

BAB 4

**GAMBARAN UMUM MENGENAI PUSAT KRISIS TERPADU
RUMAH SAKIT CIPTO MANGUNKUSUMO (PKT RSCM)**

4. 1. Sejarah Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

Pusat Krisis Terpadu RSCM, sebuah proyek rintisan pusat krisis yang Berbasis rumah sakit, adalah buah kristalisasi gagasan dari diskusi panjang kelompok kerja Komnas Perempuan yang merasakan perlu adanya *crisis centre* bagi perempuan korban kekerasan. Gagasan kelompok kerja yang beranggotakan wakil-wakil dari Komnas Perempuan, berbagai LSM yang melakukan advokasi terhadap perempuan korban kekerasan, Lembaga Bantuan Hukum yang bergerak di bidang yang sama, Derap Warapsari, Polwan Polda Metro Jaya, serta dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan Forensik Klinik RSCM ini termanifestasi Dengan disediakannya tempat, perangkat lunak, dan organisasi dari pihak KSMF Kedokteran Forensik Klinik FKUI-RSCM, yang sebelumnya juga telah melakukan pelayanan kedokteran forensic klinik bagi korban kekerasan rumah tangga dan seksual.

Pusat Krisisi Terpadu RSCM berlokasi di lantai II gedung Instalasi Gawat Darurat RSCM di Jalan Diponegoro 71 Jakarta, PKT RSCM dibuka (*soft opening*) bersamaan dengan peresmian renovasi gedung perkantoran RSCM pada tanggal 27 Mei 2000 dan mulai beroperasi sejak tanggal 6 Juni 2000.

4. 2. Profil Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

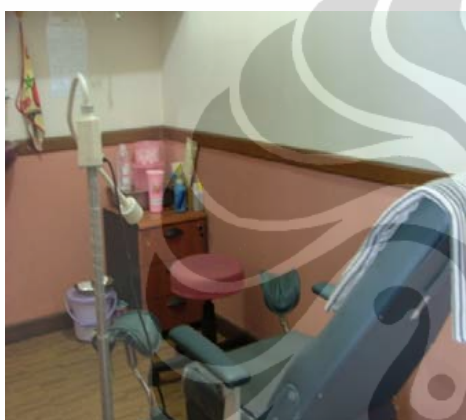
Nama Institusi : Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Umum Pusat Nasional
Cipto Mangunkusumo

Alamat : Lantai II Gedung Instalasi Gawat Darurat RSCM, Jalan Diponegoro No. 71 Salemba – Jakarta Pusat

Telepon dan Fax : (+62) 21 3162261

E-mail : pkt_rscm@yahoo.com

PKT RSCM berada di lantai II gedung IGD RSCM. Di dalamnya terdapat empat buah ruangan, yaitu satu buah ruang konseling, satu buah ruang pemeriksaan medis dengan kamar mandi, ruang karyawan dan ruang tunggu yang merangkap ruang kerja 27 meteraris.



Gambar 2.4 Ruang Pemeriksaan Medis



Gambar 3.4 Ruang konseling

Sumber : PKT RSCM

Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran PKT RSCM

Visi PKT RSCM yaitu:

- Menuju pemberdayaan perempuan dan anak melalui respon yang layak dan akuntabel pada kekerasan terhadap perempuan dan anak.
- Menjadi wadah bagi para profesional yang multi disipliner untuk melayani masyarakat.

Misi PKT RSCM adalah:

- Menyediakan layanan komprehensif (menyeluruh) dan terintegrasi bagi perempuan dan anak korban kekerasan, yaitu layanan medis, medikolegal, psikososial, dan hukum.

- Menyediakan akses ke jaringan multidisipliner kepada perempuan dan anak korban kekerasan guna memperoleh pendampingan, advokasi hukum, dan rumah aman.

Untuk merealisasikan visi dan misi itu, di lembaga ini bertugas dokter terlatih, perawat dan pekerja sosial yang selalu siap 24 jam dan dokter spesialis forensik yang akan bertanggung jawab terhadap aspek medikolegal.

Tujuan PKT RSCM adalah:

Tertanganinya korban kekerasan baik anak maupun perempuan dengan segera dan menyeluruh, baik dibidang medis (fisik dan psikiatris) maupun non medis (psikologis, sosial dan yuridis).

Sasaran (klien/ pasien) PKT RSCM adalah:

Klien PKT RSCM adalah para korban kekerasan terhadap perempuan dan anak terutama :

- a. Korban kekerasan seksual pada perempuan dewasa dan anak-anak.
- b. Korban kekerasan dalam rumah tangga.
- c. Korban penganiayaan dan penelantaran anak.

Organisasi, Struktur dan Fungsi Institusi

Organisasi ke dalam :

- a. Satuan Pelaksana Instalasi Fungsional (SPIF).
- b. Koordinasi dengan Komite Satuan Medis Fungsional (KSMF) terkait dan IGD (Instalasi Gawat Darurat).

Organisasi ke luar :

- a. Komnas Perempuan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik dan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- b. Jaringan kerja informal dengan lembaga yang bergerak di bidang yang sama antara lain LBH, Rumah Aman, Dinas Sosial DKI dan LSM yang menangani kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan.

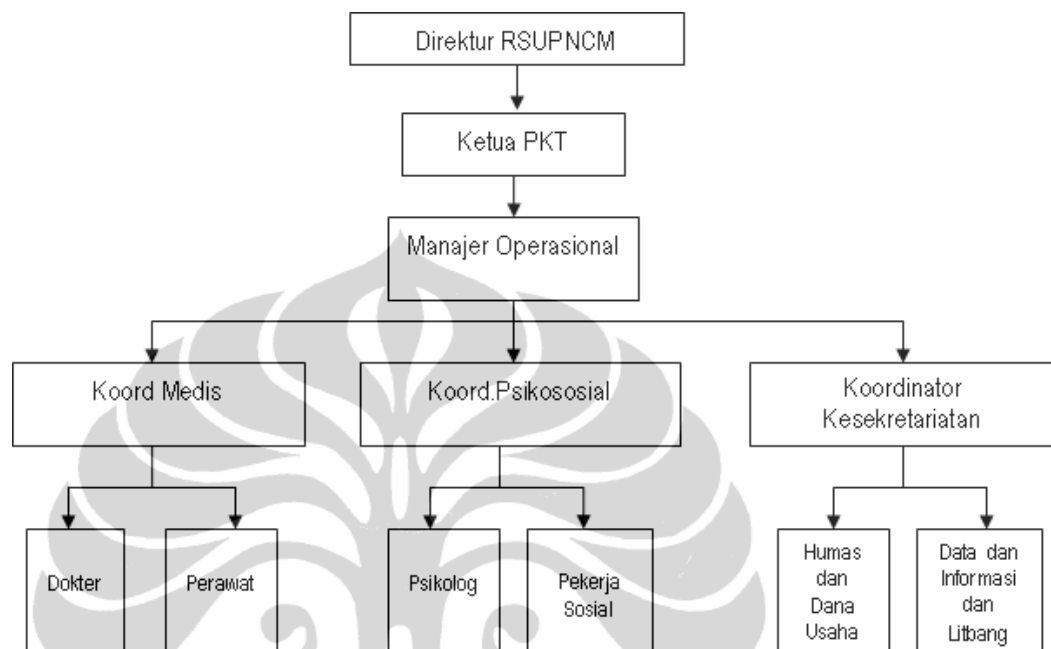
Secara keorganisasian, PKT RSCM merupakan sebuah Satuan Pelaksana Fungsional baru di lingkungan RSCM yang mengkoordinasikan Instalasi Gawat Darurat dan beberapa KSMF (Komite Satuan Medis

Fungsional). Organisasi PKT RSCM adalah organisasi yang merangkum unit fungsional dengan instalasi (Satuan Pelaksana Instalasi Fungsional). PKT RSCM melakukan pelayanan dengan tenaga profesional dari berbagai disiplin ilmu yaitu dokter, perawat, pekerja sosial, dan psikolog, dan status stafnya sebagai non pegawai RSCM.

Struktur Organisasi PKT RSCM

PKT RSCM dipimpin oleh seorang ketua. Pekerjaan administrasi dan keuangan dibantu oleh seorang sekretaris, sedangkan pekerjaan keprofesiannya dibantu oleh tiga orang Koordinator Pelayanan Medis, Koordinator Pelayanan Psiko-Sosial dan Koordinator Pelayanan Hukum dan mediko-legal. Sedangkan sebagai pelaksana kegiatan adalah para dokter jaga (dokter spesialis forensik dan dokter PPDS dari berbagai disiplin ilmu), perawat dan pekerja sosial yang bertugas secara bergilir selama 24 jam. Selain itu juga, diadakan konsultasi psikologi setiap harinya kecuali hari minggu. PKT RSCM memiliki hubungan profesional dengan instalasi dan SMF atau bagian lain dalam RSCM, bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSCM dan berkoordinasi dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat RSCM. Di bidang finansial bertanggung jawab kepada lembaga donor yang mendanainya. Sedangkan secara profesional bertanggung kepada Komite Medis dan Majelis Etik Rumah Sakit.

Gambar 4.4 Struktur Organisasi PKT RSCM



Sumber: PKT RSCM

Fungsi Institusi

PKT RSCM sebagai pusat krisis yang berbasis rumah sakit menyelenggarakan layanan terpadu yang terdiri dari pelayanan medis, medikolegal dan psikososial serta rujukan untuk bantuan hukum dan rumah aman. Layanan medis dilakukan dokter dan perawat yang telah dibekali dengan sensitifitas gender dan keterampilan khusus penanganan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak. Untuk korban yang mengalami luka berat ditangani di lantai 1 Instalasi Gawat Darurat, sedangkan yang ringan langsung ditangani di ruangan PKT. Pemeriksaan ini akan menghasilkan *visum et repertum* (VER) yang akan selesai paling maksimal satu minggu kemudian. Sebelum menyelesaikan VER, dokter memberikan hasil pemeriksaan sementara atau hasil pemeriksaan medis sebagai bahan bukti

untuk kepolisian atau pihak keluarga. Layanan psikososial tahap pertama dilakukan oleh pekerja sosial, meliputi asesement keadaan psikis dan sosial klien. Proses *enabling* (penyadaran dan pemetaan masalah klien) serta rujukan kepada psikolog/psikiater/kunjungan rumah (*home visit*)/ pelayanan rumah aman (*shelter*)/ lembaga bantuan hukum dilakukan juga pada saat ini sesuai dengan keadaan klien. Bersama-sama dengan dokter, klien juga diberi wawasan hukum tentang masalah medikolegal yang menyertai kasus klien.

Pendanaan

Selama awal pendirian hingga akhir tahun 2001, PKT RSCM dibiayai oleh UNIFEM dan UNFPA, Sedangkan pada tahun berikutnya hingga tahun 2007 oleh Kementerian Pemberdayaan dan Perempuan. Di awal tahun 2006 hingga pertengahan oleh P2TP2A Provinsi DKI Jakarta dan pada tahun yang sama juga oleh Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta.

4. 3. Uraian Tugas Pusat Krisis Terpadu Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

Uraian Tugas

- a. **Direktur RSCM**, memiliki tugas yaitu (i) memimpin RSCM dalam pelaksanaan tugas yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dan melaksanakan kebijakan pemerintah; (ii) mengelola RSCM, (iii) melaksanakan kerja sama dengan instansi dan organisasi lain yang menyangkut dengan bidang pelayanan kesehatan masyarakat, (iv) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Departemen Kesehatan.
- b. **Ketua PKT RSCM**, memiliki tugas yaitu (i) memimpin PKT RSCM dalam pelaksanaan tugas yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dan melaksanakan kebijakan pemerintah, (ii) Mengelola PKT RSCM, (iii) melaksanakan kerja sama dengan instansi dan organisasi lain yang menyangkut dengan bidang kesejahteraan dan perlindungan terhadap wanita dan anak-anak.

- c. **Manajer Operasional**, memiliki tugas yaitu, (i) menyusun rencana kerja yang berkaitan dengan pekerjaan sebagai manajer umum & administrasi baik harian, bulanan, tahunan,(jangka pendek) dan jangka panjang, (ii) mensupervisi dan mengusulkan perencanaan keuangan, (iii) SDM marketing, perencanaan pengembangan, (iv) menganalisis efektifitas pelayanan dan menyusun laporan realisasi, (v) melakukan pembinaan pegawai di lingkungan unit kerja, (vi) mengelola pelaporan keuangan dalam kaitanya dengan ketetapan system prosedur operasional keuangan RSCM, (vii) menjalin kerja sama dengan pihak ke-3 (baik yayasan , institusi) dalam dan luar negeri guna menunjang kemajuan dan perkembangan PKT RSCM.
- d. **Koordinator Medis** yang terdiri dari :
Dokter memiliki tugas yaitu : mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medis, melaksanakan upaya rujukan, melakukan pemantauan dan pengawasan, penggunaan fasilitas dan kegiatan pelayanan medis, melakukan pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien; serta mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan medic dan membuat surat keterangan medis
Perawat. Sedangkan tugas Bidang Keperawatan adalah melakukan bimbingan pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan, etika pengembangan profesi perawat, pengendalian mutu keperawatan dengan menerapkan prinsip professional
- e. **Koordinator Psikososial** yang terdiri dari :
Psikolog memiliki tugas yaitu : mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan psikologi dan kejiwaan, melakukan pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan pasien; serta mengkoordinasikan semua kebutuhan pelayanan membuat surat keterangan ahli. Sedangkan Pekerja social memiliki tugas yaitu : membangun hubungan yang setara dengan klien dan keluarga agar

bersedia membuka diri dalam mengemukakan persoalannya menanyakan apa yang ingin dilakukan dan bantuan apa yang diperlukan, memberikan informasi dan menghubungkan dengan lembaga atau perorangan yang dapat membantu mengatasi persoalannya; dan/atau membantu memberikan informasi tentang layanan konsultasi hukum mengkoordinasikan pelayanan yang dibutuhkan oleh klien dan keluarga secara medis, psikologis, sosial, serta kaitannya dengan bantuan layanan diluar PKT, pengawasan dan pengendalian penerimaan dan pemulangan klien dan keluarga.

f. **Koordinator Kesekretariatan** yang terdiri dari :

Humas dan dana usaha. Tugas humas dan dana usaha adalah melakukan kegiatan perencanaan, penyusunan program, anggaran, pencarian dana, komunikasi dan kerja sama dengan institusi dan organisasi terkait lainnya serta hubungan kemasyarakatan (Humas). Sedangkan *Data & Informasi serta Litbang* memiliki tugas data & informasi dan litbang mengkoordinasikan semua kebutuhan kegiatan penelitian dan pengembangan serta bimbingan pelaksanaan, pemantauan, pengawasan dan penilaian pelaksanaan kegiatan penelitian dan pengembangan, serta komunikasi dan pelepasan informasi.

G. **Jumlah Karyawan**

Karyawan PKT RSCM berjumlah 17 orang dengan latar belakang pendidikan yang berbeda-beda. Mulai dari lulusan Strata 1 (S1) hingga Strata 2 (S2) yang terdiri dari : (i) Ketua : 1 orang, (ii) Koordinator Medis yaitu Dokter tetap : 5 orang, (iii) Koordinator Psikososial yang terdiri dari Psikolog : 5 orang, Pekerja sosial : 5 orang, (iv) Koordinator Kesekretariatan : 1 orang

4. 4. Unit Kesekretariatan Pusat Krisis Terpadu RSCM

Unit kesekretariatan diatur oleh satu orang, unit ini juga merupakan unit yang mengatur jalannya sistem di PKT. Koordinator kesekretariatan memiliki tugas

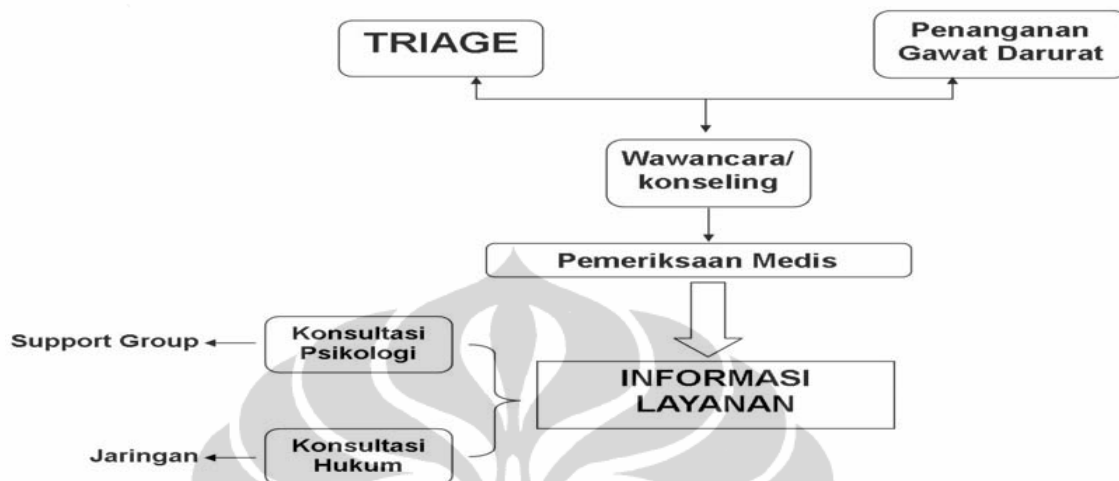
sebagai berikut, (i) membuat ringkasan surat visum, (ii) membantu dokter dalam mengetik surat keterangan medis dan visum, (iii) membantu psikolog dalam mengetik surat keterangan ahli, (iv) melakukan sensus data harian (di laporkan setiap bulan), (v) melakukan proses administrasi rekam medis (*assembling, filling*), (vi) mengatur surat masuk-keluar, (vii) membuat proposal dalam pencarian dana ke lembaga/*fund rising* pemerintah atau non-pemerintah; nasional ataupun internasional serta (viii) melakukan proses manajerial yang meliputi: pengaturan jadwal shift bagi pekerja sosial, psikolog, dan dokter, penyediaan barang-barang kebutuhan kantor dan tugas lain yang berhubungan.

Sistem Unit Kesekretariatan PKT RSCM

Klien yang datang ke PKT RSCM datang dalam dua keadaan, kegawatdaruratan dan tidakgawatdaruratan. Datang melalui beberapa jalur:

- 1) Melalui Instalasi Gawat Darurat RSCM
 - a. Sebelumnya sudah melapor ke kepolisian. Klien meminta surat permintaan untuk dilakukan visum di PKT RSCM. Klien kemudian daftar melalui IGD untuk mendapatkan nomor rekam medis.
 - b. Datang atas kemauan sendiri dan klien memerlukan tindakan kegawatdaruratan kemudian dirujuk ke PKT.
 - c. Datang atas kemauan sendiri dan klien dalam tidakgawatdaruratan, langsung datang ke PKT untuk mendapat persetujuan; setelah disetujui maka klien ke pendaftaran IGD RSCM untuk mendapatkan nomor rekam medis.
- 2) Tanpa melalui Instalasi Gawat Darurat RSCM
 - a. Klien datang didasarkan kebutuhan konsultasi psiko-sosial.
 - b. Pasien rujukan dari unit lain dalam RSCM (selain IGD)

Gambar 5.4 Alur Pasien



Sumber: PKT RSCM, 2000

Klien yang datang ke PKT pada awalnya mendaftarkan diri di bagian triage IGD RSCM yang terletak di lantai 1. Setelah mendaftar, mereka akan diwawancarai oleh pekerja sosial yang kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan medis (pendokumentasian bukti kekerasan) oleh dokter. Setelah itu, pekerja sosial dan dokter berdiskusi, menganalisa serta menyimpulkan tentang kasus klien. Bagi klien yang membutuhkan layanan medikolegal, maka klien akan dibuatkan Visum Et Reperum berdasarkan Surat Pengantar Visum (SPV) dari kepolisian tempat klien melaporkan kejadian. Sedangkan klien yang membutuhkan layanan psikologis, pekerja sosial akan merujuk ke psikolog yang tersedia di PKT pada hari-hari tertentu. Untuk layanan seperti penyediaan rumah aman (shelter), bantuan pendampingan khusus secara hukum, maka pekerja sosial akan merujuk klien ke lembaga lain yang merupakan jaringan kerjasama PKT.

Sistem Penamaan dan Penomoran

Sistem penamaan dan penomoran pada dasarnya untuk memberikan identitas kepada pasien; sebagai pembeda antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, sehingga akan mempermudah dalam memberikan pelayanan pada pasien yang datang ke PKT RSCM. Sistem penamaan ini mengikuti *Standard Operating Procedures* (SOP) rekam medis RSCM, yaitu bagian pelayanan medik.

Prinsip utama yang harus lengkap, minimal dua suku kata. Dengan demikian, nama pasien yang akan tercantum dalam rekam medis akan menjadi satu diantaranya kemungkinan sebagai berikut : (i) nama pasien tersendiri, apabila namanya sudah terdiri dari dua suku kata atau lebih, (ii) nama keluarga tidak mendahului nama pasien (misal: ‘Ratna Siahaan’, bukan ‘Siahaan, Ratna’), (iii) nama ditulis dengan huruf cetak dan mengikuti ejaan yang disempurnakan, (iv) pasien perempuan diakhiri nama lengkap ditambahi Ny. Atau Nn. Sesuai dengan statusnya, (v) pencantuman title selalu diletakkan sesudah nama lengkap pasien, (vi) diberikan kode keterangan kasus yang di derita oleh pasien

Domestic violence	: DV
Rape	: Rape/ R
Child Sexual Abuse	: CSA
Child Abuse	: CA

Sistem penomoran rekam medis yang diterapkan di PKT RSCM mengikuti sistem rekam medis RSCM yaitu menggunakan “*Unit Numbering System*” yaitu pemberian nomor angka tepi kepada setiap pasien yang didapat pada saat pertama kali berobat ke RSCM. Nomor rekam medis ini tidak bisa digunakan seumur hidup jika pasien datang untuk kedua kalinya ke PKT RSCM, karena pasien akan melewati alur masuk melalui IGD, dan akan mendapat nomor rekam medis yang baru. Dokumen rekam medis yang digunakan di PKT RSCM tetap satu, untuk satu orang. Namun, dimungkinkan untuk memiliki lebih dari satu nomor rekam medis. Hal ini

dikarenakan PKT RSCM melihat kejadian kasus baru, untuk pasien yang baru ataupun lama, bukan banyaknya pasien. Nomor rekam medis tersebut terdiri dari enam hingga tujuh angka/ digit.

Sistem Penyusunan dan Perapihan File (Assembling)

Penyusunan dan perapihan isi file sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan oleh PKT RSCM.

a. Susunan dokumen untuk pasien yang datang melalui IGD

- Formulir rekam medik darurat
- Formulir rekam medis per kasus (dugaan perkosaan, *domestic violence*, salah seksual terhadap anak, penderaan anak)
- Formulir persetujuan pemeriksaan
- Formulir anamnesis sosial
- Formulir pemeriksaan fisik (ditujukan untuk pembuatan hasil visum sementara dan keterangan medis)
- Formulir kunjungan/ tindak lanjut (medis/ psikososial)

b. Susunan dokumen untuk pasien yang datang tidak melalui IGD

- 1) Klien rujukan. Formulir yang digunakan sama dengan klien yang datang melalui IGD tanpa formulir rekam medis darurat, ditambah dengan formulir berikut:
 - Formulir ringkasan riwayat masuk keluar
 - Formulir catatan keperawatan
 - Formulir hasil laboratorium
 - Formulir catatan anestesi
 - Formulir tindakan operasi
 - Formulir persetujuan tindakan medis
 - Formulir konsultasi
- 2) Klien yang datang sendiri untuk melakukan konsultasi psikososial, mendapatkan formulir sama dengan klien yang datang melalui IGD, tanpa formulir rekam medis darurat.

Sistem Penyimpanan

Penyimpanan dokumen rekam medis adalah proses penyimpanan file secara urut pada rak penyimpanan rekam medis. Penyimpanan rekam medis di PKT RSCM menggunakan urutan tanggal. Folder disusun urut dari tanggal pertama, kemudian disusun berdasarkan urutan bulan. Bagi klien yang datang ke PKT dengan kasus tertentu lebih dari satu kali, maka yang diambil adalah tanggal terakhir ia berkunjung. Sistem penyimpanannya bukan berdasarkan urutan nomor rekam medis, yang banyak dilakukan oleh unit kesehatan pada umumnya. Penyimpanan rekam medis PKT tidak sentralisasi (tidak disimpan oleh bagian rekam medis RSCM), melainkan disimpan sendiri oleh PKT.

Hal ini dikarenakan untuk menjaga kerahasiaan klien (dari kemungkinan kehilangannya RM).

Pemusnahan RM sejak PKT RSCM berdiri belum pernah dilakukan. Hal ini memiliki alasan bahwa rekam medik yang merupakan subjek dari kecelakaan yang dapat membawa pada litigasi dan seluruh rekam medik yang pernah diminta oleh jaksa atau agen administratif lainnya harus dikecualikan dari kebijakan penyimpanan pada umumnya.

Hal ini berarti data RM sebaiknya tidak dimusnahkan seumur hidup.

Gambar 6 Penyimpanan Rekam Medis



Sumber :PKT RSCM

Kegiatan Kesekretariatan PKT RSCM

1. Kegiatan bagian pendaftaran/penerimaan pasien

- Dokumen RM pasien baru, yaitu kegiatan membuat label/ identitas pasien pada folder RM dan memberikan kode kasus pada folder
- Kartu kunjungan konseling, membuat kartu kunjungan konseling jika pada kunjungan berikutnya pasien membutuhkan bimbingan konseling

2. Kegiatan bagian pengolahan RM

- *Assembling*, yaitu memberikan folder pada dokumen RM klien dan mengurutkannya sesuai dengan urutan yang ditetapkan
- *Labeling* sampul file, yaitu menyalin nama pasien, nomor RM, nama dokter, pekerja sosial, psikolog yang menangani, menulis tanggal terakhir klien datang, dan memberi tanda centang kelengkapan dokumen.
- *Coding*, yaitu menuliskan kode ICD pada diagnosa dokter yang tertera pada formulir gawat darurat
- Analisa kualitatif dan kuantitatif semua kelengkapan dokumen RM dengan meneliti kembali kelengkapan lembaran/ dokumen. Isi dokumen yang tidak lengkap, akan ditanyakan lagi oleh petugas kepada dokter, pekerja sosial, atau psikolog.
- *Sortir*, yaitu mengelompokkan dokumen rekam medisurut dari tanggal pertama, kemudian dikelompokkan berdasarkan bulan. Bagi klien yang datang ke PKT dengan kasus tertentu lebih dari satu kali, maka yang diambil adalah tanggal terakhir ia berkunjung.

3. Kegiatan bagian pengelolaan rekam medis (*Filling* dan *Retrieval*)

- *Distribusi*, yaitu kegiatan mengantarkan dokumen yang diminta ke poliklinik atau bagian yang memesan. Petugas mengambil kembali dokumen rekam medis pasien yang sudah menerima pelayanan kesehatan atau yang telah diproses.
- *Penyortiran*, yaitu kegiatan mengelompokkan dokumen rekam medis untuk dimasukkan ke dalam rak penyimpanan.
- *Filling*, yaitu penyimpanan dokumen rekam medis ke dalam lemari penyimpanan.

- *Retrieval*, yaitu kegiatan pengambilan kembali dokumen rekam medis yang telah masuk tempat penyimpanan
4. Kegiatan bagian pembuatan surat keterangan *visum et repertum* (VER)

Kegiatan mengetik hasil visum sementara untuk tujuan:

 - Memberikan kenyataan atau barang bukti pada hakim
 - Menyimpulkan berdasarkan hubungan sebab-akibat,
 - Memungkinkan hakim memanggil dokter ahli lainnya untuk membuat kesimpulan VER yang lebih baru
 5. Kegiatan menghimpun data untuk pelaporan rumah sakit

Pendataan klien yang kemudian dilaporkan. Data ini bertujuan untuk melihat besaran masalah yang kemudian diambil kebijakan.

Hubungan Kerja dengan Unit/ Institusi Lain

Hubungan kerja dengan unit lain/ institusi lain dapat dijabarkan sebagai berikut :

1. PKT memiliki hubungan kerjasama unit lain dalam RSCM yang bertanggung jawab atas terlaksananya kegiatan pendokumentasian rekam medis
2. PKT memiliki kerjasama dengan institusi luar RSCM yang berhubungan dengan pendampingan psiko-sosial dan hukum bagi klien dalam menyelesaikan kasusnya. Komnas Perempuan (lembaga yang menangani dan melindungi perempuan dari kekerasan seperti KDRT, buruh migran, korban perkosaan, perempuan dalam aderah konflik, dll.), Rumah Perlindungan Sosial Anak (RPSA) Bambu Apus yang membantu memfasilitasi rumah aman bagi klien yang tidak mempunyai tempat untuk berlindung sementara, Derap Warapsari, Polwan Polda Metro Jaya, dan Perlindungan Perempuan Anak (PPA) di semua Polres di Jabodetabek dimana penanganan hukum klien perempuan dan anak khususnya dengan menggunakan pendekatan yang berpihak pada klien seperti perilaku penyidik yang sabar dan penuh empati.

Proses Penggunaan Informasi/ Data Rekam Medis

Pengelolaan informasi/ data rekam medis merupakan kegiatan yang terpenting dalam proses pengambilan keputusan, karena rekam medis akan dijadikan bukti hukum dalam peradilan. Dalam kegiatan ini mahasiswa dibantu oleh koordinator kesekretariatan. Proses pengelolaan informasi/ data rekam medis ini dilakukan dengan kegiatan yaitu :

1. Data dan informasi rekam medis yang telah lengkap dibuat
 - a. Ringkasan medis oleh dokter
 - b. Surat keterangan medis (hasil pemeriksaan fisik seperti visum tetapi tidak memiliki kekuatan hukum)
 - c. Surat keterangan visum (jika memiliki surat permintaan visum dari kepolisian dan memiliki kekuatan hukum)
 - d. Surat keterangan ahli oleh psikolog (jika pihak penyidik meminta untuk dijadikan bukti dalam penyelesaian kasus)
2. Surat keterangan visum yang diambil secara berkala oleh pihak kepolisian. Merupakan hak klien untuk ditindaklanjuti melalui proses hukum atau tidak.
3. Surat keterangan visum yang selama 1 tahun tidak diambil, dianggap tidak bisa digunakan atau dilanjutkan sebagai bukti hukum. Hasil visum ini dimusnahkan dengan cara dibakar.
4. Klien yang mendapatkan tindakan medik, salinan rekam medis di poliklinik rujukan dimasukkan ke dalam folder. Sedangkan klien yang mendapatkan tindakan non-medik (konseling oleh psikolog, pekerja sosial, dan pembimbing rohani), mendapatkan kartu kunjungan. Resume tindakan nonmedis, juga dicatat dalam dokumen rekam medis.

BAB 5
PERLINDUNGAN DAN PELAYANAN KORBAN DI PUSAT KRISIS
TERPADU (PKT) RUMAH SAKIT CIPTO MANGUNKUSUMO
(RSCM) TERHADAP PEREMPUAN KORBAN KEKERASAN DALAM
RUMAH TANGGA

Pada bab ini peneliti akan memaparkan hasil penelitian mengenai perlindungan hak dan pelayanan korban di PKT RSCM terhadap perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga, serta kualitas pelayanan terhadap pemulihan perempuan korban KDRT dari tekanan psikologis sebagai bentuk pelaksanaan perlindungan hak dan pelayanan korban melalui informasi yang diperoleh dari informan, yang nantinya akan dianalisa dalam bab berikutnya.

5.1. Perlindungan Korban pada PKT RSCM

Upaya pemerintah untuk melindungi perempuan merupakan upaya pencegahan, karena pencegahan terhadap KDRT yang meluas di masyarakat, satu-satunya adalah dengan hukum dan perundang-undangan. Berbicara mengenai tanggung jawab untuk dan dari korban kejahatan juga melibatkan mengenai hak korban, yang di Amerika sudah merupakan permasalahan yang telah lama. Secara khusus dikatakan bahwa korban seharusnya sama seperti pelaku memiliki hak yang dijamin di dalam sistem peradilan pidana. Di Amerika Serikat dan di Inggris kelompok korban kurang aktif secara politis namun menjadi lebih agresif terhadap permasalahan hak korban. Permasalahan pertama adalah untuk membahas tindakan preventif dan pemulihan yang telah diperkenalkan atau diusulkan untuk membantu korban; kedua adalah mengatasi permasalahan utama yang berkenaan dengan saran yang diberikan kepada korban. Selain itu perhatian juga perlu diberikan terhadap konsepsi viktimisasi dan apasaja pencegahan efektif yang diperlukan dalam sistem peradilan pidana yang dapat meningkatkan peran korban apabila dianggap perlu. Melakukan KDRT

berarti melanggar hukum dan perundang-undangan dan itu harus diadili dan mendapat hukuman berat yang membuat jera. Sekaligus contoh bagi calon-calon pelaku KDRT yang lain. Tanggung jawab negara ini tercermin dalam Deklarasi Universal tentang HAM, Undang-undang Nomor. 7 Tahun 1984 Ratifikasi Cedaw dan Kepres Tentang KHA, Undang-undang Nomor. 7 Tahun 2000 Tentang Ratifikasi Konvensi PPTA, Undang-undang Nomor.21 Tahun 2007 Tentang PTPPO, dan PP Nomor. 4 Th 2006 Tentang Kerjasama Penyelenggaraan Pemulihan Korban KDRT.

Inti dari kewajiban dan tanggung jawab negara dalam hal ini adalah "Mengambil langkah-langkah untuk memberikan perlindungan kepada Perempuan dan Anak dari segala bentuk diskriminasi dalam bentuk apapun, termasuk perlindungan dari berbagai bentuk kekerasan".

Sedang Pasal 11-14 UU No 23 Th 2004 Tentang PKDRT, secara jelas menyebutkan "Kewajiban dan Tanggung Jawab Pemerintah di semua tingkatan dalam Upaya Pencegahan dan Penanganan Kekerasan dalam Rumah Tangga". Secara menyeluruh dan terpadu, pencegahan KDRT bisa dilaksanakan masyarakat dengan : (1) pendidikan dini pada anak oleh orang tua dan guru tentang Hak Azasi Manusia dan tanggung jawab laki-laki serta wanita dalam keluarga (supaya mereka kelak tidak menjadi pelaku KDRT); (2) pengasuhan untuk mencegah terjadinya gangguan kepribadian antisosial; (3) Departemen Agama melaksanakan program penyuluhan terjadinya KDRT dalam bentuk ceramah keagamaan, khotbah, pengajian oleh ahli-ahli agama; (4) ceramah dan diskusi kesehatan jiwa dengan unsur-unsur penyebab dan dampak KDRT pada populasi orang tua dalam masyarakat; (5) memasukkan materi HAM untuk perlindungan dan keselamatan, Hak Azasi Anak, dan KDRT pada pelajaran agama tingkat SMP, AMU, sampai Universitas; (6) Menampilkan contoh-contoh kasus KDRT dan dampak jangka panjangnya berupa gangguan mental pada pertemuan-pertemuan di Puskesmas dan RS, maupun pada populasi orang tua di masyarakat.

Menurut dokter Mutia P. selaku Ketua Pusat Krisis Terpadu RSCM, peran kunci pemberi layanan kesehatan, termasuk mengidentifikasi

dan melaporkan kecurigaan kasus kekerasan dalam rumah tangga, mendiagnosis dan melakukan tata laksana medis dan psikiatri bagi korban kekerasan dan keluarganya; memberikan konsultasi menyangkut aspek medis dan memberikan kesaksian ahli pada proses pengadilan. Layanan kesehatan mental (pekerja sosial, psikolog, psikiater dan tenaga kesehatan mental lainnya) harus mampu mengenali dan melaporkan kasus yang dicurigai sebagai kekerasan dalam rumah tangga melakukan evaluasi yang diperlukan bagi korban kekerasan dan keluarganya; memberikan terapi pada korban kekerasan, anak dan keluarganya; memberikan konsultasi klinis; memberikan kesaksian ahli pada proses pengadilan kasus KDRT; menyelenggarakan *self-help groups* untuk anak maupun orang tua yang menjadi korban membentuk dan melaksanakan program pencegahan; dan berpartisipasi dalam tim multidisipliner.

Untuk perlindungan hak korban KDRT atau pasien KDRT sangat dimungkinkan diberikan dalam bentuk kepastian pelayanan dimana pasien yang datang dari LSM atau rujukan polisi atau datang sendiri dengan ditemani keluarga ke triase-diperiksa atau ditangani lalu dirujuk ke PKT yang nantinya akan ditangani oleh pekerja sosial dan dokter, setelah mendapat penanganan dari dokter pasien diberi kesempatan apakah ingin pulang. Hal tersebut tergantung dari si pasien, kalau si pasien atau korban merasa takut pulang ke rumah karena dikhawatirkan di rumah akan ketemu dengan pelaku tindak kekerasan (suami korban), maka korban akan dikirim ke rumah aman (Shelter) dengan memberi rujukan seperti ke Rumah Perlindungan dan Trauma Center (RPTC) milik Kementerian Sosial (sekarang) yang dikelola oleh Dinas Sosial. Bagi yang trauma psikis akan ditangani oleh psikolog, sedangkan untuk kasus trauma psikis berat seperti depresi berat akan ditangani oleh psikiatri. (wawancara dengan Dr. Mutia P sebagai Ketua PKT RSCM)

Pusat Krisis Terpadu RSCM Selain memberikan perlindungan terhadap korban kekerasan dalam rumah tangga juga memberikan pelayanan

yang dilakukan dalam bentuk home visit (kunjungan rumah), yang sekarang jarang atau tidak lagi terlaksana karena tidak ada biaya. Selain pelayanan dalam bentuk home visit terhadap korban pelayanan lainnya juga diberikan dalam bentuk pemberian advokasi hukum apabila pasien menghendaki kasusnya diteruskan ke jalur hukum, maka pihak PKT akan meneruskan atau memberikan rujukan ke lembaga pendampingan hukum yaitu bekerjasama dengan Lembaga Bantuan Hukum APIK.

Dalam Undang-undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga juga mengatur tentang perlindungan hak korban yang di dalam pasal 10 disebutkan bahwa korban berhak mendapatkan:

- a. Perlindungan dari keluarga, kepolisian, kejaksaan, pengadilan, advokad, lembaga social, atau pihak lainnya baik sementara atau berdasarkan perintah perlindungan dari pengadilan;
- b. Pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis;
- c. Penanganan khusus berkaitan dengan kerahasiaan korban;
- d. Pendampingan oleh pekerja sosial dan bantuan hukum; dan
- e. Pelayanan bimbingan rohani.

Perlindungan hak korban kekerasan dalam rumah tangga menurut visi Pusat Krisis Terpadu RSCM adalah menuju pemberdayaan perempuan melalui respon yang layak dan akuntabel pada kekerasan terhadap perempuan dan anak, namun demikian dari misinya PKT RSCM memberikan layanan menyeluruh bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak di bidang medis, mediko-legal, dan psikososial, serta menyediakan akses ke jaringan multidisipliner kepada korban kekerasan guna memperoleh pendampingan, advokasi hukum, dan rumah aman.

Kitab Undang-undang Hukum Acara Pidana (KUHP) sangat minim membicarakan hak dan kewajiban istri (perempuan) sebagai korban, ia hanya diposisikan sebagai saksi pelapor atau saksi korban. Begitu pula yang tercantum dalam Undang-undang Nomor 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan pasal 31 ayat (3): "*Suami adalah kepala rumah tangga dan istri adalah ibu rumah tangga.*" Meski demikian, KUHP juga memuat peluang

istri (perempuan) untuk mendapat keadilan. Kekerasan dan penganiayaan terhadap istri dalam KUHP merupakan tindak pidana yang sanksinya lebih besar sepertiga dari tindak pidana penganiayaan biasa atau dilakukan oleh dan terhadap orang lain, sebagaimana diterangkan dalam pasal 351 s.d. 355 KUHP.

Pernyataan dalam KUHP tersebut dipertegas lagi dengan keluarnya UU. No. 23 Tahun 2004 Tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) pada tanggal 22 September 2004 yang merupakan hasil kerja cukup panjang dari berbagai elemen bangsa, baik dari pemerintah, parlemen, dan tentu saja masyarakat luas yang dalam hal ini diwakili oleh lembaga-lembaga yang mempunyai perhatian serius terhadap penyelesaian kekerasan dalam rumah tangga dan pembangunan hukum yang adil bagi seluruh lapisan masyarakat.

5.2. Pelayanan Korban pada PKT RSCM

Kejahatan merupakan suatu fenomena yang kompleks dan dapat dipahami dari berbagai sisi yang berbeda. Oleh karena itu, dalam realitas sosial dapat ditangkap berbagai komentar tentang suatu peristiwa kejahatan yang berbeda satu dengan yang lain. Salah satu persoalan yang sering muncul ke permukaan dalam kehidupan masyarakat ialah tentang kejahatan pada umumnya, terutama mengenai kejahatan dengan kekerasan. Persoalan kejahatan merupakan masalah abadi dalam kehidupan manusia, karena ia berkembang sejalan dengan perkembangan tingkat peradaban umat manusia. Sejarah perkembangan masyarakat sejak sebelum, selama dan sesudah abad pertengahan telah ditandai oleh pelbagai usaha manusia untuk mempertahankan kehidupannya, dan hampir sebagian besar memiliki unsur kekerasan sebagai fenomena dalam dunia realitas. Bahkan kehidupan umat manusia abad ke-20 ini, masih ditandai pula oleh eksistensi kekerasan sebagai fenomena yang tidak berkesudahan, apakah fenomena dalam usaha mencapai tujuan suatu kelompok tertentu dalam masyarakat atau tujuan yang bersifat perorangan.

Berkaitan dengan soal kejahatan, maka kekerasan yang merupakan pelengkap dari bentuk kejahatan itu sendiri. Bahkan ia telah membentuk suatu ciri tersendiri dalam khasanah studi tentang kejahatan. Semakin menggejala dan menyebar luar frekuensi kejahatan yang diikuti dengan kekerasan dalam masyarakat, maka semakin tebal keyakinan masyarakat akan penting dan seriusnya kejahatan semacam ini. Kejahatan kekerasan bisa dialami oleh siapa saja, dimana pun dan dalam keadaan apapun. Kekerasan dalam rumah tangga biasa dianggap sebagai *hidden crime* yang telah memakan cukup banyak korban dari berbagai kalangan masyarakat. Hal ini dapat terjadi dalam berbagai bentuk dan disebabkan oleh berbagai faktor. Sebagai akibatnya, penderitaan tidak hanya dialami oleh istri saja, tetapi juga anak-anaknya karena dalam rumah tangga tentu tidak hanya terdapat suami dan istri saja tetapi juga terdapat anak-anak yang mungkin melihat secara langsung atau minimal mendengar terjadinya tindakan kekerasan dalam rumah tangga. Secara ringkas, definisi kekerasan terhadap perempuan adalah setiap tindakan kekerasan verbal maupun fisik, pemaksaan atau ancaman pada nyawa yang dirasakan pada seorang perempuan, apakah masih anak-anak atau sudah dewasa, yang menyebabkan kerugian fisik atau psikologis, penghinaan atau perampasan kebebasan dan yang melanggengkan subordinasi perempuan.

Adapun pengertian kekerasan dalam rumah tangga, sebagaimana tertuang dalam rumusan pasal 1 Deklarasi Penghapusan Tindakan Kekerasan terhadap Perempuan PBB dapat disarikan sebagai setiap tindakan berdasarkan jenis kelamin yang berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual, atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan secara sewenang-wenang baik yang terjadi di depan umum atau dalam kehidupan pribadi (keluarga). Lebih tegas lagi dapat dikatakan bahwa kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga terutama digunakan untuk mengontrol seksualitas perempuan dan peran reproduksi mereka. Hal ini sebagaimana biasa terjadi dalam hubungan seksual antara suami dan istri di mana suami adalah pihak

yang membutuhkan dan harus dipenuhi kebutuhannya, dan hal ini tidak terjadi sebaliknya. Lebih jauh lagi Maggi Humm(1989) menjelaskan bahwa beberapa hal di bawah ini dapat dikategorikan sebagai unsur atau indikasi kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga yaitu, (i) setiap tindakan kekerasan baik secara verbal maupun fisik, baik berupa tindakan atau perbuatan, atau ancaman pada nyawa, (ii) tindakan tersebut diarahkan kepada korban karena ia perempuan. Di sini terlihat pengabaian dan sikap merendahkan perempuan sehingga pelaku menganggap wajar melakukan tindakan kekerasan terhadap perempuan, (iii) tindakan kekerasan itu dapat berbentuk hinaan, perampasan kebebasan, dan lain-lain, (iv) tindakan kekerasan tersebut dapat merugikan fisik maupun psikologis perempuan, (v) tindakan kekerasan tersebut terjadi dalam lingkungan keluarga atau rumah tangga. Dalam konsideran deklarasi PBB juga dikatakan bahwa kekerasan terhadap perempuan adalah efek dari ketimpangan historis dari hubungan-hubungan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan yang telah mengakibatkan dominasi dan diskriminasi laki-laki atas perempuan. Dominasi ini terus dilanggengkan sehingga perempuan terus berada dalam ketertindasan. Budaya seperti inilah yang merupakan salah satu faktor awal munculnya peluang tindakan kekerasan terhadap perempuan (istri) dalam berbagai bentuknya. Dalam konteks Indonesia, kondisi dari budaya yang timpang sebagaimana disebutkan di atas telah menyebabkan hukum, dan sistem hukum (materiil hukum, aparat hukum, budaya hukum) yang ada kurang responsif dalam melindungi kepentingan perempuan.

Adapun definisi kekerasan dalam rumah tangga menurut UU No. 23 Tahun 2004 yaitu “Kekerasan dalam rumah tangga adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga.” Kekerasan dalam rumah tangga sebagaimana

tersebut di atas terjadi dalam rumah tangga menimbulkan dampak . Adapun dampak kekerasan dalam rumah tangga yang menimpa istri yaitu:

- (i) kekerasan fisik langsung atau tidak langsung dapat mengakibatkan istri menderita rasa sakit fisik dikarenakan luka sebagai akibat tindakan kekerasan tersebut,
- (ii) kekerasan seksual dapat mengakibatkan turun atau bahkan hilangnya gairah seks, karena istri menjadi ketakutan dan tidak bisa merespon secara normal ajakan berhubungan seks,
- (iii) kekerasan psikologis dapat berdampak istri merasa tertekan, shock, trauma, rasa takut, marah, emosi tinggi dan meledak-ledak, kuper, serta depresi yang mendalam,
- (iv) kekerasan ekonomi mengakibatkan terbatasnya pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang diperlukan istri dan anak-anaknya.

Upaya penghapusan kekerasan terhadap perempuan telah menjadi kepedulian pemerintah dan masyarakat Indonesia. Upaya ini didorong dengan semakin meningkatnya pengetahuan dan kesadaran berbagai pihak bahwa kekerasan terhadap perempuan telah membawa dampak yang sangat merugikan bagi perempuan khususnya dan umat manusia pada umumnya. Untuk mendukung upaya penghapusan kekerasan terhadap perempuan, pada tahun 1999 telah dicanangkan kebijakan *zero tolerance policy* yaitu kebijakan untuk tidak mentoleransi sedikitpun tindak kekerasan terhadap perempuan. (Dr. Mutia P) Penghapusan kekerasan terhadap perempuan juga menjadi salah satu dari 6 misi pembangunan pemberdayaan perempuan di Indonesia yang harus diwujudkan. Salah satu langkah strategi dalam upaya penghapusan kekerasan terhadap perempuan adalah memberikan pelayanan secara langsung kepada perempuan korban dengan dibentuknya Pusat Krisis Terpadu di Rumah Sakit Cipto Mangun Kusumo.

Pusat Krisis Terpadu adalah suatu unit pelayanan dalam rumah sakit yang bersifat multidisipliner dan bertujuan untuk merespos korban kekerasan dengan pendekatan non diskriminatif, empati dan tidak menambah kesulitan. Pusat krisis terpadu RSCM ini memiliki tujuan yaitu:

- (i) menyediakan layanan komprehensif atau menyeluruh dan terintegrasi bagi korban kekerasan yaitu layanan medis, medikolegal, psikososial dan hukum,
- (ii) menyediakan akses ke jaringan multidisipliner kepada korban kekerasan guna memperoleh pendampingan, advokasi hukum dan rumah aman.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya PKT RSCM ini memiliki kebijakan yaitu VeR di buat berdasarkan permintaan dari penegak hukum (penyidik, penuntut umum, dan hakim pengadilan), sedangkan yang boleh memberikan layanan adalah dokter DPJP yang bekerja disarana pelayanan PKT dan memiliki Surat Ijin Praktik (SIP) yang berlaku di RSCM. Semua jenis pelayanan mengutamakan ketepatan pemeriksaan dan observasi serta keamanan dan juga kepuasan pelanggan.

Menurut Ketua PKT RSCM prosedur yang dipakai dalam menangani korban kekerasan, yaitu :

- a. Korban kekerasan harus mendaftar ke loket pendaftaran dan diterima oleh dokter triage RSCM mengirim pasien ke PKT, pekerja social akan menghubungi Tim Scan yang akan menentukan pemeriksaan apa saja yang dibutuhkan oleh korban kekerasan;
- b. Jika korban mengalami kondisi gawat/darurat maka korban akan langsung ditangani oleh dokter medis yang berkaitan didampingi oleh spesialis forensic untuk pengumpulan barang bukti;
- c. Jika kekerasan yang dialami adalah kekerasan seksual maka akan ditangani oleh spesialis obsetri dan gineologi untuk tatalaksana pada korban yang didampingi oleh spesialis forensic untuk pembuatan visum luka;
- d. Jika korban yang mengalami kekerasan fisik dan seksual adalah anak-anak, maka akan ditangani oleh spesialis ilmu kesehatan anak untuk melakukan tatalaksana pada korban kekerasan ini selain konsultan bedah dan spesialis forensic. Jika dibutuhkan dapat dilakukan pemeriksaan oleh spesialis obsetri dan ginekologi untuk kasus seksual;

- e. Pada korban yang tidak mengalami kondisi gawat/darurat maka akan langsung dilakukan tatalaksana pemeriksaan medis oleh dokter yang berkaitan didampingi oleh spesialis forensic untuk pengumpulan barang bukti;
- f. Setelah tatalaksana atau jika tidak ada traumafisik dan kondisinya psikiatri dewasa/anak akan melakukan evaluasi adanya psikopatologi pada korban kekerasan ini;
- g. Jika terdapat gangguan jiwa maka akan dilakukan tatalaksana dengan pemberian psikofarmaka dan psikoterapi. Setelah itu akan dievaluasi tiap 2 minggu sampai gangguan jiwa teratasi;
- h. Jika tidak ada gangguan jiwa maka akan dinilai factor risiko pada korban jika ada factor risiko maka akan dilakukan konseling oleh psikolog dan intervensi krisis oleh tim multidisiplin dan dievaluasi tiap bulan sampai dengan 6 bulan;
- i. Jika tidak ada factor risiko akan dilakukan konseling oleh psikolog dan evaluasi tiap bulan oleh tim pekerja social sampai dengan 6 bulan;
- j. Seluruh pemeriksaan harus dituliskan dalam rekaman medis dan dibuatkan visum et repertum dan visum psikiatricum untuk keperluan penegak hukum;
- k. Pasien menyelesaikan administrasi di lantai satu yaitu kasir IGD;
- l. Pasien diberikan surat untuk pengambilan hasil visum yang harus diberikan ke polisi;
- m. Untuk kasus kejahatan seksual dilakukan pemeriksaan rapid tes untuk deteksi adanya HIV, setelah dilakukan tes apapun hasilnya dirujuk ke pusat layanan HIV;
- n. Pasien yang memerlukan rumah aman, dirujuk ke RPTC milik Dep-Sos;
- o. Hasil visium dapat diambil satu minggu setelah pemeriksaan atau dua minggu jika ada pemeriksaan laboratorium;

- p. Home visit akan dilakukan oleh pekerja sosial untuk beberapa pasien yang dirasa kondisinya belum terlalu stabil, serta untuk melihat perkembangan kondisi pasien.

Upaya pemulihan terhadap perempuan dan anak korban kekerasan meliputi pengobatan medis akibat kekerasan baik fisik maupun seksual dan pemulihan psikososial bagi perempuan dan anak korban kekerasan, juga mengeluarkan visum et repertum. Petugas PKT RSCM juga sering menjadi saksi ahli dalam persidangan demi penegakan hukum. Dalam kurun waktu tahun 2000-2008 PKT RSCM baru menangani 5180 kasus, terdiri dari kekerasan terhadap perempuan sebanyak 2072 kasus dan kekerasan terhadap anak sebanyak 3108 kasus. Dilihat dari jumlah kasus yang ditangani di PKT RSCM kasus kekerasan seksual anak menempati tempat tertinggi di bandingkan dengan kasus kekerasan lainnya yaitu sekitar 48.8% dari seluruh kasus yang ditangani. Untuk kasus kekerasan dalam rumah tangga menempati urutan kedua yaitu sebesar 28%, sedangkan untuk kasus perkosaan sebesar 10.8% dan kasus penderaan anak sebesar 2.2%. Dalam proses pemulihan terhadap perempuan dan anak korban kekerasan, PKT RSCM sudah menjalin kerjasama yang cukup baik dengan kepolisian, Fakultas Kedokteran UI, Fakultas Psikologi UI, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Dinas Sosial (Rumah Perlindungan) juga dengan LSM Perempuan dan Anak. Sejak berdiri pada tanggal 5 Juni 2000, PKT tidak masuk dalam struktur organisasi di lingkungan RSCM, walau pada kenyataannya sehari-hari PKT diakui keberadaannya.

“PKT RSCM ini hingga sekarang tetap kurang mendapat perhatian dari pemerintah, walaupun undang-undang PKDRT mengatur tentang pendanaannya. Hal ini terjadi karena mindset pejabat kita masih patriakat yang memandang sebelah mata untuk urusan perempuan. Pusat Krisis Terpadu RSCM ini kan untuk perempuan dan anak, jadi untuk pengelolaan PKT ini mungkin dirasa oleh para pejabat kita sebagai hal yang kurang bermanfaat dan tidak menghasilkan karena pasien yang datang ke PKT tidak

dipungut bayaran. Dari berdiri penganggaran PKT ini selama satu setengah tahun pertama dibiayai oleh UNIFEM-UNFPA. Setelah itu operasionalnya dibiayai oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan hingga tahun 2006, tahun 2007 dibiayai oleh dinas kesehatan DKI, namun untuk membayar honor para pekerja social, psikolog, sekretaris PKT, dan dokter berasal dari donatur. Kurang lebih 10 (sepuluh) tahun struktur PKT belum jelas PKT itu seperti sebuah LSM yang ada di RSCM, baru sejak tanggal 22 maret 2010 organisasi PKT masuk RSCM. Namun keberadaan orang-orang yang bekerja di PKT (untuk pekerja social dan psikolog) belum jelas status kepegawaiannya, lain halnya dengan perawat dan dokternya itu dari RSCM”.(wawancara dengan Ketua PKT RSCM)

Selama kurang lebih sembilan tahun ini biaya operasional PKT RSCM didanai oleh Kementrian Pemberdayaan Perempuan (KPP), tetapi untuk tiga tahun terakhir dana dari KPP berkurang sehingga PKT harus mencari pendanaan lain, antara lain melalui Pemda DKI, UNIFEM serta UNFPA. Menurut Ketua PKT RSCM, ”untuk dua pendonor yang terakhir, dana yang kami terima digunakan untuk program-program PKT yang tertunda. Sedangkan Pemda DKI, membiayai seluruh pengobatan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak”. (wawancara dengan Ketua PKT RSCM)

Dengan adanya Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2006 Tentang Penyelenggaraan dan Kerjasama Pemulihan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga pada Bab IV Pasal 22 di sebutkan bahwa segala biaya untuk pelaksanaan pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan pemerintah daerah terhadap korban kekerasan dalam rumah tangga dapat dibebankan kepada, (i) anggaran Pendapatan Belanja Negara, (ii) anggaran Pendapatan Belanja Daerah, dan (iii) sumber pendapat lain yang sah yang perolehannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pelayanan terhadap korban merupakan usaha untuk membantu mengatasi

permasalahan gangguan medis dan kejiwaan yang disebabkan oleh dampak viktimisasi. Biasanya mereka melayani korban secara umum, namun ada yang mengkhususkan pada korban-korban tertentu seperti perempuan, anak, dan orang tua. Sebagaimana yang tercantum dalam pasal 13 Undang-undang RI Nomor 23 Tahun 2004 tentang penghapusan kekerasan dalam rumah tangga bahwa, untuk penyelenggaraan pelayanan terhadap korban, pemerintah dan pemerintah daerah sesuai dengan fungsi dan tugas masing-masing dapat melakukan upaya (i) penyediaan ruang pelayanan khusus di kantor kepolisian, (ii) penyediaan aparat, tenaga kesehatan, pekerja social, dan pembimbing rohani, (iii) pembuatan dan pengembangan system dan mekanisme kerja sama program pelayanan yang melibatkan pihak yang mudah diakses oleh korban, (iv) memberikan perlindungan bagi pendamping, saksi, keluarga, dan teman korban.

“Ruangan sebagai tempat pelayanan seperti untuk konseling, untuk menunggu, dan tempat bekerjanya para petugas PKT hanya berukuran enam kali enam meter. Dengan ruangan yang sangat sempit itu dirasa kurang ideal sebagai tempat pelayanan untuk pusat krisis untuk ukuran sebesar Rumah Sakit Umum Nasional Cipto Mangun Kusumo. Tapi untuk Indonesia, dianggap sudah bagus. Pusat Krisis Terpadu RSCM adalah sebagai pilot project dari pusat krisis yang ada. Sebelum PKT berdiri para pendiri belajar ke Negara tetangga, hasil dari pembelajaran tersebut di bawa dan dilaporkan kepada Menteri Pemberdayaan Perempuan, yang pada saat itu adalah Ibu Chofifah”.

(wawancara dengan Ketua PKT RSCM)

Layanan terpadu PKT RSCM merupakan sitem layanan terpadu berbasis rumah sakit yang memberikan layanan multidisipliner (medik, psikologik, social masyarakat dan hukum) dalam satu atap. Tugas utama PKT RSCM adalah memberikan pelayanan multidisiplin bagi korban kekerasan, baik itu perempuan atau anak yang menderita kekerasan fisik maupun seksual. Pelayanan multidisiplin melibatkan kerjasama dari

lembaga pelayanan kesehatan, lembaga perlindungan anak, lembaga bantuan hukum, aparat penegak hukum dan lembaga-lembaga sosial masyarakat yang bergerak dalam bidang perlindungan anak. Pemberi layanan kesehatan (dokter, perawat, dan staf kesehatan lainnya) memegang peranan penting dalam penanganan kasus kekerasan dalam rumah tangga. Peran kunci pemberi layanan kesehatan, termasuk mengidentifikasi dan melaporkan kecurigaan kasus kekerasan dalam rumah tangga, mendiagnosis dan melakukan tata laksana (medis dan psikiatri) bagi korban kekerasan dan keluarganya; memberikan konsultasi menyangkut aspek medis dan memberikan kesaksian ahli pada proses pengadilan. Layanan kesehatan mental (pekerja sosial, psikolog, psikiater dan tenaga kesehatan mental lainnya) harus mampu mengenali dan melaporkan kasus yang dicurigai sebagai kekerasan dalam rumah tangga melakukan evaluasi yang diperlukan bagi korban kekerasan dan keluarganya; memberikan terapi pada korban kekerasan, anak dan keluarganya; memberikan konsultasi klinis; memberikan kesaksian ahli pada proses pengadilan kasus KDRT; menyelenggarakan *self-help groups* untuk anak maupun orang tua yang menjadi korban membentuk dan melaksanakan program pencegahan; dan berpartisipasi dalam tim multidisipliner.

Dalam melaksanakan tugasnya para petugas yang ada di PKT menjalankan tugas berdasarkan petunjuk yang sudah diatur dari kementerian Pemberdayaan Perempuan mengenai pelayanan terpadu. Namun sekarang dengan masuknya PKT ke dalam organisasi RSCM sudah disiapkan draft sebagai SOP resmi dari PKT RSCM.

Profesionalisme petugas yang ada di PKT sangat bagus mereka melaksanakan tugasnya sesuai dengan bidangnya masing-masing dan berdasarkan disiplin ilmunya masing-masing. Di PKT ada psikolog yang bertugas melaksanakan konseling terhadap pasien yang menghadapi trauma, pekerja sosial, dokter, dan perawat, psikolog terdiri dari psikolog dewasa dan anak, psikolog laki-laki dan perempuan. Untuk psikolog berasal dari

psikologi Universitas Indonesia, pekerja social dari FISIP jurusan Kesejahteraan Sosial.

(wawancara dengan Ketua PKT RSCM)

Menurut Dokter Mutia P Tidak semua korban kekerasan terhadap perempuan khususnya korban kekerasan dalam rumah tangga tidak mau atau mampu menyatakan keluhannya kepada orang lain, apalagi melapor kepada pihak yang berwajib. Agar korban kekerasan dalam rumah tangga mampu mencurahkan keluhannya maka pelayanan yang diberikan dalam bentuk penanganan pribadi sifat kerahasiaan. Pelayanan di PKT sudah sesuai dengan undang-undang PKDRT, namun untuk penganggaran biaya operasionalnya belum sesuai. Untuk kualitas pelayanan yang diberikan sudah sesuai standar tapi belum tentu pasien korban KDRT merasa terpuaskan.

Kekerasan dalam rumah tangga dalam bentuk kekerasan fisik lebih sering terungkap, karena mudah pembuktiannya. Sementara, dalam kekerasan psikis dan penelantaran rumah tangga sering tidak terungkap, termasuk juga kekerasan terhadap anak atau pembantu rumah tangga, padahal kasus ini banyak terjadi. Hasil penelitian juga menggambarkan bahwa diantara kasus-kasus KDRT, yang paling banyak terjadi adalah konflik antara suami dan isteri ketimbang kasus orang tua dan anak, majikan dan pembantu, dan bentuk kasus KDRT yang lain. Akibat yang harus diderita oleh korban KDRT, pada umumnya mereka menjadi stress, depresi, ketakutan, trauma, takut bertemu pelaku, cacat fisik, atau berakhir pada perceraian. Dari sisi pelaku, apabila kasusnya terungkap dan dilaporkan, biasanya timbul rasa menyesal, malu, dihukum, dan/atau memilih dengan perceraian pula. Identifikasi atas penyebab terjadinya KDRT pada dasarnya juga dapat dijadikan sebagai landasan untuk menentukan langkah kebijakan atau dalam merancang bentuk pengelolaan program baik untuk upaya-upaya preventif dan advokasinya, langkah koordinasi serta monitoring dan evaluasi terhadap efektivitasnya serta langkah represifnya. Pada hemat

penulis bahwa kebijakan yang sifatnya akan membuat solusi bagi akar permasalahan menjadi sangat penting untuk ditempatkan sebagai prioritas. Di sisi lain, upaya terus melakukan pengikisan terhadap pandangan-pandangan yang patriarkhis, diskriminatif, dan subordinasi harus terus diusahakan, diantaranya melalui pelatihan-pelatihan sensitif gender dan isu-isu kekerasan dalam rumah tangga di kalangan aparat penegak hukum, aparat pemerintah, dan masyarakat luas, yang perlu terus digencarkan dan ditingkatkan.

Menurut Ketua PKT untuk advokasi hukum pasien dirujuk ke LBH APIK yang khusus menangani korban kekerasan perempuan. Setelah korban survive, dibuat support group yang terdiri dari delapan orang dengan melakukan pertemuan juga sebanyak delapan kali, mereka diberikan materi agar mereka bisa saling sharing dengan sesama, diajarkan cara bagaimana bisa menghasilkan uang agar korban tidak tergantung secara ekonomi pada pelaku tindak kekerasan (suami). Tapi hal ini tidak selamanya terlaksana menyangkut lagi pada dana yang tidak ada. Cita-cita saya selaku ketua PKT, semua kasus dilakukan support group agar korban tidak bergantung pada pelaku secara ekonomi. Kendala yang dihadapi selama ini untuk menjalankan PKT adalah dana yang sudah tak memadai sehingga untuk membayar honor pekerjanya saja saya harus keluarkan dari kantong sendiri kasihan mereka. Kendala lainnya adalah untuk home visit dimana tempat tinggal pasien yang tidak jelas berpindah-pindah jadi susah untuk di follow up selanjutnya. (Wawancara dengan Dr. Mutia ketua PKT RSCM)

Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) merupakan salah satu persoalan serius yang dialami perempuan Indonesia. Meski Indonesia sudah menerapkan UU No. 23/2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (UU PKDRT), persoalan KDRT belum sepenuhnya bisa diatasi. Namun demikian, semakin hari perhatian dan kesadaran masyarakat terhadap persoalan KDRT ini tampak semakin berkembang. Beberapa kasus KDRT juga mendapat perhatian cukup signifikan di media massa. Situasi

demikian membawa pada pemahaman dan pendekatan baru bahwa penghukuman terhadap pelaku hanya salah satu dari kebutuhan pencapaian rasa keadilan korban. Ada banyak aspek yang dibutuhkan selain penghukuman pelaku, yaitu pemulihan kondisi oleh karena itu pendukung restorative justice mendorong adanya mekanisme di luar peradilan dalam penyelesaian kasus kejahatan dan kekerasan. Mekanisme di luar pengadilan diharapkan lebih memungkinkan korban berperan dalam menyelesaikan proses kasusnya. (Galaway and Hudson, 2002). Meskipun pada kasus berbeda mekanisme penyelesaian di luar pengadilan ternyata belum tentu juga akan menjawab rasa keadilan perempuan korban. Dengan demikian harus disadari baik mekanisme hukum maupun mekanisme sosial sama potensialnya menambah kerentanan perempuan korban. Oleh karena itu perlu ada upaya sungguh-sungguh berbagai pihak untuk mulai memaknai ulang makna keadilan dari kacamata perempuan korban. Perlu pula mengidentifikasi mekanisme yang relevan dibangun agar tuntutan korban terhadap keadilan terpenuhi. Semakin banyak mekanisme yang tersedia akan memberi lebih banyak pilihan bagi korban apa yang ia ingin jalani.

Mengacu pada ketentuan nasional yang ada, pelayanan terpadu dikembangkan pemerintah dan pemerintah daerah untuk mempercepat pencapaian penikmatan standart hak yang setinggi-tingginya oleh perempuan korban kekerasan melalui penciptaan mekanisme perlindungan hak asasi yang efektif, efisien dan terpadu yang berdasarkan pada prinsip-prinsip hak asasi manusia. Pengembangan pelayanan terpadu juga secara langsung akan menjadi alat advokasi yang signifikan untuk percepatan pencapaian penghapusan diskriminasi terhadap perempuan atau kesetaraan gender di Indonesia sebagaimana yang diperintahkan Konvensi CEDAW. Dengan keanggotaan yang terdiri dari berbagai disiplin pengetahuan dan dari berbagai lembaga baik dari pemerintah dan non-pemerintah seperti kepolisian, kejaksaan, pengadilan, rumah sakit atau puskesmas, dinas sosial, organisasi profesi advokat dan psikolog, psikiater, organisasi kemasyarakatan dan LSM, memungkinkan terjadinya negosiasi dan dialog

terhadap tata nilai dan sistem yang masih dominan yaitu sistem patriarkhal, baik yang ada dilembaganya masing-masing maupun yang ada di masyarakat.

“Di Pusat krisis terpadu RSCM pasien yang datang tidak pasti, karena datang tiba-tiba ada yang siang atau malam hari. Yang jelas pelayanan disini 24 jam, tapi kalau saya bertugas hanya sampai jam 5 sore bu, jadi setelah saya pulang yang stanby disini pekerja sosial dan dokter, kadang juga malam ada psikolognya. (hasil wawancara dengan Nola sekretaris PKT RSCM)

prosedur pelayanan di PKT RSCM menurut korban

- Menurut SNA

Waktu di IGD saya ditanya kenapa saya datang ke IGD, saya bilang ditonjok dan ditampar suami, trus dibuatkan surat disuruh ke bagian PKT lantai 2 di atas ruang IGD, menurut saya pelayanannya ramah

- Menurut SRD

Datang ke PKT tau dari teman, mendaftar di triase lalu di kirim ke PKT karena saya kesana tidak dalam keadaan kritis, lalu ditanya apa tujuan saya ke PKT, menurut saya pelayanannya bagus

- Menurut YES

saya luka karena dipukul suami saya lapor polisi, trus polisi mengirim saya ke RSCM untuk dimintakan visum, karena telah terjadi tindakan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Waktu di IGD RSCM setelah di tanya-tanya saya dikirim ke PKT, saya tanya apa itu PKT kok saya disuruh ke bagian itu, trus petugasnya bilang untuk dibuatkan surat visumnya, ternyata dibagian PKT layanannya sangat ramah ibu.

penanganan pelayanan menurut korban

- Menurut SNA

Disana saya dilayani dengan baik, saya ditanya baik-baik dan petugasnya hati-hati menanyakan permasalahan saya.

- Menurut SRD

Mulanya saya agak ragu menceritakan masalah saya ke petugas bu, ternyata setelah petugasnya melakukan pendekatan dengan saya, saya jadi mau bercerita karena petugasnya baik dan ramah.

- Menurut YES

Pelayanan yang saya dapatkan di PKT sangat baik, sehingga tidak membuat kita merasa malu untuk menceritakan masalah kita.

Menurut mba IC, seorang pekerja sosial, yang menangani pasien pertama datang ke IGD setelah ditangani dan diperiksa penyebab kejadiannya dan apabila indikasinya KDRT setelah di tangani dikirim ke PKT tanpa diminta oleh pasien. pasien datang dari kepolisian sifatnya resmi infonya dari kepolisian. Pasien yang dari polisi untuk mendapatkan visum. Kalau pengadilan dalam kasus KDRT punya dua acuan yaitu penganiayaan biasa dan Undang-undang KDRT,tapi biasanya pengadilan melihatnya ke penganiayaan biasa jadi hukuman terhadap pelaku tidak berat, namun undang-undang KDRT yang diberlakukan hukumannya berat. Misalnya pasien rujukan RSCM, ke IGD bagian bedah gawat, setelah di anamnesis diketahui KDRT maka di rujuk ke PKT tapi kalau korban dalam kegawatan ditangani dulu kegawatannya di IGD. Rumah sakit punya surat persetujuan pemeriksaan (info konsen) jika pasien menolak untuk di periksa di PKT, disampaikan ke orang tua korban yang usianya masih muda. Karena korban KDRT ini biasanya malu untuk diwawancara karena ia merasa itu aib.(wawancara dengan pekerja sosial PKT)

Menurut petugas PKT korban KDRT yang datang kebanyakan mereka dari berbagai kalangan, ada yang kelas atas, menengah, bawah, dan ada juga yang publik figure lo, jangan salah mereka kan juga manusia sama dengan kita. Kesini itu ya yang datang pasiennya ada isteri pejabat waktu itu isteri jaksa, ada dokter semua dilayani sama tak ada pembedaan. Tujuan utama konseling adalah untuk menggali permasalahan yang dihadapi pasien korban. Pasien yang diwawancara ada lo yang merasa curiga kepada petugas yang ada, tapi kita harus mengatakan bahwa ini dirahasiakan dan gunanya

wawancara untuk menganalisa masalah yang dihadapi pasien. Saat awal menghadapi pasien petugas mengenalkan diri atas tujuan diadakannya wawancara, dan pasien KDRT harus bersedia di foto untuk mendapatkan gambaran keadaan.

(Sumber : hasil wawancara dengan mbak IC selaku Pekerja Sosial PKT)

Sehingga keberadaan pelayanan terpadu akan mampu mempercepat perubahan pola-pola dan tingkah laku sosial dan budaya masyarakat dan pemerintah termasuk aparat penegak hukum untuk menghapus prasangka-prasangka dan kebiasaan-kebiasaan serta semua praktik lainnya berdasarkan pemikiran tentang adanya inferioritas atau superioritas salah satu gender atau berdasarkan pada peranan stereotipe bagi laki-laki dan perempuan. Oleh karena itu pelayanan terpadu harus mampu membawa dampak perubahan. Tujuannya, (a) memperluas akses perempuan terhadap fasilitas kesehatan, fasilitas pendidikan, serta fasilitas tunjangan langsung dari program-program jaminan social lainnya, (b) mendekonstruksi pemahaman-pemahaman yang tidak adil gender atau merugikan kepentingan perempuan di masyarakat, (c) memberikan kapasitas hukum yang sama dengan laki-laki dan kesempatan yang sama untuk melaksanakan kapasitas hukum tersebut, (d) menghapus praktik diskriminasi dalam pembangunan. Keberadaan PKT RSCM ini sangat membantu bagi para korban untuk mendapatkan hak-hak nya sebagai perempuan.

Survei nasional layanan korban dan program bantuan menilai sejauhmana harus melangkah karena program layanan bagi pelaku sudah ada sejak satu abad, namun layanan umum untuk korban kekerasan baru ada sejak pertengahan tahun 1970 an, dimana pada akhir tahun 1975 hanya ada 33 program korban di Amerika Serikat namun pada tahun 1986 meningkat menjadi 600 program (Robert,1990)

Strategi untuk mengatasi terjadinya tindak kekerasan dalam rumah tangga perlu digunakan strategi mediasi antara pasangan yang mengalami kekerasan, namun wanita menganggap mediasi tidak efektif dan berbahaya.

Hal ini karena adanya ketidak seimbangan antara pelaku dan korban, dan menganjurkan untuk mengatasi permasalahan kekerasan dalam rumah tangga diserahkan pada penegak hokum untuk menghukum pelaku.(Galaway,1988)

Berdasarkan uraian diatas maka penulis akan berusaha mendapatkan pengakuan dari para korban kekerasan dalam rumah tangga yang ditangani oleh PKT RSCM, Menurut Korban SRD kejadian ini terjadi tanggal 20 September 2009 , waktu itu sekitar pukul 18.00, 19.00 lah bu, saya di pukul, di dorong, di tinju, dan di pukul pakai galon kosong bagian kepala saya ini bu. Ni tangan saya yang kanan ni bu sampai lebam (sambil dia memegang bagian lengannya menunjukkan pada peneliti) karena saya berusaha menangkis waktu dia meninju saya bu, lama-lama saya ngak mau diam aja kalo di gituin bu, kita ni bukan binatang dan saya juga bukan wanita bodoh saya berpendidikan jadi ya jangan seenaknya gitu dia, saya tau memang dia agak temperamen.

Penelitian tentang pelaku kekerasan dalam rumah tangga menunjukkan bahwa tindak kekerasan hasil dari perasaan control pribadi yang rendah. Korban menunjukkan bahwa KDRT dapat merusak perasaan pribadi. Korban yang mengalami kekerasan yang dilakukan pasangan sendiri merasakan efek yang merugikan yang sangat signifikan terhadap perasaannya.(Debra Umberson,1998)

Menurut SDR kalau dia suka marah-marrah, emosi sudah seringkali, kalau dia marah seringnya membanting atau menghancurkan benda-benda yang ada didekatnya, namun yang sampai memukul dan main tangan dengan saya ya baru beberapa kalilah cuma yang terakhir ini menurut saya kok sudah keterlaluan, apalagi itu dia lakukan saat lagi kumpul dengan anak-anak saya bu (dia diam sejenak sambil bergumam hmm aneh) lalu ibu SRD mohon kepada peneliti agar wawancara ini tidak untuk macam-macam ya bu hanya untuk penelitian ibu saja ya, saya nggak mau lho terekspose kemana-mana. Sebenarnya konflik yang terjadi ini hanya dipicu oleh hal-hal yang sepele saja kok bu, misalnya jika orang tuanya yang perempuan telpon pada suami

dan suami dapat berita yang tidak berkenan, suami langsung marah tanpa konfirmasi dulu dengan saya. Mertua saya yang perempuan itu selalu mencampuri urusan rumah tangga saya bu, terkadang suami tidak bisa bersikap adil selalu membela ibunya termasuk kejadian yang terakhir ini bu kayaknya ini yang sangat memuncak sehingga saya jadi heran dan bertanya dalam hati ada apa sebenarnya dengan suami saya ini. Setau saya ia baru terima telpon dari ibunya yang tinggal di Bima sana, entah kenapa setelah itu ia kelihatan kesal dan mulai marah-marah saya bingung saya bertanya kepada suami ada apa ? trus dia marah dan menuduh saya telah menjelek-jelekan perilaku suami, tiba-tiba suami melakukan penganiayaan itu deh pada saya. Saya dipukul di dada kiri, saya tangkis sekarang tangan saya sakit dada saya nyeri bila bernafas. Sambil memainkan sendok di mangkok baksonya bu SRD berkata lagi, sebenarnya suami saya tu orangnya cukup baik tapi dia mudah terpengaruh oleh hasutan ibunya. Saya menikah dengan suami sudah kurang lebih 9 (Sembilan) tahun dan sekarang anak saya sudah 2 (dua) orang bu. Sambil diam sejenak dan tarik nafas bu SRD cerita lagi. Sebenarnya pernikahan saya dengan suami tidak disetujui oleh keluarga besar suami dengan alasan saya bukan perempuan yang cocok untuk suami saya. Sejak awal menikah mertua saya selalu menjadi orang ke tiga dan sering menimbulkan konflik bagi rumah tangga saya. Saya tinggal di rumah dinas di pejaten, suami saya sering sekali mengusir saya bila dalam keadaan kesal. Suami saya PNS dan status ekonomi kami tergolong menengah keataslah bu.

Saya ke PKT itu hanya ingin mengumpulkan bukti-bukti penganiayaan yang dilakukan oleh suami saya, belum ada niat saya untuk melaporkannya ke polisi. Saya khawatir dengan kelangsungan anak-anak saya (maksudnya keluarga saya gitu lho), bukan masalah ekonomi tapi traumanya anak-anak yang sering mendengar ayahnya marah-marah terhadap saya. Sambil termenung ibu SRD berucap, saya masih berharap suami saya berubah dan dapat lebih bijaksana antara keluarga dan ibunya. Saya sangat menyesalkan perbuatan ibu mertua saya, dan saya berharap mertua tidak banyak menuntut

materi atau inmateri kepada suami saya. Saya berharap mertua tidak mencampuri urusan rumah tangga saya lagi.

Menurut Korban SNA : Buat apa bu tanya-tanya masalah saya, saya nggak mau bu kalau ini untuk diceritakan ke orang-orang, saya takut kalau mantan suami saya lihat nanti dia marah, tapi kalau untuk urusan sekolah ibu saya mau deh janji ya bu tidak untuk apa-apa. Usia saya sekarang.... (sambil dia berpikir trus bilang) itung aja deh bu saya lahir Agustus 88 jadi berape tu, Saya Cuma tamat SD bu, saya nikah ame suami saya udah 5 tahun dan saya punya anak satu sekarang umurnya kurang dari empat tahun. Anak saya laki-laki sekarang ikut TPA gitulah bu biar tau ngaji. Sebenarnya kejadiannya tu gini bu, saya ingat waktu itu tanggal 22 September kemaren jam 12 siang, kejadiannya di atas jembatan penghubung Tanah Abang Blok A, saya dijambak dan di tonjok trus dia pergi saya ditinggal lalu saya ditolong orang-orang sekitar tempat kejadian, saya diajak lapor ke kantor polisi dari polisi saya disuruh ke Cipto untuk minta visum. Waktu di IGD saya ditanya ini kenapa saya bilang ditonjok dan ditampar suami, trus dikasi surat disuruh ke bagian PKT lantai 2 nya di atas ruang IGD tu bu. Perlakuannya seperti itu kepada saya sudah sering bu, bukan sekali ini saja, pokoknya dalam satu bulan ada dua atau tiga kali mah dia mukul atau kadang-kadang maki-maki nggak jelas gitu deh ih dia tu cemburuan. Saya mengharap waktu di PKT itu saya bilang sama mbak-mbak yang nanyain saya, saya maunya sembuh secara fisik dan mental abis saya suka takut kalau ngebayangin nanti saya diapa-apain lagi gitu lho kan banyak kejadian. Trus saya ditanya maunya gimana, saya bilang maunya suami saya diproses hukuman aja dan saya maunya cerai dari dia. Ih.. suami saya tu mah orangnya pemabok, suka main perempuan dan yang sebelnya dia cemburuan, terutama sejak dia berenti kerja dan menganggur. Sejak saya bekerja di toko kurang lebih satu tahun yang lalu ia suami saya tu mulai sering memukul karena cemburu. Hmmm (seperti berpikir) kurang lebih satu tahun terakhir kira-kira ia sudah mulai memukul dan itu sudah lebih dari lima kali deh saya di pukul. Kira-kira dua bulan yang lalu saya dipukuli

karena cemburu, saya kemudian diusir dari rumah saya pulang ke rumah orang tua saya, eh kemudian dia datang lagi ke rumah orang tua saya dan mengajak saya kembali pulang, karena saya nggak mau ia melemparkan helmnya ke saya di depan orang tua saya. Sebulan kemudian ia datang lagi ke rumah orang tua saya, melihat saya baru datang dengan seorang laki-laki padahal sepupu saya, eh dia langsung marah-marah dan ia mengajak saya untuk ngobrol di luar katanya tapi ternyata dijalanan ia malah memukuli saya, kurang ajar banget pura-pura mau ngobrol malah mukulin. Suami saya tu asalnya dari Manado bu, oh kalau pendidikannya yaaa tamat SMP dia bu, sekarang penghasilannya gak jelas dia ngojek. Saya beruntung banget disuruh ke Cipto bu, saya di tanya-tanya keluhannya apa gitu dan setelah diobati gini saya maunya apalah selanjutnya ditanya dan dihibur saya agar nggak sedih. Saya sangat senang bu di PKT itu dan saya baru tau oh ada ya tempat yang menangani kasus orang yang dianiaya suami.

Menurut korban YES : Maaf bu sebelumnya boleh ngga saya tau kalau ibu benar-benar mau penelitian, soalnya saya ngga mau masalah pribadi saya di beberkan ke orang banyak (peneliti menunjukkan surat yang di buat oleh sekretariat Dep. Kriminologi sambil dibaca oleh mba YES sambil dia mengangguk-angguk) oh ya udah bu trima kasih jadi saya percaya. Begini bu suami saya itu pekerjaannya sebagai seorang polisi air di Tanjung Priuk sana. Saya sudah empat kali mengalami kekerasan selama menikah, karena komunikasi kurang baik dengan suami, ia jarang memberi nafkah dan saya tidak pernah diberi gaji kalau butuh harus minta dulu. Dia tidak ada tanggung jawabnya, kami sering cekcok dan aku minta cerai aja capek, eh malah disuruh urus sendiri. Surat nikah kan dari habis nikah di pegang dia, saya tanyakan dia bilang ada di kantor, saya datang ke kantornya untuk ambil surat nikah itu malah dia sangat marah. Saya merasa benar dan terjadi cekcok, dan dia menyuruh saya pulang. Saya tinggal di sini bu di rumah ibu saya. Waktu tanggal 3 September yang lalu (2009) kira-kira jam 20.45 dia pulang gedor-gedor pintu, sambil buka pintu saya juga ikut di dorong oleh dia sehingga saya kejepit pintu dan kebentur ke tembok, tapi dia nggak

ngaku kalau mendorong saya dia Cuma buka pintu katanya. Saya diajak tinggal di rumah ibunya dan saya menolak tinggal di keluarga ibunya, jadi dia merasa saya ini membangkang tidak nurut. Sebenarnya saya itu dari sejak pacaran sudah suka ribut, tapi menurut saya mungkin nanti setelah menikah dia berubah dan menjadi dewasa, ternyata tidak dia masih suka trek-trekan motor dengan teman-temannya masih suka-suka pulangnya, kadang gak pulang kalo ditanya malah balik marah kok aneh kata saya harusnya saya yang marah. Saya menikah tahun 2008 bu, sekarang anak saya ni usianya udah enam bulan, udah punya anak aja dia jarang ngasi uang buat saya untuk kebutuhan anak kami, selama ini yang ngidupin saya selama hamil malah ibu saya. Dulu sebelum hamil saya ini bekerja bu di daerah kuningan sana, saya jadi sekretaris, kalau saya ada rapat di luar kantor pulangnya saya diantar oleh bos saya dia malah bilang itu selingkuhan saya, padahal setahu saya malah dia yang ada main dengan orang, tapi saya belum ada bukti nggak mau nuduh begitu aja bu. Saya waktu hamil besar aja masih kerja bu, ya untuk membiayai kehamilan saya soalnya dia nggak ngasi nafkah semua diatur oleh ibunya, kalau saya bilangin ke ibunya tentang anaknya ibunya malah marah ke saya. Ni sejak saya habis lahiran saya udah nggak kerja bu, saya mau urus anak saya dulu saya mau urus sendiri belum mau di urusin orang lain anak itu asset kita kan bu. Waktu kejadian yang saya didorong pintu dan saya luka saya lapor polisi, trus polisi mengirim saya ke RSCM untuk dimintakan visum katanya, kalau udah terjadi tindakan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Waktu di IGD RSCM setelah di tanya-tanya saya dikirim ke PKT, saya tanya apa itu PKT kok saya disuruh ke bagian itu, trus petugasnya bilang untuk dibuatkan surat visumnya ibu. Saya datang ke PKT itu baru satu kali bu, menurut saya bagian PKT itu sangat berguna bu, disana itu saya ditanya-tanya seputar kejadian yang saya alami, dan apa yang saya harapkan kedepannya. Awal mula saya tidak tau apa itu PKT, ternyata disitu tempat pelayanan untuk orang yang mengalami kasus kekerasan dalam rumah tangga. Bagi saya PKT sangat berguna dan ada manfaatnya karena disana itu ada dokter,

psikolog, dan mbak-mbak petugas lainnya yang melayani kita, saya merasa terbuka pikirannya menghadapi permasalahan saya ini. Kita di sana di konsul tapi tidak dipungut bayaran apapun, terus terang bu saya merasa di sana pelayanannya terhadap pasien memuaskan. PKT itu bagi saya berguna, dan saya ingin apabila ada perempuan atau istri orang yang mengalami kejadian kekerasan yang dilakukan oleh suaminya atau dianiaya gitu bu saya mau memberi tau keberadaan PKT, tapi saya takut kalau-kalau saya nanti disangka ikut campur urusan rumah tangga orang, gimana caranya ya. Padahal ada lho bu tetangga saya di gang sebelah dia mungkin lebih parah diperlakukan oleh suaminya, tapi ia tak pernah mau lapor bu takut nanti nggak dikasi uang belanja ama suaminya. Harusnya ada sosialisasi ya bu tentang ada tempat kaya PKT gitu, bisa aja ada spanduk di kelurahan posyandu gitu, kan ibu-ibu suka ke sana.

Upaya pemerintah untuk melindungi wanita merupakan upaya pencegahan, karena pencegahan terhadap KDRT yang meluas di masyarakat, satu-satunya adalah dengan hukum dan perundang-undangan. Melakukan KDRT berarti melanggar hukum dan perundang-undangan ini dan itu harus diadili dan mendapat hukuman berat yang membikin jera. Sekaligus contoh bagi calon-calon pelaku KDRT yang lain. Tanggung kawab negara ini tercermin dalam Deklarasi Universal tentang HAM, UU No7 Tahun 1984 Ratifikasi Cedaw dan Kepres Tentang KHA, UU No. Tahun 2000 Tentang Ratifikasi Konvensi PPTA, UU No.21 Th 2007 Tentang PTPPO, dan PP No4 Th 2006 Tentang Kerjasama Penyelenggaraan Pemulihan Korban KDRT.

Inti dari kewajiban dan tanggung jawab negara dalam hal ini adalah "Menghambil langkah-langkah untuk memberikan perlindungan kepada Perempuan dan Anak dari segala bentuk diskriminasi dalam bentuk apapun, termasuk perlindungan dari berbagai bentuk kekerasan".

Sedang Pasal 11-14 UU No 23 Th 2004 Tentang PKDRT, secara jelas menyebutkan "Kewajiban dan Tanggung Jawab Pemerintah di semua

tingkatan dalam Upaya Pencegahan dan Penanganan Kekerasan dalam Rumah Tangga”. Secara menyeluruh dan terpadu, pencegahan KDRT bisa dilaksanakan masyarakat dengan : (1) pendidikan dini pada anak oleh orang tua dan guru tentang Hak Azasi Manusia dan tanggung jawab laki-laki serta wanita dalam keluarga (supaya mereka kelak tidak menjadi pelaku KDRT); (2) pengasuhan untuk mencegah terjadinya gangguan kepribadian antisosial; (3) Departemen Agama melaksanakan program penyuluhan terjadinya KDRT dalam bentuk ceramah keagamaan, khotbah, pengajian oleh ahli-ahli agama; (4) ceramah dan diskusi kesehatan jiwa dengan unsur-unsur penyebab dan dampak KDRT pada populasi orang tua dalam masyarakat; (5) memasukkan materi HAM untuk perlindungan dan keselamatan, Hak Azasi Anak, dan KDRT pada pelajaran agama tingkat SMP, AMU, sampai Universitas; (6) Menampilkan contoh-contoh kasus KDRT dan dampak jangka panjangnya berupa gangguan mental pada pertemuan-pertemuan di Puskesmas dan RS, maupun pada populasi orang tua di masyarakat.

Bab 6

**ANALISA PERLINDUNGAN DAN PELAYANAN KORBAN
PADA PKT RSCM TERHADAP PEREMPUAN KORBAN KDRT**

Dalam Bab analisa ini akan membahas tentang pelaksanaan perlindungan dan pelayanan terhadap perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga. Analisa tersebut didasarkan pada pemikiran Joanna Shapland, dimana orang lain perlu memperhatikan kebutuhan korban, dan yang perlu diperhatikan itu antara lain:

1. Perhatian segera (keselamatan dan perlindungan)
2. Terus menerus dukungan dan informasi
3. Representasi atau perwakilan formal di pengadilan
4. Restitusi dan kompensasi
5. Peran penting awal polisi.

Dalam analisa ini penulis akan menguraikannya satu persatu:

6.1. Perhatian segera

Korban kekerasan dalam rumah tangga memerlukan perhatian yang sangat diutamakan atau disegerakan untuk mendapatkan keselamatan dan perlindungan terhadap penderitaan yang dialaminya. Untuk mewujudkan pemberian perhatian tersebut, dalam pasal 15 Undang-undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga dinyatakan bahwa; setiap orang yang mendengar, melihat, atau mengetahui terjadinya kekerasan dalam rumah tangga wajib melakukan upaya-upaya sesuai dengan batas kemampuannya untuk:

- (a). mencegah berlangsungnya tindak pidana,
- (b). memberikan perlindungan kepada korban,
- (c). memberikan pertolongan darurat, dan
- (d). membantu proses pengajuan permohonan penetapan perlindungan.

Penanganan kasus kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan dapat ditempuh melalui jalur hukum dan non-hukum. Jalur hukum yang dimaksud adalah penanganan kasus dengan memrosesnya secara peradilan pidana terhadap pelaku kekerasan. Sedangkan penanganan melalui jalur non-hukum dapat ditempuh korban dengan membuka dan menceritakan kasus yang dialaminya kepada orang lain yang dipercayainya dapat membantu mengatasi masalah yang dialaminya, yaitu dengan menghubungi lembaga-lembaga yang memberikan layanan konsultasi, konseling atau *hotline*, maupun mendatangi *crisis centre* yang ada untuk memperoleh bantuan pelayanan secara fisik, emosional, motivasi, advokasi dan akomodasi yang sifatnya sementara maupun jangka panjang (Suparno, 2002)

Dilihat dari kasus yang terjadi pada informan SNA dan YES perhatian segera ini dilakukan oleh teman dan tetangga korban yang melihat langsung kejadian kekerasan yang dialami informan, namun sebelumnya hal ini tidak pernah terungkap karena kejadian tindak kekerasan yang dialami tidak terlihat orang luar. Informan SRD tidak mendapatkan perhatian segera karena peristiwa yang dialami tidak diketahui orang lain sehingga tidak mendapatkan pertolongan. Perhatian yang ditujukan untuk memberi perlindungan dan keselamatan korban kekerasan dalam rumah tangga dilakukan dalam bentuk pemberian pelayanan terhadap korban diantaranya pada pusat krisis terpadu (*crisis centre*), ruang pelayanan khusus yang terdapat di lingkungan kepolisian.

Crisis centre memberikan pelayanan terpadu terhadap korban kekerasan yang biasanya disebut dengan “one stop crisis centre” yaitu suatu klinik yang memberikan pelayanan secara terpadu di bidang medis, di bidang penegakan hukum, dan pendampingan atau pelayanan secara sosial, dan psikologis. Dimana one stop crisis centre ini dalam melaksanakan kegiatannya melibatkan paramedic untuk memberikan pelayanan dan

pembuktian secara medis, secara emosional, dan psikologis terhadap korban baik berupa konseling, advokasi, maupun pemberdayaan. (Dewi,1996)

Mike Maguire dan Claire Corbett menemukan bahwa, kebanyakan korban kejahatan merasa puas dengan bantuan kesehatan mental yang disediakan oleh program layanan korban nasional di Inggris. Walaupun hal tersebut belum bersifat konklusif, tapi beberapa bukti menunjukkan bahwa program korban nasional di Inggris yang menyediakan bantuan psikologis jangka pendek bagi korban kejahatan merasa tertolong selama masa pemulihan paska viktimisasi. Dalam sebuah studi yang dilakukan di Amerika baru-baru ini, Ted Miller dan rekannya memperkirakan biaya dan konsekuensi dari kejahatan sangat tinggi, sehingga memerlukan lebih banyak perhatian untuk diberikan kepada korban.

6.2 Terus menerus dukungan dan informasi

Korban kekerasan dalam rumah tangga perlu mendapatkan dukungan dan informasi secara terus menerus terhadap hak-hak yang patut diterima oleh korban, karena sebagaimana diketahui bahwa Undang-undang nomor 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga masih relatif baru dan belum banyak perempuan (istri) sebagai korban kekerasan mengetahui apa maksud dan makna serta tujuan dari undang-undang dimaksud. Dalam studi yang dilaksanakan oleh Gourash, ditemukan bahwa sebagian besar korban kejahatan yang mempergunakan jasa professional yang mereka akses secara konsisten. Bila diperhatikan secara seksama kebutuhan korban tindak kekerasan dalam rumah tangga adalah bahwa mereka membutuhkan simpati dan dukungan moral serta program aksi dari berbagai pihak yang secara sukarela mau mendampingi korban dalam menjalani proses pemulihan kepercayaan diri. Pemulihan melalui pelayanan medis, pendampingan, terapi psikologis, jaminan keamanan dan layanan bantuan hukum. Dukungan terus menerus perlu diberikan terhadap perempuan korban kekerasan karena ia mengalami

tauma, dampak dari trauma tidak saja bersifat sementara (*immediate impact*), tetapi juga berdampak dalam jangka panjang (*long term impact*). Penderita trauma psikhis, secara psikologis mengalami apa yang disebut sebagai “dialektika trauma”, yaitu gejala stress pasca trauma sebagai berikut:

1. Hyper Arousal

Adalah kondisi emosional yang labil, kadang-kadang naik (marah, mengamuk, menyerang dsb) dan kadang-kadang turun (depresi, sedih, menangis dsb). Emosi ini naik turun salah satunya ada yang intens dan bias juga kedua-duanya secara selang-seling.

2. Intrusion

Adalah gejala kekacauan kognitif yang ditandai dengan pikiran dipenuhi dengan kilas balik (*flash back*) peristiwa kejadian, atau mimpi-mimpi buruk (*nightmare*).

3. Numbing

Adalah mati rasa atau keadaan emosi yang dalam dan dingin seolah-olah tidak memiliki kemauan dan harapan, bengong dan sebagainya.

Keadaan di atas merupakan suatu “gejala normal” dari seseorang yang mengalami trauma. Selain mengalami dialektika trauma di atas, perempuan korban kekerasan bias mengalami kejadian-kejadian khas yang menjadi karakteristik mereka. Karakteristinya antara lain sebagai berikut:

1. Karakteristik Jangka Pendek

- a. Merasa bersalah. Perasaan bersalah ini biasanya muncul pada perempuan korban kekerasan karena masyarakat masih memandang persoalan ini dipicu oleh perempuan itu sendiri.

- b. Merasa tidak berdaya (*powerless*). Perasaan ini mencerminkan rasa tidak punya peluang atau tidak punya harapan yang lebih baik bagi dirinya sendiri.
- c. Kemarahan yang mendalam. Kemarahan ini merupakan indikasi dari perasaan terhina dan seringkali tidak tercermin dalam bentuk perilaku menyerang melainkan dalam bentuk tangisan. Jadi apabila seorang perempuan korban kekerasan menangis, maka biarkanlah hal itu berlangsung untuk beberapa saat dan jangan dihambat.
- d. Malu
- e. Cemas
- f. Gangguan tidur.

Perasaan-perasaan di atas seringkali muncul berupa sikap malas, badan terasa capek, gelisah, tegang dan kadang tersenyum tapi tidak lepas, atau sikap menutup diri dari dunia luar.

2. Karakteristik Emosional Jangka Panjang

Karakteristik jangka panjang ini pada dasarnya merupakan suatu indikasi dari kegagalan pemberian perlakuan bagi korban sesaat setelah kejadian. Stress jangka panjang tersebut antara lain:

- a. Perasaan rendah diri karena *self esteem* (harga diri) yang rendah
- b. Phobia
- c. Kepribadian anti- sosial
- d. Gangguan Psikosomatis

Perlu diketahui bahwa tidak semua perempuan yang mengalami kekerasan menderita stress pasca trauma, karena ada unsur *individual differences*. Perbedaan individu itu terletak pada hal-hal berikut ini:

1. Tipe kepribadian
2. Derajat kekerasan
3. Persepsi korban atas kekerasan
4. Toleransi terhadap stress
5. Dukungan tercepat yang dapat didapat dari lingkungan
6. Keberhasilan coping terhadap kekerasan yang pernah dialami sebelumnya.

(Sumber; Handout-3)

Menurut Korban SRD ia mengalami kejadian ini tanggal 20 September 2009, waktu itu sekitar pukul 18.00, 19.00, korban di pukul, di dorong, di tinju, dan di pukul pakai galon kosong bagian kepalanya. Tangan kanannya sampai lebam (sambil dia memegang bagian lengannya menunjukkan pada peneliti) karena berusaha menangkis waktu dia ditinju suaminya. “lama-lama saya ngak mau diam aja kalo di gituin bu, kita ni bukan binatang dan saya juga bukan wanita bodoh saya berpendidikan jadi ya jangan seenaknya gitu dia, saya tau memang dia agak temperamen”.

Menurut korban SNA, Sebenarnya kejadiannya tanggal 22 September kemaren jam 12 siang, kejadiannya di atas jembatan penghubung Tanah Abang Blok A, saya dijambak dan di tonjok trus dia pergi saya ditinggal lalu saya ditolong orang-orang sekitar tempat kejadian, saya diajak lapor ke kantor polisi dari polisi saya disuruh ke Cipto untuk minta visum. Sedangkan Korban YES mengakui sudah mengalami kejadian tindak kekerasan sejak masa pacaran.

Apabila dilihat dari kasus masing-masing korban (informan) ini agar mereka tidak mengalami trauma maka kebutuhan akan dukungan terus menerus dan mendapatkan informasi tentang perlindungan korban akan menjadikan korban merasa nyaman dan terlindungi.

6.3 Representasi atau Perwakilan Resmi di Pengadilan

Korban kekerasan perlu mendapatkan pendamping perwakilan resmi di pengadilan dalam menghadapi persidangan. Layanan tentang pendampingan hukum terhadap perempuan korban kekerasan ini hendaknya diawali dengan memahami secara kritis bahwa hukum bukan merupakan kekuatan yang bersifat netral. Hal ini dipahami karena pemahaman para aparat penegak hukum (polisi, jaksa dan hakim) dalam seluruh cara pandang dan pengaruh budaya hukum masyarakat masih sangat bias gender. Yaitu tidak memperhitungkan atau mengabaikan sama sekali kuatnya pengaruh gender pada sistem hukum tersebut. Bahkan kerap terjadi perselisihan, terutama pada praktek penempuhan hukum, demi taat prosedur kepentingan pemenuhan hak korban justru terkalahkan. Dengan demikian hal yang paling penting bagi perempuan korban kekerasan rumah tangga untuk layanan hukum adalah pertama-tama, proses pengambilan keputusan untuk mengambil langkah litigasi. Dalam kaitannya dengan prinsip layanan untuk pemberdayaan korban, proses pengambilan keputusan itu harus merupakan bagian dari langkah-langkah penguatan bagi korban, dan bukan sebaliknya.

- Menunjukkan betapa pentingnya informasi tentang hukum diberikan kepada perempuan korban selengkap-lengkapny.
- Menuju kepada perlunya pendampingan hukum yang berpihak kepada perempuan korban dan bukan berpihak pada hukum.

Jadi apapun kasusnya, siapapun pendamping hukumnya, perempuan korban tindak kekerasan akan menghadapi pilihan-pilihan yang sulit di dalam mengambil keputusan.

6.4 Restitusi dan Kompensasi

Saat ini sudah ada sejumlah besar penelitian, setidaknya di Britania. Hanya dalam sepuluh tahun terakhir ini bahwa peranan korban dalam sistem peradilan pidana telah kembali bangkit dan menjadi sangat

menonjol, setidaknya mengingat pengalaman korban, pandangan dan sikapnya. Namun baru-baru ini muncul perhatian dalam banyak hal yang mengagumkan. Beberapa waktu telah kami ketahui betapa pentingnya korban dalam mengusahakan system peradilan pidana. Dengan cara sederhana orang akan mempertimbangkan system, dan semua pekerjaan dan kerja para professional didalamnya, yang dibangun atas tindakan dua orang yakni pelaku dan korban. Dengan demikian jumlah dan jenis kasus yang masuk dalam system peradilan akhirnya memberikan beban kerja untuk pengadilan, pelayanan penjara dan lembaga lain, yang sebagian besar ditentukan oleh pelaku pelaporan dari korban dan saksi, bukan dari tindakan yang diprakarsai oleh polisi (Clarke dan Hough, 1980; Bottomley dan Coleman, 1981; Maguire 1982) dalam Shapland (1984).

Penelitian ini dilakukan di dua area di Minlands yang melibatkan 278 orang dewasa korban kejahatan kekerasan yang telah dilaporkan ke polisi. Penelitian ini membahas pengalaman dari korban kejahatan kekerasan dan sikap mereka terhadap sistim peradilan pidana dan kompensasi. Disini akan dipertimbangkan pertama, pengalaman mereka dengan polisi dan kontribusi mereka terhadap pelaporan dan pendeteksian kejahatan. Kedua, melihat reaksi korban ke pengadilan dan keputusan pada keyakinan dan hukuman. Implikasi dari pengalaman korban dan bentuk yang mungkin dari suatu system peradilan pidana yang lebih berorientasi kepada korban, nantinya akan dipertimbangkan. Tanggapan yang paling umum terhadap nasib korban tampaknya adalah untuk mengimbangi mereka untuk memberi mereka uang.

6.5. Peran Penting awal Polisi

Bagaimana polisi memberikan perlindungan terhadap korban kekerasan dalam rumah tangga?. Hal ini penting diketahui oleh korban dalam hal memperoleh perlindungan, dalam hal ini polisi mempunyai peranan penting sebagaimana yang tertuang dalam undang-undang PKDRT dalam beberapa pasal dibawah ini.

Dalam Pasal 16.

1. Dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam terhitung sejak mengetahui atau menerima laporan kekerasan dalam rumah tangga, Kepolisian wajib segera memberikan perlindungan sementara pada korban.
2. Perlindungan sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan paling lama 7 (tujuh) hari sejak korban diterima atau ditangani.
3. Dalam waktu 1 x 24 (satu kali dua puluh empat) jam terhitung sejak pemberian perlindungan sebagai mana dimaksud pada ayat (1), Kepolisian wajib meminta surat penetapan perintah perlindungan dari pengadilan.

Pasal 17

Dalam memberikan perlindungan sementara, Kepolisian dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan, pekerja sosial, relawan pendamping, dan/atau pembimbing rohani untuk mendampingi korban.

Pasal 18

Kepolisian wajib memberikan keterangan pada korban tentang hak korban untuk mendapatkan pelayanan dan pendampingan.

Pasal 19

Kepolisian wajib segera melakukan penyelidikan setelah mengetahui atau menerima laporan tentang terjadinya kekerasan dalam rumah tangga.

Pasal 20

Kepolisian segera menyampaikan kepada korban tentang :

- a. identitas petugas untuk pengenalan kepada korban

- b. kekerasan dalam rumah tangga adalah kejahatan terhadap martabat kemanusiaan; dan
- c. kewajiban kepolisian untuk melindungi korban.

Dilihat dari penuturan informan yang mendapatkan layanan pada pusat krisis terpadu mereka tidak semuanya yang mengetahui informasi untuk memperoleh layanan itu dari pihak polisi.

