



Langkah Praktis Tata Laksana Kekerasan Seksual di Situasi Bencana

Tim Penyusun

Pengarah:

dr. Lie Agustinus Dharmawan, Ph.D, Sp.B, Sp.BTKV

Penanggung Jawab:

Tutuk Utomo Nuradhy

Penyusun:

dr. Ratna Sari Junita

Ilustrator:

Adelline Heryanti




Editor:

dr. Adhi Sanjaya, MSc-IH.
Ruth Meigi Panggabean S.IP., M.A
Stephen Gunawan, S.Gz
Yovita Agrippina Haryanto
Thalia Yulian Chandra
Asri Wijayanti (Konsultan)

Tim Review:

dr. Yenni Yuliana (Kemenkes RI)
Indah Nugraheni Mardhika, SKM, MSc.PH
(Kemenkes RI)
Elisabeth Adelina Sidabutar (UNFPA)
Loly Fitri (UNFPA)
Ria Ulina (UNFPA)



DAFTAR ISI

04

PPAM
Kesehatan
Reproduksi

10

Kualifikasi
Tenaga
Kesehatan

17

Kekerasan
Seksual

19

Peran Nakes dalam
Pencegahan dan
Penanganan
Kekerasan Seksual
di Situasi Bencana

21

Prinsip Tata Laksana
Kekerasan Seksual

22

Alur Penanganan
Kekerasan Seksual

22

**Langkah-Langkah Tata
Laksana Klinis
Kekerasan Seksual**

52

**Pembuatan
Visum et
Repertum**

41

**Algoritma Tata
Laksana Klinis
Kekerasan Seksual
Pada Situasi Krisis
Kesehatan**

57


***Cheatsheet*
Ringkasan Tata
Laksana Klinis
Kekerasan
Seksual**

Kekerasan seksual adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius dan merupakan pelanggaran hak asasi manusia yang memiliki dampak jangka pendek dan jangka panjang pada kesehatan fisik, mental, seksual, dan reproduksi pada penyintasnya.

“

“

WHO



Ringkasan ini berisi langkah-langkah praktis yang dapat menjadi acuan petugas kesehatan yaitu dokter, bidan, dan perawat, khususnya dalam tata laksana klinis kekerasan seksual.

Hal-hal yang tertuang pada panduan ini (*tools*) merupakan bagian suplemen dari Pedoman Tata Laksana Klinis Kekerasan Seksual Pada Situasi Krisis Kesehatan yang telah dikeluarkan oleh Kemenkes dan UNFPA pada tahun 2019.

Panduan ini dapat diadaptasi sesuai dengan kondisi dan situasi, dengan mempertimbangkan kebijakan di tingkat nasional dan wilayah bencana, khususnya terkait ketersediaan peralatan dan obat-obatan.



Krisis kesehatan mengakibatkan terganggunya pelayanan kesehatan, tidak terkecuali kesehatan reproduksi. Ruang lingkup kesehatan reproduksi sangat luas dan mencakup keseluruhan siklus hidup manusia mulai sejak konsepsi hingga lanjut usia. Untuk memenuhi hak reproduksi setiap individu, pelayanan kesehatan reproduksi harus dilakukan secara berkesinambungan dan terpadu sesuai dengan usia individu, dengan memperhatikan kesetaraan dan keadilan gender termasuk pada situasi bencana.

Implementasi pelayanan kesehatan reproduksi di situasi krisis kesehatan dilaksanakan melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) kesehatan reproduksi.



Apa Itu PPAM Kesehatan Reproduksi

Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi (PPAM Kespro) adalah serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat kesehatan krisis kesehatan dalam rangka menyelamatkan jiwa pada kelompok rentan.

PPAM Kespro merupakan intervensi global yang telah menjadi bagian dari standar minimal dalam respon bencana/kemanusiaan yang disebut dengan standar Sphere. Standar Sphere adalah serangkaian prinsip dan standar kemanusiaan yang disusun oleh pekerja/organisasi kemanusiaan internasional dengan tujuan memastikan penduduk yang terkena dampak bencana (pengungsi) dapat hidup secara layak dan bermartabat.



Target sasaran PPAM Kespro adalah penduduk yang merupakan kelompok rentan kesehatan reproduksi yaitu **ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi baru lahir, balita, remaja perempuan, perempuan usia subur, lansia** dan juga kelompok rentan lain seperti orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHIV). Kelompok balita dan lanjut usia adalah kelompok sasaran lain dari komponen PPAM pengembangan di Indonesia.

PPAM Kespro harus tersedia pada situasi krisis kesehatan dan diterapkan pada tahap tanggap darurat yang akan dilanjutkan dengan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif ketika situasi sudah lebih stabil.



9 KOMPONEN PPAM KESEHATAN REPRODUKSI

Komponen 1:

Klaster kesehatan menunjuk organisasi/koordinator untuk mengoordinasikan pelaksanaan PPAM

Komponen 4:

Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal

Komponen 2:

Mencegah kekerasan seksual dan merespons kebutuhan penyintas

Komponen 5:

Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan

Komponen 3:

Mencegah penularan dan mengurangi kesakitan dan kematian akibat HIV dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya

Komponen 6:

Kesehatan reproduksi remaja dan pelibatan remaja

9 KOMPONEN PPAM KESEHATAN REPRODUKSI

Komponen 7:

Pelayanan minimum kesehatan balita*

Komponen 8:

Pelayanan minimum kesehatan lanjut usia (PMKL)*


Komponen 9:

Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yang terintegrasi ke pelayanan kesehatan dasar

*PPAM kesehatan reproduksi ditargetkan untuk kelompok usia reproduksi (15-49), tetapi untuk Indonesia, pelayanan minimum kesehatan balita dan kesehatan lanjut usia (PMKL) diintegrasikan sebagai bagian program inklusi dan mengikuti pendekatan siklus hidup. Penambahan komponen ini akan ditinjau secara berkala dan disesuaikan berdasarkan perkembangan dan situasi di Indonesia.

Prinsip Dasar Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi

1. Bekerja dalam kemitraan yang saling menghormati dengan masyarakat pengguna pelayanan, penyedia layanan, dan mitra lokal dan internasional.
2. Memastikan kesetaraan dengan memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi yang beragam dan memastikan layanan dan komoditas tersebut tersedia secara gratis, terjangkau, dan berkualitas.
3. Memberikan informasi dan pilihan yang komprehensif, berbasis bukti dan dapat diakses tentang pelayanan dan komoditas yang tersedia.
4. Memastikan partisipasi yang efektif dan bermakna pengguna pelayanan serta menghormati hak mereka untuk membuat keputusan dan pilihan untuk layanan dan komoditas.
5. Memastikan privasi dan kerahasiaan, dan memperlakukan semua orang secara hormat dan bermartabat.

- 
6. Mempromosikan kesetaraan terkait dengan usia, jenis kelamin, gender, status perkawinan, lokasi, disabilitas, ras, bahasa, agama, politik, kebangsaan, etnis, status sosial dan aspek lainnya.
 7. Memastikan bahwa orang tidak mengalami pemaksaan, diskriminasi, atau kekerasan/penganiayaan/tidak menghormati atau pelecehan dalam menerima atau memberikan pelayanan kesehatan.
 8. Melibatkan dan memobilisasi komunitas, termasuk populasi yang sering terpinggirkan seperti remaja, di penjangkauan masyarakat untuk menginformasikan masyarakat tentang ketersediaan dan lokasi layanan dan komoditas PPAM.
 9. Memantau pelayanan dan komoditas, melaporkan data dan hasil analisisnya untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

TENAGA KESEHATAN

Situasi bencana yang seringkali diikuti dengan krisis kesehatan tentu membutuhkan penanganan khusus, sehingga tenaga kesehatan yang akan diberangkatkan sebaiknya sudah memiliki kesiapan dan pengalaman dalam kebencanaan.

Untuk pelayanan kesehatan reproduksi, tenaga kesehatan yang sering kali terlibat secara langsung adalah dokter, bidan, dan perawat.

Sebaiknya tenaga kesehatan memenuhi kualifikasi berikut:

- Dalam kondisi sehat fisik dan mental.
- Memiliki surat tanda registrasi (STR) aktif.
- Diutamakan tidak memiliki penyakit berat atau komorbid.
- Mampu bekerja sama dalam tim.
- Diutamakan memiliki pengalaman dalam kebencanaan.
- Untuk pelayanan kesehatan reproduksi, diutamakan yang memiliki pengalaman di bidang tersebut.



Dalam situasi krisis kesehatan, penanganan kasus kekerasan seksual, terutama **PERKOSAAN**, menjadi fokus utama karena:

- 1 Kekerasan seksual dapat mengancam nyawa seseorang.
- 2 Kekerasan seksual dapat menimbulkan dampak yang serius dan seumur hidup.
- 3 Penanganan yang tepat pada kasus kekerasan seksual dapat mencegah terjadinya kekerasan berulang dan kekerasan lainnya.
- 4 Penanganan yang segera dan tepat dapat mencegah dampak yang lebih parah.

KEKERASAN SEKSUAL

di Situasi Krisis Kesehatan

Pada situasi bencana yang sering kali diikuti dengan krisis kesehatan, situasi dan kondisi berubah dari situasi normal. Hilangnya tatanan sosial dan fungsi keluarga serta fungsi perlindungan yang minimal mengakibatkan rentan terjadi kekerasan seksual.

Penyebab meningkatnya risiko terjadi kekerasan seksual pada situasi bencana:

1. Kondisi perempuan dan anak rentan mengalami kekerasan seksual.
2. Akibat bencana, anak kehilangan orang tua dan terpisah dari sanak keluarga
3. Stabilitas dan sistem keamanan melemah.
4. Fasilitas pengaduan dan layanan rusak atau tidak berfungsi.
5. Layanan kesehatan tidak berfungsi maksimal ketika bencana, sehingga meningkatkan risiko kesehatan korban kekerasan seksual.

Beberapa bentuk kekerasan seksual yang sering terjadi dalam kondisi bencana:

- Pelecehan seksual dalam bentuk pengintipan.
- Serangan seksual saat menggunakan MCK, atau saat mengakses bantuan dan layanan.
- Serangan seksual yang dilakukan oleh petugas keamanan termasuk pemberi bantuan, atau sesama pengungsi.
- Eksploitasi, penyalahgunaan, termasuk transaksi seksual dengan imbalan rasa aman/perlindungan, makanan, dan bantuan oleh pemberi bantuan.
- Kekerasan seksual pada anak, termasuk perkawinan anak dan inses, anak tanpa pengawasan dalam situasi situasi tidak aman dan dalam rumah tangga/perkawinan.
- Praktik berbahaya yang muncul karena keterbatasan situasi pengungsian/ekonomi (pemaksaan perkawinan, perkawinan usia anak).

Kebutuhan penyintas/korban kekerasan seksual serta respons awal dalam situasi bencana meliputi:

- 1 Kebutuhan segera untuk penanganan dukungan emosional dan kesehatan psikologis.
- 2 Kebutuhan segera untuk penanganan medis meliputi kesehatan fisik dan reproduksi.
- 3 Kebutuhan yang berkelanjutan untuk pemenuhan akan rasa aman.
- 4 Kebutuhan yang berkelanjutan untuk dukungan kesehatan mental.



Kemampuan petugas kesehatan dalam mengidentifikasi kasus kekerasan seksual berperan penting untuk membantu penyintas mendapatkan tata laksana yang komprehensif



KEMAMPUAN YANG PERLU DIMILIKI PETUGAS KESEHATAN

- Memahami masalah kekerasan dan ketidakberdayaan korban/penyintas.
- Memberikan dukungan awal psikologis pada penyintas.
- Penyuluhan & meyakinkan perempuan bahwa berbagai bentuk penyalahgunaan atau kekerasan terhadap pasangan tidak dapat diterima, dan tidak ada perempuan yang pantas untuk dipukul, dipaksa dalam berhubungan seksual/didera secara emosional.
- Melakukan anamnesa kepada korban/penyintas tentang kekerasan yang dialami dengan cara empati sehingga korban/penyintas merasa mendapat pertolongan dan dukungan.
- Memberikan pelayanan medis, konseling, sesuai dengan kebutuhan merujuk ke fasilitas yang lebih memadai.

Peran tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan dan penanganan kekerasan seksual di situasi bencana:

1. Melakukan tata laksana segera saat terdapat kegawatdaruratan
2. Mengidentifikasi kasus kekerasan
3. Mendeteksi dini adanya kasus kekerasan seksual
4. Melakukan penilaian kekerasan dalam konteks kesehatan
5. Menyediakan pengobatan untuk cedera yang dialami pasien/klien
6. Memberikan konseling kepada korban/penyintas
7. Mendokumentasikan temuan dan rujukan
8. Mendokumentasikan luka-luka yang dialami korban/penyintas
9. Merujuk korban/penyintas ke pelayanan yang diperlukan, baik medis maupun nonmedis
10. Menyelamatkan barang bukti dan melakukan pemeriksaan forensik untuk kepentingan penegakan hukum

Riset dari WHO menunjukkan bahwa pemberian **layanan kesehatan dan medikolegal** kepada korban kekerasan seksual yang termasuk dalam praktik **layanan responsif dan komprehensif** mencakup:

- Dukungan psikologis termasuk rujukan ke layanan kesehatan mental bila dibutuhkan.
- Kontrasepsi darurat.
- Perawatan dan profilaksis untuk IMS.
- Profilaksis untuk HIV.
- Informasi terkait aborsi atas indikasi.
- Pemeriksaan forensik, termasuk pengumpulan bukti dan visum.

Tata Laksana Klinis

Tata laksana klinis dilakukan dengan mengingat **prinsip kemanusiaan** dan **hak penyintas**.

4 Prinsip Kemanusiaan

1. Kemanusiaan (*humanity*)
2. Kenetralan (*neutrality*)
3. Ketidakberpihakan (*impartiality*)
4. Kemerdekaan (*independence*)

Hak penyintas dalam layanan kesehatan

1. Hak atas kesehatan
2. Hak atas perlakuan yang bermartabat
3. Hak atas perlakuan yang nondiskriminatif
4. Hak atas penentuan nasib sendiri/mengambil keputusan sendiri
5. Hak atas informasi
6. Hak untuk hidup bebas dari ketakutan dan kekerasan.
7. Privacy and confidentiality

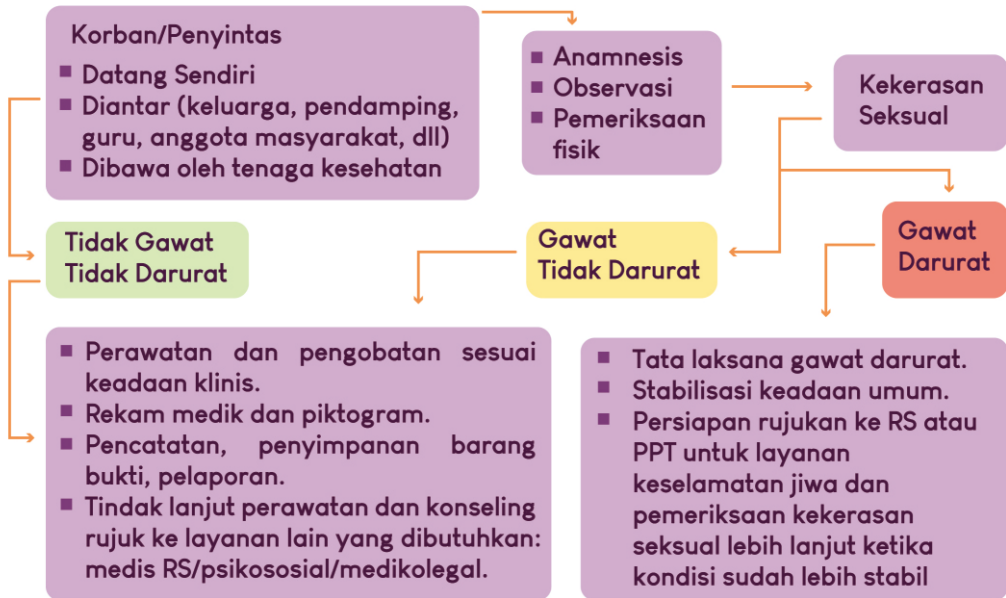
Prinsip Penanganan Kekerasan Seksual

- Memastikan **keselamatan penyintas**.
- Memberikan jaminan **kerahasiaan**.
- Menghargai keinginannya, haknya dan martabatnya sebagai penyintas.
- Memastikan layanan **tidak diskriminatif**.



Pelayanan tata laksana klinis kekerasan seksual minimal dilakukan oleh dokter. Bidan/perawat yang menemukan kasus dapat menyelamatkan barang bukti luar (khususnya bagi kasus yang baru saja terjadi) dan segera merujuk ke dokter.

Alur Penanganan Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kesehatan di Fasilitas Layanan Kesehatan



LANGKAH-LANGKAH TATA LAKSANA KLINIS KEKERASAN SEKSUAL PERSIAPAN Pemeriksaan Penyintas



- 1 Memberikan informasi tentang layanan kekerasan seksual dan proses pemeriksaan yang akan dilakukan kepada penyintas.
- 2 Melakukan **LIVES**, sebagai langkah awal membina rapport dengan penyintas (penjelasan lebih lanjut dapat dilihat pada hal 27).
- 3 Mendapatkan persetujuan (lembar *informed consent*) penyintas atau wali.
- 4 Melakukan pemeriksaan sesegera mungkin, (berkaitan dengan pemberian tata laksana dan upaya preventif).

PENCARIAN KEJADIAN DAN RIWAYAT KESEHATAN

1 Melakukan allo dan auto anamnesis.

2 Melakukan pencatatan terkait: data diri penyintas, deskripsi kejadian kekerasan seksual, riwayat kesehatan termasuk kemungkinan kehamilan (dapat menggunakan PP Test atau menggunakan enam (6) pertanyaan penilaian kehamilan)

3 Mengisi formulir rekam medis dan pictogram



Tanda Klinis Dugaan Terjadinya Kekerasan Seksual

Petugas kesehatan sering kali menjadi orang pertama yang memberikan pertolongan kepada penyintas, sehingga kemampuan untuk mengidentifikasi/deteksi dini kekerasan seksual sangat penting dimiliki. Tidak semua penyintas mendatangi layanan kesehatan dengan menyampaikan keluhan adanya kekerasan seksual secara terbuka. Penyebabnya beragam termasuk rasa malu, aib, takut tidak dipercaya, atau diancam oleh pelaku.

Di bawah ini beberapa tanda-tanda yang dapat diamati oleh petugas kesehatan untuk memeriksa adanya dugaan kekerasan seksual kepada pasiennya:

- 1 Pasien datang karena masalah kesehatan yang berkepanjangan (stres, cemas, depresi, kecanduan minuman keras, obat-obatan, atau lainnya).
- 2 Pasien memiliki riwayat/rencana atau tindakan melukai diri sendiri atau mencoba bunuh diri.
- 3 Pasien cedera berulang kali, tetapi tidak bisa menjelaskan dengan baik penyebab dari cedera yang dialaminya.
- 4 Pasien menderita infeksi menular seksual yang berulang.
- 5 Pasien menceritakan kehamilannya yang tidak diinginkan.



- 6 Pasien sering datang dengan keluhan psikosomatis (bisa nyeri kronis atau kondisi yang tidak dapat dijelaskan) sehingga diagnosis kurang/tidak jelas.
- 7 Pasangan atau suami pasien mengganggu atau tidak kooperatif selama konsultasi.
- 8 Pasien sering melewatkan atau tidak datang memenuhi janji konsultasi.
- 9 Pada pasien anak, mereka mengalami masalah emosi dan perilaku.

Saat akan melakukan pemeriksaan terhadap penyintas, pemeriksa dapat membangun hubungan baik kepada penyintas. Hal ini bertujuan memberikan kenyamanan (rasa aman) dan menumbuhkan rasa percaya penyintas kepada pemeriksa. Pemeriksa dapat menggunakan teknik "LIVES"

LISTEN (MENDENGAR)

Mendengarkan dengan empati tanpa menyalahkan, menghakimi, atau mempertanyakan.

INQUIRE (MENANYAKAN)

Melakukan penilaian awal dan merespons pada kebutuhan segera dan memahami kekhawatirannya—emosi, fisik, sosial, dan praktis. Memperlihatkan Anda memahami dan memercayai penyintas.

VALIDATE (MEMVALIDASI)

Meyakinkan penyintas bahwa ia tidak disalahkan dan dianggap telah melakukan tindakan yang tepat dengan meminta pertolongan.

ENHANCE SAFETY (MEMBERIKAN KEAMANAN)

Merencanakan bersama tindakan keselamatan untuk melindungi penyintas dari kemungkinan terulangnya tindakan kekerasan seksual terhadap penyintas.

SUPPORT (MEMBERIKAN DUKUNGAN)

Memberikan dukungan kepada penyintas melalui pemberian informasi, layanan, dan rujukan.

Sebelum melanjutkan pemeriksaan, jelaskan kepada penyintas tujuan dan alur pemeriksaan yang akan dilakukan. Minta penyintas atau wali untuk menandatangani *informed consent*.

Cermati hal-hal berikut dalam memberikan pelayanan:

BOLEH DILAKUKAN DALAM PRAKTIK PEMBERIAN LAYANAN

Menyadari adanya dinamika relasi kuasa dan norma-norma gender yang mengakibatkan terjadinya kekerasan seksual terutama terhadap perempuan dan anak-anak.

Contoh: "Yang salah adalah pelaku, bukan Anda. Aibnya bukan di Anda. Tidak ada yang boleh melakukan kekerasan seksual kepada siapa pun, apa pun kondisinya"

Menghormati hak dan harga diri penyintas, tidak menyalahkan.

Contoh: "Kejadian seperti ini bisa dialami siapa pun dan kapan pun. Anda sudah melakukan tindakan yang benar dengan datang ke sini. Saya sangat menghargai tindakan Anda"

TIDAK BOLEH DILAKUKAN DALAM PRAKTIK PEMBERIAN LAYANAN

Semakin menguatkan stereotipe dan norma gender yang bias mengenai terjadinya kekerasan seksual.

Contoh: "Sebagai perempuan memang harus bersabar, laki-laki memang sulit menahan hawa nafsunya"

Menyalahkan dan menghakimi penyintas.

Contoh: "Makanya jangan ke luar malam-malam karena berbahaya, apalagi dengan pakaian yang seperti ini..."

Cermati hal-hal berikut dalam memberikan pelayanan:

BOLEH DILAKUKAN DALAM PRAKTIK PEMBERIAN LAYANAN

Memercayai dan mendengarkan penyintas.

Contoh: "Walaupun Anda yang ke rumahnya, bukan berarti Anda boleh diperlakukan seperti ini"

Memberikan informasi dan konseling yang dapat membantu penyintas mengambil keputusan untuk dirinya sendiri.

Contoh: "Sekarang ibu saya periksa dan obati. Semua bukti luka sudah saya catat dalam rekam medis ini. Ibu bisa melaporkan kejadian ini karena ini merupakan tindakan yang melanggar hukum. Semua hal yang saya catat ini bisa menjadi barang bukti untuk membantu proses hukum bila Ibu nantinya memutuskan untuk melapor ke polisi"

TIDAK BOLEH DILAKUKAN DALAM PRAKTIK PEMBERIAN LAYANAN

Meragukan atau tidak percaya kepada penyintas.

Contoh: "Anda yakin dipaksa? Kan Anda yang mau ketemu dan mendatangi rumahnya."

Memberikan informasi yang bias dan tidak komprehensif, serta mengambil keputusan bagi penyintas.

Contoh: "Sekarang Ibu saya periksa dan obati, tapi menurut saya, Ibu sebaiknya jangan melaporkan kejadian ini kepada polisi karena nanti situasi keluarga akan bertambah parah dan Ibu akan repot sendiri."

Anamnesis (Wawancara Medis)

Anamnesis dengan penyintas dilakukan dengan terstruktur ketika pasien sudah siap melakukan tanya-jawab. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mendapatkan identitas, riwayat kejadian, dan status kesehatan penyintas.

ANAMNESIS (AUTO DAN/ATAU ALLO)

Hal-hal yang perlu digali dalam anamnesis:

- Data diri penyintas.
- Kejadian kekerasan.
- Riwayat kesehatan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan:

- Menggunakan ruang terpisah yang memberikan privasi dan menjamin kerahasiaan pasien.
- Korban dapat memilih untuk didampingi atau tidak didampingi.

ANAMNESIS (AUTO DAN/ATAU ALLO)

Hal-hal yang perlu diperhatikan:

- Jelaskan prosedur pemeriksaan.
- Penyintas menandatangani *informed consent* (atau *informed ascent* bagi korban berusia >7 tahun).
- Korban diperbolehkan bertanya dan menghentikan pemeriksaan kapan saja.
- Telusuri apakah ada riwayat penggunaan narkoba, risiko HIV/AIDS, termasuk di keluarga dan lingkungan sekitar.
- Telusuri kondisi psikologis korban setelah kejadian.

Tanyakan:

- Keluhan utama yang dirasakan penyintas. Pada penyintas anak, tanyakan pada pendamping yang mengantarkan anak.
- Bagaimana kronologi kejadian?
- Kekerasan apa yang telah terjadi?
- Pelaku (oleh siapa)

ANAMNESIS (AUTO DAN/ATAU ALLO)

- Lokasi kejadian.
- Waktu kejadian.
- Kemungkinan pemicu /penyebab kejadian.
- Benda yang digunakan.
- Kejadian pertama atau berulang.
- Akibat pada penyintas. (untuk penyintas anak, tanyakan pada pendamping)
- Keberadaan orang lain di sekitar lokasi saat terjadi kejadian.
- Waktu antara kejadian hingga mendapatkan pertolongan medis.
- Keadaan emosi dan perilaku penyintas setelah kejadian.
- Riwayat trauma sebelumnya.
- Adanya tanda lahir.
- Riwayat alergi.
- Sudah menstruasi atau belum.
- Apa ada keluhan pada dan anus. Sudah disunat atau belum.

ANAMNESIS (AUTO DAN/ATAU ALLO)

Observasi

- Perhatikan apakah korban terlihat dikontrol atau ditekan dalam memberikan jawaban.
- Bandingkan apakah ada perbedaan penampilan dan bahasa tubuh korban dengan pendamping.
- Bandingkan jawaban korban dengan pengantar/pendamping.

KENALI TANDA-TANDA PADA LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN

- Mengalami masalah kesehatan emosi yang terus menerus, seperti stres, kecemasan, atau depresi.
- Menunjukkan beragam reaksi emosional yang kuat.
- Perilaku berisiko seperti penggunaan obat-obatan dan minuman keras, dan melakukan perilaku seksual yang tidak aman.

KENALI TANDA-TANDA PADA LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN

- Memiliki ide, pikiran, rencana, dan perilaku yang melukai diri sendiri, termasuk percobaan bunuh diri.
- Luka-luka yang berulang dan tidak bisa dijelaskan dengan baik oleh penyintas.
- Cedera pada buah dada, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin, atau dubur.
- Adanya Infeksi Menular Seksual (IMS) berulang, termasuk di daerah mulut.
- Terjadi kehamilan yang tidak diinginkan.
- Penyakit kronis yang tidak dapat dijelaskan dengan tepat (sakit pada pelvis, masalah seksual, gastrointestinal, infeksi ginjal dan ISK, sakit kepala).
- Adanya Infeksi Saluran Kemih (ISK) berulang.
- Pemeriksaan kesehatan berulang atas keluhan dengan diagnosis yang tidak jelas.
- Pakaian dalam robek atau ada bercak darah di pakaian dalam.
- Ditemukan cairan mani disekitar mulut, genital, anus atau pakaian.
- Keputihan berulang.

KENALI TANDA-TANDA PADA LAKI-LAKI DAN PEREMPUAN

- Nyeri/ pendarahan/sekret dari vagina atau pada penis, frenulum, uretra, skrotum.
- Nyeri/gangguan pengendalian BAB dan BAK.
- Adanya penyakit menular seksual.
- Kehamilan pada usia dini/remaja.
- Promiskuitas (berganti-ganti/ banyak pasangan) yang terlalu dini (terutama pada anak remaja).
- Menunjukkan beragam reaksi emosi yang kuat seperti tantrum atau berbagai bentuk regresi lainnya (mengompol di usia yang sudah beranjak dewasa – terutama pada anak).
- Ada hiperemia, bengkak (bedakan antara hernia, hidrokel, dan hematokel), puntiran testis mermar, robekan anus (terutama pada laki – laki).
- Urine bercampur darah (perhatikan penis dan trauma uretra).



PENGUMPULAN BUKTI FORENSIK

1. Mengumpulkan bukti-bukti forensik (menggunakan ketersediaan) sesegera mungkin setelah kejadian.
2. Mendokumentasikan bukti dengan lengkap.
3. Mencatat di formulir rekam medis.
4. Menyimpan barang-barang bukti dengan baik di tempat terkunci.

PEMERIKSAAN FISIK DAN KELAMIN

1. Melakukan pemeriksaan fisik dan kelamin dengan seksama dan sistematis
2. Melakukan tata laksana pemeriksaan sesuai waktu kedatangan penyintas (sebelum 72 jam dan sesudah 72 jam)
3. Memberikan perawatan dan pengobatan medis sesuai hasil pemeriksaan

PENGOBATAN



Sebelum memberikan pengobatan, amati hal berikut:

- 1 — Waktu kejadian (**> 72 jam atau < 72 jam**), kronologis untuk menilai risiko, untuk menilai risiko, dan kemungkinan terjadi kehamilan.
- 2 — Perawatan luka.
- 3 — Pencegahan kehamilan (pemberian kontrasepsi darurat).
- 4 — Pencegahan dan pengobatan IMS.
- 5 — Pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS.
- 6 — Pemberian dukungan psikososial dan layanan kesehatan mental.





Pemeriksaan kekerasan seksual sebaiknya dilakukan oleh dokter spesialis kandungan atau spesialis forensik. Namun bila akses layanan spesialisik sulit atau dikhawatirkan barang bukti hilang, maka pemeriksaan dapat dilakukan oleh dokter umum yang terlatih.

Pemeriksaan kekerasan seksual dibagi dalam 2 tahap yaitu:

1. < 72 jam pasca kejadian: menggunakan rape kit.
2. > 72 jam sesudah kejadian: ikuti tahap-tahap pemeriksaan.

Langkah rinci pemeriksaan kekerasan seksual dapat dilihat di Pedoman Tata Laksana Klinis Kekerasan Seksual di Situasi Krisis Kesehatan.



DAFTAR TILIK PELAYANAN KLINIS PENYINTAS KEKERASAN SEKSUAL

Daftar Tilik Pelayanan Kekerasan Seksual

YA

TIDAK

1. Memberikan konseling dan dukungan kepada penyintas
2. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik
3. Mencatat dan mengumpulkan bukti-bukti forensik
4. Menjaga kerahasiaan
5. Memastikan tersedianya obat-obatan yang diberikan pada penyintas
 1. Kontrasepsi darurat
 2. Pencegahan IMS
 3. Profilaksis pascapajanan untuk mencegah penularan HIV
6. Melakukan dukungan psikologis awal (*psychological first aid*)
7. Merujuk untuk pelayanan lebih lanjut, seperti kesehatan, psikologis dan sosial

Penyintas datang sendiri atau diantar keluarga, pendamping atau dengan tenaga kesehatan.

1. Persiapkan penyintas untuk pemeriksaan (ruang aman dan privat, *informed consent*).
2. Tangani kegawatan yang mengancam nyawa terlebih dahulu.
3. Pastikan keamanan penyintas, baik secara fisik dan psikis.
4. Periksa penyintas, catatan kejadian, dan riwayat kesehatan.
5. Kumpulkan bukti forensik.
6. Periksa fisik dan kelamin.
7. Tangani luka sesuai prosedur.
8. Lakukan pengobatan dan perawatan awal. Bedakan penanganan penyintas yang datang **SEBELUM 72 JAM** dan **SESUDAH 72 JAM**.

PERAWATAN AWAL

Penyintas Datang sebelum 72 jam			Penyintas Datang sesudah 72 jam		
*Pencegahan kehamilan	Ya	Kontrasepsi Darurat (Pil KB, AKDR-Cu), anamnesa 6 pertanyaan	* Deteksi Kehamilan	Ya	Anamnesa 6 pertanyaan, Bila YA=ANC atau ToP<6 minggu, konseling
Pencegahan IMS	Ya	PPP (Azitromisin, Cefixime)	Deteksi IMS	Ya	Obati sesuai penyebab, PPP (Azitromisin, Cefixime)
Pencegahan HIV	Ya	PPP (TDF/3TC/EFV atau TDF/FTC/EFV)	Deteksi HIV	Ya	PPP (TDF, 3TC, EFV atau TDF/FTC+EFV)

*Untuk perempuan usia produktif

Terapi profilaksis dan pencegahan kehamilan harus diberikan dokter atau adanya delegasi dari dokter ke bidan/perawat.

Berikan Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

1. Melakukan *Psychological First Aid*, psikoedukasi, konseling, dan rujukan pada layanan kesehatan jiwa dan psikososial lainnya sesuai kebutuhan penyintas.
2. Mengidentifikasi faktor pelindung/penguat dan faktor risiko, serta *coping mechanism*/pendekatan penyelesaian masalah yang dimiliki penyintas.
3. Memperhatikan tanda-tanda stres, mendengarkan secara aktif dan empati, menghubungkan pada layanan lain yang dibutuhkan penyintas.
4. Melakukan konseling untuk masalah terkait kehamilan (baik aborsi aman/*termination of pregnancy* (ToP) atau *antenatal care* (ANC), IMS dan HIV).
5. Memberikan penjelasan yang sederhana dan mudah dimengerti terkait pengobatan, perawatan luka, dan perawatan lanjutan.

PERAWATAN LANJUTAN

Perawatan Lanjutan Penyintas Datang Sebelum 72 jam			Perawatan Lanjutan Penyintas Datang Sesudah 72 jam		
*Deteksi Kehamilan	Ya	Test kehamilan H+7, ANC atau Top<6 minggu, konseling, perawatan pasca Top	* Deteksi Kehamilan	Ya	ANC atau Top<6 minggu, konseling, perawatan pasca Top
Deteksi IMS	Ya	Test, obati sesuai penyebab	Deteksi IMS	Ya	Obati sesuai penyebab
Deteksi HIV	Ya	Test sukarela (1 minggu, 6 minggu, 3 bulan), ARV	Deteksi HIV	Ya	Test sukarela (2 minggu, 3 bulan), ARV

DOKUMENTASI

1. Gunakan formulir 1 untuk *Informed Consent*; Formulir 2 untuk Rekam Medis
2. Kekerasan Seksual dan Formulir 3 untuk Surat Rujukan.
3. Catat semua hasil pemeriksaan dan bukti forensik dengan jelas dan detail.
4. Simpan semua dokumen dan barang bukti dalam tempat yang aman dan rahasia.
5. Catat dan simpan data kasus dengan sistem yang non identifying (tidak mengungkap identitas penyintas).
6. Minta persetujuan penyintas terlebih dahulu ketika perlu membagikan informasi mengenai data kasus yang relevan untuk rujukan.
7. Memberikan kepada penyintas resume hasil pemeriksaan untuk penanganan lebih lanjut, seperti ke ranah hukum dan perlindungan.
8. Membuat rujukan untuk pemenuhan layanan lain yang dibutuhkan penyintas, seperti kesehatan mental dan psikososial lebih lanjut.



ALGORITMA TATA LAKSANA KLINIS KEKERASAN SEKSUAL PADA SITUASI KRISIS KESEHATAN

PEMBERIAN INFORMASI DUKUNGAN PSIKOLOGIS AWAL

1. Memberikan psikoedukasi tentang kekerasan seksual, reaksi-reaksi psikologis dan emosional normal setelah kejadian.
2. Memberikan dukungan psikologis awal
3. Melakukan konseling tentang:
 - Pencegahan kehamilan atau kelanjutan kehamilan akibat perkosaan
 - Tes IMS dan HIV/AIDS

Konseling dilakukan pada penyintas: perempuan, anak, maupun laki-laki. Juga pada penyintas yang berisiko membahayakan diri sendiri

4. Memberikan informasi tentang rujukan ke pelayanan psikososial dan kesehatan mental yang lebih komprehensif.
5. Memberikan informasi tentang pentingnya perawatan lanjutan dan kapan waktu untuk melakukan pemeriksaan lanjutan.

TATA LAKSANA UNTUK KEKERASAN SEKSUAL



	SEBELUM 72 JAM			SESUDAH 72 JAM		
Kontrasepsi Darurat <i>Untuk penyintas perempuan usia subur/sudah pubertas)</i>	DOSIS			DOSIS		
	PILIHAN OBAT*	DEWASA	ANAK**	PILIHAN OBAT*	DEWASA	ANAK**
	Pil Levonorgestrel 0,75 mg paket berisi 2 tablet	2 pil dosis tunggal	2 pil dosis tunggal	Pil Levonorgestrel 0,75 mg paket berisi 2 tablet	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)
	Pil kombinasi Etinil Estradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg	4 pil saat datang, dilanjutkan 4 pil 12 jam kemudian	2 pil dosis tunggal	Pil kombinasi Etinil Estradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)	Tidak efektif (bila lebih dari 5 hari setelah kejadian)
	AKDR-Cu	1 kali	1 kali	AKDR-Cu	1 kali (digunakan sebelum 5 hari setelah kejadian)	1 kali (digunakan sebelum 5 hari setelah kejadian)
Azitromisin, tab salut 500 mg	1x500 mg dosis tunggal selama 3-4 hari	10 mg per kg BB per hari selama 3-4 hari BB= berat badan	Azitromisin, tab salut 500 mg	1x500 mg dosis tunggal selama 3-4 hari	10 mg per kg BB per hari selama 3-4 hari	
Profilaksis IMS	Azitromisin, sirup kering 200mg/5ml		Berat 15-25kg: 1x 200mg/5ml selama 3 hari	Azitromisin, sirup kering 200mg/5ml		Berat 15-25kg: 1x 200mg/5ml selama 3 hari
	Cefixime tab salut selaput 200 mg	2 tablet x 200 mg dosis tunggal	8 mg per kg BB, dosis tunggal setiap 12 jam	Cefixime tab salut selaput 200 mg	2 tablet x 200 mg dosis tunggal	8 mg per kg BB, dosis tunggal setiap 12 jam
	Cefixime sirup kering 100mg/5ml botol 30 ml	1 kali per hari 200mg-400mg diminum sampai habis	8mg per kg BB, dosis tunggal (mis, BB 30kg, dosis:30kgx8=240mg =2,5 sendok takar diminum sampai habis	Cefixime sirup kering 100mg/5ml botol 30 ml	1 kali per hari 200 mg-400mg diminum sampai habis	8mg per kg BB, dosis tunggal (mis, BB 30kg, dosis:30kgx8=240mg =2,5 sendok takar diminum sampai habis
Profilaksis HIV***	Tenofovir (TDF) Tab salut selaput 300mg	1 x 300 mg, selama 28-30 hari		Tenofovir (TDF) Tab salut selaput 300mg	1 x 300 mg, selama 28-30 hari	
	Lamivudine (3TC) tablet 150mg	1 x 2 tablet, selama 28-30 hari		Lamivudine (3TC) tablet 150mg	1 x 2 tablet, selama 28-30 hari	
	Efavirenz (EFV) tablet 600mg	1 x 600 mg, selama 28-30 hari		Efavirenz (EFV) tablet 600mg	1 x 600 mg, selama 28-30 hari	
	Tenofovir (TDF)/ Emitricitabine (FTC)+Efavirenz (EFV)	1 x 300 mg (TDF)/ 200 mg (FTC) + 600mg (EFV) selama 28-30 hari		Tenofovir (TDF)/ Emitricitabine (FTC)+Efavirenz (EFV)	1 x 300 mg (TDF)/ 200 mg (FTC) + 600mg (EFV) selama 28-30 hari	
	Zidovudine (AZT) + Lamivudin (3TC)		Anak usia<10 tahun 1-2 x 60mg (AZT)+ 30mg (3TC) selama 28-30 hari	Zidovudine (AZT) + Lamivudin (3TC)		Anak usia<10 tahun 1-2 x 60mg (AZT)+ 30mg (3TC) selama 28-30 hari

*Gunakan obat-obatan yang tersedia dalam paket logistik PPAM untuk kekerasan seksual atau persediaan logistik lainnya dengan regimen obat yang sama selama krisis kesehatan.

**Remaja menggunakan regimen dan dosis obat yang sama dengan dewasa.

***Sumber dari *Clinical Guidelines Across the Continuum of Care: HIV Diagnosis and ARV drugs for HIV Prevention (post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV*, WHO 2013 dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/menkes/90/2019

Dewasa

Paduan Pilihan:

TDF+3TC/FTC+LPV/r

Paduan Pilihan:

TDF+3TC/FTV+EFV

AZT+3TC+LPV/r

AZT+3TC+EFV

Anak <10 tahun

Paduan Pilihan:

AZT+3TC/FTC+LPV/r

Paduan Pilihan:

AZT+3TC/FTV+EFV

AZT+3TC+LPV/r

ABC+3TC+EFV

TDF+3TC/FTC+LPV/r

TDF+3TC/FTC+EFV

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Kehamilan

PENYINTAS DATANG SEBELUM 72 JAM

Memberikan pil kontrasepsi darurat dalam waktu 72 jam (3 hari) yang akan mengurangi kemungkinan hamil antara 56%-93%

Regimen kontrasepsi darurat tidak merusak kehamilan yang sudah ada dan bukan metode untuk aborsi.

PENYINTAS DATANG SESUDAH 72 JAM

Jika penyintas hamil, pastikan apakah kehamilan terjadi akibat perkosaan. Jika benar, beri konseling tentang pilihan yang tersedia baginya.

Jika penyintas hadir dalam waktu antara 72 jam (3 hari) dan 120 jam (5 hari) setelah perkosaan, pil kontrasepsi darurat progestogen dapat mengurangi kemungkinan kehamilan. Golongan ini paling efektif jika diminum dalam 72 jam, tetapi masih cukup efektif dalam 120 jam setelah pemaksaan hubungan seksual tanpa alat pelindung.



HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Kehamilan

PENYINTAS DATANG < 72 JAM

Penggunaan kontrasepsi darurat adalah pilihan penyintas. Namun, penting untuk diingat bahwa penyintas harus memberikan *informed consent* terlebih dulu sebelum mengambil keputusan.

Jika penyintas adalah anak yang sudah menstruasi, diskusikan mengenai kontrasepsi darurat dengan penyintas bersama pendampingnya.

PENYINTAS DATANG > 72 JAM

Tidak ada data efektivitas kontrasepsi darurat setelah 120 jam.

Jika penyintas datang dalam waktu lima hari setelah perkosaan, pemasangan AKDR-Cu merupakan metode yang efektif untuk mencegah kehamilan. AKDR dapat dilepas pada saat periode menstruasi berikutnya atau dibiarkan untuk alat kontrasepsi di masa depannya. Penyintas harus diberi konseling untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang memadai.



HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Kehamilan

Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS)

PENYINTAS DATANG < 72 JAM

Penyintas harus diberi antibiotik untuk infeksi Klamidia, GO dan Sifilis. Jika diketahui ada IMS lain (seperti Trikomoniasis atau Chanoroid), berikan terapi pencegahan untuk infeksi ini juga.

PENYINTAS DATANG > 72 JAM

Jika menggunakan AKDR-Cu, pastikan untuk memberikan perawatan IMS untuk mencegah infeksi.

Jika tes laboratorium untuk IMS mengindikasikan adanya infeksi, atau jika penyintas memiliki gejala IMS, ikuti tata laksana untuk pengobatan IMS.

Berikan konseling untuk melakukan tes sukarela.

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS)



PENYINTAS DATANG < 72 JAM

Berikan regimen terpendek yang ada di tata laksana IMS. Hati-hati dengan penyintas yang sedang hamil, yang tidak boleh mengonsumsi obat antibiotik tertentu sehingga perlu disesuaikan terapinya. Regimen pencegahan IMS dapat dimulai bersamaan dengan kontrasepsi darurat dan PPP/Profilaksis Pascapajanan untuk HIV, Meskipun dosis harus dibagi (dan diminum bersama makanan) untuk mengurangi efek samping seperti mual.

PENYINTAS DATANG > 72 JAM

Jika penyintas datang setelah 72 jam, PPP tidak diberikan dan penyintas dirujuk ke fasilitas layanan kesehatan yang memiliki konseling tes sukarela (KTS) di wilayah tersebut.

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Infeksi HIV



PENYINTAS DATANG < 72 JAM

Lakukan tes HIV (rapid test)

PPP harus diberikan kepada penyintas berdasarkan penilaian risiko dari anamnesis kejadian kekerasan dan prevalensi HIV di wilayah tersebut.

PENYINTAS DATANG > 72 JAM

Dalam beberapa situasi, tes HIV dapat dilakukan paling cepat 6 minggu setelah perkosaan. Namun secara umum, direkomendasikan bahwa penyintas dirujuk untuk konseling dan tes sukarela (VCT) setelah 3-6 bulan, untuk menghindari kebutuhan pengujian ulang. Periksa layanan VCT yang tersedia dan tata laksanaanya.

HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Infeksi HIV



PENYINTAS DATANG <72 JAM

Risiko HIV meningkat pada kasus-kasus berikut:

- Jika pelaku lebih dari 1 orang.
- Jika penyintas memiliki kulit yang luka atau rusak.
- Jika terjadi sodomi.
- Jika pelaku diketahui HIV positif atau pengguna jarum suntik.
- Jika status HIV tidak diketahui, asumsikan pelaku mengidap HIV positif, terutama di wilayah dengan prevalensi HIV tinggi.

PENYINTAS DATANG > 72 JAM



HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

Pencegahan Infeksi HIV

PENYINTAS DATANG < 72 JAM

PPP biasanya terdiri dari 2 atau 3 obat antiretroviral (ARV) diminum 2 kali sehari selama 28-30 hari. Obat terdiri dari Tenofir (TDF)/Lamivudine(3TC)/Efavirenz (EFV) atau Tenofir (TDF)/Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV). Tersedia kombinasi obat ini dalam 1 tablet bernama Duviral.

Jika tidak memungkinkan penyintas menerima PPP di tempat layanan saat ini, rujuk sesegera mungkin (dalam waktu 72 jam setelah kejadian) ke tempat yang menyediakan PPP.

PENYINTAS DATANG > 72 JAM

Langkah rinci materi psikoedukasi dan konseling dapat dilihat di Pedoman Tata laksana Klinis Kekerasan Seksual di Situasi Krisis Kesehatan.





PEMBUATAN VISUM ET REPERTUM (VeR)


Visum et Repertum (VeR) adalah laporan tertulis yang dibuat oleh dokter atas pemeriksaan yang dilakukan terhadap barang bukti berupa tubuh manusia, baik mati ataupun hidup, bagian dari tubuh manusia yang memuat hasil pemeriksaan dan kesimpulan, berdasarkan permintaan tertulis dari pihak berwajib yang digunakan untuk kepentingan peradilan.

Menurut KUHAP pasal 133, permintaan VeR merupakan kewenangan penyidik. Permintaan tersebut harus dibuat dalam bentuk surat resmi, menggunakan kertas dengan kop surat, bernomor dan bertanggal, diakhiri dengan tanda tangan, nama jelas, pangkat dan NRP.






VeR merupakan keterangan ahli dan alat bukti yang sah sesuai yang dilihat dan ditemukan oleh dokter, berdasarkan hasil pemeriksaan medis.



Setiap dokter berwenang membuat VeR dengan memperhatikan ketentuan bahwa dokter yang akan membuat VeR harus memahami prosedur medikolegal dan terlatih secara teknis untuk melakukan pemeriksaan yang diperlukan.



Dalam kasus kekerasan seksual, dokter memiliki tanggung jawab ganda.

TANGGUNG JAWAB GANDA SEORANG DOKTER PADA KASUS KEKERASAN SEKSUAL

Korban datang sendiri :

Korban datang ke dokter dalam rangka penyidikan, dan korban sudah melapor ke polisi/penyidik

Korban adalah barang bukti. Korban akan diperiksa secara forensik oleh dokter dan memperoleh pengobatan

Tidak melapor ke polisi/penyidik

Korban adalah pasien biasa

Namun kemudian penyidik memerlukan VeR, pilihannya ada 2:

1. Penyidik menghubungi korban untuk menjelaskan kepentingan VeR. Bila korban setuju, dokter dapat membuat VeR berdasarkan hasil rekam medis.

Sebagai pasien biasa, tetapi pada pemeriksaan terdapat indikasi telah terjadi kekerasan seksual.

Korban adalah pasien biasa



Korban memiliki hak dan kewajiban yang terikat dalam pemeriksaan forensik.

Hak korban sebagai penerima layanan terpenuhi seutuhnya.

Korban memiliki hak dan kewajiban sebagai pasien biasa.

Hak korban sebagai penerima layanan terpenuhi seutuhnya.

2. Berdasarkan kepentingan banyak orang, permintaan legal oleh penyidik dan sesuai KUHAP, dokter dapat langsung membuat Ver berdasarkan rekam medik.

Korban memiliki hak dan kewajiban yang terikat dalam pemeriksaan forensik.

Korban memiliki hak dan kewajiban sebagai pasien biasa.

Hak korban sebagai penerima layanan terpenuhi seutuhnya.

Hak korban adalah untuk mendapatkan pemulihan, keadilan, kebenaran, dan keamanan.

Korban diberikan edukasi tentang kekerasan yang dialami dan diberikan pilihan melapor pada yang berwajib.

Hak korban adalah untuk mendapatkan pemulihan, keadilan, kebenaran, dan keamanan.

Korban diberikan edukasi tentang kekerasan yang dialami dan diberikan pilihan melapor kepada yang berwajib.

Hak korban sebagai penerima layanan terpenuhi seutuhnya.

Hasil pemeriksaan dan pengobatan akan dimasukkan ke dalam VeR

Hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter akan dimasukkan ke dalam rekam medis.

Hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter akan dimasukkan ke dalam rekam medik dan kemudian dibuatkan VeR berdasarkan hasil rekam medis.

Hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter akan dimasukkan ke dalam rekam medis.



**CHEATSHEET
RINGKASAN
TATA LAKSANA
KLINIS
KEKERASAN
SEKSUAL PADA
DEWASA DAN
ANAK**

Langkah-Langkah untuk Pemeriksaan pada Penyintas DEWASA Perempuan dan Laki-Laki

1. Pastikan ruangan harus privat, memiliki penerangan yang cukup, bersih, dan adanya tenaga-tenaga kesehatan terlatih berjenis kelamin yang sama dengan penyintas.
2. Jelaskan pada penyintas mengenai proses pemeriksaan dan perawatan, termasuk mengenai jaminan kerahasiaan dan perlunya *informed consent*.
3. Lakukan anamnesis dengan berempati dan seksama untuk mendapatkan informasi tentang data penyintas, kejadian kekerasan, dan riwayat kesehatan.
4. Lakukan pemeriksaan fisik dan genital, catat temuan.
5. Obati cedera.
6. Kumpulkan dan simpan bukti-bukti kekerasan seksual.
7. Lakukan pencegahan dan penanganan pada kehamilan (khusus untuk penyintas perempuan usia subur), IMS, dan HIV. (Lihat tabel tindakan perawatan)
8. Berikan dukungan psikososial dan rujuk ke layanan psikososial dan kesehatan mental lebih lanjut, serta layanan untuk perlindungan.
9. Jelaskan tentang pentingnya perawatan lanjutan dan tentukan jadwal pemeriksaan berikutnya untuk perawatan lanjutan (sesuaikan dengan waktu kedatangan perawatan awal, sebelum atau sesudah 72 jam).
10. Berikan resume rekam medis kepada penyintas.

TINDAKAN PERAWATAN

Penanganan	Tindakan	Obat	Perawatan Lanjutan
Sebelum 72 Jam			
Kehamilan	Cegah	Kontrasepsi darurat (Pil KB, AKDR-Cu), anamnesis 6 pertanyaan	Tes 1 minggu dan 6 minggu
IMS	Cegah	PPP (Cefixime, Azitromisin)	Tes 1 minggu 6 minggu, 3 bulan
HIV	Cegah	PPP (TDF/3TC/EFV atau TDF/FTC+EFV)	Tes 1 minggu, 6 minggu, 3 bulan, 6 bulan
Sesudah 72 Jam			
Kehamilan	Tes kehamilan <i>test pack/</i> anamnesis	Anamnesis 6 pertanyaan bila YA=ANC atau ToP<6 minggu, konseling	ANC atau ToP<6 minggu, konseling, perawatan pasca-ToP
IMS	Periksa	Obati sesuai penyebab	2 minggu, 3 bulan
HIV	VCT	ARV (TDF/3TC/EFV atau TDF/FTC+EFV)	ARV 2 minggu, 3 bulan, 6 bulan

TATA LAKSANA DUKUNGAN KESEHATAN JIWA DAN PSIKOSOSIAL (DKJPS) PENYINTAS KEKERASAN SEKSUAL

Tujuan pemberian dukungan kesehatan jiwa dan psikososial kepada penyintas kekerasan seksual terutama dalam situasi krisis kesehatan adalah :

1. Memberikan pengertian bahwa beragam reaksi stres yang dialami penyintas kekerasan seksual merupakan reaksi yang wajar/ normal akibat kekerasan seksual yang dialaminya.
2. Meningkatkan faktor–faktor pelindung dan resiliensi pada penyintas.
3. Mengurangi faktor–faktor risiko.
4. Mendukung cara *coping* atau penyelesaian masalah yang lebih konstruktif.
5. Merujuk ke layanan yang dibutuhkan atau yang lebih lengkap, bila tersedia.

PSYCHOLOGICAL FIRST AID/ DUKUNGAN PSIKOLOGIS AWAL LOOK, LISTEN, LINK

LOOK – MELIHAT/MENGOBSERVASI
gejala – gejala stress psikologi, seperti:

PERILAKU

Mengalami disorientasi akut
Penggunaan obat-obatan secara berlebihan atau NAPZA
Isolasi diri/menarik diri
Perilaku yang berisiko
Perilaku yang regresif
Takut ditinggal sendiri
Perilaku agresif
Penyelesaian masalah yang *maladaptive*
Ingin bunuh diri atau melukai diri sendiri

EMOSI /PERASAAN

Reaksi stres akut
Reaksi berduka akut
Kesedihan, mudah menangis
Marah dan mudah terganggu
Cemas dan takut
Merasa bersalah dan malu
Mati rasa atau tidak terhubung
Depresi

FISIK /SOMATIK

Sakit kepala
Sakit perut
Sulit tidur
Kehilangan nafsu makan
Kondisi kesehatan memburuk
Kelelahan yang luar biasa
Agitasi kronis

KOGNITIF /PIKIRAN

Mengalami disorientasi akut
Mengalami mimpi buruk
Mengalami ingatan-ingatan yang mengganggu
Kesulitan berkonsentrasi
Kesulitan mengingat
Kesulitan membuat keputusan
Preokupasi pada kematian

LISTEN – MENDENGARKAN SECARA AKTIF DENGAN KEPEDULIAN DAN EMPATI

LAKUKAN

Menjaga kerahasiaan penyintas.

Menunjukkan kepedulian melalui bahasa tubuh dan perkataan. Bersikap tenang dan menunjukkan kepedulian akan meningkatkan rasa aman dan rasa dihargai penyintas.

Menggunakan pertanyaan terbuka dan konfirmasi jawaban penyintas.
Memercayai pengalaman yang dialami penyintas dan memahami perasaannya.

HINDARI

Memaksa penyintas untuk bercerita, termasuk meminta informasi detail tentang yang terjadi padanya.

Memotong pembicaraan penyintas atau meminta penyintas segera menyelesaikan ceritanya. Bila penyintas tidak ingin bicara, memberikan masa tenang dengan diam akan sangat membantu.

Mengajukan pertanyaan “mengapa” karena akan membuat penyintas merasa disalahkan. Sebaiknya bantulah penyintas agar memahami bahwa kejadian tersebut bukanlah kesalahannya.

Menyederhanakan atau menyepelekan kekerasan seksual yang dialami penyintas, menghakimi, dan menyalahkan penyintas.

LAKUKAN

Menjelaskan kepada penyintas tentang semua tindakan perawatan yang akan diterimanya dan menghargai pendapat serta keinginannya.

Membuat rujukan dan menginformasikan layanan lainnya yang bersifat non-medis, yang dibutuhkan penyintas (multisektor).



HINDARI

Memberikan saran kepada penyintas. Sebaiknya memberikan informasi yang memungkinkan penyintas membuat keputusan untuk dirinya sendiri.

Memberikan janji-janji yang tidak dapat ditepati. Sebaiknya berikan penjelasan tentang layanan yang bisa diberikan kepada penyintas.

Merujuk penyintas kepada layanan yang tidak dapat menghargai penyintas dan tidak dapat menjamin kerahasiaan penyintas.

LINK – MENGHUBUNGKAN PADA LAYANAN LAINNYA

Menghubungkan penyintas kepada bantuan dan layanan yang dapat memenuhi kebutuhannya sesuai dengan keperluan dan keinginan penyintas.

Memahami dan menyimpan informasi terbaru tentang layanan-layanan yang tersedia (psikososial, psikiatri, keamanan, perlindungan dan hukum) di sekitar lokasi penyintas: alamat, jam pelayanan, membayar atau tidak, narahubung dan kontakannya.

Mengoordinasi mekanisme rujukan yang terintegrasi dengan penyedia layanan lainnya atau organisasi lainnya.



Memberikan informasi kepada penyintas tentang layanan–layanan yang tersedia dan merujuk penyintas ke layanan kesehatan jiwa yang lebih lengkap/terfokus, setelah mendapatkan persetujuan dari penyintas, bila:

- Masalah yang dialami penyintas di luar kapasitas tenaga kesehatan yang memeriksa penyintas.
- Penyintas mengalami halusinasi atau merasa tertekan.
- Penyintas sulit melakukan aktivitas sehari–hari atau tidak dapat merawat diri sendiri.
- Penyintas berpotensi melukai diri sendiri atau telah melukai diri sendiri dan orang lain. Termasuk tanda–tanda seperti penyalahgunaan NAPZA, depresi selama lebih dari 2 minggu, sangat agresif, berhalusinasi, memiliki keinginan bunuh diri, mencoba bunuh diri, dan mengamuk tanpa kendali.

PERAWATAN LANJUTAN

Saat selesai melakukan tata laksana, ingatkan pasien untuk melakukan perawatan lanjutan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penyintas yang mendapatkan profilaksis pascapajanan, waktu perawatan selanjutnya adalah **1 minggu, 6 minggu, kemudian 3 bulan** setelah perawatan pertama.
2. Penyintas yang tidak mendapatkan perawatan profilaksis pascapajanan waktu perawatan selanjutnya adalah **2 minggu dan kemudian 3 bulan.**

Komponen perawatan lanjutan berdasarkan waktu adalah sebagai berikut:

PERAWATAN LANJUTAN UNTUK PENYINTAS YANG MENDAPATKAN PROFILAKSIS PASCAPAJANAN

Kunjungan lanjutan 1 minggu

- Periksa apakah terjadi kehamilan atau tidak. Jika ada tanda kehamilan, berikan konseling untuk melanjutkan kehamilan atau tidak (aborsi)*.
- Lakukan pemeriksaan terkait kepatuhan dan efek samping dari konsumsi profilaksis pascapajanan.

PERAWATAN LANJUTAN UNTUK PENYINTAS YANG **TIDAK** MENDAPATKAN PROFILAKSIS PASCAPAJANAN

Kunjungan lanjutan 2 minggu

- Periksa apakah terjadi kehamilan atau tidak. Jika ada tanda kehamilan, berikan konseling untuk melanjutkan kehamilan atau tidak (aborsi)*.
- Periksa apakah penyintas telah meminum seluruh obat yang diberikan untuk pengobatan IMS.

Kunjungan lanjutan 1 minggu

- Berikan tambahan obat profilaksis pascapajanan untuk kebutuhan selama tiga minggu, bila profilaksis sudah habis.
- Periksa apakah penyintas telah mengonsumsi semua obat yang diberikan untuk pencegahan IMS.
- Lakukan pemeriksaan apakah ada IMS. Bila ada, obati sesuai dengan penyebabnya. Berikan informasi mengenai konseling dan tes HIV sukarela.
- Periksa kondisi mental dan emosi; rujuk atau berikan perawatan sesuai kebutuhan penyintas.

Kunjungan lanjutan 2 minggu

- Jika antibiotik profilaksis tidak diberikan, periksalah apakah ada IMS, rawatlah dengan sesuai, dan berikan informasi mengenai konseling dan tes HIV sukarela.
- Memeriksa status mental dan emosi; merujuk atau memberikan perawatan sesuai kebutuhan penyintas.

*Tindakan aborsi akibat perkosaan dapat dilakukan bila kehamilan berusia kurang dari 40 hari sejak hari pertama haid. Jika aborsi dilakukan, lakukan sesuai dengan tata laksana aborsi yang aman dan bermutu.





Kunjungan lanjutan 6 minggu

Memeriksa apakah terjadi kehamilan. Jika terjadi, kehamilan lebih dari 40 hari sejak hari pertama haid, berikanlah konseling

- penguatan psikososial dan lanjutkan dengan perawatan antenatal (ANC), serta rujuk ke layanan medis dan psikososial lainnya yang dibutuhkan penyintas.

Jika sebelumnya penyintas menjalani terminasi kehamilan,

- periksalah kondisi penyintas dan lakukanlah perawatan pascaterminasi kehamilan.

Kunjungan lanjutan 3 bulan

Memeriksa kondisi kehamilan jika penyintas hamil.

- Memberikan perawatan antenatal. Memberikan konseling penguatan psikososial.

Jika penyintas melakukan terminasi kehamilan

- sebelumnya, lakukanlah perawatan pascaterminasi kehamilan.

Memeriksa dengan tes apakah ada IMS, dan rawat sesuai dengan alur tata laksana yang berlaku.

Kunjungan lanjutan 6 minggu

Jika antibiotik profilaksis tidak diberikan, periksalah apakah ada IMS. Bila ada, berikanlah pengobatan sesuai penyebab, dan berikan informasi mengenai konseling dan tes HIV sukarela.



Memeriksa status mental dan emosi; merujuk atau memberikan perawatan sesuai kebutuhan penyintas.



Kunjungan lanjutan 3 bulan

Memberitahukan bila hasil tes HIV negatif pada saat kunjungan pertama.



Menyarankan untuk menggunakan kondom sampai tes HIV 6 bulan berikutnya memberikan hasil negatif.

Memeriksa kondisi mental dan emosional. Memberikan rujukan atau memberikan penanganan sesuai kebutuhan penyintas.



Memeriksa kondisi kehamilan, jika penyintas hamil.

Memeriksa dan melakukan tes apakah ada IMS. Bila ada, berikanlah pengobatan sesuai penyebab dan tata laksana IMS yang berlaku.

Kunjungan lanjutan 3 bulan

- Memberikan informasi konseling dan tes HIV sukarela untuk para penyintas yang belum pernah dites sebelumnya.
- Bila hasil tes HIV positif, lakukanlah tata laksana HIV sesuai alur tata laksana yang berlaku.
- Memberikan informasi bila hasil tes HIV negatif pada saat kunjungan pertama. Menyarankan untuk menggunakan kondom sampai tes HIV 6 bulan berikutnya memberikan hasil negatif.
- Memeriksa status mental dan emosi; merujuk atau memberikan perawatan sesuai kebutuhan penyintas.



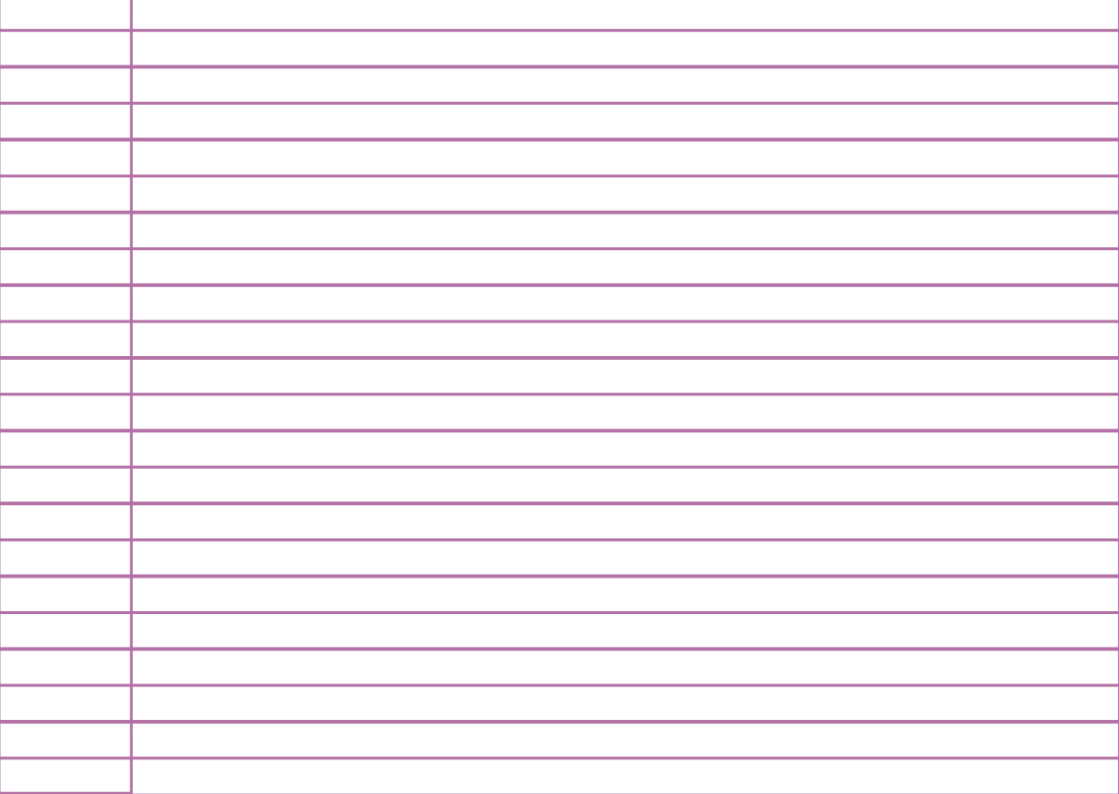
DAFTAR PUSTAKA

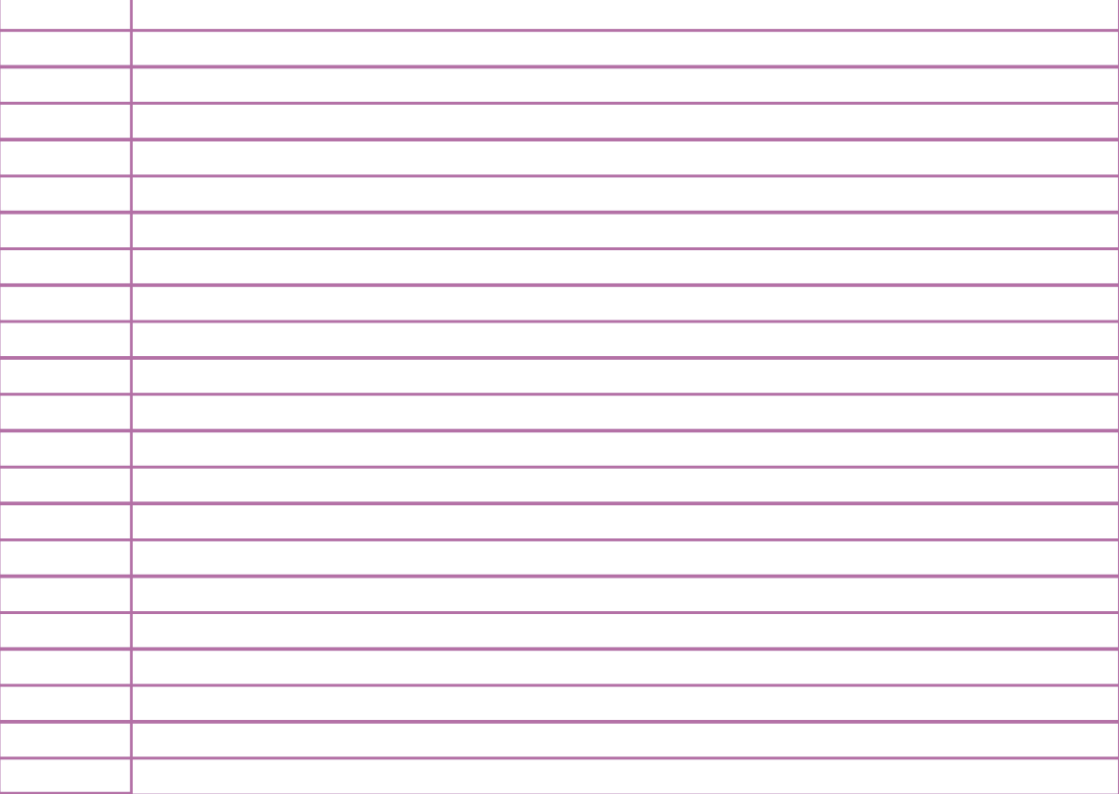
- Kementerian Kesehatan. 2021. Pedoman Pelayanan dan Rujukan Kasus Kasus Kekerasan terhadap Perempuan (KtP/A) bagi Petugas Kesehatan. Jakarta. Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. 2021. Algoritma Tata laksana Pelayanan Kesehatan Bagi Korban Kekerasan Seksual. Jakarta. Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan, UNFPA. 2021. Pedoman Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi pada Situasi Krisis Kekerasan. Jakarta UNFPA
- IBI. 2021. Bahan Ajar Bidan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi pada Krisis Kesehatan. Jakarta. UNFPA
- Kementerian Kesehatan, UNFPA. 2020. Panduan Tata laksana Klinis Kasus Kekerasan Seksual pada Situasi Krisis Kekerasan. Jakarta UNFPA
- WHO, UN Women, UNPPA. 2013. A Clinical Handbook: Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence. Geneva. WHO.
- Kemenkes, IDAI, Unicef. 2004. Buku Pedoman Deteksi Dini, Pelaporan dan Rujukan Kasus Kekerasan dan Penelantaran Anak. Jakarta. Unicef
- WHO, UNFPA and UNHCR. 2004. Clinical Management Of Rape Survivors. Geneva. WHO.
- Permenkes Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.
- WHO. 2018. The 2018 Optimal Formulary and Limited-Use List for Paediatric ARVs.
- WHO. 2003. Guidelines for Medico-Legal Care For Victims of Sexual Violences

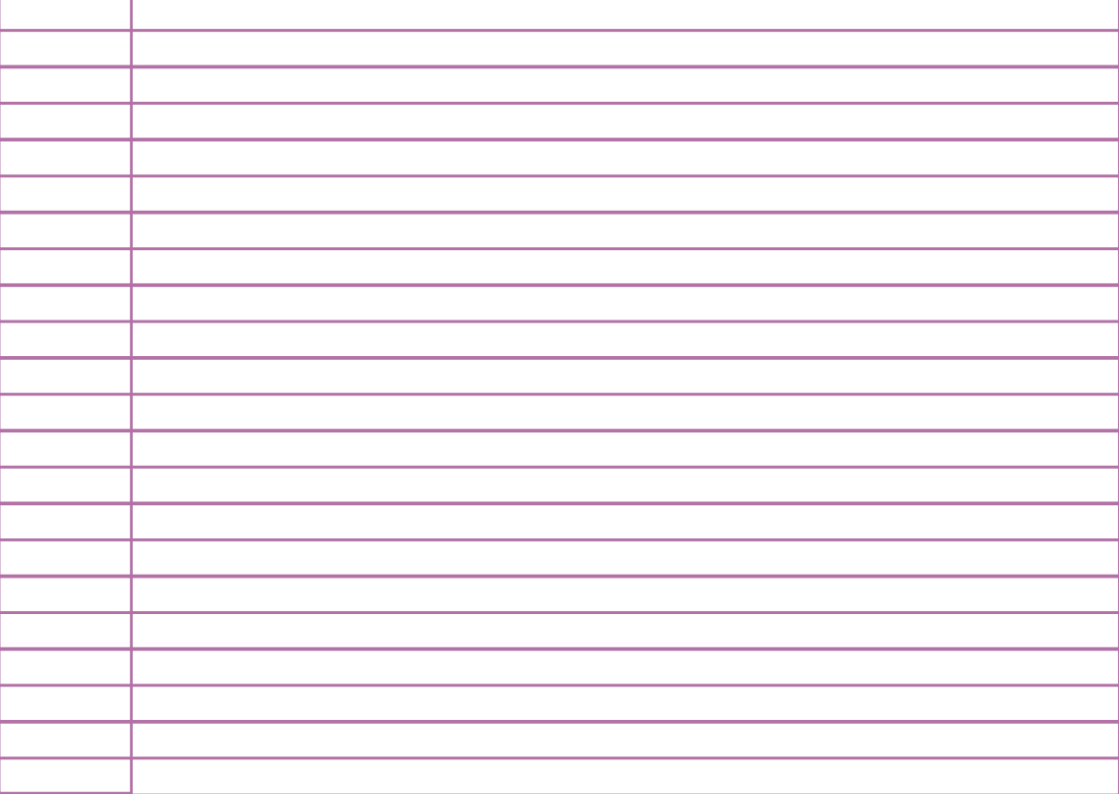
DAFTAR PUSTAKA

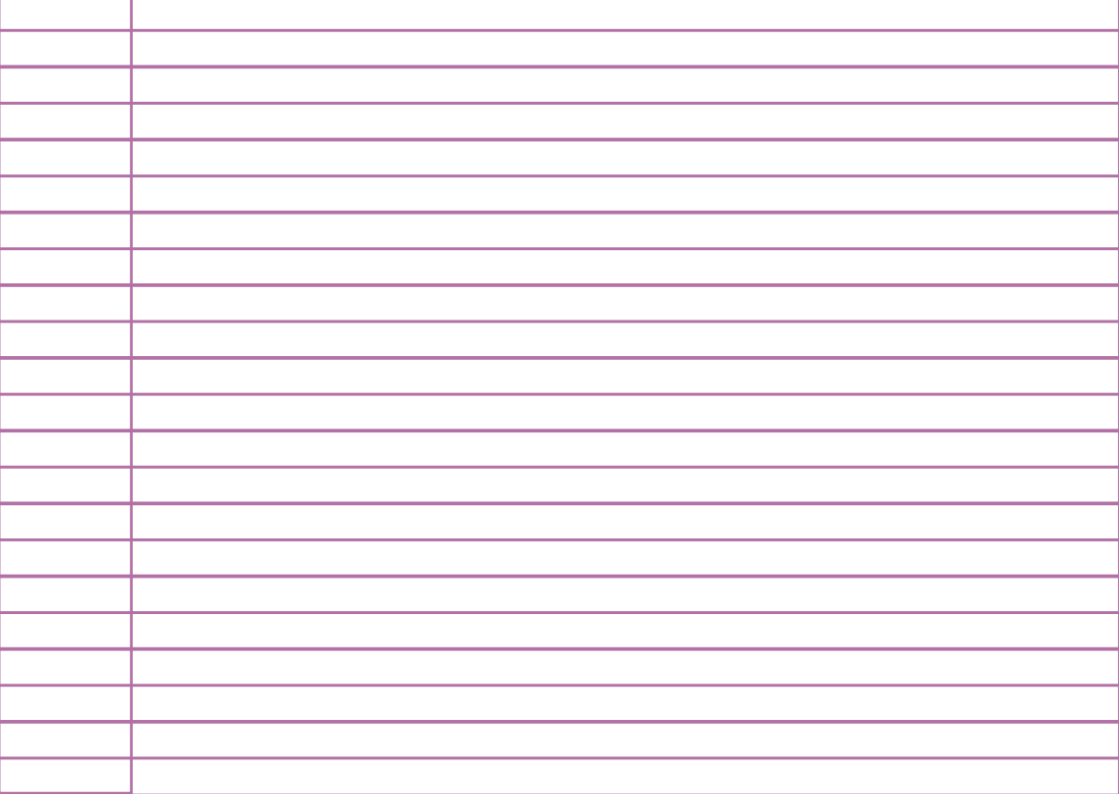
PMKL	: Pelayanan Minimum Kesehatan Lanjut Usia
PPAM	: Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi
VCT	: Voluntary Counseling and Testing
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
GO	: Gonorrhea-penyakit kelamin
PEP	: Post-Exposure Prophylaxis
TDF	: Tenofovir
FTC	: Emtricitabine
EFV	: Efavirenz
ARV	: Antiretroviral
3TC	: Lamivudine
EPV	: Efavirenz
ToP	: Term of Pregnancy

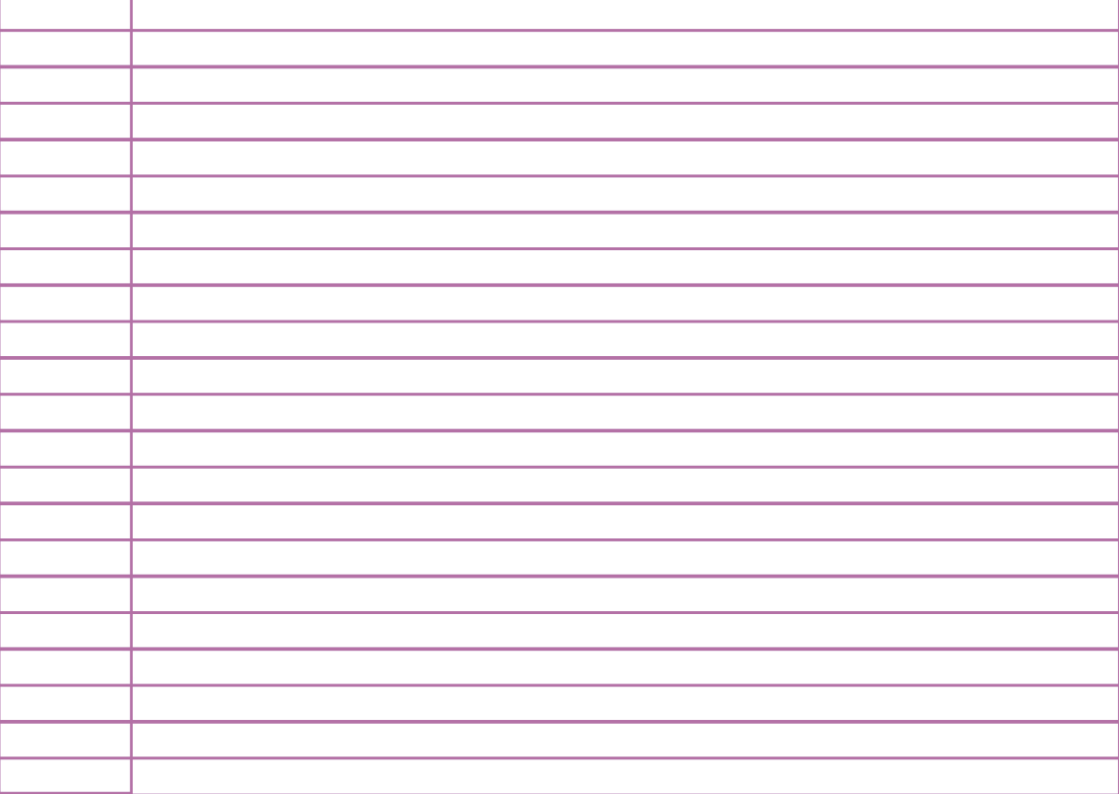














Langkah Praktis Tata Laksana Kekerasan Seksual di Situasi Bencana



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

