

PENANGANAN BERBASIS RUMAH SAKIT TERHADAP KORBAN KEKERASAN BERBASIS GENDER

Refleksi atas Pengalaman Pusat Krisis Terpadu
Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta

Thohir Yuli Kusmanto, M.Si

Fakultas Dakwah IAIN Walisongo Semarang

Abstrak

Kekerasan berbasis gender telah ada dan menjadi bagian dari kehidupan umat manusia selama peradaban ini ada. Beragam faktor yang melatar belakangnya. Namun persoalan tersebut hingga saat ini masih kurang menjadi perhatian publik. Bahkan cenderung diisolasi agar tidak menjadi konsumsi publik. Mayoritas korban tindak kekerasan berbasis gender adalah perempuan dan anak-anak. Perempuan rentan menjadi korban tindak kekerasan karena mereka lemah dan tidak berdaya, akibat dari relasi gender yang tidak adil dan setara. Laki-laki cenderung dominan dalam relasi gender. Fenomena tersebut bisa dilihat dalam berbagai data baik di media ataupun lembaga sosial yang punya perhatian menangani kasus ini. Dalam perkembangan saat ini, terutama pasca reformasi perhatian publik terhadap persoalan tindak kekerasan berbasis gender meningkat. Banyak lembaga sosial kemasyarakatan dan juga lembaga layanan publik yang memberikan layanan penanganan korban tindak kekerasan berbasis gender, diantaranya Pusat Krisis Terpadu (PKT) Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) Jakarta. PKT RSCM merupakan pioner dari lembaga penanganan korban kekerasan berbasis gender yang berbasis rumah sakit. Dalam makalah ini penulis berupaya mengemukakan dinamika PKT RSCM dalam perjuangannya untuk menangani korban kekerasan berbasis gender.

Kata Kunci: kekerasan, gender, layanan

A. Pendahuluan

Ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender merupakan akar dari terjadinya tindak kekerasan terhadap perempuan yang merupakan kekerasan berbasis gender dalam masyarakat. Dalam konteks kekinian ia telah menjadi fenomena global dan menjadi persoalan bersama umat manusia. Merebaknya tindak kekerasan ini, merupakan bentuk tragedi kemanusiaan yang berkepanjangan. Korban tindak kekerasan terus bertambah dari waktu ke waktu dan dalam berbagai tempat. Dampak dari tindak kekerasan bagi korban yang akan terasa lama adalah dampak secara psikis, korban akan mengalami trauma dalam sejarah hidupnya. Secara sosial seringkali menjadi sebab munculnya patologi sosial dalam masyarakat.

Pihak yang paling banyak mengalami dan merasakan kekerasan berbasis gender adalah perempuan. Mereka menjadi korban kekerasan akibat dari relasi dengan laki-laki yang bersifat subordinat dan terdeterminasi. Superioritas laki-laki menjadi sangat kuat karena dukungan aspek nilai-nilai atau norma sosial yang bersumberkan pada adat istiadat, budaya dan agama. Posisi sosial yang superior tersebut menjadikan laki-laki lebih menguasai dalam segala aspek kehidupan. Akibatnya jika ada persoalan dalam kehidupan keseharian yang berhubungan dengan perempuan, selalu menyalahkan perempuan. Bahkan sampai melakukan berbagai tindak pemaksaan kehendak sampai melakukan kekerasan.

Kasus kekerasan terhadap perempuan yang terus meningkat setiap tahun, berakibat pada proporsi perbandingan perempuan yang mengalami tindak kekerasan dan yang tidak mengalami tindak kekerasan semakin dekat. Sebagai sebuah gambaran selama tahun 2004, Komnas Perempuan menemukan angka kekerasan terhadap perempuan (KTP) sebanyak 14.020 kasus. Angka ini mengalami kenaikan hampir sekitar 100 persen dari tahun sebelumnya, yaitu 7,787 di tahun 2003. Menurut catatan Komnas Perempuan dari tahun ke tahunnya angka KTP ini terus meningkat, pada tahun 2001 ketika Komnas Perempuan pertama kali mencoba melakukan pendataan, telah mencatat sebanyak 3.160 kasus dan

mengalami peningkatan pada tahun 2002 menjadi 5.163 kasus KTP. Dari 14.020 kasus KTP ini, sebanyak 4.310 adalah kasus kekerasan dalam rumah tangga, 2.470 kasus terjadi dalam komunitas, 6.634 kasus terjadi dalam rumah atau komunitas, 562 adalah kasus *trafficking* dan 302 kasus merupakan kasus yang pelakunya adalah aparat negara.¹

Beberapa data tersebut kalau direfleksikan jauh ke masa lalu tentu tindak kekerasan berbasis gender telah ada dan menjadi bagian dari kehidupan kita semua, apapun yang melatar belakanginya. Namun persoalan tersebut belum menjadi perhatian publik. Bahkan cenderung diisolasi agar tidak menjadi konsumsi publik. Ada upaya komunitas atau masyarakat membiarkannya. Akibatnya kepedulian masyarakat rendah, karena menganggap hal tersebut bukan masalah bersama.

Data pada level nasional tersebut, merupakan gambaran kondisi kekerasan terhadap perempuan pada tingkat negara. Dimana pola pendataannya bersifat multi sumber dan berangkat dari data-data yang sudah masuk pada berbagai lembaga. Gambaran atas fenomena di lapangan tersebut bisa jadi merupakan sesuatu yang terbatas, masih sangat mungkin kenyataannya jauh lebih banyak kasusnya. Karena tidak semua lembaga yang menangani kasus kekerasan mempunyai kapasitas dan sistem pendataan yang bagus.

Banyaknya kasus yang tidak terungkap, karena tidak semua korban berani melapor. Juga tidak semua korban tahu harus ke mana dan pada siapa mereka melaporkan kasus yang dialaminya. Kenyataan ini menunjukkan belum terbangunnya jaringan kelembagaan penanganan kasus yang kuat dengan didukung proses sosialisasi secara luas. Padahal hadirnya beberapa lembaga layanan terhadap kasus, akan membantu mengurangi penderitaan korban, apalagi umumnya korban merupakan kelompok rentan di lingkungan terdekat dalam kehidupannya. Penderitaan menjadi berlipat ketika pelaku adalah orang yang sangat dekat dalam kehidupannya (misalnya: pelaku adalah suami korban, saudara dan orang

¹ Lihat dalam Sulistyowati Irianto *Hak Asasi Perempuan dalam Perspektif Pluralisme Hukum Baru* dalam <http://cedawui.org/content/view/182/12/>

tua kandung). Situasi tersebut tentu tidak bisa kita bayangkan, harus kemana korban meminta perlindungan.

Berangkat dari realitas tersebut, maka hadirnya lembaga pelayanan/ penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak menjadi kebutuhan yang sangat vital. Lembaga layanan/penanganan bisa berupa lembaga negara, atau lembaga inisiatif masyarakat yang peduli atas persoalan tersebut (LSM). Realitas yang ada di masyarakat, keberadaan lembaga seperti ini masih sangat terbatas baik dalam kuantitas atau pun kualitas. Secara kuantitas tentunya pada setiap wilayah kabupaten/kota minimum ada satu pusat pelayanan terpadu. Kemudian mengembangkan jaringan sampai pada tingkat kelurahan atau desa. Secara kualitas lembaga layanan/penanganan kasus harus dijalankan secara profesional, berperspektif korban dan sensitif gender, dan empatik kepada korban.

Kebutuhan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak meliputi aspek hukum, psikis, medis, pemulihan dan advokasi, dan reintegrasi sosial. Banyak lembaga layanan/penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak tidak semua mampu menjalankan semua aspek tersebut. Banyak faktor yang mempengaruhinya, diantaranya sumber daya manusia dan sumber dana pengelolaan, persoalan tersebut terutama dialami oleh sebagian besar lembaga swadaya masyarakat (LSM). Beragamnya aspek yang menjadi kebutuhan korban, telah menimbulkan spesialisasi lembaga pelayanan dan penanganan. Spesialisasi dilakukan untuk menyesuaikan kapasitas lembaga.

Untuk keluar dari beberapa persoalan di atas, beberapa LSM mengembangkan kreativitasnya dengan cara membangun jaringan antar lembaga. Satu lembaga yang profesional pada bidang tertentu akan bekerjasama dengan lembaga lain yang memiliki kemampuan berbeda. Adanya jaringan kerjasama akan memperkuat kapasitas penanganan kasus. Sementara itu harusnya lembaga negara berperan lebih baik, oleh karena memiliki aparat yang diberi kewenangan dan kekuasaan yang digaji oleh anggaran negara, memiliki sumber pendanaan yang jelas, lembaga negara hanya membutuhkan komitmen kebijakan anggaran yang responsif gender. Problem sumber daya manusia bisa diselesaikan dengan

penguatan sumber daya (pelatihan atau sekolah) yang ada agar responsif gender atau rekrutmen yang mempertimbangkan kompetensi sesuai kebutuhan lembaga layanan/penanganan.

Pusat Krisis Terpadu (PKT) Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) salah satu lembaga pelayanan dan penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, serta merupakan lembaga perintis.² PKT RSCM disebut sebagai lembaga perintis, karena merupakan lembaga yang paling awal menangani kasus kekerasan terhadap perempuan berbasis rumah sakit di Indonesia. Pada awal pendiriannya (Juni 2000), PKT RSCM telah menangani kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak sebanyak 166 kasus. Hingga sekarang tentu kasus yang telah ditangani sudah sangat banyak, mengingat dalam penanganan kasus kekerasan selalu menjadi rujukan masyarakat dan beberapa LSM di Jakarta. Apalagi keberadaannya sudah lebih dari sepuluh tahun dalam penanganan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. Realitas inilah yang menarik penulis ini untuk memaparkan makalah yang terkait dengan pusat pelayanan terpadu (PPT) berbasis rumah sakit. Makalah ini ditulis berangkat dari hasil penelitian kelompok yang pernah penulis lakukan sebagai tugas dalam *Short Course* Metodologi Penelitian Keagamaan Berperspektif Gender oleh Direktorat Pendidikan Tinggi Islam Kementerian Agama RI pada 1 November-28 Desember 2010. Sebelum mengupas lebih jauh telaah kritis pengalaman PKT RSCM dalam menangani kasus kekerasan terhadap perempuan/anak, maka terlebih dahulu perlu dikupas aspek teoritis tentang kekerasan terhadap perempuan.

B. Perspektif tentang Kekerasan Berbasis Gender

Kekerasan terhadap kemanusiaan dalam pandangan Hobbes sebagai suatu keadaan alamiah manusia, dimana hanya kekuatan suatu pemerintahan negara yang menggunakan kekerasan terpusat dan memiliki kekuatanlah yang mampu mengatasinya. Lain halnya dengan pandangan

² Myra Diarsi dkk., *Layanan Terpadu, Pertautan Multidisiplin dan Sinergi Kekuatan Masyarakat dan Negara*, (Jakarta: Komnas Perempuan, 2005), h. 5-6.

Rousseu yang menjelaskan bahwa manusia terlahir dalam kondisi polos, mencintai diri sendiri secara spontan, tidak egois dan altruis. Rantai peradabanlah yang membentuk manusia menjadi binatang yang memiliki sifat menyerang seperti keadaannya sekarang ini.³

Johan Galtung memberikan konsepsi terhadap kekerasan sebagai suatu kondisi di mana manusia dipengaruhi sedemikian rupa sehingga realisasi jasmani dan mental aktualnya berada dibawah realisasi potensialnya. Dengan kata lain kondisi adanya perbedaan antara aspek yang potensial dengan aspek aktual.⁴ Lebih lanjut Galtung menjelaskan bahwa kekerasan berkembang dalam beberapa dimensi. Dimensi ini meliputi: kekerasan fisik dan kekerasan psikologis, pengaruh negatif dan positif, adanya objek yang disakiti atau tidak, adanya subjek yang bertindak atau tidak, kekerasan yang disengaja atau tidak.⁵

Tingkat kekerasan semakin menguat dan berlangsung lama ketika kekerasan personal dan struktural berkolaborasi dengan kekerasan kultural, karena akan melahirkan kultur kekerasan yang beragam dan berkepanjangan. Kekerasan kultural terkait dengan aspek-aspek budaya, wilayah simbolis eksistensi manusia yang direpresentasikan oleh agama dan ideologi, bahasa dan seni, ilmu pengetahuan empiris dan ilmu pengetahuan formal sebagai pelegitimasi.⁶ Pada ruang inilah kekerasan terhadap perempuan dan anak direproduksi dalam masyarakat khususnya ranah rumah tangga. Oleh karena itu upaya penghapusan harus dimulai dari membongkar wilayah simbolis eksistensi manusia tersebut.

Feminisme liberal berpandangan bahwa kekerasan terhadap perempuan lebih disebabkan karena ketidakadilan struktural sistem hukum dan politik patriarki. Menurutnya, keadilan gender menuntut adanya

³ Warsana Windhu I, *Kekuasaan dan Kekerasan Menurut Johan Galtung*, (Yogyakarta: Kanisius, 1992), h. 63.

⁴ Lihat Mohtar Lubis, *Menggapai Dunia Damai*, (Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1988), h. 140-141.

⁵ *Ibid.*, h. 142-146.

⁶ "Kekerasan dalam Masyarakat Transisi," *Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial Wacana*, Edisi 9, Th. III, 2002 h. 11.

aturan permainan yang adil dan tidak satu pun dirugikan. Bila suatu sistem tidak memberikan hak yang adil (termasuk hak mendapatkan pelayanan) kepada perempuan sebagai warga, maka kekerasan gender bisa dengan mudah terjadi.

Ada tiga faktor utama yang menyebabkan perempuan mengalami kekerasan. *Pertama*, faktor ini bersumber pada konstruksi sosial (kultur), yang mencirikan (memberi sifat) tertentu kepada laki-laki dan perempuan secara berbeda. Konstruksi sosial yang ada memberikan ciri atau sifat pada perempuan; lemah lembut, bertanggung jawab terhadap keluarga sebagai pelayan suami dan sebagainya, yang menjadikannya sebagai anggota masyarakat kelas kedua. *Kedua*, kebudayaan (warisan) feodal yang masih mencengkeram perempuan. Pada budaya feodal perempuan hanya sebagai pembantu suami, sebagai simbol kekuasaan aristokrat, perempuan sebagai pendukung aktivitas suami dalam menjalankan peran sosialnya. *Ketiga*, akibat tekanan ekonomi, sebagai akibat ketimpangan atau ketidakadilan distribusi akses-akses ekonomi (produksi).⁷

Ketimpangan gender juga diperkuat oleh konstruksi nilai-nilai agama. Agama-agama besar, nilai-nilainya mengajarkan cara pandang hubungan laki-laki dan perempuan sangat bias gender. Sebagian ajaran-ajaran agama membagi status dan peran laki-laki dan perempuan sangat timpang dalam berbagai aspek kehidupan (keluarga, sosial, ekonomi dan politik). Kekerasan terhadap perempuan yang berbasis pada nilai-nilai agama, berangkat dari pandangan agama pada proses penciptaan manusia. Agama mengajarkan beberapa hal yang berhubungan proses penciptaan itu sebagai berikut: (1) Penciptaan perempuan (Hawa) sebagai pelengkap laki-laki (Adam); (2) Substansi kejadian berasal dari tulang rusuk laki-laki; (3) Perempuan sebagai sosok penggoda, sehingga manusia harus turun dari surga ke bumi.

Ajaran tersebut sangat jelas sekali menempatkan perempuan jauh lebih dari laki-laki sehingga bisa diperlakukan semena-mena.

⁷ Budi Wahyuni, *Terpuruk Ketimpangan Gender*, (Yogyakarta: LAPERA INDONESIA dan PKBI DIY), 1997, h. 2-4.

Bagi kaum liberal klasik, negara ideal harus melindungi kebebasan sipil (misalnya, hak milik, hak memilih, kebebasan menyampaikan pendapat, kebebasan untuk berbeda, kebebasan berserikat) dan memberikan semua individu kesempatan yang setara untuk menentukan akumulasinya sendiri di dalam pasar bebas. Laki-laki dan perempuan diberikan hak yang sama sebagai manusia yang menurut Alison Jaggar memiliki keunikan dalam kapasitas untuk bernalar. Dengan nalar itulah seorang individu akan menunjukkan otonominya dan memuaskan dirinya.⁸ Mary Wollstonecraft berargumen bahwa ketidakbebasan yang dialami perempuan khususnya dalam pendidikan pada dasarnya akibat konstruksi sosial. Jika laki-laki disimpan di dalam sangkar yang sama seperti perempuan dikurung, laki-laki pun akan mengembangkan sifat yang sama seperti perempuan.⁹ Agar perempuan terbebas dari opresi, John Stuart Mill dan Harriet Taylor Mill yakin hak politik menjadi langkah utama, karenanya perempuan harus memiliki hak pilih agar dapat menjadi setara dengan laki-laki. Dapat memilih berarti berada dalam posisi tidak saja untuk mengekspresikan pandangan politik personal, tetapi juga untuk menggantikan sistem, struktur dan sikap yang memberikan kontribusi terhadap opresi orang lain, atau opresi terhadap diri sendiri.¹⁰

Sedangkan kaum liberal yang berorientasi kepada kesejahteraan, berpandangan bahwa negara yang ideal lebih berfokus pada keadilan ekonomi dan kebebasan sipil. Pandangan kelompok ini umumnya dianut feminis liberal kontemporer. Menurut mereka individu memasuki pasar dengan perbedaan yang berdasarkan pada posisi asal yang tidak menguntungkan, bakat inheren dan keuntungan semata. Pada suatu waktu, perbedaan ini sedemikian besar, sehingga beberapa individu tidak dapat memperoleh bagiannya secara adil dari yang ditawarkan pasar. Kecuali jika dilakukan penyesuaian yang dibuat untuk mengkompensasi ketidak-

⁸ Rosemarie Putnam Tong, *Feminist Thought*, terj. Aquarini, (Yogyakarta: Jalasutra, 2010), h. 15-16.

⁹ *Ibid.*, h. 19.

¹⁰ *Ibid.*, h. 30.

beruntungannya. Adanya pandangan terhadap negara seperti itu, membuat kaum liberal yang berorientasi kepada kesejahteraan, selalu menyerukan campur tangan pemerintah di bidang ekonomi, agar pasar tidak terus-menerus semakin mempertegas ketidaksetaraan yang besar. Pandangan ini misalnya dianut Friedan yang menyatakan bahwa hukum yang spesifik gender adalah lebih baik daripada hukum yang netral gender dalam memastikan kesetaraan di antara dua jenis kelamin.¹¹

Dari kedua pandangan feminis liberal tersebut, pandangan terakhir cenderung bisa lebih diterima bila dihubungkan dengan konteks kekerasan terhadap perempuan. Ketika negara mengakui adanya ketidakberuntungan yang dialami perempuan dan sangat rentan terhadap kekerasan, maka negara perlu turut campur untuk mengurangi ketidaksetaraan tersebut termasuk dengan memberikan pencegahan dan perlindungan pada korban. Keberpihakan negara pada perempuan adalah bentuk keadilan negara bagi sebagian warganya, yang sejak awal tidak mendapatkan kesetaraan. Apabila negara menentralkan dirinya, berarti negara dianggap melakukan pembiaran dan lalai terhadap kewajibannya dalam melindungi perempuan untuk terbebas dari kekerasan. Inilah yang dalam teori spiral kekerasan Dom Helder Camara seringkali disebut sebagai kekerasan personal sebagai akibat dari kekerasan institusional dan struktural, yakni ketidakadilan, kekerasan sipil dan represi negara. Ketiganya saling terkait dan kemunculan kekerasan satu disusul dan menyebabkan kekerasan lain.¹²

Pandangan kelompok feminis liberal tentang keadilan gender yang berorientasi kesejahteraan dengan menekankan keberpihakan negara, mendapat tentangan dari kelompok feminis Marxis. Pertimbangan utamanya yaitu tidak mungkin setiap orang termasuk perempuan untuk memperoleh kebebasan sejati atau terbebas dari kekerasan selama hidup dalam masyarakat yang berbasis kelas, masyarakat yang kekayaannya

¹¹ *Ibid.*, h. 45.

¹² Dom Helder Camara, *Spiral Kekerasan*, terj. Komunitas Apiru, (Yogyakarta: Resist Book, 2005), h. x.

dihasilkan oleh yang tidak berkuasa dan dinikmati oleh penguasa. Kaum feminis sosialis kemudian menguatkan feminis Marxis dengan menambahkannya dengan cara pandang feminis radikal tentang patriarki sebagai sumber opresi. Menurutnya, cara untuk menyudahi opresi terhadap perempuan adalah dengan membunuh binatang berkepala dua dari patriarki kapitalis atau kapitalisme patriarkal.¹³

C. Pusat Krisis Terpadu (PKT) Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

Pusat Krisis Terpadu RSCM berdiri pada tanggal 27 Mei tahun 2000 dan beroperasi secara resmi pada tanggal 6 Juni tahun 2000 bertempat di Lantai 2 gedung Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (IGD RSCM). Penggagas dan pendirinya antara lain Prof. Budi Sampurna dan dr. Mutia Prayanti dari RSCM. Mereka tidak hanya bekerja secara profesional di RSCM, namun juga pekerja sosial yang sangat peduli dengan masalah-masalah kemanusiaan khususnya korban kekerasan. Pada awal pendirian PKT RSCM bersinergi dengan para aktivis lainnya seperti Komnas Perempuan yang memiliki jaringan dengan lembaga internasional seperti UNFPA-UNIFEM. Kemudian beberapa NGO yang turut membidani lahirnya PKT RSCM seperti Derap Wanapsari (organisasi yang didirikan oleh para Perwira Polwan dan seorang istri mantan Kapolri), dan beberapa Lembaga Bantuan Hukum di Jakarta.

Proses pembentukan PKT RSCM membutuhkan waktu kurang lebih satu tahun. Beberapa lobi-lobi harus terus dilakukan antar berbagai komponen dan kepentingan, terutama restu direksi RSCM yang berkenan memfasilitasi berdirinya PKT. Persetujuan direksi merupakan sesuatu yang sangat strategis untuk mendapatkan pengakuan kelembagaan. Juga untuk menggunakan dan memanfaatkan fasilitas yang ada di rumah sakit dalam proses penanganan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak.

¹³ Rosemarie Putnam Tong, "Feminist Thought ...", h. 6.

Penanganan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak secara sporadic telah dilakukan oleh beberapa LSM/NGO kemanusiaan yang banyak terdapat di Jakarta, pada awal berdirinya PKT RSCM. Namun penanganan yang komprehensif berbasis rumah sakit (*Hospital Base*) belum dimiliki bangsa ini pada saat itu. Berdasarkan penuturan dr Mutia Prayanti (Direktur PKT RSCM tahun 2005-2010), awal berdirinya PKT dimulai dari berkumpulnya para aktivis perempuan yang terdiri dari beberapa elemen, hampir setiap minggu untuk mensinergikan beberapa pemikiran, kemudian mengadakan lokarya. Dalam lokarya tersebut diputuskan untuk melakukan studi banding ke tiga negara Malaysia, Philipina dan Sri langka. Hasilnya antara lain menemukan model ideal untuk membentuk PKT berbasis rumah sakit dengan penanganan multi disiplin. Temuan inilah yang akhirnya diperjuangkan oleh para aktivis untuk diwujudkan di RSCM. Pemilihan RSCM sebagai tempat krisis terpadu bukan tanpa alasan. RSCM sebagai rumah sakit yang berada di bawah langsung Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dianggap sangat layak untuk memberikan pelayanan terpadu terhadap para korban.

Sejak berdiri Mei tahun 2000 PKT RSCM telah menangani dan melayani korban kekerasan terhadap perempuan dan anak dalam jumlah yang signifikan setiap tahunnya. Kasus kekerasan berdasarkan pemilahan data menunjukkan keragaman yang cukup banyak. Lebih jelasnya secara terperinci hingga tahun 2008 dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 1.
Data Kasus PKT-RSCM Tahun 2000-2008

KASUS	Jun-00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	Total
Perkosaan Dewasa	41	69	67	91	69	67	71	54	50	579
KDRT (Kekerasan Dalam Rumah Tangga)	68	105	106	112	125	177	268	265	267	1493

Perkosaan anak perempuan (<18 th)	74	103	127	127	148	120	117	123	168	1107
Kekerasan seksual lain anak perempuan (<18 th)	23	92	136	132	129	105	111	91	97	916
Kekerasan seksual anak laki-laki (<18 th)	5	5	7	18	22	23	23	20	35	158
Penderaan anak	7	10	6	7	14	9	14	15	34	116
Penelantaran anak	2	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Lain-lain*	6	153	185	167	108	81	48	31	29	808
Jumlah	226	537	634	655	615	582	652	599	680	5180

Sumber data:

Diperoleh dari materi panel Dr.Suryo (salah satu pengelola PKT RSCM) dalam Konferensi Nasional I Pengetahuan dari Perempuan Indonesia Jakarta 28 November s/d 1 Desember 2010

Berdasarkan tabel di atas dapat diperoleh gambaran tentang bentuk kekerasan terhadap perempuan paling banyak justru terjadi di ranah domestik (perkawinan) atau keluarga. Realitas tersebut merupakan sebuah ironi kehidupan karena keluarga merupakan wilayah yang seharusnya menjadi tempat paling aman buat perempuan dan anak. Sekitar 70 % sampai 90 % kasus KDRT mendominasi kasus KTP (Kekerasan terhadap Perempuan). Di tahun 2009 KDRT khususnya kekerasan terhadap isteri bahkan mencapai 96% atau 136.849 kasus dari total kasus KTP yang masuk. Untuk kasus KDRT saja, LBH APIK Jakarta juga mencatat adanya peningkatan jumlah 216 kasus pada tahun 2007, meningkat 254 kasus di tahun 2008 dan 337 kasus di tahun 2009.

D. Penanganan dan Sistem Pendataan Kasus Kekerasan terhadap Perempuan di PKT RSCM

PKT RSCM pada awal berdiri hingga sekarang sistem pengelolannya masih sangat mengandalkan bantuan dari para donatur. Lembaga donor pertama yang membidani dan mendanai lahirnya PKT RSCM adalah UNFPA-UNIFEM, selama satu tahun penuh, selanjutnya hanya satu semester, mendanai sebanyak 60% dari jumlah tahun sebelumnya, kemudian dihentikan dengan alasan bahwa program penghapusan kekerasan kepada perempuan sudah selesai. Untuk mengatasi seluruh biaya operasional dilanjutkan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan, dalam masa peralihan tersebut, staf Pusat Krisis Terpadu tidak menerima honor selama tiga bulan.

Pendanaan dari Kementerian Pemberdayaan Perempuan hanya berlangsung 4 tahun, di tahun ke lima hanya mendanai 66% dari tahun sebelumnya, atau KPP menganggarkan dana sebesar Rp. 100 juta, tetapi PKT RSCM tidak dapat dicairkan karena kurangnya persyaratan yang harus dipenuhi sebagaimana ditentukan oleh KPP RI. Pada tahun 2006 PKT RSCM hanya menerima Rp. 50 juta dari KPP RI. Dana tersebut hanya cukup untuk dana operasional. Untuk menutupi kekurangan dana tersebut PKT RSCM mendapatkan dana tambahan dari PEMDA DKI (sebagian melalui P2TP2A, hanya satu kali). Dana yang diterima cukup untuk membantu biaya operasional minimal.

Biaya untuk pemulihan korban sudah dapat ditanggulangi oleh dana dari APBD melalui SK Gubernur Nomor: 10750/2006 Tentang Pembebasan Biaya dan Penunjukan Petugas Penanggung Jawab Penanganan Pasien Perempuan dan anak Korban Tindak Kekerasan di Puskesmas Kecamatan dan 17 Rumah Sakit di Daerah Propinsi Daerah Khusus Ibu Kota Jakarta. Sehingga korban yang datang ke PKT RSCM dapat digratiskan biayanya. Hanya saja SK Gubernur itu tidak diperuntukkan juga bagi dana operasional PKT RSCM (seperti gaji pegawai dan biaya komunikasi). Dana operasional harus dicari sendiri oleh PKT RSCM. Ketergantungan pendanaan dari donator telah menjadikan PKT RSCM

tidak dapat secara maksimal mengembangkan pelayanan kepada para korban yang tentu saja membutuhkan keseriusan dalam menangani kasus mereka.

Selama Sembilan tahun RSCM tidak memberikan pendanaan baik untuk keperluan operasinal maupun keperluan pasien, karyawan dan lainnya, dukungan yang diberikan berupa fasilitas fisik seperti ruangan, listrik dan air serta visum. Keengganan para pemegang kebijakan untuk memasukkan PKT RSCM dalam struktur organisasi RSCM juga telah menghalangi masuknya pendanaan dari para donator, karena beberapa donor menghendaki penyerahan dana kepada direksi. Kebijakan ini tidak hanya menyulitkan namun seolah ingin menghilangkan secara perlahan keberadaan PKT karena para karyawan yang bekerjapun meskipun mereka melakukannya demi kemanusiaan namun sesungguhnya mereka adalah kelompok profesional¹⁴.

Fakta sejarah ini telah menunjukkan pandangan yang sangat bias gender dimana para elit politik (pemegang kebijakan) memposisikan diri sebagai pemilik modal yang dapat menentukan segalanya berdasarkan relasi kuasa yang dimiliki dan memandang bahwa hal yang tidak menguntungkan tidak dianggap penting. Suatu pandangan materialistis yang memandang kapital sebagai hal yang paling penting. Berarti kapital adalah opresor utama terhadap perempuan¹⁵. Dalam pandangan kapitalis sebuah pekerjaan hanya dapat dijalankan dengan baik apabila memiliki nilai kapital yang tinggi. Hal inilah yang dianut oleh pemegang kekuasaan di Rumah Sakit Cipto Mangun Kusumo. Sebuah pandangan patriarki yang berkolaborasi dengan pandangan kapitalis yang materialis telah menjadikan para pemegang kekuasaan tidak memiliki sensitivitas gender dan melupakan sisi kemanusiaan yang harus dibangun yang merupakan misi utama pendirian sebuah rumah sakit yang berada di bawah langsung Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

¹⁴ Rosemarie Putnam Tong, "Feminist Thought ...", h. 166.

¹⁵ *Ibid.* h. 170.

Pandangan ini tidak hanya merugikan kaum perempuan dan anak yang menjadi korban kekerasan, tetapi juga menambah daftar panjang ketidakadilan yang dipertontonkan oleh kebijakan ekonomi, politik dan hukum di negeri ini. Pandangan yang tidak responsive terhadap perempuan dan anak oleh pemangku kebijakan di RSCM telah mencoreng wajah pemerintah yang tengah giat mensosialisasikan UU PKDRT melalui kebijakan-kebijakan pendukung untuk memaksimalkan implementasi UU PKDRT.

Sejak awal berdirinya PKT RSCM telah memiliki konsep ideal standar pelayanan yang baik dengan memberikan pelayanan terpadu (multi disiplin), karena pelayanan yang diberikan terdiri dari dokter spesialis obsteri dan ginekologi, dokter spesialis anak, dokter forensic, dokter spesialis psikiatri, pekerja sosial dan psikolog. Idealisme pelayanan yang disajikan sesungguhnya tidak terlepas dari idealism pendiri PKT RSCM. Mereka bekerja dengan ketulusan demi kemanusiaan yang universal bahkan ditengah ketidakpastian hukum PKT RSCM dan honorarium yang tidak menentu.

Sasaran layanan masyarakat PKT RSCM pada dasarnya dikategorikan menjadi:

1. Perempuan korban kekerasan seksual.
2. Perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga dan kekerasan berbasis gender.
3. Anak-anak korban kekerasan fisik dan seksual.

Layanan yang diberikan bersifat pendekatan secara menyeluruh, meliputi layanan medis, medico-legal, psikososial, dan layanan psikologis. Terdapat juga akses untuk memperoleh layanan bantuan hukum, layanan pendampingan dan rumah aman. Sebagai Pusat Krisis Terpadu, PKT-RSCM yang berbasis rumah sakit lebih menitikberatkan pada layanan medis.

Sedangkan layanan lainnya diberikan melalui kerjasama dengan Fakultas ilmu sosial dan ilmu politik dan berbagai lembaga masyarakat

yang bergerak di bidang yang sama. Para pekerja sosial ini sangat menikmati pekerjaan pelayanan di PKT bahkan mereka menganggap PKT sebagai rumah kedua mereka. Ada hal yang membuat mereka nyaman berada dan bekerja di PKT yaitu sistem yang dibangun di dalamnya penuh dengan kekeluargaan yang rileks dan tidak bersifat formal dan struktural. Sebuah suasana yang kontras dengan mayoritas tempat yang ada di RSCM. Suasana kekeluargaan yang terbangun mampu mengikat hati mereka, sekaligus dapat memberikan kesan ramah dan aman untuk para korban kekerasan baik para perempuan dan maupun anak. Kesan formal, kaku nyaris tidak nampak dalam keseharian kerja di PKT. Inilah sesungguhnya pengikat emosional antar para aktivis yang terlibat di PKT, bahkan kerjasama dan saling membantu jelas terjalin dengan baik melalui misalnya; pemberian pinjaman bahkan pemberian sekedar uang transport diberikan oleh para senior mereka.

Bentuk-bentuk layanan yang diberikan PKT RSCM dari setiap bagian yang ada, tahap demi tahap secara rinci dapat jelaskan sebagai berikut:¹⁶

1. Layanan Medis dan Medicolegal

Layanan medis dimulai dengan tindakan *triage* (pendaftaran) di pintu gerbang gedung IGD RSCM yang bertujuan memberikan penilaian khusus bagi korban yang mengalami cedera atau luka dan tergolong gawat-darurat ditangani langsung oleh para ahli yang terkait di IGD RSCM. Kemudian semua korban kekerasan terhadap perempuan dan anak tersebut akan dirujuk ke PKT RSCM yang terletak di lantai 2. Apabila sebelumnya korban telah melaporkan kasusnya ke polisi dan pada saat mendaftar diantar petugas kepolisian atau membawa surat permintaan visum maka korban segera ditangani secara serentak mulai dari medis, medicolegal dan psikososial.

¹⁶ Lihat dalam Laporan Publik 9 Tahun Pusat Krisis Terpadu untuk Perempuan dan Anak Korban Kekerasan RS. Cipto Mangunkusumo.

2. Layanan Psikososial

Tahap pertama layanan psikososial dilakukan oleh pekerja sosial yang menangani kasus. Pada tahap ini dilakukan penilaian psihis dan peran lingkungan korban dalam memberikan dampak psihis oleh tim pemeriksaaan (pekerja sosial dan dokter). Kemudian akan memutuskan apakah diperlukan konsultasi lebih lanjut dengan psikolog dan psikiater atau ada kebutuhan lainnya.

3. Layanan Bantuan Hukum

Bantuan hukum pertama berupa penjelasan dari petugas sosial saat ia datang pertama kali ke PKT dan apabila dibutuhkan PKT akan mendatangkan ahli medicolegal. Apabila korban memerlukan bantuan hukum maka PKT akan menyarankan dengan memberi rujukan kepada lembaga bantuan hukum yang bermitra dengan PKT RSCM seperti LBH APIK atau LBH Mawar Sharon.

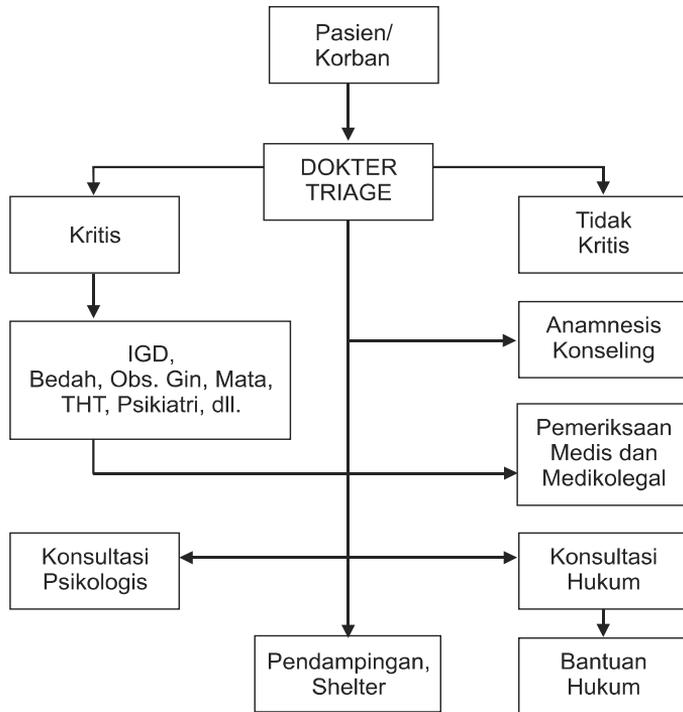
4. Layanan Pendampingan dan Rumah Aman

Pendampingan dilakukan melalui kerjasama dengan Departemen Sosial dan lembaga masyarakat lain yang bergerak di bidang ini . demikian pula penyediaan rumah aman. Hingga saat ini telah banyak kasus dikonsultasikan dan atau dikerjakan bersama oleh PKT RSCM dengan lembaga masyarakat terkait dan Dinas Sosial/Kementerian Sosial. Kini setelah PKT masuk dalam struktur RSCM suasana kekeluargaan yang telah terbangun berangsur memudar karena keterbatasan sumber daya yang ada dari 17 karyawan hanya tersisa 4 orang yang bekerja secara sifit.

5. Pendataan

Para korban yang datang melapor ke PKT RSCM adalah korban-korban perempuan dan anak yang mengalami kekerasan fisik, seksual maupun Psikis.

Adapun proses penanganan kasus yang selama berlangsung di PKT RSCM dapat dilihat dalam matrik mekanisme penanganan kasus sebagai berikut.



Sumber data:

Diolah dari materi panel Dr. Suryo dalam Konferensi Nasional I, Pengetahuan dari Perempuan Indonesia¹⁷

Berdasarkan matriks di atas maka bisa dijelaskan sebagai berikut: pertama kali korban datang ke PKT RSCM akan diterima dokter triage (pendaftaran), yang berada di pintu gerbang gedung IGD RSCM, tindakan ini untuk melakukan penilaian khusus, untuk menentukan kondisi korban kritis dan tidak kritis. Korban yang dalam kondisi kritis akan langsung ditangani oleh para ahli yang terkait (IGD, BEDAH, OBS. GIN, MATA, THT, PSIKIATRI, DLL). Kemudian semua korban

¹⁷ Konferensi Nasional I Pengetahuan dari Perempuan Indonesia diselenggarakan di Universitas Indonesia Kampus Depok pada 28 November s/d 1 Desember 2010.

kekerasan terhadap perempuan dan anak akan dirujuk ke PKT RSCM di lantai dua gedung IGD RSCM.¹⁸

Apabila sebelumnya korban telah melaporkan kasusnya ke polisi dan pada saat mendaftar diantar petugas kepolisian atau membawa surat permintaan visum maka korban segera ditangani secara serentak mulai dari medis, medikolegal dan psikososial. Dalam proses ini, sebelumnya ada pemberian informasi dan permintaan persetujuan (*informed consent*), selalu dilakukan terlebih dahulu. Upaya ini dilakukan agar semua proses penanganan berdasarkan kebutuhan korban dan mereka tahu apa yang mesti dilakukan.¹⁹ Selanjutnya keterangan hasil pemeriksaan sementara langsung dibuat dan diserahkan kepada petugas kepolisian yang mengantarnya. Visum definitif diberikan beberapa hari kemudian, atau menunggu hasil pemeriksaan laboratorium. Untuk konsultasi psikologi dan atau psikiatris akan dijadwalkan waktunya.²⁰

Kerjasama antar kelembagaan merupakan cara yang sangat strategis bagi lembaga sosial untuk *survive*. Lembaga sosial yang umumnya merupakan lembaga nirlaba harus mampu menghidupi diri sendiri dengan berbagai cara. Penggalangan dana dari berbagai pihak (*funding*). Upaya penggalangan dana biasanya dilakukan ke berbagai lembaga yang memang memiliki aktivitas mengumpulkan dana dari masyarakat atau dermawan untuk disumbangkan kembali ke beberapa lembaga sosial. Selain ada juga upaya menggalang dana dengan membangun jaringan dengan perusahaan-perusahaan yang selalu bekerja untuk mendapatkan keuntungan. Perusahaan-perusahaan tersebut biasanya mengembangkan atau mengelola lembaga amal yang diambil dari sedikit keuntungan perusahaan. Program amal yang diselenggarakan oleh perusahaan biasa disebut dengan istilah *corporate social responsibility* (CSR).²¹

¹⁸ Lihat dalam Laporan Publik 9 Tahun Pusat Krisis Terpadu untuk Perempuan dan Anak Korban Kekerasan RS. Cipto Mangunkusumo, h. 23.

¹⁹ *Ibid.*, h. 23-24.

²⁰ *Ibid.*, h. 24.

²¹ *Corporate Social Responsibility* (CSR) merupakan merupakan upaya manajemen yang dijalankan oleh entitas bisnis untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan berdasar keseimbangan pilar ekonomi, sosial dan lingkungan, dengan meminimalkan

PKT RSCM selama ini dalam perjalanan kelembagaannya bisa bertahan, lebih banyak karena dukungan kerjasama dengan berbagai pihak dari luar rumah sakit. Dana operasional PKT RSCM merupakan donor dari berbagai lembaga yang selama ini bekerjasama dengan PKT dan ada juga donor dari para dermawan, pemerintah pun juga sering memberikan dana untuk membantu operasional PKT RSCM. Kemampuan membangun kerjasama kelembagaan tersebut sangat ditentukan oleh kapasitas pengelola dalam membangun relasi dengan lembaga lain. Dalam hal ini maka, pengelola harus sering terlibat dalam berbagai forum yang melibatkan berbagai kalangan, khusus lembaga yang memiliki kepedulian terhadap persoalan kekerasan terhadap perempuan dan anak.

Beberapa kerjasama yang dilakukan oleh PKT RSCM diantaranya kerjasama dengan lembaga internasional yang merupakan bagian dari organisasi PBB yaitu UNFPA dan UNIFEM. Kerjasama dengan lembaga tersebut berupa pemberian dana operasional PKT, pelatihan dan pengembangan sumber daya manusia pengelola PKT. Dana operasional tersebut diberikan untuk mencover biaya penanganan, obat-obatan dan honor relawan. Kerjasama dengan Komnas Perempuan berupa penguatan sumber daya manusia, pendanaan dan dukung moral politis bagi eksistensi PKT di RSCM. Hal ini mengingat dari awal pendirian hingga 10 tahun perjalanannya PKT belum mendapatkan keputusan formal tentang posisi dalam struktur kelembagaan.

Kerjasama yang dilakukan PKT RSCM dengan lembaga pemerintah yaitu dengan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan selama 4 tahun. Kerjasama ini sangat berarti karena bisa mengatasi ketiadaan dana operasional PKT RSCM, yang pada pertengahan tahun kedua beroperasi diputushubungan oleh pihak UNFPA-UNIFEM secara sepihak. Akibatnya operasional PKT RSCM mengalami kendala dana. Bahkan tenaga pelaksana harian PKT tidak mendapatkan honor selama 3 bulan. Padahal

dampak negatif dan memaksimalkan dampak positif di setiap pilar, lihat dalam Sonny Sukada dan Jalal, *Selayang Pandang CSR: Ringkasan "Membumikan Bisnis Berkelanjutan"* lihat dalam Fajar Nursahid, *CSR Bidang Kesehatan dan Pendidikan: Mengembangkan Sumber Daya Manusia*, (Jakarta: Indonesia Bisnis Links, 2008), h. ix.

korban yang datang ke PKT tetap banyak, sehingga pengelola harus mencari cara untuk mendapatkan lembaga donor yang lain. Lewat pembicaraan pengelola PKT dengan menteri negara pemberdayaan perempuan diperoleh kesepakatan bahwa menteri sanggup membiayai operasional PKT. Setelah 4 tahun berlangsung dan pejabat di Kementerian Pemberdayaan Perempuan ganti, kerjasama pendanaan berhenti. Tahun kelima masih memberikan dana tetapi hanya untuk satu semester.

Selanjutnya PKT RSCM membangun kerjasama dengan pemerintah DKI Jakarta dalam bentuk bantuan pendanaan operasional. Pendanaan tersebut diberikan lewat P2TP2A, hanya mencukupi biaya operasional PKT yang sangat terbatas. Sehingga untuk mengurangi keterbatasan dana pengelola mencari dari sumber lain supaya bisa menutup.

Untuk mendapatkan tenaga pelaksana harian yang berpengalaman dan memiliki kualitas kinerja profesional, PKT melakukan kerjasama dengan beberapa fakultas di UI, yang memiliki sumber daya manusia yang kompeten dengan peran dan fungsi PKT. Tenaga dokter diperoleh bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran UI. Untuk mendapatkan tenaga pekerja sosial PKT bekerjasama dengan FISIP UI. Psikolog diperoleh dengan kerja sama dengan Fakultas Psikologi UI.

Ketika korban kekerasan membutuhkan upaya penanganan hukum maka PKT akan membantu mengarahkannya. Persoalan hukum yang seringkali dihadapi korban kekerasan bisa pidana maupun perdata. Untuk menangani kasus hukum tersebut, korban akan diarahkan untuk berkonsultasi langsung dengan lembaga bantuan hukum yang bergerak di bidang ini, karena petugas PKT kurang menguasai persoalan hukum. Dalam rangka memenuhi kebutuhan korban untuk penanganan kasus hukumnya, maka PKT membangun kerjasama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bergerak di bidang bantuan hukum bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak. LSM yang selama ini bekerjasama dengan PKT dalam memberikan bantuan hukum yaitu LBH APIK dan LBH Mawar Sharon.

E. Kesimpulan

Penanganan kasus kekerasan berbasis gender harus dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan berbagai elemen masyarakat, baik komunitas maupun kelembagaan sosial. Upaya tersebut dilakukan dengan pertimbangan bahwa banyak aspek yang harus diberikan pada korban kekerasan berbasis gender. Masalah yang dihadapi korban tidak hanya persoalan fisik yang terluka, lebih dari itu. Aspek psikologis dan hukum serta sosial lainnya harus ditangani, hingga korban ter rehabilitasi dan teresosialisasi menjadi bagian dari kehidupan masyarakat secara wajar. Pengalaman dari penanganan korban kekerasan berbasis gender yang diselenggarakan PKT RSCM Jakarta bisa dijadikan alternatif. Ada banyak pelajaran yang bisa didapatkan, baik sepenuhnya maupun sebagian pola yang digunakan. Tentunya upaya tersebut tidak melepaskan diri dari aspek kekurangan dan kelebihan yang selama ini dialami oleh mereka.[]

Daftar Pustaka

- Abdullah, Irwan, "Dari Domestik ke Publik: Jalan Panjang Pencarian Identitas Perempuan", dalam *Sangkan Paran Gender*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1997.
- Diarsi, Myra dkk., *Layanan Terpadu, Pertautan Multidisiplin dan Sinergi Kekuatan Masyarakat dan Negara*, Jakarta: Komnas Perempuan, 2005.
- _____, *Layanan yang Berpihak*, Jakarta: Komnas Perempuan, 2005.
- Irianto, Sulistyowati, *Hak Asasi Perempuan dalam Perspektif Pluralisme Hukum Baru*, dalam <http://cedawui.org/content/view/182/12/>
- Komnas Perempuan, *Kekerasan dalam Pengalaman Perempuan Indonesia*, 2001.
- Koentjaraningrat, (ed). *Metode-metode Penelitian Masyarakat*, Jakarta: PT Gramedia, 1986.
- Lubis, Mohtar, *Menggapai Dunia Damai*, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1988.
- LBH APIK, *Dokumen Rekomendasi Umum No. 19 Tentang Kekerasan terhadap Perempuan*, Jakarta, tanpa tahun.

-
- Muhajir, Noeng, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Yogyakarta: Rake Sarasin, 1991).
- Miles, Mathew B. dan Huberman, A. Michael, *Analisis Data Kualitatif: Buku Sumber tentang Metode-metode Baru*, Jakarta: UI Press, 1992.
- Tong, Rosemarie Putnam, *Feminist Thought*, terj. Aquarini, Yogyakarta: Jalasutra, 2010.
- Zuhayatin, Siti Ruhaeni, *Kekerasan terhadap Perempuan di Ruang Publik*, Laporan Penelitian, 2002.
- Jurnal Ilmu-Ilmu Sosial *Wacana*, “Kekerasan dalam Masyarakat Transisi”, Edisi 9 Thn. III, 2002.
- Tim Redaksi Fokus Media, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga, Jakarta: Fokusmedia, 2004.
- Laporan Publik 9 Tahun Pusat Krisis Terpadu untuk Perempuan dan Anak Korban Kekerasan RS. Cipto Mangunkusumo Tahun 2009.
- Warsana Windhu, I., *Kekuasaan dan Kekerasan Menurut Johan Galtung*, Yogyakarta: Kanisius, 1992.

