendapatkan layanan kesehatan untuk proses penyembuhan luka, asesmen medikolegal, serta layanan rehabilitasi.

Layanan korban kekerasan juga melibatkan banyak pihak. Korban dapat melaporkan kasusnya langsung ke kepolisian. Laporan dapat pula masuk setelah sebelumnya korban melapor ataupun ada temuan dari P2TP2A, komnas perempuan, KPAI, fasilitas pelayanan kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat, maupun dari pengaduan masyarakat. Korban akan mendapatkan pelayanan medis dan medikolegal di fasilitas layanan kesehatan. Korban juga bisa mendapatkan pendampingan pekerja sosial, bantuan hukum, maupun layanan rumah aman melalui lembaga yang tersedia seperti lembaga perlindungan hukum, lembaga perlindungan anak, P2TP2A, Kementerian Sosial, serta lembaga penyedia layanan lainnya. Selanjutnya kasus akan masuk pada proses pengadilan yang melibatkan aparat penegak hukum lainnya seperti kejaksaan dan kehakiman.

Selain upaya penanganan kasus, upaya pencegahan dan perlindungan kekerasan terhadap perempuan dan anak juga perlu melibatkan semua unsur lapisan masyarakat mulai dari yang terkecil dalam keluarga, pemerintahan tingkat kecamatan hingga tingkat pusat lintas sektoral. Dengan banyaknya *stakeholder* yang terlibat, tentu diperlukan jejaring yang kuat serta komunikasi yang baik di antara para *stakeholder* agar sistem layanan kekerasan terhadap perempuan dan anak dapat berjalan dengan baik.

Tenaga kesehatan perlu memberikan penjelasan terkait layanan yang nonmedis seperti pendampingan hukum, pendampingan sosial, atau rumah aman, yang dapat diakses oleh korban melalui UPTD P2TP2A maupun lembaga swadaya masyarakat lainnya agar layanan komprehensif kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak dapat tercapai.

Jejaring berdasarkan jenis layanan



Bagan Ringkasan Alur dan Tatalaksana Kasus

Berikut adalah bagan rangkuman alur tatalaksana pasien yang dilengkapi dengan rangkuman data anamnesis dan pemeriksaan medis yang diperlukan untuk mempermudah tatalaksana dalam praktik.

Kekerasan Fisik Anak

Pasien datang dengan keluhan utama mengalami kekerasan atau adanya dugaan kekerasan fisik

Kondisi pasien

Tidak gawat tidak darurat
- Lakukan anamnesis,
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan penunjang
- Asesmen psikis
- Dokumentasi luka secara lengkap

Gawat tidak darurat
- Tatalaksana kegawatan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan
- Lakukan anamnesis, Pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi

Gawat darurat
- Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan
- Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)

Rincian tindakan

Anamnesis
- Riwayat kejadian
- Kronologi peristiwa terkait perlukaan
- Riwayat kejadian sebelumnya
- Pertama kali kekerasan terjadi
- Kekerasan sebelum kejadian pelaporan
- Kekerapan kejadian kekerasan

Alloanamnesis
- Ada perubahan emosi dan perilaku
- Keadaan kesehatan sebelum dugaan kejadian
- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan anak
- Riwayat kekerasan sebelumnya dan apa yang telah dilakukan pada saat itu

Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan kesadaran tanda vital
- Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi)
- Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari luka lama dan luka baru

Pemeriksaan penunjang
- Darah dan urin lengkap
- Rontgen bila ada kecurigaan patah tulang
- Bone scan pada balita

Tatalaksana
- Sesuai temuan klinis
- Penjadwalan asesmen psikis lanjutan
- KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa di akses

Tatalaksana medikolegal

Pasien sudah membawa Surat Perminataan visum
- Dokumentasikan dalam Rekam Medis
- Buat visum et repertum

Pasien belum melapor/belum membawa SPV
- Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus
- Anjurkan orangtua untuk melapor
- Jika orangtua ragu atau menolak, fasyankes wajib memberikan informasi pada penyidik PPA sesuai permenkes 68/2013

Pasien datang dengan keluhan lain atau tidak mengaku mengalami kekerasan atau adanya dugaan kekerasan fisik

Kecurigaan awal

Observasi
- Ada keterlambatan mencari pertolongan
- Pengantar terus menerus intervensi
- Pengantar tidak peduli, terkesan menyalahkan pasie
- Pengantar tidak mau dipisahkan dari pasien
- Ketika dipisah memberikan keterangan yang berbeda

Autoanamnesis
- Sulit/tidak mau dianamnesis
- Riwayat kejadian tidak sesuai dengan berat dan jenis luka
- Riwayat kejadian tidak jelas, tidak sinkron, tidak masuk akal, berubah-ubah

Kondisi pasien

Tidak gawat tidak darurat (pasien poli)
- Pisahkan pasien dengan pengantar, coba gali kemungkinan ke arah kekerasan
- Yakinkan pasien bahwa ia aman dan kita ada untuk membantu pasien

Gawat tidak darurat
- Tatalaksana kegawatan
- Dokumentasi luka

Gawat darurat
- Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan
- Dokumentasi luka

Rincian tindakan

Re-anamnesis
- Riwayat kejadian
- kronologi peristiwa terkait perlukaan
- Riwayat kejadian sebelumnya
- Pertama kali kekerasan terjadi
- Kekerasan sebelum kejadian pelaporan
- Kekerapan kejadian kekerasan

Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan kesadaran tanda vital
- Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi)
- Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari luka lama dan luka baru

Pemeriksaan penunjang
- Darah dan urin lengkap
- Rontgen bila ada kecurigaan patah tulang
- Bone scan pada balita

Tatalaksana
- Sesuai temuan klinis
- Penjadwalan asesmen psikis lanjutan
- KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa di akses

Pelaporan
- Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus
- Jika curiga pengantar adalah pelaku, fasyankes wajib memberikan informasi pada penyidik PPA
- Jika yakin pengantar buku pelaku, anjurkan untuk melapor (jika ybs ragu atau menolak, wajib memberikan informasi pada penyidik PPA sesuai permenkes 68/2013

Tatalaksana medikolegal
- Pembuatan cisum et repertum jika sudah ada SPV,
- Anjuran VeR psikiatrikum jika diperlukan

Bagan Kekerasan Fisik KDRT

Pasien datang dengan keluhan utama mengalami kekerasan fisik

Kondisi pasien	Rincian tindakan
Tidak gawat tidak darurat • Lakukan anamnesis, • Pemeriksaan fisik • Pemeriksaan penunjang • Asesmen psikis • Dokumentasi luka secara lengkap	**Anamnesis** • Riwayat kejadian • Kronologi peristiwa terkait perlukaan • Riwayat kejadian sebelumnya • Pertama kali kekerasan terjadi • Kekerasan sebelum kejadian pelaporan • Kekerapan kejadian kekerasan • Kekerasan paling berat yang pernah terjadi • Apakah sudah pernah melaporkan kasus sebelumnya • Apakah ada korban lain di rumah tangga • Apakah ada kekerasan lain selain fisik yang juga dialami pasien • Gali support system yang ada pada pasien
Gawat tidak darurat • Tatalaksana kegawatan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Lakukan anamnesis, Pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi	**Pemeriksaan fisik** • Pemeriksaan kesadaran tanda vital • Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi) • Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari luka lama dan luka baru
Gawat darurat • Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)	**Pemeriksaan penunjang** • Sesuai masalah medis yang ditemukan
	Tatalaksana • Sesuai temuan klinis • Penjadwalan asesmen psikis lanjutan • KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa di akses
	Tatalaksana medikolegal • Pasien belum melapor/belum membawa SPV • Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus dan tatacara melaporkan kasus • Pasien sudah membawa Surat Permintaan visum • Dokumentasikan dalam Rekam Medis • Buat visum et repertum

Pasien datang dengan keluhan lain atau tidak mengaku mengalami kekerasan fisik

Kecurigaan awal

Observasi
- Ada keterlambatan mencari pertolongan
- Pengantar terus menerus intervensi
- Pengantar tidak peduli, terkesan menyalahkan pasie
- Pengantar tidak mau dipisahkan dari pasien
- Ketika dipisah memberikan keterangan yang berbeda

Autoanamnesis
- Sulit/tidak mau dianamnesis
- Riwayat kejadian tidak sesuai dengan berat dan jenis luka
- Riwayat kejadian tidak jelas, tidak sinkron, tidak masuk akal, berubah-ubah

Kecurigaan dari Pemeriksaan fisik
- Memar di tempat-temat tersembunyi
- Luka lama dan luka baru
- Luka berbentuk khas (ikat pinggang, tali, setrika, sundutan rokok)
- Luka bekas gigitan
- Patah tulang dengan posisi tidak wajar
- Perdarahan otak akibat trauma yang tidak bisa dijelaskan

Kondisi pasien

Tidak gawat tidak darurat (pasien poli)
- Pisahkan pasien dengan pengantar, coba gali kemungkinan ke arah kekerasan
- Yakinkan pasien bahwa ia aman dan kita ada untuk membantu pasien

Gawat tidak darurat
- Tatalaksana kegawatan
- Dokumentasi luka

Gawat darurat
- Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan
- Dokumentasi luka

Ringkasan tindakan

Anamnesis
- Riwayat kejadian
- Kronologi peristiwa terkait perlukaan
- Riwayat kejadian sebelumnya
- Pertama kali kekerasan terjadi
- Kekerasan sebelum kejadian pelaporan
- Kekerapan kejadian kekerasan
- Kekerasan paling berat yang pernah terjadi
- Apakah sudah pernah melaporkan kasus sebelumnya
- Apakah ada korban lain di rumah tangga
- Apakah ada kekerasan lain selain fisik yang juga dialami pasien
- Gali *support system* yang ada pada pasien

Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan kesadaran tanda vital
- Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi)
- Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari luka lama dan luka baru

Pemeriksaan penunjang

Sesuai masalah medis yang ditemukan

Tatalaksana
- Sesuai temuan klinis
- Penjadwalan asesmen psikis lanjutan
- KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa di akses
- Anjuran Ver psikiatrikum jika diperlukan

Pelaporan

Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus dan tatacara melaporkan kasus

Tatalaksana medikolegal
- Pembuatan visum et repertum jika sudah ada SPV

Bagan Penanganan Kekerasan Seksual pada Anak

Pasien datang dengan keluhan utama mengalami kekerasan atau pengantar mencurigai adanya gugaan kekerasan seksual

Kondisi pasien	Ringkasan tindakan
Tidak gawat tidak darurat (pasien poli) • Lakukan anamnesis • Pemeriksaan fisik • Pemeriksaan penunjang termasuk pengambilan swab vagina dan anus • Asesmen psikis • Dokumentasi luka secara lengkap	**Anamnesis** • Riwayat kejadian • Kronologi peristiwa terkait kekerasan seksual yang terjadi • Apakah ini kejadian yang pertama kali • Jika lebih dari sekali, jelaskan peristiwa sebelumnya • Riwayat haid jika sudah menarche
Gawat tidak darurat • Tatalaksana kegawatan sambil sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi	**Alloanamnesis** • Ada perubahan emosi dan perilaku, gangguan tidur takut • Gangguan nyeri kencing atau BAB • Keadaan kesehatan sebelum dugaan kejadian • Riwayat pertumbuhan dan perkembangan anak • Riwayat kekerasan sebelumnya dan apa yang telah dilakukan pada saat itu
Gawat darurat • Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)	**Pemeriksaan fisik** • Pemeriksaan kesadaran tanda vital • Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi) • Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari luka lama dan luka baru • Pemeriksaan genitalia
	Pemeriksaan penunjang • Darah dan urin lengkap • Swab vagina dan anus • Penggunaan rape kit jika dugaan persetubuhan baru terjadi • Anuskopi jika ada indikasi • Pemeriksaan IMS jika ada indikasi • Pemeriksaan toksikologi jika ada indikasi
	Tatalaksana • Sesuai temuan klinis • Kontrasepsi darurat jika ada indikasi • Terapi IMS jika ada indikasi • Pencegahan HIV/Konseling untuk pemeriksaan HIV/AIDS jika ada indikasi • Penjadwalan asesmen psikis lanjutan • KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa di akses • Anjuran Ver psikiatrikum jika diperlukan
	Tatalaksana medikolegal **Pasien belum melapor/belum membawa SPV** • Dokumentasikan dalam Rekam Medis • Buat visum et repertum **Pasien belum melapor/belum membawa SPV** • Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus • Anjurkan orangtua untuk melapor • Jika orangtua ragu atau menolak, fasyankes wajib memberikan informasi pada penyidik PPA sesuai permenkes 68/2013

Pasien datang dengan keluhan lain atau tidak mengaku/pengantar tidak mengetahui adanya dugaan kekerasan seksual

Kecurigaan awal

Autoanamnesis
- Sulit/tidak mau dianamnesis
- Riwayat kejadian tidak jelas, tidak sinkron, tidak masuk akal, berubah-ubah
- Riwayat kejadian tidak sesuai dengan berat dan jenis luka

Kecurigaan dari Pemeriksaan fisik
- Luka di daerah genital
- Keputihan berulang
- Ditemukannya IMS
- Adanya ISK berulang
- Keluhan nyeri daerah kemaluan
- Nyeri BAB/BAK tanpa penyebab yang jelas
- Gangguan pengendalian BAB/BAK
- Kehamilan usia remaja

Kondisi pasien

Tidak gawat tidak darurat (pasien poli)
- Lakukan anamnesis
- Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan penunjang termasuk pengambilan swab vagina dan anus
- Asesmen psikis
- Dokumentasi luka secara lengkap

Gawat tidak darurat
- Tatalaksana kegawatan sambil sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan
- Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi

Gawat darurat
- Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan
- Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)

Ringkasan tindakan

Re-anamnesis
- Riwayat kejadian
- Kronologi peristiwa terkait kekerasan seksual yang terjadi
- Apakah ini kejadian yang pertama kali
- Jika lebih dari sekali, jelaskan peristiwa sebelumnya
- Riwayat haid jika sudah manarche

Alloanamnesis
- Ada perubahan emosi dan perilaku
- Keadaan kesehatan sebelum dugaan kejadian
- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan anak
- Riwayat kekerasan sebelumnya dan apa yang telah dilakukan pada saat itu

Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan kesadaran tanda vital
- Pengukuran pertumbuhan (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi, perkembangan seks sekunder)
- Pemeriksaan luka-luka secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki
- Pemeriksaan genitalia

Pemeriksaan penunjang
- Darah dan urin lengkap
- Rontgen bila ada kecurigaan patah tulang
- Bone scan pada balita

Tatalaksana
- Sesuai temuan klinis
- Kontrasepsi darurat jika ada indikasi
- Terapi IMS jika ada indikasi
- Pencegahan HIV/Konseling untuk pemeriksaan HIV/AIDS jika ada indikasi
- Penjadwalan asesmen psikis lanjutan
- KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa di akses
- Anjuran Ver psikiatrikum jika diperlukan

Pelaporan
- Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus dan tatacara melaporkan kasus
- Jika curiga pengantar adalah pelaku, fasyankes wajib memberikan informasi pada penyidik PPA
- Jika yakin pengantar bukan pelaku, anjurkan untuk melapor (jika ybs ragu atau menolak, wajib memberikan informasi pada penyidik PPA sesuai permenkes 68/2013

Tatalaksana medikolegal

Pembuatan visum et repertum jika sudah ada SPV

Bagan penanganan kekerasan psikis

Kekerasan psikis jarang berdiri sendiri, biasanya pasien kekerasan psikis datang dengan keluhan kekerasan yang lain. Pada kasus yang murni dengan kekerasan psikis dengan atau tanpa surat permintaan visum, maka akan langsung ditangani oleh spesialis psikiatri untuk penanganan dan pembuatan *visum et repertum* psikiatrikumnya. Apabila ditemukan dugaan kekerasan selain psikis maka akan dirujuk balik ke fasilitas layanan kesehatan/PKT/PPT untuk pemeriksaan lainnya.

Pasien datang dengan keluhan utama mengalami kekerasan psikis

Kondisi pasien	Ringkasan tindakan
Tidak gawat tidak darurat (pasien poli) • Lakukan anamnesis • Pemeriksaan fisik • Pemeriksaan penunjang termasuk pengambilan swab vagina dan anus • Asesmen psikis • Dokumentasi luka secara lengkap	**Anamnesis** • Kronologi peristiwa terkait kekerasan yang terjadi • Apa yang dirasakan saat ini • Apakah ini kejadian yang pertama kali • Jika lebih dari sekali, jelaskan peristiwa sebelumnya • Gali apakah ada gejala penyesuaian / gejala depresi / gejala cemas / gejala PTSD / gejala psikotik / ide atau tindakan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri / gejala akut agitasi
Gawat tidak darurat • Tatalaksana kegawatan sambil sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi	**Alloanamnesis** • Jika ada pengantar lakukan sebagai konfirmasi terhadap apa yang diungkapkan pasien • Ada peerubahan emosi dan perilaku, gangguan tidur, dsb • Keadaan kesehatan sebelum dugaan kejadian
Gawat darurat • Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)	**Pemeriksaan fisik** • Pemeriksaan kesadaran, tanda vital • Pemeriksaan fisik secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari kemungkinan adanya luka-luka
	Pemeriksaan fisik • Sesuai indikasi • Darah dan urin diambil untuk pemeriksaan toksikologi
	Tatalaksana • Sesuai temuan klinis • Penjadwalan asesmen psikis lanjutan • KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa diakses
	Tatalaksana medikolegal **Pasien belum melapor/belum membawa SPV et repertrum psikiatrikum** • Dokumentasikan dalam Rekam Medis • Buat visum et repertum **Pasien belum melapor/belum membawa SPV** • Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus dan tatacara melaporkan kasus

Pasien datang dengan keluhan lain atau tidak mengaku/ pengantar tidak mengetahui adanya dugaan kekerasan psikis

Kecurigaan awal	Kondisi pasien	Ringkasan tindakan
Autoanamnesis • Sulit/tidak mau dianamnesis • Riwayat kejadian tidak jelas, tidak sinkron, tidak masuk akal, berubah-ubah • Datang dengan keluhan ngompol • Datang dengan keluhan gangguan makan, gangguan tidur gangguan menjaga kebersihan diri	**Tidak gawat tidak darurat (pasien poli)** • Lakukan anamnesis • Pemeriksaan fisik • Pemeriksaan penunjang termasuk pengambilan swab vagina dan anus • Asesmen psikis • Dokumentasi luka secara lengkap	**Anamnesis** • Kronologi peristiwa terkait kekerasan yang terjadi • Apa yang dirasakan saat ini • Apakah ini kejadian yang pertama kali • Jika lebih dari sekali, jelaskan peristiwa sebelumnya • Gali apakah ada gejala penyesuaian / gejala depresi / gejala cemas / gejala PTSD / gejala psikotik / ide atau tindakan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri / gejala akut agitasi
Kecurigaan dari Pemeriksaan fisik / observasi • Tampak cemas / takut / depresi • Luka atau bekas luka yang dicurigai sebagai self inflicted injury atau penggunaan obat	**Gawat tidak darurat** • Tatalaksana kegawatan sambil sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi	**Alloanamnesis** • Jika ada pengantar lakukan sebagai konfirmasi terhadap apa yang diungkapkan pasien • Ada peerubahan emosi dan perilaku, gangguan tidur, dsb • Keadaan kesehatan sebelum dugaan kejadian
	Gawat darurat • Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)	**Pemeriksaan fisik** • Pemeriksaan kesadaran, tanda vital • Pemeriksaan fisik secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari kemungkinan adanya luka-luka
		Tatalaksana • Sesuai temuan klinis • Penjadwalan asesmen psikis lanjutan • KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa diakses
		Pelaporan • Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus
		Tatalaksana medikolegal Buat *visum et repertum* jika sudah ada SPV

Bagan Penelantaran Anak

Kasus penelantaran anak umumnya datang sudah diantar penyidik atau pendamping dengan dugaan penelantaran oleh orang tua/ wali. Kasus dapat pula datang dengan keluhan lain yang dicurigai sebagai penelantaran oleh dokter yang merawat

Pasien datang dengan dugaan penelantaran

Kondisi pasien	Ringkasan tindakan
Tidak gawat tidak darurat (pasien poli) • Lakukan anamnesis • Pemeriksaan fisik • Pemeriksaan penunjang termasuk pengambilan swab vagina dan anus • Asesmen psikis • Dokumentasi luka secara lengkap	**Anamnesis** • Riwayat kejadian • Apakah ada kekerasan lain yang terjadi • Riwayat imunisasi • Riwayat pertumbuhan dan perkembangan • Riwayat pengasuhan • Riwayat sosial ekonomi pendidikan orang tua / wali / pengasuh
Gawat tidak darurat • Tatalaksana kegawatan sambil sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Lakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, serta asesmen psikis segera sesudah kegawatan teratasi	**Pemeriksaan fisik** • Pemeriksaan kesadaran, tanda vital • Pengukuran pertumbuhan dan status gizi (berat badan, tinggi badan, lingkar lengan, gigi geligi, rambut, dll) • Pemeriksaan fisik secara menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki untuk mencari kemungkinan adanya luka-luka
Gawat darurat • Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan sambil mendokumentasikan perlukaan yang ada serta pengambilan sampel yang diperlukan • Pemeriksaan lengkap termasuk asesmen psikis dilakukan jika kondisi pasien sudah stabil (di ruang perawatan)	**Pemeriksaan penunjang** • Darah dan urin lengkap • Rontgen bila ada kecurigaan patah tulang • Bone scan pada balita
	Tatalaksana • Sesuai temuan klinis • Penjadwalan asesmen psikis lanjutan • KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa diakses
	Tatalaksana medikolegal **Pasien belum melapor/belum membawa SPV** • Dokumentasikan dalam Rekam Medis • Buat visum et repertum **Pasien belum melapor/belum membawa SPV** • Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus • Anjurkan orangtua untuk melapor • Jika orangtua ragu atau menolak, fasyankes wajib memberikan informasi pada penyidik PPA sesuai permenkes 68/2013

Pasien datang dengan keluhan lain dengan dugaan penelantaran

Kecurigaan awal

Observasi
- Ada keterlambatan mencari pertolongan
- Pengantar terus menerus intervensi
- Pengantar tidak peduli, terkesan menyalahkan pasie
- Pengantar tidak mau dipisahkan dari pasien
- Ketika dipisah memberikan keterangan yang berbeda

Autoanamnesis
- Sulit/tidak mau dianamnesis
- Riwayat kejadian tidak sesuai dengan berat dan jenis luka
- Riwayat kejadian tidak jelas, tidak sinkron, tidak masuk akal, berubah-ubah

Kecurigaan dari Pemeriksaan fisik
- Ada gangguan dalam tumbuh kembang (gizi kurang) yang tidak sesuai dengan status ekonomi keluarga
- Higiene kurang
- Keadaan umum lemas, pucat, tampak lesu
- Riwayat kabur dari rumah, bolos sekolah atau tidak sekolah, riwayat terlibat dalam peristiwa kekerasan *bullying*

Kondisi pasien

Tidak gawat tidak darurat (pasien poli)
- Pisahkan pasien dengan pengantar, coba gali kemungkinan ke arah kekerasan
- Yakinkan pasien bahwa ia aman dan kita ada untuk membantu pasien

Gawat tidak darurat
- Tatalaksana kegawatan
- Dokumentasi luka

Gawat darurat
- Tatalaksana sesuai kegawatdaruratan
- Dokumentasi luka

Ringkasan tindakan

Anamnesis
- Riwayat kejadian
- Apakah ada kekerasan lain yang terjadi
- Riwayat imunisasi
- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan
- Riwayat pengasuhan
- Riwayat sosial ekonomi pendidikan orang tua / wali / pengasuh

Pemeriksaan penunjang
- Darah dan urin lengkap
- Rontgen bila ada kecurigaan patah tulang
- Bone scan pada balita

Tatalaksana
- Sesuai temuan klinis
- Penjadwalan asesmen psikis lanjutan
- KIE rujukan medis dan nonmedis (pendampingan hukum, pendampingan pekerja sosial, rumah aman) yang bisa diakses

Pelaporan
- Berikan informasi hak pasien untuk melaporkan kasus
- Jika curiga pengantar adalah pelaku, fasyankes wajib memberikan informasi pada penyidik PPA
- Jika yakin pengantar bukan pelaku, anjurkan untuk melapor (jika ybs ragu atau menolak, wajib memberikan informasi pada penyidik PPA sesuai permenkes 68/2013

Tatalaksana medikolegal

Buat *visum et repertum* jika sudah ada SPV

BAB VII
SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan pelaporan yang baik akan memberikan data dasar bagi tenaga kesehatan dan fasilitas layanan kesehatan untuk menilai keberhasilan program sehingga dapat menyusun upaya promotif dan preventif serta menentukan kebijakan program selanjutnya. Karena itu proses pencatatan dan pelaporan menjadi bagian bagian penting dalam upaya penanganan dan penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak yang tidak boleh ditinggalkan. Kementerian Kesehatan telah menyusun format/formulir pelaporan yang seragam untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia, untuk memudahkan penyusunan program secara nasional. Pencatatan dan pelaporan menggunakan format *Excel* (sesuai lampiran). Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak sedang mengembangkan sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak. Sebagai bagian dari penanganan terintegrasi, Kementerian Kesehatan mendukung sistem pencatatan ini sepanjang memenuhi aturan hukum yang berlaku.

Pencatatan dan pelaporan dibuat untuk kepentingan internal (dalam puskesmas/RS) dan eksternal (Dinas Kesehatan/Kemenkes) sebagai dasar pembinaan. Selain itu juga bertujuan untuk penilaian keberhasilan intervensi program yang dilakukan sehingga dapat ditentukan kebijakan dan pengembangan program lanjutan yang diperlukan. Kasus/korban kekerasan yang dicatat dan dilaporkan adalah korban yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Hal-hal yang perlu dilaporkan sesuai dengan data pelayanan dan format yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan/Kemenkes.

Data yang dibutuhkan dalam rangka penyusunan program promotif preventif diantaranya adalah data demografis korban dan pelaku tindak kekerasan, data kejadian (waktu, tempat, proses), data bentuk kekerasan serta perlukaan, serta jenis pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan pada suatu wilayah dalam periode waktu tertentu. Fasilitas layanan kesehatan baik Puskesmas maupun Rumah Sakit tentu memiliki pencatatan dalam rekam medis dan di puskesmas biasanya dilengkapi dengan *family folder*. Bahan lain yang dapat digunakan sebagai bahan pencatatan dan pelaporan

adalah *visum et repertum*, surat rujukan, resume medis, lembar serah terima barang bukti, serta berkas pendaftaran pasien/korban.

A. PENCATATAN

Pencatatan dilakukan pada setiap kasus dugaan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak dengan menggunakan format pencatatan sesuai dengan Rekam Medis. Format/formulir agar diisi dengan lengkap.

Rekam Medis korban kekerasan perlu diperlakukan khusus (diberi tanda khusus dan disimpan sampai 18 tahun). Rekam medis dan informasi seharusnya tidak dibuka kecuali untuk yang langsung berhubungan dengan kasus atas persetujuan tertulis korban atau atas permintaan pengadilan.

Seluruh rekam medis pasien (dan berbagai spesimen) harus disimpan di tempat yang aman. Bukti-bukti biologis biasanya perlu disimpan di lemari es atau dibekukan sesuai ketentuan laboratorium. Jika fotografi digunakan untuk dokumentasi maka harus diperhatikan persetujuan tertulis korban terkait pengambilan foto termasuk masalah kerahasiaannya sebagai barang bukti, identifikasi subjek dan waktu pengambilan foto, skala untuk menunjukkan ukuran luka, pengambilan foto dilakukan secara tegak lurus dengan orientasi yang menunjukkan lokasi luka dan foto *closeup*. Foto-foto juga dapat dilakukan terhadap bukti-bukti lain sepanjang masih dalam satu rangkaian pembuktian.

Format/formulir untuk kelengkapan pencatatan
1. Register Pelayanan Kesehatan Korban Tindak Kekerasan Terhadap Perempuan, Anak dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Fasilitas pelayanan kesehatan
2. Rekam Medis
3. *Informed Consent / Informed Refusal*
4. *Visum et Repertum*
5. Lembar Serah Terima Barang Bukti
6. Surat Rujukan

Formulir Register. Pencatatan pada formulir register berisi data-data tentang ringkasan informasi kasus, ciri-ciri korban dan pelaku (jika ada data), jenis kekerasan dan jenis pelayanan, serta rujukan. Formulir register pelayanan korban kekerasan, diisi oleh petugas di setiap Unit Pelayanan Terpadu yang memberikan pelayanan bagi korban kekerasan. Formulir register disimpan di setiap Unit layanan.

Rekam medis berisi berbagai informasi pasien yang berasal dari pasien maupun hasil analisis tenaga kesehatan. Berkas Rekam medis adalah milik fasilitas layanan rekam medis, sedangkan isi Rekam medis adalah milik pasien. Rekam medis dan informasi yang ada di dalamnya tidak boleh dibuka kecuali atas persetujuan pasien atau atas permintaan pengadilan. Rekam medis berisi berbagai informasi milik pasien, baik yang berasal dari pasien maupun hasil analisis para tenaga kesehatan, informasi tersebut tidak hanya berupa informasi medis, melakinkan juga informasi tentang tumbuh kembang anak, aspek psikososial dan asuhan keperawatan. Pengisian rekam medis harus dilakukan oleh tenaga medis/kesehatan dan dilakukan sesegera mungkin. Rekam medis korban kekerasan harus diperlakukan secara khusus yaitu diberi tanda khusus dan disimpan selama 18 tahun. Peraturan mengenai rekam medis mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 dalam ketentuan umum pasal 1 menyebutkan bahwa rekam medis merupakan berkas berisi catatan dan dokumen penting tentang:

1. Identitas pasien
2. Pemeriksaan
3. Pengobatan
4. Tindakan
5. Pelayanan lain

Dalam kaitannya dengan penatalaksanaan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, maka perlu diupayakan jalan keluar agar "kemultidisiplinan" tidak dianggap sebagai pelanggaran wajib simpan rahasia kedokteran. Tenaga kesehatan harus memahami bahwa penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak bukanlah dari aspek medis saja melainkan dari berbagai aspek yang saling berkaitan, sehingga transfer informasi di antara para profesional dari berbagai disiplin amat

diperlukan. Rekam medis sama sekali tidak boleh dipalsukan. Rekam medis yang sengaja dipalsukan merupakan perbuatan kriminal dan dapat dihukum pidana. Rekam medis dilengkapi dengan identitas dokter pemeriksa, pengantar pasien, tanggal, tempat dan waktu pemeriksaan serta identitas pasien, terutama umur dan perkembangan seksual, serta hubungan seks terakhir, siklus haid terakhir, dan apakah masih haid saat kejadian. (contoh rekam medis dapat dilihat pada bagian lampiran)

Persetujuan tindakan kedokteran mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. Persetujuan Tindakan Kedokteran atau *informed consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapatkan penjelasan lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran ditandatangani setelah dokter memberikan penjelasan lengkap, pasien memahami informasi, dan memberikan persetujuan terhadap tindakan yang akan dilakukan. (contoh formulir terlampir).

Lembar Serah Terima Barang Bukti digunakan pada saat ada temuan berupa barang seperti pakaian, alat, ataupun *trace evidence* yang ditemukan pada saat pemeriksaan dan memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Barang bukti yang ditemukan harus disimpan, dibungkus, dimasukkan dalam amplop, disegel, diberi label untuk selanjutnya dikirim oleh penyidik. Proses penyerahan kepada petugas juga harus tercatat melalui formulir yang ditandatangani oleh petugas.

Surat rujukan adalah surat pengantar tenaga medis dalam hal dokter pemeriksa secara tertulis yang bertujuan untuk meminta *advice* (petunjuk pengobatan) atas hasil pemeriksaan untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut bagi korban kekerasan.

Formulir Persetujuan Pemeriksaan



KOP PUSKESMAS/RUMAH SAKIT

PERSETUJUAN PEMERIKSAAN

(Informed Consent)

Lembar Serah Terima Barang Bukti

KOP PUSKESMAS/RUMAH SAKIT

SERAH TERIMA BARANG BUKTI/SAMPEL PASIEN KORBAN KEKERASAN KEPADA POLISI

Pada hari ini ……. Tanggal ……..., pukul …… WIB telah diserahkan barang bukti/sampel dari pasien korban kekerasan yaitu:

Nama : ……..
Umur : ……..
Alamat : ……..
Jenis Kekerasan : ……..
……..

Barang bukti/sampel berupa:

1. ……
   ……
2. ……..
   ……
3. ……

Yang menyerahkan *Yang menerima*

(……) (……)

Contoh Surat rujukan

KOP PUSKESMAS/RUMAH SAKIT

Hal: Rujukan

Kepada Yth:
u ah akit ……..

Dengan hormat,
Bersama ini kami mohon bantuan penanganan lebih lanjut pada pasien:

Nama : ……
Umur : ……
Alamat : ……

Diagnosis/masalah
……
……
……

Ringkasan Hasil Pemeriksaan
……
……
……
……

Pertolongan yang sudah diberikan
……
……
……

Bantuan lanjutan yang diharapkan
……
……

Atas perhatian dan kerjasamanya,, kami ucapkan terimakasih.

(Tempat, tanggal, jam merujuk)
Dokter yang merawat,

(……..)

B. PELAPORAN

Sistem pelaporan menyangkut alur dan mekanisme serta substansi pelaporan:

1. Di Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan
   Di tingkat puskesmas, pelaporan dapat dilakukan melalui Sistem Informasi Puskesmas (SIP) pada formulir 4: Laporan Bulanan Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak) serta Formulir 12: Laporan Bulanan Kesakitan, Berdasarkan Gejala, Penyebab Penyakit, atau Kondisi Pasien. Di Rumah sakit pelaporan dapat dilakukan melalui Sisitem Informasi Rumah Sakit (SIRS). Selain itu pelaporan dilakukan dengan Format Pelaporan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak untuk Puskesmas (Format 2 P) atau Rumah Sakit (Format 2 RS) dan dikirimkan setiap 3 bulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Kota. RS Swasta memberikan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (contoh formulir terlampir). Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak yang telah ditangani di dokter praktik swasta dan bidan praktik swasta dilaporkan ke Puskesmas, dan selanjutnya dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2. Di Tingkat Kabupaten/Kota
   Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota berkoordinasi dan membuat rekapan laporan yang masuk dari Puskesmas dan Rumah Sakit di wilayah kerja dengan menggunakan Format Pelaporan Pelayanan Kesehatan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Provinsi (Format 4) dan selanjutnya setiap 6 bulan dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi.

3. Di Tingkat Propinsi
   Dinas Kesehatan Propinsi berkoordinasi dan membuat rekapitulasi hasil laporan dari semua Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit Umum Provinsi/Pusat dengan menggunakan Format Pelayanan Kesehatan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak dan Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) di Provinsi (Format 4) dan selanjutnya setiap tahun dikirim ke Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI melalui Komdat Kesmas.

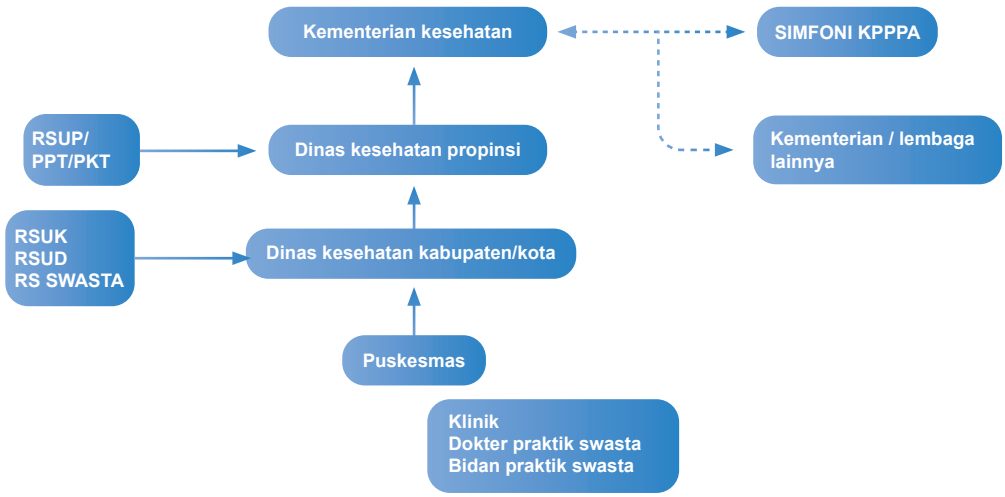
4. Di Tingkat Pusat
   Rekapitulasi data Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak dari Propinsi akan dianalisis oleh Direktorat Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan RI untuk bahan dasar pembuatan kebijakan, pengembangan dan pembinaan program dan koordinasi dengan Kementerian/Lembaga terkait.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak telah mengembangkan sistem aplikasi pencatatan dan pelaporan kekerasan perempuan dan anak melalui SIMFONI PPA (Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak). Sistem ini dapat di akses oleh semua unit layanan penanganan korban kekerasan perempuan dan anak di tingkat nasional, provinsi, dan kab/kota secara *up to date, real time* dan akurat, untuk menuju satu data, data kekerasan nasional yang dibangun sebagai media pendataan, monitoring dan evaluasi kasus kekerasan perempuan dan anak di Indonesia.

Terkait sistem pelaporan lintas kementerian ini, tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk menjaga rahasia kedokteran, karena itu sistem pelaporan secara umum dilakukan oleh P2TPA sedangkan data pemeriksaan detil yang menjadi data dasar program kesehatan menjadi bagian dari laporan internal kementerian kesehatan.

Sistem pelaporan kasus Kekeran terhadap Perempuan dan Anak
1. Melalui Sistem Informasi Puskesmas
2. Melalui Sistem Informasi Rumah Sakit
3. Laporan Ke Dinas Kesehatan
4. Melalui Aplikasi Simfoni PPA

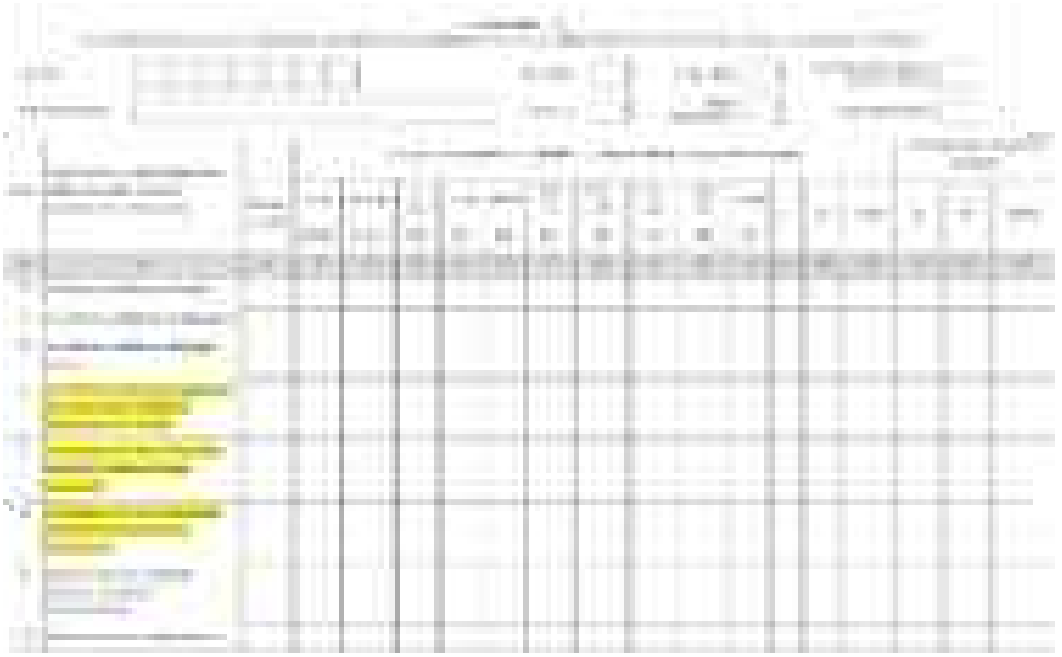
Alur pelaporan



Form 4: Laporan Bulanan Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak pada SIP



Form 12: Laporan Bulanan Kesakitan, Berdasarkan Gejala, Penyebab Penyakit, atau Kondisi Pasien



BAB VIII
MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dan evaluasi bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan, pengembangan jangkauan pelayanan, serta peningkatan kemampuan kemandirian pelayanan kasus kekerasan terhadap perempuan di masing-masing fasilitas pelayanan kesehatan. Meskipun monitoring dan evaluasi merupakan dua kegiatan terpadu dalam rangka pengendalian program, namun keduanya memiliki fokus yang berbeda. Kegiatan monitoring lebih terfokus pada kegiatan yang sedang dilaksanakan. Secara prinsip, monitoring dilakukan sementara kegiatan sedang berlangsung guna memastikan kesesuaian proses dan capaian dengan perencanaan. Bila ditemukan ketidaksesuaian maka dapat segera dibenahi sehingga kegiatan dapat berjalan sesuai rencana dan targetnya. Sementara Evaluasi dilakukan pada akhir kegiatan, untuk mengetahui apakah program itu mencapai sasaran yang diharapkan atau tidak. Evaluasi lebih menekankan pada aspek hasil yang dicapai (output). Hasil Evaluasi bermanfaat bagi rencana pelaksanaan program berikutnya.

Monitoring dan evaluasi dalam pelayanan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak dilakukan oleh Dinas Kesehatan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan baik puskesmas maupun rumah sakit, menggunakan daftar tilik (terlampir). Selain itu daftar tilik ini juga dapat digunakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan secara internal oleh pengelola program puskesmas atau jajaran Direktur Pelayanan Medik dan Komite Medik dalam melakukan kajian mandiri pelayanan kesehatan terhadap perempuan dan anak. Monitoring dan evaluasi yang dilakukan meliputi aspek Sumber Daya Manusia, sistem kerja, pemeliharaan sarana prasarana, kendali mutu, administrasi, dan keuangan. Kegiatan pembinaan yang dapat dilakukan di antaranya adalah pelatihan, seminar, lokakarya, peer review, serta pembahasan manajemen kasus.

DAFTAR TILIK SUPERVISI
PUSKESMAS MAMPU TATALAKSANA KASUS KtPA

Tanggal Puskesmas Kecamatan Kabupaten/Kota Provinsi No Telp / Fax Email	

[illegible]

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]

[illegible]

I. [illegible]
1.1 [illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	

1.2. Persiapan Pembentukan Puskesmas Mampu Tatalaksana KtP/A



1.3 Sosialisasi Eksternal



1.4 Penggalangan Kemitraan



1.5 Dukungan Masyarakat



1.6. Ketersediaan Sarana - Prasarana

Kd	Sarana - Prasarana	AKTUAL	
		Y	T
	[illegible]		
1.6.1	[illegible]		
	[illegible]		
1.6.2	[illegible]		
1.6.3	[illegible]		
1.6.4	[illegible]		
	[illegible]		
1.6.5	[illegible]		
1.6.6	[illegible]		
1.6.7	[illegible]		
1.6.8	[illegible]		
1.6.9	[illegible]		
1.6.10	[illegible]		
1.6.11	[illegible]		
	[illegible]		
1.6.12	[illegible]		
1.6.13	[illegible]		
1.6.14	[illegible]		
1.6.15	[illegible]		
	[illegible]		
1.6.16	[illegible]		
1.6.17	[illegible]		
1.6.18	[illegible]		
1.6.19	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		

1.7 Ketersediaan Sumber Daya

[illegible]	[illegible]	[illegible]	
		Y	T
	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]			
[illegible]			

2. PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAYANAN

2.1. Pelayanan Medik

2.1	Pelayanan Medik	[illegible]	
		Y	T
2.1.1	[illegible]		
2.1.2	[illegible]		
2.1.3	[illegible]		
2.1.4	[illegible]		
2.1.5	[illegible]		
2.1.6	[illegible]		
2.1.7	[illegible]		
[illegible]			
[illegible]			

2.2. Pelayanan Rujukan

[illegible]	[illegible]	[illegible]	
		Y	T
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		

2.3. Pencatatan dan Pelaporan

[illegible]	[illegible]	[illegible]	
		Y	T
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		

2.4. Pemantauan dan Evaluasi

[illegible]	[illegible]		[illegible]	
			[illegible]	
[illegible]				
[illegible]				
[illegible]				
[illegible]				
			[illegible]	
[illegible]				
[illegible]				

2.5. Hasil Kegiatan

[illegible]	[illegible]		[illegible]	
[illegible]				
[illegible]				
[illegible]				
[illegible]				
[illegible]				

DAFTAR TILIK SUPERVISI
RUMAH SAKIT YANG MENANGANI KASUS KtP/A

Tanggal	
Rumah Sakit	
Tipe RS	
Kabupaten/Kota	
Provinsi	
No Telp / Fax	
Email	

PETUNJUK PENGISIAN DAFTAR TILIK

1. Objek supervisi adalah sumber daya, kegiatan dan hasil kegiatan Rumah Sakit.
2. Lakukan pengamatan dan penilaian terhadap komponen-komponen pelayanan berikut ini. Beri tanda ceklist (✓) pada kolom YA (Y) atau TIDAK (T) sesuai dengan hasil pengamatan dan penilaian.
3. Isi kolom nilai aktual dengan menjumlah jawaban YA (Y).

PELAKSANAAN PELAYANAN KASUS KTPA

1. PERSIAPAN

1.1 Kajian Situasi

1.1	Kajian Situasi		AKTUAL	
			Y	T
1.1.1	Memiliki data tentang upaya pelayanan kesehatan bagi perempuan dan anak korban kekerasan			
1.1.2	Memiliki data sarana rujukan medis			
1.1.3	Memiliki data sarana rujukan non medis			
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual		
Tanggal:		Nilai Harapan	3	

1.2 Persiapan Pelayanan kasus KtPA

1.2	Persiapan	AKTUAL	
		Y	T
1.2.1	Sosialisasi KtP/A kepada seluruh petugas RS oleh Kepala RS untuk mendapatkan pemahaman tentang KtP/A dan kesepakatan untuk menyelenggarakan penatalaksanaan KtP/A		
1.2.2	Pembentukan Tim KtP/A yang terdiri dari minimal seorang tenaga medis (dokter, dokter gigi), dokter spesialis forensik, dokter spesialis kedokteran jiwa, dokter spesialis anak, dokter spesialis kebidanan, seorang perawat/bidan, dan seorang petugas petugas RR		
1.2.3	Sosialisasi lintas sektor terkait untuk mendapatkan dukungan dan upaya awal membentuk kemitraan dan jejaring		
	Penentuan Sasaran		
1.2.4	Menetapkan sasaran kegiatan		
	Penentuan Jenis Kegiatan dan Pelayanan		
1.2.5	Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)		
1.2.6	Konseling dan wawancara		
1.2.7	Pelayanan klinis, laboratorium dan pemeriksaan penunjang		
1.2.8	Rujukan medis dan non medis		
	Prosedur Pelayanan		
1.2.9	Penentuan alur pelayanan		
1.2.10	Penentuan petugas penanggung jawab yankes KtP/A		
1.2.11	Penentuan proses pengisian dan penyimpanan kartu rekam medik		
1.2.12	Penentuan rencana tindak lanjut/rujukan		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual	
Tanggal:		Nilai Harapan	12

1.3 Sosialisasi Eksternal

1.3	Sosialisasi Eksternal	AKTUAL	
		Y	T
1.3.1	Sosialisasi melalui media massa/media sosial		
1.3.2	Sosialisasi di sekolah (UKS), kelompok berisiko seperti tempat penampungan calon TKI dan tempat-tempat umum lainnya, dan penyebaran leaflet/brosur/poster.		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual	
Tanggal:		Nilai Harapan	2

1.4 Penggalangan Kemitraan

1.4	Penggalangan Kemitraan		AKTUAL	
			Y	T
1.4.1	Dengan Puskesmas dan RS rujukan yang lebih tinggi			
1.4.2	Dengan lintas sektor (misalnya Dinas Pendidikan, Kantor Urusan Agama, PPLKB, Polsek dan Polres)			
1.4.3	Dengan organisasi kemasyarakatan dan lembaga-lembaga swadaya masyarakat (LBH, LSM, Toma/Toga)			
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual		
Tanggal:		Nilai Harapan	3	

1.5 Dukungan Masyarakat

1.5	Partisipasi Masyarakat		AKTUAL	
			Y	T
1.5.1	Adanya pelaksanaan survei mawas diri			
1.5.2	Adanya dukungan untuk pelaksanaan pelayanan kasus KtP/A.			
1.5.3	Tidak ada pihak yang menghalangi/menghambat kegiatan			
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual		
Tanggal:		Nilai Harapan	3	

1.6. Ketersediaan Sarana - Prasarana

1.6	Sarana – Prasarana	AKTUAL	
		Y	T
	Ruangan Konseling dan Pemeriksaan		
1.6.1	Adanya ruang yang nyaman dapat digunakan untuk melakukan pemeriksaan dan/atau pelayanan konseling/wawancara yang dapat menjamin privasi dan kerahasiaan klien		
	Perlengkapan dalam ruangan		
1.6.2	Pada ruang yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan dan/atau pelayanan konseling/wawancara terdapat meja dan kursi dalam kondisi yang baik		
1.6.3	Adanya tempat untuk penyimpanan rekam medis dan catatan konseling/wawancara yang dapat dikunci		
1.6.4	Adanya format pencatatan dan pelaporan		

	Peralatan Medik (yang dimiliki RS)		
1.6.5	Timbangan (Alat Ukur Berat Badan)		
1.6.6	Meteran/microtoise (Alat Ukur Tinggi Badan)		
1.6.7	Diagnostic Kit		
1.6.8	Meja Ginekologi		
1.6.9	Rape Kit		
1.6.10	Kit bedah minor		
1.6.11	*Emergency Kit*		
	Alat bantu/Media KIE dan Konseling		
1.6.12	Poster, Brosur, Leaflet		
1.6.13	Alat Permainan Edukatif (APE)		
1.6.14	Buku Pedoman KtP/A di fasilitas layanan kesehatan		
1.6.15	Algoritma Tatalaksana Yankes Bagi Korban Kekerasan Seksual		
	Pedoman dan Referensi		
1.6.16	Pedoman Rujukan kasus kekerasan terhadap Perempuan dan anak (KtA) bagi petugas kesehatan		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual	
Tanggal		Nilai Harapan	16

1.7 Ketersediaan Sumber Daya

1.7	Ketersediaan Sumber Daya	AKTUAL	
		Y	T
	Sumber Daya Manusia		
1.7.1	Ada minimal satu tim penanganan kasus yang terdiri dari dokter spesialis forensik, dokter spesialis anak, spesialis kedokteran jiwa, dan dokter kebidanan, yang telah mengikuti Pelatihan KtP dan / atau KtA		
1.7.2	Ada minimal seorang tenaga perawat /bidan yang telah mengikuti Pelatihan Tatalaksana kasus KtP dan / atau KtA		
	Dana		
1.7.3	Adanya dukungan dana APBD untuk pelaksanaan kegiatan KtP/A		
1.7.4	Adanya dukungan dana lain untuk pelaksanaan kegiatan KtP/A		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual	
Tanggal:		Nilai Harapan	4

2. PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAYANAN

2.1. Pelayanan Medik

2.1	Pelayanan Medik		AKTUAL	
			Y	T
2.1.1	Melaksanakan anamnesis/wawancara			
2.1.2	Melaksanakan pemeriksaan fisik dan mental sesuai standar			
2.1.3	Melaksanakan pembuatan *Visum et Repertum*			
2.1.4	Melaksanakan rujukan medis			
2.1.5	Melaksanakan pemeriksaan penunjang/laboratorium sesuai standar			
2.1.6	Adanya rujukan internal kasus KtP/A dari BP Umum / BP Gigi / KIA			
2.1.7	Seluruh petugas yang melayani klien menjaga kerahasiaan klien			
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual		
Tanggal:		Nilai Harapan	7	

2.2. Pelayanan Rujukan

2.2	Pelayanan Rujukan		AKTUAL	
			Y	T
2.2.1.	Melaksanakan rujukan medis ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi sesuai dengan kebutuhan klien			
2.2.2	Menentukan dan/atau melaksanakan rujukan non medis (hukum dan psikososial) ke fasilitas rujukan sesuai dengan kebutuhan klien			
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan		Nilai Aktual		
Tanggal:		Nilai Harapan	2	

2.3. Pencatatan dan Pelaporan

2.3	Pencatatan dan Pelaporan	AKTUAL	
		Y	T
2.3.1	Mencatat kasus KtP/A menggunakan format register RS		
2.3.2	Mencatat persetujuan pemeriksaan dan tindakan menggunakan format informed consent		
2.3.3	Mencatat status kesehatan, pemeriksaan dan tindakan medik yang dilakukan terhadap klien pada rekam medis		
2.3.4	Mencatat proses dan hasil kegiatan konseling/wawancara		

2.3.5	Melaksanakan administrasi serah terima barang bukti		
2.3.6	Melaporkan pelaksanaan dan hasil kegiatan KtP/A ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan format 2-P		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan	Nilai Aktual		
Tanggal	Nilai Harapan	6	

2.4. Pemantauan dan Evaluasi

2.4	Pemantauan dan Evaluasi	AKTUAL	
		Y	T
	Pemantauan berkala		
2.4.1	Memantau berbagai faktor internal (misalnya petugas, sarana, dana) untuk melaksanakan kegiatan KtP/A		
2.4.2	Memantau kemajuan pelaksanaan kegiatan KtP/A		
2.4.3	Menindaklanjuti umpan balik tentang pelaksanaan dan hasil kegiatan KtP/A		
2.4.4	Memantau berbagai faktor eksternal yang mempengaruhi pelaksanaan kegiatan KtP/A (misalnya: kondisi masyarakat, kebijakan lokal)		
	Evaluasi		
2.4.5	Melakukan evaluasi input, proses dan output kegiatan KtP/A minimal sekali dalam setahun		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan	Nilai Aktual		
Tanggal	Nilai Harapan	5	

2.5 Hasil Kegiatan

2.5.	Hasil Kegiatan	AKTUAL	
		Y	T
2.5.1	Data sosialisasi program KtP/A		
2.5.2	Data kunjungan kasus KtP/A		
2.5.3	Data kasus yang dirujuk ke RS dengan jenjang lebih tinggi		
2.5.4	Data kasus non medis (hukum dan psikososial) yang dirujuk		
Hasil Penilaian: nilai aktual x 100% nilai harapan	Nilai Aktual		
Tanggal	Nilai Harapan	4	

LAMPIRAN

Lampiran 1 **Format 1-P**

REGISTER PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN KDRT

DI PUSKEMAS.....

PUSKESMAS .....

KABUPATEN/KOTA PROVINSI :

BULAN : TAHUN :

No	Tanggal Kunjungan	Nomor Family Folder/Rekam Medik	Nama Lengkap	NIK	Alamat Lengkap	Kasus (Baru/Lama/Rujukan)	KORBAN														Keterangan
							Umur /Tanggal Lahir (tgl/bulan/thn)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Status Perkawinan	Disabilitas (Fisik/Intelektual /Sensorik/Mental / Ganda)	Tindak Kekerasan (Fisik/Psikis/Seksual/Penelantaran, dll)	Kode ICD X	TKP	Waktu Kejadian	Pelayanan yang diberikan	Dampak kesehatan	Rujuk ke	Kebangsaan	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)

Lampiran 2 **Format 1-RS**

REGISTER PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN KDRT

DI RUMAH SAKIT.....

RUMAH SAKIT .....

KABUPATEN/KOTA PROVINSI :

BULAN : TAHUN :

No	Tanggal Kunjungan	Nomor Family Folder/Rekam Medik	Nama Lengkap	NIK	Alamat Lengkap	Kasus (Baru/Lama/Rujukan)	KORBAN														Keterangan
							Umur /Tanggal Lahir (tgl/bulan/thn)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Status Perkawinan	Disabilitas (Fisik/Intelektual /Sensorik/Mental / Ganda)	Tindak Kekerasan (Fisik/Psikis/Seksual/Penelantaran, dll)	Kode ICD X	TKP	Waktu Kejadian	Pelayanan yang diberikan	Dampak kesehatan	Rujuk ke	Kebangsaan	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)

Lampiran 3 **Format 2-P**

LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN KDRT

DI PUSKEMAS.....

PUSKESMAS .....PROVINSI .....

KABUPATEN/KOTA .....

BULAN .....TAHUN.....

No	Kelurahan/Desa	Kasus			Kekerasan Fisik														Kekerasan Psikis												
		Baru	Lama	Rujukan	0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60
					L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
	Total																														

UMUR DAN JENIS KEKERASAN

	Kekerasan Seksual																													
	Perkosaan														Pelecehan															
thn	0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn	
P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65

KORBAN

Eksploitasi																								Penelanta							
Seksual										Ekonomi																					
7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn	
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97

ran						Dugaan TPPO														Pendidikan								Pel			
16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		Tidak Sekolah	Belum Sekolah	Pra Sekolah	SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi	Putus Sekolah	PNS	TNI	POLRI	BUMN
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P												
98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129

‹erjaan				Status Perkawinan			Disabilitas					Dampak				TKP				Pelayanan Yang Diberikan					Keterangan
Swasta		Lain-lain	Tidak Bekerja	Belum kawin	Kawin	Cerai	Fisik	Intelektual	Sensorik	Mental	Ganda	Hamil	Abortus	Cacat	Lain-lain	Rumah Tangga	Tempat Kerja	Sekolah	TTU	Konseling	Medis	Visum	Rujuk	Lain-lain	
Formal	Informal																								
130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155

Lampiran 4 **Format 2-RS**

LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN KDRT

DI RUMAH SAKIT.....

PUSKESMAS .....

KABUPATEN/KOTA PROVINSI :

BULAN : TAHUN :

No	Kelurahan/Desa	Kasus			Kekerasan Fisik														Kekerasan Psikis												Perkosaan							
		Baru	Lama	Rujukan	0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn	
					L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
	Total																																						

KORBAN																																											
UMUR DAN JENIS KEKERASAN																																												
Kekerasan Seksual																						Eksploitasi																					
						Pelecehan																Seksual																							
16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn	
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81				

Ekonomi								Penelantaran														Dugaan TPPO												Pendidikan					
13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		Tidak Sekolah	Belum Sekolah	Pra Sekolah	SD	SMP	SMA
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P						
82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123

		Pekerjaan								Status Perkawinan			Disabilitas					Dampak				TKP				Pelayanan Yang Diberikan					Keterangan
						Swasta																									
Perguruan Tinggi	Putus Sekolah	PNS	TNI	POLRI	BUMN	Formal	Informal	Lain-lain	Tidak Bekerja	Belum kawin	Kawin	Cerai	Fisik	Intelektual	Sensorik	Mental	Ganda	Hamil	Abortus	Cacat	Lain-lain	Rumah Tangga	Tempat Kerja	Sekolah	TTU	Konseling	Medis	Visum	Rujuk	Lain-lain	
124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155

Lampiran 5 **Format 3**

LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN KDRT

DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA.....

PUSKESMAS .....

KABUPATEN/KOTA PROVINSI :

BULAN : TAHUN :

No	Kelurahan/Desa	Kasus			Kekerasan Fisik														Kekerasan Psikis												P					
		Baru	Lama	Rujukan	0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn	
					L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Total																																				

UMUR DAN JENIS KEKERASAN																																			
Kekerasan Seksual																						Eksploitasi													
Perkosaan								Pelecehan														Seksual													
13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln	
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77

KORBAN

Ekonomi												Penelantaran												Dugaan TPPO											
1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn	
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117

Pendidikan								Pekerjaan								Status Perkawinan			Disabilitas					Dampak				TKP				Pelayanan Yang Diberikan					Keterangan
												Swasta																									
Tidak Sekolah	Belum Sekolah	Pra Sekolah	SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi	Putus Sekolah	PNS	TNI	POLRI	BUMN	Formal	Informal	Lain-lain	Tidak Bekerja	Belum kawin	Kawin	Cerai	Fisik	Intelektual	Sensorik	Mental	Ganda	Hamil	Abortus	Cacat	Lain-lain	Rumah Tangga	Tempat Kerja	Sekolah	TTU	Konseling	Medis	Visum	Rujuk	Lain-lain	
118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155

Lampiran 6 **Format 4**

LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN KDRT

DINAS KESEHATAN PROVINSI.....

PROVINSI .....

TAHUN.....

No	Kelurahan/Desa	Kasus			Kekerasan Fisik														Kekerasan Psikis																	
		Baru	Lama	Rujukan	0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn	
					L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
Total																																						

UMUR DAN JENIS KEKERASAN																																								
Kekerasan Seksual																						Eksploitasi																			
Perkosaan								Pelecehan														Seksual																			
13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6	
L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78			

KORBAN

Ekonomi											Penelantaran														Dugaan TPPO											
thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn		0-11 bln		1-6 thn		7-12 thn		13-15 thn		16-17 thn		18-60 thn		>60 thn	
P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117

Pendidikan								Pekerjaan								Status Perkawinan			Disabilitas					Dampak				TKP				Pelayanan Yang Diberikan					Keterangan
												Swasta																									
Tidak Sekolah	Belum Sekolah	Pra Sekolah	SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi	Putus Sekolah	PNS	TNI	POLRI	BUMN	Formal	Informal	Lain-lain	Tidak Bekerja	Belum kawin	Kawin	Cerai	Fisik	Intelektual	Sensorik	Mental	Ganda	Hamil	Abortus	Cacat	Lain-lain	Ruman Tangga	Tempat Kerja	Sekolah	TTU	Konseling	Medis	Visum	Rujuk	Lain-lain	
118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155

DEFINISI OPERASIONAL PENGISIAN LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN TPPO DI PUSKESMAS & RUMAH SAKIT		
KOLOM	**VARIABEL**	**DEFINISI OPERASIONAL**
1	Nomor	Nomor urut dalam pencatatan
2	Tanggal Kunjungan	Tanggal korban datang pada saat meminta pelayanan pertama kali (kunjungan pertama)
3	Nomor Family Folder/Rekam Medik	Nomor Family Folder/Rekam Medik korban
4	Nama Lengkap	**Nama korban, dalam kurung ditambahkan nama orangtua (bagi pasien anak) dan nama suami (bagi istri), jika tidak punya suami tulis namanya saja**
5	NIK	Nomor Iduk Kependudukan yang tercantum dalam Kartu Tanda Penduduk (KTP)
6	Alamat Lengkap	Alamat lengkap korban dengan RT, RW, Desa, Kelurahan, Kecamatan. Jika tidak bisa ditulis alamat lengkap, minimal dituliskan Kelurahan dan Kecamatan sesuai dengan tempat tinggal sekarang
7	Kasus (Baru/ Lama/Rujukan)	Jenis kasus, diisi dengan: Kasus Baru, Kasus Lama, atau Rujukan
		Kasus Baru adalah kasus pertama kali yang ditangani oleh unit pelayanan kesehatan untuk kasus kekerasan terhadap perempuan/anak maupun KDRT
		Kasus Lama adalah kunjungan kedua dan seterusnya
		Rujukan adalah hanya diisi rujukan dari tempat lain (P2TP2A, Kepolisian dll)
8	Umur/Tanggal Lahir (tgl/bulan/ thn)	Umur korban pada saat meminta pelayanan dan tanggal/ bulan/tahun lahir
		Untuk kasus kekerasan terhadap anak usia < 18 tahun:
		0 sampai 1 hari sebelum usia 18 tahun
		Untuk kasus kekerasan terhadap perempuan ≥ 18 tahun:
		Usia tepat 18 tahun atau lebih

DEFINISI OPERASIONAL PENGISIAN LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN TPPO DI PUSKESMAS & RUMAH SAKIT		
KOLOM	**VARIABEL**	**DEFINISI OPERASIONAL**
9	Jenis Kelamin	Diisi dengan jenis kelamin korban (laki-laki atau perempuan)
10	Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang pernah dijalani korban, diisi dengan:
		Tidak Sekolah: Korban tidak pernah mengenyam pendidikan
		Belum Sekolah: Korban yang belum pernah mendapat pendidikan di sekolah karena umur yang belum usia sekolah
		Pra sekolah: Korban yang sudah masuk pendidikan "Kelompok Bermain" dan "Taman Kanak-kanak"
		SD: Korban yang pendidikan terakhirnya SD/sederajat
		SLTP: Korban yang pendidikan terakhirnya SLTP/ sederajat
		SLTA: Korban yang pendidikan terakhirnya SLTA/ sederajat
		PT: Korban yang pendidikan terakhirnya PT
11	Pekerjaan	Status Pekerjaan korban pada saat kejadian, diisi dengan salah satu: • PNS • TNI • POLRI • BUMN • Swasta Formal • Swasta Informal • Lain-lain • Tidak Bekerja

DEFINISI OPERASIONAL PENGISIAN LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN TPPO DI PUSKESMAS & RUMAH SAKIT		
KOLOM	**VARIABEL**	**DEFINISI OPERASIONAL**
12	Status Perkawinan	Status perkawinan korban pada saat kejadian
		Belum Kawin: Korban yang belum pernah kawin termasuk yang tidak kawin
		Kawin: Korban yang masih dalam ikatan perkawinan yang syah secara hukum
		Cerai: Korban yang sudah pernah kawin namun sekarang sudah bercerai baik mati atau secara hukum
13	Disabilitas	Ragam disabilitas (jika korban merupakan penyandang disabilitas)
		Fisik: terganggunya fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, *celebral palsy* (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan orang kecil
		Intelektual: terganggunya fungsi pikir karena tingkat kecerdasan di bawah rata-rata, antara lain lambat belajar, disabilitas grahita dan *down syndrome*
		Sensorik: terganggunya salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, disabilitas rungu, dan/atau disabilitas wicara
		Mental: terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku
		Ganda: jika terdapat dua atau lebih ragam disabilitas, misalnya disabilitas rungu-wicara, disabilitas netra-rungu

DEFINISI OPERASIONAL PENGISIAN LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN TPPO DI PUSKESMAS & RUMAH SAKIT		
KOLOM	**VARIABEL**	**DEFINISI OPERASIONAL**
14	Tindak Kekerasan	Tindak kekerasan yang dialami (dapat diisi lebih dari 1)
		Kekerasan Fisik: Kekerasan dimana korban mengalami tindak kekerasan yang mengakibatkan gangguan pada fisik (luka, lebam, fraktur, dll)
		Kekerasan Psikis: Kekerasan dimana korban mengalami tindak kekerasan yang mengakibatkan gangguan pada psikis (tertekan batin, sakit hati, dll)
		Kekerasan Seksual: Kekerasan dimana korban mengalami tindak kekerasan seksual berupa perkosaan maupun pelecehan
		Penelantaran: Kekerasan dimana korban tidak mendapatkan segala sesuatu yang dibutuhkan untuk tumbuh kembangnya seperti kesehatan, pendidikan, perkembangan, emosional, gizi, tempat bernaung dan keadaan yang aman
		TPPO: Tindakan perekrutan, pengangkutan, atau penerimaan seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan atau posisi rentan, penjeratan utang atau memberi bayaran atau manfaat, sehingga memperoleh persetujuan dari orang yang memegang kendali orang lain tersebut, baik yang dilakukan di dalam negara maupun antar negara, untuk tujuan eksploitasi atau mengakibatkan orang tereksploitasi
		Eksploitasi Kekerasan dimana korban dipekerjakan untuk mendapatkan keuntungan/eksploitasi
15	Kode ICD X	**Kode tindak kekerasan yang ada dalam ICD X**
16	TKP	Tempat/lokasi terjadinya tindak kekerasan **Rumah Tangga** **Tempat Kerja** **Sekolah** **Fasilitas Umum** **Lainnya**

DEFINISI OPERASIONAL PENGISIAN LAPORAN PELAYANAN KORBAN TINDAK KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN, ANAK DAN TPPO DI PUSKESMAS & RUMAH SAKIT		
KOLOM	**VARIABEL**	**DEFINISI OPERASIONAL**
17	Waktu Kejadian	Waktu kejadian perkara sesuai dengan keterangan korban (tgl, bulan tahun, waktu kejadian)
18	Pelayanan yang diberikan	Pelayanan yang diberikan kepada korban
		Konseling Psikososial
		Medis
		Visum et Repertum
		Rujukan
		Lain-lain: Pelayanan lain selain yang tersebut di atas (konseling gizi, konseling remaja)
19	Dampak kesehatan	Dampak yang diderita akibat tindak kekerasan, diisi dengan: **hamil, abortus, cacat, dll**
20	Rujuk ke	Tempat korban dirujuk untuk penanganan lebih lanjut
		Rumah Sakit
		P2TP2A
		Dinas Sosial
		Kepolisian
		Lain-lain
21	Kebangsaan	Korban adalah WNI atau WNA berdasarkan KTP atau identitas lain yang mendukung keterangan
22	Keterangan	Keterangan yang dianggap penting yang berhubungan dengan korban/pelaku

Kode ICD X kasus kekerasan

ICD X	
T76	Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, suspect
T76.0 :	Neglect or abandonment, suspect
T76.01 :	Adult neglect or abandonment suspected
T76.02 :	Child neglect or abandonment suspect
T76.1 :	Physical abuse, suspected
T76.11 :	Adult physical abuse, suspected
T76.12 :	Child Physical abuse, suspect
T76.2 :	Sexual abuse, suspected
T76.21 :	Adult sexual abuse, suspected
T76.22 :	Child sexual abuse, suspected
T76.3 :	Psychological abuse, suspected
T76.31 :	Adult psychological abuse, suspected
T76.32 :	Child psychological abuse, suspected
T76.9 :	unspecified maltreatment, suspected
T76.91 :	unspecified adult maltreatment, suspected
T76.92 :	unspecified child maltreatment, suspected
T09.A :	Sexual abuse complicating pregnancy, childbirth and the puerperium
T74	Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, confirmed
T74.0	Neglect or abandonment, confirmed
T74.01	Adult neglect or abandonment, confirmed
T74.01XA	…… initial encounter
T74.01XD	…… subsequent encounter

T74.01XS	…… sequela
T74.02	Child neglect or abandonment, confirmed
T74.02XA	…… initial encounter
T74.02XD	…… subsequent encounter
T74.02XS	…… sequela
T74.1	Physical abuse, confirmed
T74.11	Adult physical abuse, confirmed
T74.11XA	…… initial encounter
T74.11XD	…… subsequent encounter
T74.11XS	…… sequela
T74.12	Child physical abuse, confirmed
T74.12XA	…… initial encounter
T74.12XD	…… subsequent encounter
T74.12XS	…… sequela
T74.2	Sexual abuse, confirmed
T74.21	Adult sexual abuse, confirmed
T74.21XA	…… initial encounter
T74.21XD	…… subsequent encounter
T74.21XS	…… sequela
T74.22	Child sexual abuse, confirmed
T74.22XA	…… initial encounter
T74.22XD	…… subsequent encounter
T74.22XS	…… sequela
T74.3	Psychological abuse, confirmed
T74.31	Adult psychological abuse, confirmed

T74.31XA	…… initial encounter
T74.31XD	…… subsequent encounter
T74.31XS	…… sequela
T74.32	Child psychological abuse, confirmed
T74.32XA	…… initial encounter
T74.32XD	…… subsequent encounter
T74.32XS	…… sequela
T74.4	Shaken infant syndrome
T74.4XXA	…… initial encounter
T74.4XXD	…… subsequent encounter
T74.4XXS	…… sequela
T74.9	Unspecified maltreatment, confirmed
T74.91	Unspecified adult maltreatment, confirmed
T74.91XA	…… initial encounter
T74.91XD	…… subsequent encounter
T74.91XS	…… sequela
T74.92	Unspecified child maltreatment, confirmed
T74.92XA a	…… initial encounter
T74.92XD	…… subsequent encounter
T74.92XS	…… sequel

DAFTAR PUSTAKA

1. Catatan Tahunan Komnas Perempuan 6 Maret 2020
2. Survey Badan Pusat Statistik 2020
3. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
4. Poerwandari K, Lianawati. Buku Saku untuk Penegak Hukum, Petunjuk Penjabaran Kekerasan psikis untuk menindaklajuti laporan kasus KDRT. Program Studi Kajian Wanita Program Pasca Sarjana UI. Jakarta 2010
5. Undang-undang Nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga
6. Kitab Undang-undang hukum pidana
7. Undang-undang Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
8. Undang-undang Nomor 21 tahun 2007 tentang Pemberantasan TPPO
9. Undang-undang Nomor 35 tahun 2014 tentang Perubahan atas UU no 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
10. Undang-undang Nomor 17 tahun 2016 tentang Perubahan Kedua atas UU no 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 68 tahun 2013 Tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan Untuk Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1226 tahun 2009 Tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit
13. Rahajeng E, Azimal, Sumarsinah, Tafal Z, Andayani F, Widiastuti E, et al.Pedoman Pengendalian Kekerasan dalam Rumah Tangga. 2012
14. Iskandar L, Braun KL, Katz AR. Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia. Journal of Interpersonal Violence. 2014Oct;30(7):1208–25.
15. Intimate Partner Violence |Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. CDC. 2018 [cited 25 March 2020]. Available from: https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html
16. Adams J, Farst K, Kellogg N. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. JournalofPediatricandAdolescentGynecology. 2018;31(3):225-231.

17. Adams J, Kaplan R, Starling S, Mehta N, Finkel M, Botash A et al. Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2007;20(3):163-172
18. Chang et al., 2005; Chang et al., 2010; WHO clinical handbook, 2014
19. Public Health England. Child sexual exploitation: How public health can support prevention and intervention. 2019
20. INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/en/
21. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf
22. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2004
23. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach World Health Organization 2007
24. WHO. Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers. Participant handouts. 2019
25. World Health Organization. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women: building on lessons from the WHO publication putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. World Health Organization. 2016 https://apps.who.int/iris/handle/10665/251759
26. WHO, UNODC. Strengthening the medico-legal response. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/197498/WHO_RHR_15.24_eng.pdf)
27. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf, accessed
28. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
29. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017

Direktorat Kesehatan Keluarga
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia



Pedoman ini disusun atas kerja sama antara Kementerian Kesehatan RI, UNFPA Indonesia, dan Pemerintah Kanada melalui Program BERANI

ISBN 978-623-301-258-4