

Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan Terhadap Perempuan Dan Anak Di Rumah Sakit Sebuah Tinjauan Pustaka

Kristianti Hartiana^{1*}, Julia Ike Haryanto², Wian Pisia Anggreliana²

¹Program Studi Kedokteran Forensik dan Studi Medikolegal, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

²Departemen Ilmu Kedokteran Forensik dan Studi Medikolegal, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

*Korespondensi Penulis:	Riwayat Artikel:	
kristiantihartiana@yahoo.com	Dikirim:	diisi sesuai tanggal pertama submit
	Diterima:	
	Terbit:	

Artikel Tinjauan Pustaka

Abstrak

Kekerasan terhadap perempuan dan anak (KtP/A) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius dan menimbulkan dampak jangka panjang bagi korban. Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan mencatat 4.374 pengaduan kasus kekerasan terhadap perempuan pada tahun 2023 dan jumlahnya meningkat pada tahun 2024. Penanganan korban KtP/A di rumah sakit belum optimal karena layanan yang tersedia belum terpadu. Tinjauan pustaka ini bertujuan menyintesis regulasi terkini mengenai pelayanan terpadu korban KtP/A di rumah sakit beserta kesenjangan implementasinya. Penelusuran dilakukan pada portal Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum (JDIH), Google Scholar, PubMed, serta laman resmi Kementerian Kesehatan, Komnas Perempuan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, WHO, dan UNICEF dengan rentang tahun 2016–2026. Sebanyak 35 dokumen dianalisis, terdiri atas regulasi, pedoman, laporan, dan artikel ilmiah. Hasil tinjauan menunjukkan bahwa kerangka regulasi pelayanan terpadu telah tersedia, mulai dari Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1226/Menkes/SK/XII/2009 hingga Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta Peraturan Presiden Nomor 55 Tahun 2024 tentang Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak. Namun, implementasi masih menghadapi kendala berupa keterbatasan jumlah rumah sakit yang memiliki pusat pelayanan terpadu, pembiayaan yang belum tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional, serta koordinasi lintas sektor yang belum optimal. Rumah sakit memiliki dasar regulasi yang kuat untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu KtP/A yang komprehensif, berfokus pada kepentingan korban, dan melibatkan pendekatan multidisiplin serta lintas sektoral.

Kata kunci: anak; kekerasan; pelayanan terpadu; perempuan; rumah sakit; tinjauan pustaka

Abstract

Violence against women and children (VAWC) is a serious public health problem with long-term impacts on victims. The National Commission on Violence against Women recorded 4,374 complaints of violence against women in 2023, with an increase in 2024. Management of VAWC victims in hospitals remains suboptimal because services are not yet integrated. This literature review aims to synthesize current regulations on integrated services for VAWC victims in hospitals and their implementation gaps. Searches were conducted on the JDIH regulation portal, Google Scholar, PubMed, and official websites of the Ministry of Health, Komnas Perempuan, the Ministry of Women's Empowerment and Child Protection, WHO, and UNICEF covering 2016–2026. Thirty-five documents were analyzed, including regulations, guidelines, reports, and scientific articles. The review found that a comprehensive regulatory framework is available, from Minister of Health Decree No. 1226/Menkes/SK/XII/2009 to Law No. 12/2022 on Sexual Violence Crimes, Law No. 17/2023 on Health, and Presidential Regulation No. 55/2024 on UPTD PPA. However, implementation faces barriers including the limited number of hospitals with integrated service centres, financing not yet covered by the National Health Insurance, and suboptimal cross-sector coordination. Hospitals have a strong regulatory basis to provide comprehensive, victim-centred, multidisciplinary integrated services for VAWC victims.

Keywords: child; hospital; integrated service; literature review; violence; woman

PENDAHULUAN

Kekerasan terhadap perempuan (KtP) dan kekerasan terhadap anak (KtA) masih menjadi persoalan kesehatan masyarakat yang belum tuntas di Indonesia. Pada tahun 2023, Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) mencatat 4.374 pengaduan kasus kekerasan terhadap perempuan, meningkat dibandingkan 4.371 kasus pada tahun sebelumnya, dan tren peningkatan berlanjut pada tahun 2024 [1,2]. Berdasarkan bentuk kekerasan, data lembaga layanan menunjukkan kekerasan seksual mendominasi sebesar 34,80%, diikuti kekerasan psikis 28,50%, kekerasan fisik 27,20%, dan kekerasan ekonomi 9,50%. Sementara itu, data Komnas Perempuan menunjukkan kekerasan psikis paling dominan (41,55%), diikuti kekerasan fisik (24,71%), kekerasan seksual (24,69%), dan kekerasan ekonomi (9,05%) [1]. Secara global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan hampir satu dari tiga perempuan pernah mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan atau orang lain sepanjang hidupnya [3,4]. Sebagian besar korban tidak melaporkan kekerasan yang dialaminya karena stigma, ketakutan, dan ketergantungan ekonomi [3]. Kekerasan terhadap anak juga masih tinggi; satu dari dua anak usia 2–17 tahun diperkirakan pernah mengalami kekerasan dalam setahun terakhir [5,6]. Kekerasan yang dialami pada masa kanak-kanak meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental dan fisik di kemudian hari [6].

Korban KtP/A yang tidak ditangani secara khusus dan komprehensif akan mengalami dampak jangka panjang, antara lain stres, mengasingkan diri, hilangnya kepercayaan diri, kehilangan nafsu makan, insomnia, kemarahan, hingga gangguan stres pascatrauma (post-traumatic stress disorder) [5]. Penanganan korban KtP/A di rumah sakit (RS) hingga saat ini sering kali masih sama dengan penanganan pasien umum karena layanan di RS belum terpadu. Padahal, negara telah menyediakan landasan hukum yang kuat, mulai dari Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT) [7], Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1226/Menkes/SK/XII/2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit [8], hingga Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak bagi Petugas Kesehatan [9].

Perkembangan regulasi sepuluh tahun terakhir semakin memperkuat kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan dalam menangani korban KtP/A. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual (UU TPKS) mendefinisikan pelayanan terpadu sebagai penyelenggaraan layanan yang terintegrasi, multiaspek, lintas fungsi, dan lintas sektor bagi korban, keluarga korban, dan/atau saksi [10]. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan hak setiap orang atas pelayanan dan pemulihan kesehatan akibat tindak pidana kekerasan

seksual [11]. Peraturan Presiden Nomor 55 Tahun 2024 tentang Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak (UPTD PPA) membuka peluang kerja sama UPTD PPA dengan puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya [12], sedangkan Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2024 mengatur pendidikan dan pelatihan pencegahan serta penanganan tindak pidana kekerasan seksual [13].

Sejauh penelusuran penulis, belum terdapat tinjauan yang menyintesis regulasi terkini KtP/A pasca-UU TPKS dengan orientasi manajemen rumah sakit di Indonesia. Tinjauan pustaka ini bertujuan: (1) memetakan kerangka regulasi penyelenggaraan pelayanan terpadu korban KtP/A di rumah sakit; (2) menguraikan komponen penyelenggaraan layanan, meliputi pengorganisasian, jenis pelayanan, sarana prasarana, pembiayaan, pencatatan dan pelaporan, pengendalian mutu, medikolegal, rujukan, serta pembinaan; dan (3) menganalisis kesenjangan antara regulasi dan implementasi. Hasil tinjauan diharapkan menjadi rujukan bagi direksi dan manajemen rumah sakit dalam mengembangkan unit pelayanan terpadu korban KtP/A.

METODE

Tinjauan ini menggunakan metode tinjauan pustaka naratif. Penelusuran literatur dilakukan pada bulan Maret–Juli 2026 melalui portal Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum (JDIH), basis data Google Scholar dan PubMed, serta laman resmi Kementerian Kesehatan RI, Komnas Perempuan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI, WHO, dan UNICEF. Kata kunci yang digunakan meliputi: "pelayanan terpadu korban kekerasan terhadap perempuan dan anak", "KtP/A", "pusat pelayanan terpadu rumah sakit", "one-stop crisis centre", "violence against women hospital service", "medicolegal sexual violence", dan "visum et repertum". Kombinasi kata kunci disesuaikan untuk setiap basis data.

Kriteria inklusi meliputi: (1) regulasi Indonesia yang masih berlaku terkait penanganan KtP/A; (2) artikel ilmiah berbahasa Indonesia atau Inggris yang diterbitkan tahun 2016–2026 tentang pelayanan kesehatan bagi korban KtP/A; dan (3) dokumen yang tersedia teks lengkapnya. Kriteria eksklusi meliputi: artikel opini tanpa peer review, artikel tanpa identitas penerbitan yang jelas, dan dokumen yang telah dicabut atau digantikan. Dokumen legal inti yang terbit sebelum tahun 2016 (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1226/Menkes/SK/XII/2009, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004, dan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana) tetap diikutsertakan karena masih menjadi dasar hukum yang berlaku. Sebanyak 35 dokumen dianalisis, terdiri atas 20 regulasi, pedoman, dan laporan resmi serta 15 artikel ilmiah. Seluruh dokumen ditelaah dan disintesis secara

naratif. Tinjauan ini tidak melibatkan subjek manusia atau hewan sehingga tidak memerlukan ethical clearance.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kerangka Regulasi Pelayanan Terpadu KtP/A

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, mencakup rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat, serta wajib memiliki standar operasional menurut Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan [14]. Unit pelayanan terpadu adalah unit kesatuan yang menyelenggarakan pelayanan terpadu bagi perempuan dan anak korban kekerasan, yang dapat berada di Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) berbasis rumah sakit, Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A), Pusat Krisis Terpadu (PKT), Women Crisis Center (WCC), Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA), Rumah Perlindungan Sosial Anak (RPSA), dan lembaga sejenis lainnya [8].

Tabel 1. Perbandingan regulasi penyelenggaraan pelayanan terpadu korban KtP/A di Indonesia

Regulasi	Tahun	Substansi	Implikasi bagi Rumah Sakit
Kepmenkes 1226/Menkes/SK/XII/2009	2009	Pedoman penatalaksanaan pelayanan terpadu korban KtP/A di RS: pengorganisasian, ketenagaan, sarana, pembiayaan, pencatatan, rujukan	Dasar utama pembentukan PPT di RS; standar ketenagaan dan sarana
UU 23/2004 PKDRT	2004	Pasal 21 dan 40: petugas kesehatan berperan memberi pelayanan kesehatan dan mendukung pemulihan korban	Kewajiban pelayanan korban KDRT di fasilitas kesehatan
UU 12/2022 TPKS	2022	Definisi pelayanan terpadu; hak korban atas layanan; kewajiban fasyankes; Lembaga Perlindungan Saksi dan Korban	Rumah sakit wajib menyelenggarakan pelayanan terpadu bagi korban TPKS
UU 17/2023 Kesehatan	2023	Pasal 55: hak setiap orang atas pelayanan dan pemulihan kesehatan akibat tindak pidana kekerasan seksual	Dasar hukum pelayanan medis dan pemulihan korban
PP 47/2021	2021	Penyelenggaraan bidang perumahsakitan; kewajiban standar operasional	Acuan tata kelola RS termasuk pelayanan terpadu
Perpres 9/2024	2024	Pendidikan dan pelatihan pencegahan dan penanganan TPKS	Dasar pelatihan tenaga pelaksana PPT
Perpres 55/2024 UPTD PPA	2024	UPTD PPA dapat bekerja sama dengan RS dan fasyankes lain	Payung hukum kerja sama RS dengan UPTD PPA
Pedoman Kemenkes KtP/A	2021	Pedoman pelayanan dan rujukan kasus KtP/A bagi petugas kesehatan	Acuan teknis pelayanan dan rujukan

Pengertian pelayanan terpadu menurut UU TPKS adalah penyelenggaraan layanan yang terintegrasi, multiaspek, lintas fungsi, dan lintas sektor bagi korban, keluarga korban, dan/atau saksi

tindak pidana kekerasan seksual [10]. UU TPKS juga mengatur hak korban atas pendampingan, pemulihan, dan ganti rugi [10]. Peraturan Presiden Nomor 55 Tahun 2024 mengatur bahwa UPTD PPA dalam menyelenggarakan pelayanan terpadu dapat bekerja sama dengan puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya [12]. Perbandingan regulasi penyelenggaraan pelayanan terpadu KtP/A dirangkum pada Tabel 1.

Sebagian regulasi yang lebih lama, seperti Kepmenkes 1226/2009, belum secara eksplisit mengadopsi terminologi pelayanan terpadu yang diperkenalkan UU TPKS, misalnya layanan berbasis gender dan prinsip tidak diskriminatif. Perbedaan ini menimbulkan kebutuhan interpretasi dan penyesuaian standar layanan di tingkat rumah sakit. Regulasi teknis turunan yang menyelaraskan Kepmenkes 1226/2009 dengan UU TPKS perlu segera diterbitkan agar implementasi di rumah sakit tidak ambigu [10,12].

Pengorganisasian

Secara struktur organisasi, PPT korban KtP/A berada di instalasi atau unit rawat darurat RS dan berada di bawah pembinaan serta pengawasan direktur pelayanan medik. Ketenagaan terdiri atas dokter spesialis forensik, psikiater, dokter spesialis lain, dokter umum terlatih, bidan atau perawat, psikolog, pekerja sosial, serta tenaga kesehatan lain seperti tenaga administrasi dan rekam medik. Seluruh tenaga pelaksana wajib memperoleh pelatihan penatalaksanaan pelayanan korban KtP/A [8]. Kewajiban pelatihan ini diperkuat oleh Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2024, yang diterbitkan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 81 ayat (4) UU TPKS [13]. Ketersediaan tenaga terlatih, khususnya dokter spesialis forensik, masih menjadi kendala karena distribusinya terbatas; strategi pelatihan berjenjang bagi dokter umum dan perawat menjadi alternatif yang perlu dipertimbangkan rumah sakit [15,16].

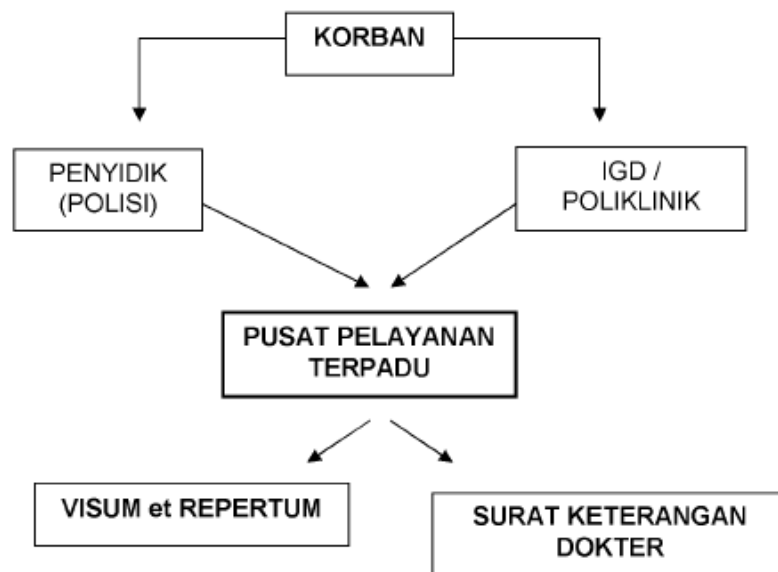
Jenis Pelayanan dan Standar Sarana

Pelayanan korban KtP/A di RS dilaksanakan secara komprehensif meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif serta mampu menjawab kebutuhan korban baik medis, psikososial, maupun medikolegal. Pelayanan melibatkan tim multidisiplin yang terdiri atas unsur medis (dokter, psikiater, bidan, perawat) dan unsur nonmedis (psikolog, pekerja sosial, polisi, dan lembaga swadaya masyarakat). Layanan harus dapat diakses 24 jam, berkualitas, sesuai standar, dengan dokumentasi yang baik serta sistem monitoring dan evaluasi [8]. Jenis pelayanan yang diberikan meliputi pemeriksaan fisik menyeluruh, penanganan luka fisik, intervensi krisis psikologis akut, pencegahan penyakit menular seksual, pencegahan HIV, pelayanan kesehatan reproduksi, dan pelayanan medikolegal. Korban juga berhak memperoleh konseling hukum dan rujukan ke PPT atau

PKT di RS lain, rumah aman, lembaga bantuan hukum, atau kepolisian [8]. Hak ini sejalan dengan Pasal 55 huruf c Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan [11].

Persyaratan minimal pelayanan mengacu pada standar WHO yang meliputi SOP tertulis, pengaturan ruangan, perlengkapan berupa rape kit untuk pengumpulan bukti forensik, linen, obat-obatan, dan perbekalan administratif [8,17]. Ruang pemeriksaan tidak harus berupa ruangan khusus tersendiri, tetapi harus tertutup, memiliki pencahayaan cukup, dan suasana tenang untuk menjaga privasi serta kenyamanan korban. Peralatan minimal mencakup meja dan kursi pemeriksaan, tempat tidur ginekologi, lampu sorot portabel, stetoskop, tensimeter dewasa dan anak, termometer, timbangan, pengukur tinggi badan, Snellen chart, penlight, oftalmoskop, otoskop, garputala, spekulum, palu refleks, mikroskop, lampu fluoresens, kamera standar, serta bahan habis pakai berupa sarung tangan bedah, masker, rape kit, dan perlengkapan pengambilan sampel forensik. Formulir yang diperlukan meliputi register pelayanan, rekam medis, informed consent atau informed refusal, visum et repertum, lembar serah terima barang bukti, dan surat rujukan [9]. Gambar 1 menyajikan alur pelayanan korban KtP/A di RS.

5.1 Bagan Alur Pelayanan Medikolegal di RS



Gambar 1. Bagan alur pelayanan korban KtP/A di rumah sakit

Pembiayaan

Pembiayaan pelayanan kasus KtP/A dapat bersumber dari APBN, APBD, pembiayaan mandiri, Jaminan Kesehatan Masyarakat, asuransi, lembaga swadaya masyarakat dalam dan luar negeri, serta penanganan kejadian luar biasa [8]. Kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak tergolong kasus gawat darurat, tetapi hingga saat ini belum tercakup dalam kepesertaan Jaminan

Kesehatan Nasional, sehingga rujukan berjenjang tidak berlaku [8,18]. Kondisi ini berpotensi membebani korban dan menghambat akses layanan. Rumah sakit perlu menyusun skema pembiayaan alternatif, antara lain anggaran internal, dana dekonsentrasi, corporate social responsibility, serta nota kesepahaman dengan UPTD PPA dan pemerintah daerah, sebagaimana diamanatkan Peraturan Presiden Nomor 55 Tahun 2024 [12,19]. Kajian empiris menunjukkan bahwa keterbatasan pembiayaan menjadi salah satu hambatan utama penyelenggaraan layanan terpadu di daerah [19,20].

Pencatatan dan Pelaporan

Rekam medis korban KtP/A disimpan terpisah dari rekam medis pelayanan umum dan tidak dibuka kecuali untuk pihak yang berhubungan langsung dengan kasus, atas persetujuan tertulis korban atau permintaan pengadilan. Seluruh rekam medis disimpan di tempat aman, diberi tanda khusus, dan dipertahankan hingga 18 tahun [8,9]. Bukti biologis disimpan di lemari es atau dibekukan sesuai ketentuan laboratorium. Pencatatan dan pelaporan PPT ditujukan untuk kepentingan internal RS dan eksternal ke Dinas Kesehatan sebagai dasar pembinaan; pelaporan dilakukan melalui Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dan format pelaporan kasus KtP/A yang dikirimkan setiap triwulan kepada Dinas Kesehatan kabupaten/kota [9]. Kerahasiaan data korban merupakan prinsip yang tidak dapat ditawar, sejalan dengan perlindungan data pribadi dalam UU TPKS [10].

Evaluasi dan Pengendalian Mutu

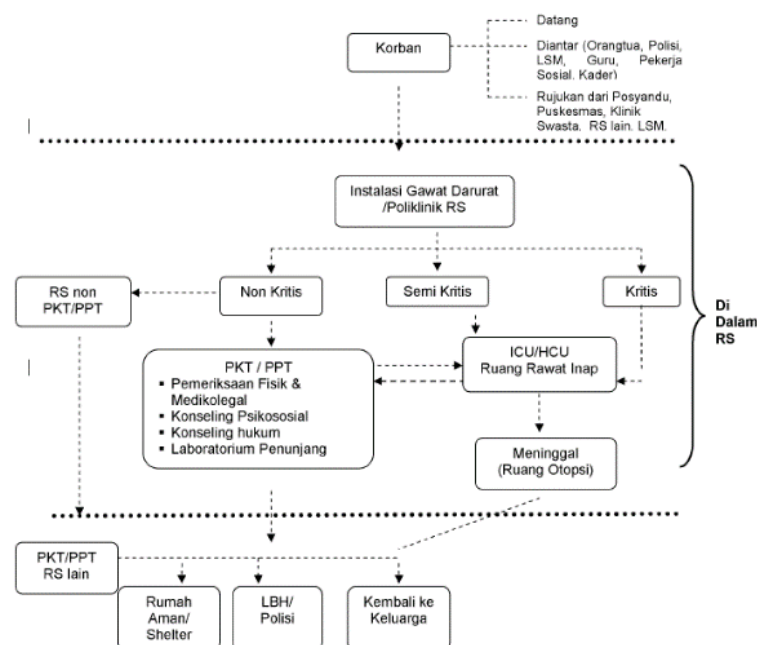
Monitoring dan evaluasi bertujuan mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan, mengembangkan jangkauan layanan, dan meningkatkan kemandirian pelayanan kasus kekerasan terhadap perempuan di masing-masing fasilitas kesehatan. Monitoring dilakukan selama kegiatan berlangsung untuk memastikan kesesuaian proses dengan perencanaan, sedangkan evaluasi dilakukan pada akhir kegiatan untuk menilai pencapaian sasaran. Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan terhadap puskesmas dan rumah sakit menggunakan daftar tilik, yang juga dapat digunakan internal oleh direktur pelayanan medik dan komite medik dalam kajian mandiri. Aspek yang dinilai meliputi sumber daya manusia, sistem kerja, pemeliharaan sarana prasarana, kendali mutu, administrasi, dan keuangan [9]. Indikator mutu layanan terpadu perlu diperluas meliputi kepuasan korban dan keberhasilan rujukan, sebagaimana direkomendasikan dalam evaluasi layanan terpadu di berbagai negara [22,23].

Medikolegal

Penatalaksanaan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak dari aspek medikolegal pada dasarnya sama dengan kasus lain, tetapi terdapat aspek yang memerlukan perhatian khusus. Korban dapat datang dengan atau tanpa surat permintaan visum. Korban yang datang langsung ke instalasi

gawat darurat dirujuk ke PPT untuk mendapatkan pelayanan komprehensif termasuk medikolegal; korban yang telah membawa surat permintaan visum dari kepolisian dapat segera dibuatkan visum, sedangkan yang belum membawa surat permintaan visum dibuatkan surat keterangan dokter atau rekam medis forensik apabila diduga terkait perkara pidana [8]. Rekam medis korban KtP/A dibuat selengkap mungkin karena akan digunakan sebagai pengganti barang bukti pada kasus dugaan tindak pidana [9,24]. Visum et repertum yang lengkap dan akurat berperan penting dalam pembuktian perkara kekerasan seksual terhadap anak [26]..

Visum et repertum adalah laporan tertulis yang dibuat oleh dokter atas permintaan penyidik, memuat hasil pemeriksaan kedokteran forensik terhadap korban hidup maupun korban mati untuk kepentingan peradilan. Dasar hukum penyusunannya adalah Pasal 133 ayat (1), Pasal 120, dan Pasal 179 ayat (1) Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana [25]. Format visum et repertum terdiri atas lima bagian, yaitu pro justitia, pendahuluan, pemberitaan atau hasil pemeriksaan, kesimpulan, dan penutup. Pada korban hidup, kesimpulan memuat jenis perlukaan atau cedera, penyebab, dan derajat luka [24,26]. Selain visum et repertum fisik, dikenal visum et repertum psikiatrikum (VeRP), yaitu keterangan dokter spesialis kedokteran jiwa sebagai hasil pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan penegakan hukum, yang dilakukan oleh tim pemeriksa beranggotakan dokter spesialis kedokteran jiwa sebagai ketua serta dokter dan tenaga kesehatan lain [9,27]. Kedudukan VeRP sebagai alat bukti semakin diperkuat dalam penanganan perkara kekerasan seksual di Indonesia [27]. Gambar 2 menyajikan alur pelayanan medikolegal korban.



Gambar 2. Bagan alur pelayanan medikolegal korban KtP/A

Sistem Rujukan

Pelayanan rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus atau masalah kesehatan ke sarana pelayanan kesehatan yang memiliki kemampuan lebih baik, baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan dapat terjadi dari RS tanpa PPT ke RS dengan PPT (rujukan horizontal) atau dari RS kelas C hingga RS kelas rujukan tertinggi (rujukan vertikal), serta mencakup rujukan pasien, ilmu pengetahuan dan teknologi, dan pembinaan manajemen [8]. Karena kasus kekerasan tidak termasuk dalam sistem penjaminan BPJS, rujukan berjenjang tidak berlaku; rujukan tetap ada dalam bentuk rujukan medis untuk kegawatdaruratan dan pemeriksaan laboratorium, rujukan medikolegal, serta rujukan nonmedis berupa bantuan hukum, pendampingan, konseling psikososial, dan rumah aman [8]. Saat ini sebagian rujukan dapat dilakukan melalui UPTD PPA dan P2TP2A [12]. Koordinasi internal RS berpedoman pada peraturan yang berlaku dan tata aturan baku pelayanan kedokteran forensik serta medikolegal (hospital by-laws) [9]. Kemitraan antarlembaga yang kuat terbukti meningkatkan efektivitas penanganan korban, termasuk kecepatan pendampingan dan keamanan korban [28,29].

Pembinaan dan Pengembangan Layanan

Pembinaan dan pengawasan PPT dilakukan secara eksternal oleh forum penanganan korban kekerasan atau lembaga sejenis yang terdiri atas organisasi profesi, kantor atau biro pemberdayaan perempuan, Dinas Kesehatan provinsi, kabupaten, dan kota, serta Dinas Sosial, dan secara internal oleh direktur pelayanan medik serta komite medik RS. Pembinaan mencakup sumber daya manusia, sistem kerja, pemeliharaan peralatan, kendali mutu, administrasi, dan keuangan, melalui kegiatan training, seminar, workshop, peer review, dan case management [8]. Rumah sakit yang menyediakan pelayanan terpadu masih sedikit; kesadaran tenaga medis mengenai kekerasan menjadi kunci penemuan kasus di instalasi gawat darurat dan poliklinik [20,30]. Data dari layanan kesehatan menunjukkan sebagian besar korban yang datang tidak teridentifikasi sebagai korban kekerasan [30]. Rumah sakit dapat melakukan sosialisasi dan kampanye berupa pembagian leaflet, nomor hotline, penyuluhan, dan pemasangan poster melalui unit promosi kesehatan, serta melibatkan akademisi dalam penelitian dan survei kekerasan terhadap perempuan dan anak [8,31].

Analisis Kesenjangan Regulasi dan Implementasi

Kerangka regulasi pelayanan terpadu KtP/A di Indonesia relatif lengkap, tetapi implementasinya menghadapi beberapa kesenjangan. Pertama, jumlah rumah sakit yang menyelenggarakan PPT masih terbatas dan tidak merata, terutama di luar Jawa [20,30]. Kedua, ketersediaan tenaga terlatih, khususnya dokter spesialis forensik dan psikiater, belum sebanding

dengan kebutuhan [15,16,24]. Ketiga, pembiayaan layanan belum tercakup dalam Jaminan Kesehatan Nasional sehingga akses korban bergantung pada skema pembiayaan lain yang belum seragam [18,19]. Keempat, koordinasi lintas sektor antara rumah sakit, kepolisian, UPTD PPA, dan lembaga layanan masih tumpang tindih dan belum terstandarisasi [21,32]. Studi empiris di Indonesia menunjukkan bahwa kapasitas institusi, kualitas pendampingan, dan dukungan anggaran menentukan keberhasilan layanan terpadu [20,21,33].

Pengalaman internasional menunjukkan bahwa model pusat krisis terpadu (one-stop crisis centre) yang mengintegrasikan layanan medis, psikososial, dan hukum dalam satu lokasi efektif meningkatkan akses dan kepuasan korban [34,35,36]. Keberhasilan model tersebut ditopang oleh protokol layanan yang jelas, jaminan pembiayaan, dan koordinasi antarsektor [37,38]. Rumah sakit dapat meniru praktik baik tersebut dengan menyesuaikan kapasitas sumber daya yang dimiliki [38]. Rumah sakit di Indonesia dapat mengadaptasi model ini dengan menyesuaikan struktur, sumber daya, dan budaya lokal, serta mengembangkan indikator mutu yang terukur [23,39]. Pendekatan pencegahan primer melalui edukasi masyarakat juga perlu digalakkan agar kasus kekerasan dapat dicegah sejak dini [39]. Penelitian lanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas layanan terpadu KtP/A di Indonesia, termasuk dampaknya terhadap luaran klinis dan psikososial korban [40]. Pemeriksaan forensik yang cermat oleh tenaga terlatih merupakan prasyarat luaran medikolegal yang baik [40].

KESIMPULAN

Angka kekerasan terhadap perempuan dan anak yang dilaporkan merupakan sebagian kecil dari fenomena gunung es di masyarakat. Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan paling lengkap diharapkan berperan aktif dalam penanganan korban KtP/A. Kerangka regulasi yang berlaku, mulai dari Kepmenkes 1226/2009, UU TPKS 12/2022, UU Kesehatan 17/2023, Perpres 9/2024, hingga Perpres 55/2024, memberikan dasar yang kuat bagi rumah sakit untuk menyelenggarakan pelayanan terpadu korban KtP/A yang ideal, berdaya guna, dan tepat guna. Namun, implementasi masih menghadapi kesenjangan berupa keterbatasan jumlah PPT, ketersediaan tenaga terlatih, pembiayaan di luar JKN, dan koordinasi lintas sektor. Direksi dan manajemen rumah sakit perlu menetapkan pelayanan terpadu KtP/A sebagai prioritas program, menyediakan anggaran berkelanjutan, membangun kemitraan dengan UPTD PPA dan lintas sektor, serta mengembangkan sistem monitoring dan evaluasi mutu layanan. Semakin banyak rumah sakit yang menyelenggarakan unit pelayanan terpadu dengan kerja sama lintas sektoral, semakin mudah akses masyarakat dan korban untuk memperoleh pertolongan.

Deklarasi Konflik Kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan dari masing-masing penulis, baik yang bersifat finansial maupun non-finansial.

Ucapan Terima Kasih (bersifat opsional (boleh ada atau tidak, sesuai kebutuhan penulis))

Penulis mengucapkan terima kasih kepada keluarga yang senantiasa mendukung, kepada dosen pembimbing, serta rekan-rekan residen Program Studi Kedokteran Forensik dan Studi Medikolegal Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang, atas dukungannya dalam penyusunan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan. Catatan Tahunan Kekerasan terhadap Perempuan Tahun 2023. Jakarta: Komnas Perempuan; 2024. Available from: <https://komnasperempuan.go.id>
 2. Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan. Catatan Tahunan Kekerasan terhadap Perempuan Tahun 2024: Kekerasan terhadap Perempuan di Ranah Publik dan Negara. Jakarta: Komnas Perempuan; 2025. Available from: <https://komnasperempuan.go.id>
 3. World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence Against Women. Geneva: WHO; 2021.
 4. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stockl H, Meyer SR, Garcia-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*. 2022;399(10327):803-813. doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7.
 5. Stockl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-865. doi:10.1016/S0140-6736(13)61030-2.
 6. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079. doi:10.1542/peds.2015-4079.
 7. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2004.
 8. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1226/Menkes/SK/XII/2009 tentang Pedoman Penatalaksanaan Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak di Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2009.
 9. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021.
 10. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2022.
-

11. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2023.
 12. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 55 Tahun 2024 tentang Unit Pelaksana Teknis Daerah Perlindungan Perempuan dan Anak. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2024. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id>
 13. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan Pencegahan dan Penanganan Tindak Pidana Kekerasan Seksual. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2024.
 14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan. Jakarta: Sekretariat Negara RI; 2021.
 15. World Health Organization. Clinical Handbook Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines. Geneva: WHO; 2017.
 16. World Health Organization. RESPECT Women: Preventing Violence Against Women. Geneva: WHO; 2019.
 17. World Health Organization. Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. Geneva: WHO; 2003.
 18. Ikhsan MK, Yudianto A, Sulistyorini N. Prosedur khusus pelayanan terpadu forensik klinik korban kekerasan perempuan dan anak di rumah sakit. *Jurnal Hukum Kesehatan Indonesia*. 2022;2(1):37-43. doi:10.53337/jhki.v2i01.19.
 19. Rohmah L. Implementasi kebijakan perlindungan perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga (studi pada pusat pelayanan terpadu). *Jurnal Kesejahteraan dan Pelayanan Sosial*. 2021;2(2):1-12. doi:10.52423/jkps.v2i2.20513.
 20. Nuradhawati R. Peran Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) dalam pendampingan perempuan korban kekerasan. *Jurnal Academia Praja*. 2018;1(1):83-100. doi:10.36859/jap.v1i01.46.
 21. Aulawi A. Peran Unit Pelayanan Terpadu Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (UPT P2TP2A) dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. *Pro Patria: Jurnal Pendidikan, Kewarganegaraan, Hukum, Sosial, dan Politik*. 2024;7(2):1-15. doi:10.47080/pro patria.v7i2.3603.
 22. Trabold N, McMahon J, Alsobrooks S, Whitney S, Mittal M. A systematic review of intimate partner violence interventions: state of the field and implications for practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2020;21(2):311-325. doi:10.1177/1524838018767934.
 23. World Health Organization. WHO Ethical and Safety Recommendations for Intervention Research on Violence Against Women. Geneva: WHO; 2016.
 24. Adnyana GHE. Karakteristik kasus pada visum et repertum dengan dugaan kekerasan seksual di RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Kedokteran Universitas Palangka Raya*. 2021;9(1):1043-1048. doi:10.37304/jkupr.v9i1.2864.
 25. Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981). Jakarta; 1981.
 26. Sari NK, Renggong R, Oner M. Alat bukti visum et repertum sebagai pembuktian dalam tindak pidana kekerasan seksual terhadap anak. *Clavia*. 2024;22(1):84-93. doi:10.56326/clavia.v22i1.4032.
 27. Atiyatunnajah A, Apriandhini A, Rajasa R. Peran visum et repertum psychiatricum dalam implikasi pembuktian terhadap kasus kekerasan seksual di Indonesia. *Journal of Law, Society, and Islamic Civilization*. 2026;14(1):1-14. doi:10.20961/jolsic.v14i1.117421.
-

28. Tarigan SS, Perdana A, Fauzi M. Peran visum et repertum sebagai alat bukti surat dalam tindak pidana kekerasan. *Legalitas: Jurnal Hukum*. 2022;14(1):39-49. doi:10.33087/legalitas.v14i1.277.
 29. Garcia-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385(9978):1685-1695. doi:10.1016/S0140-6736(14)61830-4.
 30. Iskandar I, Zubir M. Karakteristik kasus kekerasan seksual pada perempuan di BLUD Rumah Sakit Cut Meutia berdasarkan visum et repertum. *Averrous: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*. 2020;6(1):44-53. doi:10.29103/averrous.v6i1.2662.
 31. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2024.
 32. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition. New York: United Nations; 2023.
 33. Hayes BE, Franklin CA. Community effects on women's help-seeking behaviour for intimate partner violence in India: insights from the NFHS. *International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice*. 2017;41(1-2):51-70. doi:10.1080/01924036.2016.1233441.
 34. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):159-170. doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9.
 35. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):159-170. doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9.
 36. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015;385(9977):1555-1566. doi:10.1016/S0140-6736(14)61703-7.
 37. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. *Lancet (commentary)*. 2013. doi:10.1136/bmj.f3100.
 38. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-1579. doi:10.1016/S0140-6736(14)61837-7.
 39. UNICEF. Preventing and Responding to Violence Against Children: A Global Status Report 2021. New York: UNICEF; 2021.
 40. Rubini E, Valente M, Sguazzi G, Trentin M, Ragazzoni L, Gino S. Forensic medical examination after conflict-related sexual violence: a scoping review of the literature. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2024;106:102736. doi:10.1016/j.jflm.2024.102736.
-