

**GAMBARAN KARAKTERISTIK LUKA PADA KORBAN
KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DI RUMAH
SAKIT BHAYANGKARA KOTA MEDAN
PADA TAHUN 2022-2024**

SKRIPSI



Oleh:

SUKMA SONIA RAMADHANI

2108260230

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2026**

**GAMBARAN KARAKTERISTIK LUKA PADA KORBAN
KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DI RUMAH
SAKIT BHAYANGKARA KOTA MEDAN
PADA TAHUN 2022-2024**

**Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Kelulusan Sarjana Kedokteran**



UMSU

Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh:

SUKMA SONIA RAMADHANI

2108260230

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN**

2026



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext.
20 Fax. (061) 7363488
Website : u.umsu.ac.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Sukma Sonia Ramadhani
NPM : 2108260230
Judul : Gambaran Karakteristik Luka Pada Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan Pada Tahun 2022-2024

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

DEWAN PENGUJI

Pembimbing,

(dr. Mistar R. tonga, Sp.F(K))

Penguji I

Penguji II

(dr. Abdul Gafar Parinduri, M.Ked(For),Sp.F)

(Dr. dr. Muhammad Edy Syahputra Nasution,
M.ked(ORL-HNS), Sp.THT BKL))

Mengetahui,



(dr. Siti Masliana Siregar, Sp.THT-KL., Subsp.Rino(K))
NIDN: 0106098201

Ketua Program Studi
Pendidikan Dokter
FKIK UMSU

(dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked)
NIDN: 0112098605

Ditetapkan di : Medan
Tanggal : 4 Februari 2026

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sukma Sonia Ramadhani

NPM : 2108260230

Judul Skripsi : **Gambaran Karakteristik Luka Pada Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga Dirumah Sakit Bhayangkara Kota Medan Pada Tahun 2022-2024**

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 04 Februari 2026



(Sukma Sonia Ramadhani)

ABSTRAK

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan masalah sosial dan kesehatan yang masih tinggi di Indonesia, dengan dampak fisik, psikologis dan sosial yang serius. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik luka pada korban KDRT yang mendapatkan pemeriksaan Visum et Repertum di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024. Penelitian menggunakan desain deskriptif retrospektif dengan 74 sampel korban KDRT yang memenuhi kriteria inklusi. Data dianalisis secara univariat dan dijadikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas korban adalah perempuan (93,24%) dengan rentang usia terbanyak 21-30 tahun (39,18%). Jenis luka yang paling sering ditemukan adalah memar (57,05%) diikuti luka lecet gores (36,8%). Lokasi luka terbanyak terdapat pada kepala (22,6%), kemudian mata (13,01%) dan pipi (10,95%). Kesimpulannya, korban KDRT umumnya adalah perempuan usia produktif, dengan luka memar pada bagian tubuh atas, khususnya kepala dan wajah. Hasil ini diharapkan dapat menjadi dasar penguatan dokumentasi medis serta upaya pencegahan dan penanganan kasus KDRT secara lebih optimal.

Kata kunci: Kekerasan dalam rumah tangga, luka, visum et repertum, forensik, Medan

ABSTRACT

Domestic violence is a prevalent social and health issue in Indonesia, carrying serious physical, psychological, and social impacts. This study aims to describe the characteristics of injuries in domestic violence victims who underwent Visum et Repertum examinations at Bhayangkara Hospital, Medan, between 2022 and 2024. This research employed a retrospective descriptive design with a sample of 74 domestic violence victims meeting the inclusion criteria. Data were analyzed univariately and presented in frequency distributions. The results showed that the majority of victims were female (93.24%), with the most frequent age range being 21–30 years (39.18%). The most common type of injury found was bruising (57.05%), followed by abrasions (36.8%). The most frequent injury locations were the head (22.6%), followed by the eyes (13.01%) and the cheeks (10.95%). In conclusion, domestic violence victims are generally women of productive age, sustaining bruises on the upper body, particularly the head and face. These findings are expected to serve as a basis for strengthening medical documentation and optimizing prevention and handling efforts for domestic violence cases.

Keywords: *Domestic violence, injury, visum et repertum, forensics, Medan*

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan penuh rasa syukur, saya panjatkan puji dan syukur kepada Allah subhanahu wa ta'ala atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya menyadari bahwa penyelesaian skripsi ini tidak akan tercapai tanpa dukungan, bantuan, dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan penuh hormat, saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Siti Masliana Siregar, Sp.T.H.T.B.K.L., Subsp.Rino(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
2. dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
3. dr. H. Mistar Ritongaa, Sp.FM(K), MH(Kes), selaku dosen pembimbing dengan penuh rasa hormat penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga dan telah menjadi pilar utama dalam proses ini. Terima kasih atas setiap waktu yang telah dokter luangkan, atas kesabaran dalam membimbing, atas koreksi dan masukan yang tak pernah lelah diberikan. Setiap bimbingan yang diberikan bukan hanya membentuk skripsi ini menjadi lebih baik, tetapi juga membentuk penulis menjadi pribadi yang lebih kuat dan bertanggung jawab.
4. dr. Abdul Gafar Parinduri, M.Ked(For), Sp.F, selaku dosen penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberi banyak masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Dr.dr. Muhammad Edy Syahputra Nasution, M.Ked(ORL-HNS), Sp. T.H.T.B.K.L selaku Wakil Dekan III Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara sekaligus Penguji II yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberi banyak masukan dalam penyusunan skripsi ini.

6. dr. Zaldi Sp.M, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dukungan dan perhatian dalam seluruh aktivitas akademik saya selama menjalani studi di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
7. Seluruh staf RS. Bhayangkara Tk II Medan atas arahan dan bantuan kepada penulis selama proses penulisan berlangsung.
8. Seluruh staf Akademik, Umum, Tata Usaha, Perpustakaan, Kebersihan dan Keamanan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah melayani segala keperluan peneliti selama masa perkuliahan hingga penyusunan skripsi.
9. Teruntuk cinta pertama dan panutan penulis, panggilan yang biasa penulis panggil dengan sebutan ayah, kepada bapak Kapten Sukijan dengan tulus penulis ingin mengucapkan terima kasih banyak atas setiap perjuangan serta pengorbanan yang dengan tulus telah diberikan sepenuhnya untuk penulis. Terima kasih telah menjadi penyemangat penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini dan selalu berusaha dengan segala upaya untuk mencukupi segala kebutuhan penulis dari awal peneliti lahir kedunia ini, tak terhingga bentuk rasa Syukur yang dapat penulis sampaikan dan rasa bangga telah dapat menjadi anak dari orang tua yang hebat ini dan tak lupa penulis selalu mendoakan agar ayah selalu dilindungi dan dilimpahkan kesehatan serta perlindungan dari Allah SWT.
10. Teruntuk cinta pertama dan semangat penulis, mama tercinta Ibunda Sapriani Saragih S.Keb.Bd peneliti menyadari bahwa tiada kata yang mampu sepenuhnya menggambarkan rasa Syukur ini. Namun, dengan penuh cinta dan ketulusan, izinkan peneliti mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada mama tercinta atas segala doa, kasih sayang, serta pengorbanan yang tak terhingga selama ini. Dalam setiap langkah perjalanan hidup dan pendidikan peneliti, selalu ada doa yang mama panjatkan, nasihat yang menenangkan dan semangat yang menguatkan. Peneliti menyadari bahwa pencapaian ini tidak akan mungkin terwujud tanpa kehadiran dan peran luar biasa dari seorang Ibunda yang

penuh cinta dan ketulusan. Terima kasih telah berjuang bersama peneliti. Tanpa kehadiran kalian, orang tua yang sangat luar biasa, pencapaian ini tidak mungkin terwujud, karena kalian merupakan sumber inspirasi dan kekuatan yang tak tergantikan bagi peneliti. Peneliti berharap dengan terselesaikannya skripsi ini, dapat menjadi bentuk penghormatan dan apresiasi atas segala perjuangan dan kasih sayang yang kalian berikan. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kesehatan, kebahagiaan, serta umur panjang kepada mama dan ayah dan menjadikan setiap doa serta pengorbanan mama sebagai amal jariyah yang tiada putus.

11. Satu-satunya saudara kandung penulis dr. Febry Aris Munandar. Meski kebersamaan kita tak selalu diwarnai ketenangan, terkadang penuh canda, perdebatan kecil dan sikap saling menguji kesabaran, namun semua itu justru menjadi warna yang mempererat ikatan kita sebagai saudara. Penulis ucapkan terima kasih untuk dukungan yang berarti, semangat dan do'a. Terima kasih selalu menjadi kakak yang membanggakan bagi penulis, selalu menjadi motivasi penulis serta menjadi salah satu garda terdepan dalam hidup penulis.
12. Sahabat- sahabat penulis yang sudah seperti saudara Nur Atikah Harahap, Sanindy Rahma Dania, Nazwa Amanda Kirana, Syafinatun Najah Simanjuntak, Nadya Andriani, Tri Oktaria Afriyanda, Andra Putri Ananta Simbolon, Maduri Rianer Putri, Nur Haliza Saragi, Nora Nadifa, Trinita Nadya Hasan, Nur Hafizah Hafni, Anisa Koloko br Sembiring, Oyat mi, Elma Khairunisa, Tiara Rahmadani Siregar, Malika Syaidina Aziza Hakim yang telah memberikan perhatian, semangat dan selalu ada dalam suka dan duka serta hadir memberikan bantuan kepada penulis baik dalam proses pendidikan maupun hal lainnya.
13. Kepada teman-teman seperjuangan di Fakultas Kedokteran UMSU angkatan 2021 yang telah saling mendukung dan berjuang bersama dalam meraih gelar sarjana kedokteran.
14. Terakhir, tentunya kepada diri saya sendiri Sukma Sonia Ramadhani yang meski sering merasa tidak cukup, tetap memilih untuk menyelesaikan apa

yang telah dimulai. Bukan karena sempurna, tetapi karena jujur pada prosesnya. Seperti kutipan penyemangat dari Taylor Swift: *“Life can be heavy, especially if you try to carry it all at once. Part of growing up and moving into new chapters of your life is about catch and release. What I mean by that is, knowing what things to keep, and what things to release. You can’t carry all things. Decide what is yours to hold and let the rest go.”* Maka mari kita rayakan pencapaian ini, dan nikmati setiap proses kehidupan selanjutnya dengan versi diri yang terus bertumbuh.

Medan, 04 Februari 2026



Sukma Sonia Ramadhani

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : SUKMA SONIA RAMADHANI

NPM : 2108260230

Fakultas : Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Noneksklusif atas skripsi saya yang berjudul: **Gambaran Karakteristik Luka Pada Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga Dirumah Sakit Bhayangkara Kota Medan Pada Tahun 2022-2024.** Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan

Pada tanggal : 4 Februari 2026

Yang Menyatakan,



SUKMA SONIA RAMADHANI

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR.....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT).....	7
2.1.1 Defenisi Kekerasan	7
2.1.2 Rumah Tangga	7
2.1.3 Defenisi Kekerasan dalam Rumah Tangga	7
2.14 Faktor yang Mempengaruhi Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT	8
2.1.5 Jenis Kekerasan dalam Rumah Tangga.....	9
2.2 Traumalogi	10
2.2.1 Defenisi Trauma	10
2.2.2 Etiologi Trauma.....	10
2.2.3 Klasifikasi Cedera	12
2.6 Kerangka Teori	27

2.7 Kerangka Konsep.....	27
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	28
3.1 Defenisi Operasional.....	28
3.2 Jenis Penelitian.....	28
3.3. Waktu dan Tempat Penelitian.....	29
3.4 Populasi dan Sampel.....	29
3.5 Tehnik Pengumpulan Data.....	29
3.5.1 Cara Kerja Penelitian.....	29
3.6 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	30
3.6.1 Pengolahan Data.....	30
3.6.2 Analisis Data.....	30
3.7 Alur Penelitian.....	31
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	32
4.1 Hasil Penelitian.....	32
4.4.1 Deskripsi Lokasi Penelitian.....	32
4.4.2 Analisis Data.....	32
4.1.2.1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian.....	32
4.1.2.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	33
4.1.2.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia.....	34
4.1.2.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka.....	35
4.1.2.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka.....	36
4.2 Pembahasan.....	38
4.2.1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan.....	38
4.2.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.....	39
4.2.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia.....	40
4.2.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka.....	42
4.2.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi.....	43
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	46
5.1 Kesimpulan.....	46
5.4 Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Luka lecet tekan	6
2.2. Luka lecet geser.....	7
2.3. Luka lecet gores	7
2.4. Luka serut.....	7
2.5. Luka memar	8
2.6. Luka robek	8
2.7. Luka sayat	9
2.8. Luka tusuk.....	10
2.9. Luka bacok.....	10
2.10. Luka tembak masuk dan luka tembak keluar	10
4.1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian KDRT.....	33
4.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin	34
4.3 Distribusi Frekuensi Usia Korban KDRT	35
4.4 Distribusi Frekuensi Jenis Luka Korban KDRT	36
4.5 Distribusi Frekuensi Lokasi Luka Korban KDRT	38

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan salah satu masalah sosial yang masih marak dan sangat serius terjadi di banyak negara, termasuk di Indonesia.¹ Studi dari berbagai negara menunjukkan, angka kejadian Kekerasan Dalam Rumah Tangga berkisar antara 15- 71%. Di Indonesia, kasus kekerasan terhadap perempuan cenderung meningkat. Jumlah kasus kekerasan pada tahun 2010 meningkat sekitar lima kali lipat dibandingkan dengan tahun 2006. Kekerasan dalam rumah tangga adalah kasus utama kekerasan terhadap perempuan, mencapai 96% pada tahun 2010. Berdasarkan data tahunan Indonesia dari Simfoni PPA dan Kemen PPA mencatat bahwa jumlah kasus pada tahun 2021 adalah 25.210 kasus, dan pada tahun 2020 adalah 20.501 kasus. Sedangkan jumlah kasus KDRT di Medan, Sumatra Utara pada tahun 2021 adalah 837 kasus.²

Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga Pasal 1 dan Pasal 2 menyatakan bahwa KDRT tidak hanya kekerasan fisik (pukulan, tendangan, pemerkosaan) tetapi bisa berupa kekerasan psikologis (ancaman, penghinaan, intimidasi), kekerasan seksual, maupun ekonomi yang dilakukan oleh pasangan hidup, orangtua, atau anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya.³ Di Indonesia kekerasan pada perempuan di dalam rumah tangga masih di pandang biasa, dan masih di anggap sebuah dinamika kehidupan yang harus dijalani.⁴ Dari banyaknya kasus yang terjadi, tidak semua korban melapor. Korban lebih memilih tutup mulut karena tidak tahu harus mengadu kepada siapa serta sering dianggap mempermalukan dan menyebabkan keretakan hubungan keluarga. Alasan ini menyulitkan pihak berwenang dalam pengumpulan data dan penyelesaian masalah.⁵ Ketidakseimbangan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan akibat budaya patriarki yang berkembang dalam masyarakat memberikan kedudukan lebih tinggi pada laki-laki dan suami sehingga tidak jarang perempuan dipandang sebagai

milik suami dalam perkawinan.⁶ Frustrasi, ketergantungan ekonomi, pengaruh alkohol dan kurangnya komunikasi merupakan sedikit dari banyaknya faktor yang dapat menimbulkan terjadinya KDRT.

Adapun bentuk-bentuk kekerasan dalam rumah tangga, seperti kekerasan fisik, kekerasan psikis, kekerasan seksual, penelantaran rumah tangga. Di antara jenis-jenis kekerasan tersebut, kekerasan fisik sering kali meninggalkan bukti yang paling nyata dalam bentuk luka pada tubuh korban. Luka yang timbul akibat kekerasan fisik dapat memberikan informasi penting mengenai jenis kekerasan, alat yang digunakan, pola serangan, dan tingkat keparahan insiden. Oleh karena itu, karakteristik luka pada korban KDRT dapat menjadi indikator penting dalam proses identifikasi, diagnosis medis, dan penegakan hukum. Rumah sakit, terutama rumah sakit yang bekerja sama dengan aparat penegak hukum seperti Rumah Sakit Bhayangkara, memiliki peran strategis dalam mendokumentasikan temuan medis sebagai bagian dari proses pembuktian kasus KDRT.

Rumah Sakit Bhayangkara sebagai rumah sakit yang memiliki layanan medis untuk korban kejahatan, termasuk KDRT, sering kali menjadi tempat pertama bagi korban untuk mendapatkan penanganan medis terhadap luka yang dialami serta pembuatan *Visum et Repertum*. *Visum et Repertum* adalah pemeriksaan medis yang bertujuan untuk memberikan bukti atas adanya tindak kekerasan yang dialami oleh korban. Pemeriksaan ini mencakup pemeriksaan fisik terhadap luka atau cedera yang dialami korban. Namun, data yang terstruktur dan terperinci mengenai gambaran karakteristik luka pada korban KDRT di rumah sakit ini masih terbatas. Padahal, data tersebut sangat dibutuhkan untuk memahami pola kekerasan yang terjadi, mengembangkan strategi pencegahan, serta meningkatkan kualitas penanganan medis dan hukum bagi para korban.

Berdasarkan hasil observasi pendahuluan di instalasi gawat darurat (IGD) dan unit forensik Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan ditemukan bahwa sebagian besar korban yang datang dengan luka fisik akibat KDRT tidak secara langsung mengungkapkan bahwa mereka menjadi korban kekerasan rumah tangga. Luka yang tampak umumnya berupa memar pada wajah, lengan, dan punggung, serta luka robek akibat benda tumpul. Namun, dalam rekam medis,

penyebab luka sering hanya dicatat sebagai “trauma benda tumpul” tanpa keterangan rinci mengenai dugaan KDRT, karena minimnya informasi dari korban dan keterbatasan wawancara medis awal.

Wawancara dengan seorang perempuan korban berinisial “S” (usia 29 tahun) mengungkapkan bahwa ia mengalami kekerasan fisik dari suaminya sejak dua tahun terakhir, namun baru pertama kali berobat ke rumah sakit karena luka di wajahnya tidak bisa disembunyikan. Ia mengaku takut melapor karena khawatir akan dampak terhadap anak-anaknya dan tekanan dari pihak keluarga. Korban lainnya, “M” (usia 35 tahun), datang dengan luka lebam di bagian lengan dan dada. Ia mengatakan bahwa ini adalah kali ketiga ia mengalami kekerasan fisik, tetapi sebelumnya hanya berobat ke klinik swasta karena malu diketahui tetangga. Sementara itu, korban “R” (usia 41 tahun) menyatakan bahwa ia hanya ingin berobat tanpa membuat laporan polisi, karena pelaku merupakan suaminya yang bekerja sebagai aparat. Wawancara dengan tenaga medis menunjukkan bahwa tidak semua petugas memiliki pelatihan khusus dalam menangani korban KDRT. Selain itu, belum ada sistem pencatatan luka yang terstandar untuk keperluan forensik, dan kebanyakan dokumentasi hanya bersifat deskriptif umum. Petugas juga mengungkapkan bahwa korban kerap menolak difoto atau dilaporkan lebih lanjut, sehingga menyulitkan proses rujukan ke layanan pendampingan hukum atau psikososial. Hasil penelitian pendahuluan ini menunjukkan bahwa selain luka fisik, korban KDRT juga menghadapi hambatan psikologis dan sosial dalam mengungkapkan kejadian kekerasan. Di sisi lain, rumah sakit sebagai tempat pertama penanganan belum memiliki sistem yang optimal dalam mengidentifikasi dan mendokumentasikan kasus KDRT secara menyeluruh.

Menurut penelitian tentang kekerasan tajam dan tumpul pada korban hidup yang dilakukan oleh Wardani *et al.*, (2021) di RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Kabupaten Klaten didapatkan jumlah kasus penganiayaan dari tahun 2017-2019 sebanyak 30 kasus. Kelompok umur terbanyak yaitu kelompok usia rentang 17-40 tahun sebanyak 18 (60%), korban perempuan sebanyak 17 (56,7%), jenis kekerasan terbanyak yaitu kekerasan tumpul yakni sebanyak 30 (100%), jenis luka terbanyak yaitu luka lecet yakni berjumlah 12 (40%), dan lokasi luka

terbanyak adalah pada area kepala dan wajah dengan jumlah 11 (36,7%).⁸

Hingga saat ini, penelitian mengenai kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di Indonesia umumnya lebih banyak difokuskan pada aspek psikologis korban, faktor penyebab KDRT, serta dampaknya terhadap keluarga dan masyarakat. Sementara itu, kajian yang secara spesifik membahas karakteristik luka fisik akibat KDRT, terutama berdasarkan data medis dari rumah sakit rujukan seperti Rumah Sakit Bhayangkara, masih sangat terbatas. Padahal, karakteristik luka seperti jenis luka, letak luka, serta pola kekerasan yang dapat dikenali melalui luka tersebut memiliki nilai penting dalam proses hukum dan pembuktian forensik. Selain itu, belum ditemukan data yang terdokumentasi secara ilmiah dan komprehensif mengenai karakteristik luka korban KDRT di wilayah Kota Medan, khususnya di Rumah Sakit Bhayangkara yang kerap menjadi tempat rujukan korban kekerasan. Tidak adanya dokumentasi tersebut menciptakan celah informasi yang menyulitkan dalam penyusunan strategi perlindungan korban dan penguatan sistem pelaporan medis untuk kasus KDRT. Dengan demikian, terdapat kebutuhan untuk mengisi kekosongan data (gap penelitian) dan memperkuat literatur mengenai aspek medis dari kasus KDRT di ranah lokal.

Penelitian ini penting untuk memberikan gambaran pola luka korban KDRT, meningkatkan kualitas pencatatan medis, mendukung pelaporan hukum, dan merumuskan SOP penanganan korban KDRT di rumah sakit, sekaligus meningkatkan kesadaran tenaga medis akan pentingnya deteksi dini dan dokumentasi luka akibat kekerasan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian yang berjudul “Gambaran Karakteristik Luka Pada Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui jenis luka pada korban KDRT yang mendapatkan pemeriksaan Visum et Repertum di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024.
2. Untuk mengetahui lokasi luka pada korban KDRT yang mendapatkan pemeriksaan Visum et Repertum di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024.
3. Untuk mengetahui prevalensi jenis kelamin pada korban KDRT yang mendapatkan pemeriksaan Visum et Repertum di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024.
4. Untuk mengetahui prevalensi usia pada korban KDRT yang mendapatkan pemeriksaan Visum et Repertum di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Penelitian ini diharapkan dapat membantu mahasiswa dalam mengenali serta memahami karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga.
2. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelasan kepada masyarakat mengenai karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga.
3. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan pengetahuan yang dapat menambah wawasan mengenai gambaran karakteristik luka pada korban kekerasan rumah tangga.
4. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi yang bermanfaat dalam pemberian penyuluhan kepada masyarakat, khususnya dalam kegiatan PKK dan program-program lainnya, untuk meningkatkan

pemahaman serta partisipasi aktif dalam upaya penghapusan kekerasan dalam rumah tangga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

2.1.1 Definisi Kekerasan

Kekerasan, menurut Kamus Bahasa Indonesia, diartikan sebagai sesuatu yang bersifat atau berciri keras, yaitu perbuatan yang menyebabkan cedera atau bahkan kematian pada orang lain, atau merusak fisik. Dengan kata lain, kekerasan adalah tindakan yang menimbulkan luka, cacat, atau sakit, dan penting untuk dicatat bahwa tindakan tersebut sering kali melibatkan paksaan atau ketidakrelaannya pihak yang menjadi korban. Dalam bahasa Inggris, kata "violence" memiliki arti yang mirip, yakni sebuah serangan atau invasi terhadap fisik maupun integritas mental seseorang. Namun, dalam bahasa Indonesia, kekerasan lebih sering dipahami sebagai serangan fisik saja. Jadi, jika pengertian "violence" sama dengan kekerasan, maka kekerasan itu mencakup baik kekerasan fisik maupun psikologis.⁹

2.1.2 Rumah Tangga

Rumah tangga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari orang-orang yang tinggal bersama di satu tempat tinggal. Apakah rumah tersebut dimiliki atau disewa oleh rumah tangga memiliki pengaruh besar terhadap stabilitas keuangan dan kesejahteraan keluarga. Beberapa faktor dalam rumah tangga, seperti pendapatan, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan, juga dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk membeli atau menyewa rumah.¹⁰

2.1.3 Definisi Kekerasan Dalam Rumah Tangga

Kekerasan, khususnya kekerasan dalam rumah tangga, adalah pelanggaran terhadap hak asasi manusia dan martabat kemanusiaan, serta bentuk diskriminasi. Kekerasan dalam bentuk apapun, apalagi dengan alasan apapun, tidak dapat dibenarkan. Oleh karena itu, segala bentuk kekerasan, sekecil apapun, dapat

dilaporkan sebagai tindak pidana dan diproses sesuai hukum. Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merujuk pada segala tindakan yang menyebabkan penderitaan fisik, seksual, psikologis, atau pengabaian dalam rumah tangga, termasuk ancaman, pemaksaan, atau perampasan kebebasan secara melawan hukum.

KDRT ini sering disebut juga dengan istilah kekerasan domestik, yang tidak hanya terjadi antara suami dan istri, tetapi juga mencakup kekerasan yang terjadi pada anggota lain dalam rumah tangga. Anggota lain ini bisa berupa: 1) suami, istri, dan anak (termasuk anak angkat atau tiri); 2) orang-orang yang memiliki hubungan keluarga dengan suami, istri, atau anak berdasarkan darah, perkawinan, persusuan, pengasuhan, atau perwalian, yang tinggal dalam rumah tangga tersebut; 3) orang yang bekerja membantu rumah tangga dan tinggal bersama di rumah tangga itu.

Dalam konvensi Hak Asasi Manusia internasional, seperti *Universal Declaration of Human Rights (UDHR)*, *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)*, dan *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)*, sudah ada kesepakatan global yang menekankan bahwa KDRT adalah masalah dunia. Setiap negara yang meratifikasi perjanjian ini harus berkomitmen untuk mencegah tindak kekerasan dalam rumah tangga. Dalam hal ini, korban KDRT dapat menggugat negaranya jika merasa hak-haknya dilanggar.¹¹

2.1.4 Faktor yang Memengaruhi Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) adalah bentuk diskriminasi terhadap hak asasi manusia dan merupakan pelanggaran terhadap martabat kemanusiaan. Kekerasan ini memiliki dampak yang besar bagi kehidupan seseorang, terutama bagi mereka yang terlibat dalam rumah tangga tersebut. Lebih jauh lagi, KDRT bisa berdampak pada lahirnya generasi dengan moral yang buruk. KDRT adalah masalah yang kompleks dan bisa dipicu oleh berbagai faktor. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya KDRT antara lain:

- a. Faktor Psikologis: Kondisi psikologis yang tidak stabil, seperti gangguan emosional atau mental, dapat menjadi pemicu kekerasan dalam rumah tangga.
- b. Faktor Sosial: Masalah sosial seperti tekanan ekonomi, pengangguran, atau ketegangan dalam keluarga sering kali menyebabkan stres yang berujung pada kekerasan.
- c. Faktor Budaya: Beberapa nilai budaya atau tradisional menganggap kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan konflik atau mengendalikan pasangan.
- d. Faktor Lingkungan: Lingkungan yang penuh dengan kekerasan, mudahnya akses ke senjata atau obat-obatan, serta situasi keamanan yang buruk bisa mendorong terjadinya kekerasan.
- e. Faktor Individu: Beberapa individu memiliki kecenderungan untuk agresif atau kurang empati, yang meningkatkan kemungkinan terjadinya KDRT.
- f. Faktor Gender: Ketidaksetaraan antara laki-laki dan perempuan, serta stereotip gender, sering menjadi pemicu utama kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga.
- g. Faktor Sejarah Keluarga: Mereka yang pernah menjadi korban atau pelaku KDRT di masa lalu memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami atau melakukan KDRT di masa depan.¹²

2.1.5 Jenis Kekerasan Pada Rumah Tangga

Menurut Pasal 5 UU PKDRT No. 23 Tahun 2004, bentuk-bentuk kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) meliputi:

- a. Kekerasan fisik, yaitu tindakan yang menyebabkan rasa sakit, sakit, atau luka parah pada korban.
- b. Kekerasan psikis, yaitu tindakan yang menimbulkan rasa takut, hilangnya rasa percaya diri, ketidakmampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, atau penderitaan psikologis yang berat.
- c. Kekerasan seksual, yaitu pemaksaan untuk melakukan hubungan seksual terhadap seseorang dalam lingkup rumah tangga tersebut.
- d. Penelantaran rumah tangga, yaitu tindakan yang menyebabkan

ketergantungan ekonomi, seperti membatasi atau melarang seseorang untuk bekerja dengan layak, baik di dalam rumah atau di luar rumah, sehingga korban berada di bawah kontrol pelaku.¹³

2.2 Traumatologi

2.2.1 Definisi Trauma

Traumatologi adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari dan menangani cedera atau trauma fisik pada tubuh manusia, baik yang disebabkan oleh kecelakaan, benturan, luka, atau kondisi medis lainnya yang mengakibatkan kerusakan pada jaringan tubuh. Traumatologi mencakup diagnosis, pengobatan, serta rehabilitasi pasien yang mengalami trauma.⁶

Trauma dalam forensik adalah konsep pemeriksaan trauma dari sudut pandang medikolegal dalam suatu yurisdiksi tertentu. Cedera yang disebabkan oleh trauma fisik langsung dievaluasi secara klinis di poliklinik rawat jalan atau unit gawat darurat rumah sakit untuk kepentingan medikolegal.⁶

Traumatologi adalah ilmu yang mempelajari tentang luka dan cedera serta hubungannya dengan berbagai kesehatan (rudapaksa).⁷

2.2.2 Etiologi Trauma

Pemahaman tentang etiologi trauma sangat penting dalam penanganan cedera, karena menentukan pendekatan pengobatan serta pencegahan lebih lanjut. Berdasarkan mekanisme cedera, trauma fisik langsung secara umum dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis utama: trauma benda tumpul (blunt force), trauma benda tajam (penetrating/sharp force), dan trauma perlambatan (deceleration trauma).⁶

Mekanisme cedera atau trauma dapat diklasifikasikan sebagai tumpul, penetrasi, termal, dan ledakan. Dalam semua kasus, energi ditransfer ke jaringan—atau, dalam kasus pembekuan, energi (panas) dipindahkan dari jaringan. Berikut adalah beberapa hukum mekanika dan konservasi energi yang membantu kita memahami bagaimana jaringan mengalami cedera:

1. Energi tidak diciptakan atau dihancurkan; namun, bentuknya bisa berubah.
2. Sebuah tubuh yang bergerak atau tubuh yang diam cenderung tetap dalam keadaan tersebut sampai dipengaruhi oleh gaya luar.
3. Setiap aksi memiliki reaksi yang sama dan berlawanan.
4. Energi kinetik (EK) sama dengan massa (m) objek yang bergerak dikalikan dengan kuadrat kecepatan (v) dan dibagi dua. Oleh karena itu, bahkan peningkatan kecepatan yang sederhana dapat secara dramatis meningkatkan energi kinetik.
5. Gaya (F) sama dengan massa dikali percepatan (atau perlambatan): $F = ma$.
6. Cedera bergantung pada jumlah dan kecepatan transmisi energi, luas permukaan tempat energi diterapkan, dan sifat elastis jaringan yang menerima transfer energi tersebut.
7. Ukuran, bentuk (misalnya, tajam, tumpul, atau bergerigi), dan massa objek yang memberi dampak memodifikasi jumlah energi yang ditransmisikan ke jaringan.¹⁴

Etiologi trauma dapat berasal dari trauma mekanik, trauma fisika maupun trauma kimia.⁷

a. Trauma Mekanik

Trauma yang terjadi akibat benda yang berasal dari:

1. Kekerasan oleh benda tajam
2. Kekerasan oleh benda tumpul
3. Tembakan senjata api

b. Trauma Fisika

Trauma yang terjadi akibat energi dan kalor yang berasal dari:

1. Suhu
2. Listrik dan petir
3. Perubahan tekanan udara
4. Akustik
5. Radiasi

c. Trauma Kimia

Trauma yang terjadi akibat zat atau senyawa bersifat korosif (merusak/menghancurkan jaringan dengan cepat) berasal dari:

1. Asam kuat
2. Basa kuat

2.2.3 Klasifikasi Cedera

Cedera terjadi ketika energi yang melebihi toleransi jaringan ditransmisikan ke tubuh manusia. Energi yang ditransmisikan bisa berupa kinetik, termal, kimia, radian, dan listrik. Biomekanika (dari “bio” yang berarti kehidupan, dan “mekanika” yang berarti gerakan dan gaya) adalah ilmu yang mempelajari gaya internal dan eksternal yang bekerja pada tubuh manusia dan efek yang ditimbulkan oleh gaya-gaya tersebut. Biomekanika memainkan peran penting dalam mekanisme cedera, terutama dalam kecelakaan kendaraan bermotor.¹⁴

Rincian dari kejadian cedera dapat memberikan petunjuk untuk mengidentifikasi 90% cedera pasien. Informasi spesifik yang perlu diperoleh oleh dokter terkait biomekanika dan mekanisme cedera meliputi:

1. Jenis peristiwa traumatik (misalnya, tabrakan kendaraan, jatuh, atau cedera penetrasi).
2. Perkiraan jumlah energi yang ditransfer (misalnya, kecepatan kendaraan saat tabrakan, jarak jatuh, dan kaliber serta jenis senjata).
3. Benturan atau dampak pasien dengan objek (misalnya, mobil, pohon, pisau, tongkat baseball, atau peluru).¹⁴

Adapun derajat luka antara lain sebagai berikut :

1. Luka Ringan

Luka yang tidak menyebabkan penyakit atau halangan dalam melakukan pekerjaan. Ketentuan hukum menurut KUHP Pasal 352.

2. Luka Sedang

Luka yang menyebabkan penyakit atau halangan dalam melakukan pekerjaan untuk sementara waktu. Ketentuan hukum menurut KUHP Pasal 351

3. Luka Berat

- a. Luka yang sesuai dengan kriteria KUHP Pasal 90.
- b. Luka atau penyakit yang tidak dapat sembuh dan menyebabkan kematian.
- c. Luka atau penyakit yang menyebabkan halangan dalam melakukan pekerjaan untuk selamanya.
- d. Tidak berfungsi atau rusaknyalah satu panca indra.
- e. Cacat besar.
- f. Gangguan yang dialami lebih dari 4 minggu.
- g. Kematian janin dalam kandungan atau keguguran pada perempuan.

Secara umum, jenis-jenis luka atau cedera dapat dibagi menjadi empat, yaitu:

1. *Mechanical Injury*

Cedera mekanik merupakan cedera yang paling banyak ditemui pada korban kekerasan dalam rumah tangga. Cedera mekanik dapat dibagi menjadi cedera tumpul, tajam dan senjata tembak.⁵

A. Kekerasan Tumpul

1. Luka Lecet

Luka lecet adalah suatu kerusakan mengenai lapisan epidermis akibat kekerasan dengan benda yang mempunyai permukaan yang kasar, sehingga epidermis menjadi tipis, sebagian atau seluruh lapisan hilang. Kadang-kadang luka lecet dapat memberi petunjuk tentang jenis benda yang menyebabkan, misalnya luka tersebut berbentuk ban mobil.¹⁵

Mekanisme / teknik luka dapat berupa:

- a. Tekanan: Luka lecet tekan/ cetak
- b. Gesekan: Luka lecet gesek/gulir/seret/geser
- c. Kombinasi antara gesekan dan tekanan (lecet regang): luka lecet serut/gores/cakar/garuk

Ciri luka lecet pada umumnya yaitu:

- a. Sebagian atau seluruh epitel hilang
- b. Permukaan tertutup oleh eksudasi yang akan mengering (krusta)

- c. Timbul reaksi radang berupa penimbunan sel-sel PMN
- d. Biasanya tidak meninggalkan jaringan parut.

Luka lecet dapat terjadi ante mortem atau post mortem.

- a. Antemortem: Warna coklat kemerahan karena eksudasi. Pada pemeriksaan mikroskopis terdapat sisa-sisa epithelium dan tanda-tanda intra vital.
- b. Post Mortem: Tampak mengkilap, warna kekuningan. Pada pemeriksaan mikroskopis, epidermis terpisah sempurna dari dermis dan tidak ditemukan tanda-tanda intra vital. Pada umumnya terjadi pada daerah penonjolan tulang.

Umur luka lecet secara makroskopis maupun mikroskopis dapat diperkirakan sebagai berikut:

- a. Hari ke 1 sampai dengan 3 berwarna coklat kemerahan karena eksudasi darah dan cairan lymph
- b. 2 atau 3 hari kemudian pelan-pelan bertambah suram dan lebih gelap
- c. Dalam beberapa minggu akan timbul penyembuhan lengkap.¹⁵

Adapun klasifikasi luka lecet antara lain sebagai berikut :

- a. Luka lecet tekan/cetak

Luka lecet tekan disebabkan oleh penjejakan benda tumpul pada kulit. Karena kulit adalah jaringan yang lentur, maka bentuk luka lecet tekan belum tentu sama dengan bentuk permukaan benda tumpul tersebut, tetapi masih memungkinkan identifikasi benda penyebab yang mempunyai bentuk khas misalnya kisi-kisi radiator mobil, jejas gigitan dan sebagainya.⁷

Pada luka lecet tekan/cetak, permukaannya teraba cekung bentuk cetakan dan tekanan benda (sehingga tidak rata). Gambaran yang ditemukan pada mayat adalah daerah kulit yang kaku dengan warna lebih gelap dari sekitarnya akibat menjadi lebih padatnya jaringan yang tertekan serta terjadinya pengeringan yang berlangsung pasca mati.⁷

Adapun luka lecet tekan terlihat pada gambar 2.1 sebagai berikut:



Gambar 2.1 Luka Lecet Tekan

b. Luka lecet gesek/geser

Luka lecet gesek/geser/seret/gulir disebabkan oleh tekanan linier pada kulit disertai gerakan bergeser, misalnya pada kasus gantung atau jerat serta korban pecut, luka geser yang terjadi semasa hidup mungkin sulit dibedakan dari luka lecet geser yang terjadi pasca mati.⁷

Pada luka lecet gesek/geser/seret/gulir, permukaannya teraba dan terlihat tidak rata karena ada penumpukan epitel, sering ditemukan juga penumpukan epitel di satu sisi dari tepi luka (sehingga tidak rata).

Adapun luka lecet geser terlihat pada gambar 2.2 sebagai berikut:



Gambar 2.2 Luka lecet geser

c. Luka lecet gores

Luka lecet gores diakibatkan oleh benda runcing (misalnya kuku jari yang menggores kulit) yang menggeser lapisan permukaan kulit (epidermis) di depannya dan menyebabkan lapisan tersebut terangkat sehingga dapat menunjukkan arah kekerasan yang terjadi.⁷

Pada luka lecet gores/regang dan serut, permukaannya teraba cekung serta terlihat juga penumpukan epitel di satu sisi dari tepi luka (sehingga tidak rata). Adapun luka lecet gores terlihat pada gambar 2.3 sebagai berikut:



Gambar 2.3 Luka lecet gores

d. Luka lecet serut

Pada luka lecet serut, permukaannya teraba cekung serta terlihat juga penumpukan epitel di satu sisi dari tepi luka (sehingga tidak rata). Arah kekerasan ditentukan dengan melihat letak tumpukan epitel.⁷

Adapun luka lecet serut terlihat pada gambar 2.4 sebagai berikut:



Gambar 2.4 Luka Serut

2. Luka Memar

Luka memar (contusion wound) adalah ekstrasvasasi atau penggumpalan darah karena pecahnya pembuluh darah akibat penerapan gaya mekanis yang bersifat tumpul tanpa kehilangan kontinuitas jaringan.¹⁶

Luka memar harus dibedakan dengan lebam mayat. Berikut adalah perbedaan antara luka memar dan lebam mayat:

- a. Lokasi luka memar di sembarang tempat, sedang lebam mayat pada bagian tubuh yang terendah
- b. Luka memar disertai dengan pembengkakan dan tanda-tanda intra vital
- c. Bila ditekan atau diiris warna luka memar tidak menghilang, pada lebam mayat warna menghilang dan jika diiris keluar darah

Umur dari luka memar dapat diketahui, yaitu:

- a. Mula-mula hanya timbul pembengkakan.
- b. Kemudian berwarna merah kebiruan.
- c. Pada hari ke-1 sampai dengan 3 warna menjadi biru kehitaman
- d. Kemudian warna menjadi biru kehijauan, berikutnya coklat dan akhirnya menghilang dalam 1 sampai dengan 4 minggu.¹⁵

Memar disebabkan oleh benturan gaya tumpul yang menyebabkan penghancuran atau robeknya jaringan subkutan atau dermis tanpa rusaknya kulit di atasnya. Karena pecahnya pembuluh darah, terjadi ekstrasvasasi darah keluar dari pembuluh dan terkumpul di bawah jaringan. Penggumpalan darah disertai dengan pembengkakan dan nyeri. Luka murni terletak di bawah epidermis utuh disertai dengan pembengkakan dan nyeri.¹⁶

Ciri luka memar pada umumnya:

- a. Jenis/sifat luka tertutup
- b. Terdapat perdarahan subcutis, sehingga luka berwarna merah kebiruan atau ungu kehitaman (batas tidak tegas) bila benda membentur, kecuali bila benda menekan (seperti bekap) memiliki batas tegas

- c. Permukaan luka terdapat bengkak (batas tegas)
- d. Terdapat luka penyerta berupa luka lecet
- e. Dapat mengakibatkan patah tulang atau ruptur organ⁵

Adapun luka memar terlihat pada gambar 2.5 sebagai berikut:



Gambar 2.5 Luka Memar

3. Luka Robek

Luka robek merupakan luka terbuka akibat trauma benda tumpul, yang menyebabkan kulit teregang ke satu arah dan bila batas elastisitas kulit terlampaui, maka akan terjadi robekan pada kulit. Luka robek terjadi akibat persentuhan langsung dengan benda keras pada kulit diatas tulang. Lukanya mirip dengan luka iris, misalnya pada kepala yang membentur pinggir meja. Sering disebut juga sebagai luka retak. Persentuhan dengan arah miring/tangensial dengan benda kasar akan merobek kulit, sering terjadi di daerah kepala, wajah dan ekstremitas. Persentuhan dengan benda yang berputar, misalnya roda, menyebabkan luka robek yang sirkuler.^{7, 15}

Adapun luka robek tekan terlihat pada gambar 2.6 sebagai berikut:



Gambar 2.6 Luka robek

B. Kekerasan Tajam

Kekerasan tajam adalah putusnya atau rusaknya kontinuitas jaringan karena trauma/kekerasan akibat alat/senjata yang bermata tajam dan atau berujung runcing.¹⁷

Ciri luka akibat kekerasan benda tajam pada umumnya:

1. Garis batas luka teratur, tepi luka rata dan sudutnya runcing/lancip
2. Bila ditautkan akan menjadi rapat
3. Tidak ada jembatan jaringan
4. Rambut ikut terpotong
5. Daerah di sekitar garis batas luka, tidak ada memar dan lecet (hanya pada luka sayat)¹⁷

Adapun klasifikasi luka akibat kekerasan benda tajam antara lain sebagai berikut :

1. Luka Sayat/Iris

Luka iris, merupakan luka yang dihasilkan ketika suatu benda dengan ujung yang tajam membuat kontak dengan kulit (dengan atau tanpa jaringan di bawahnya), dengan arah gaya dalam kaitannya dengan kulit yang terjadi pada arah tangensial lebih atau kurang. Meskipun pisau merupakan senjata utama yang sering digunakan dalam menghasilkan sebagian besar luka irisan yang dijumpai pada sebagian besar praktik forensik, benda apa pun dengan ujung yang tajam dapat mengakibatkan luka irisan. Contohnya termasuk pisau cukur, pecahan kaca, gunting, kawat berduri, dan pemotong kotak. Banyak dari luka-luka yang dihasilkan oleh alat-alat ini sangat mirip dengan luka yang dihasilkan oleh pisau.¹⁸

Mekanisme benturan dapat, berupa tekanan, gesekan atau kombinasi antara tekanan dan gesekan.

- a. Tekanan: permukaan tajam suatu benda menekan permukaan tubuh, maka akan memberikan gambaran luka berupa luka sayat tekan, luka tusuk.
- b. Gesekan: permukaan tajam suatu benda bergesek dengan permukaan tubuh. Pergerakannya dapat berupa pergerakan sejajar atau bisa juga

keatas/kebawah (atau kedua benda bergerak bersamaan, tapi pergerakannya yang tidak sama arahnya, benda dari bawah keatas, tubuh dari atas kebawah, sehingga menimbulkan gesekan), sehingga akan memberikan gambaran luka berupa luka sayat

- c. Kombinasi antara gesekan dan tekanan pada luka kombinasi sering juga di sebut luka lecet serut/garuk/cakar/gores. Kombinasi terdiri atas tekanan dan terdapat sapuan, dimana dengan menekan akan ada gambaran cetakan/cekungan, dan dengan gesekan/sapuan akan ada penumpukan epitel di satu sisi.¹⁵

Pada luka sayat, luka berbentuk garis bercelah (yang di akibatkan oleh benda yang melukainya). Kulit sekitar luka terlihat bersih karena tenaga dan kecepatannya ringan. Ukuran dalam luka lebih kecil dari ukuran panjang luka, misalnya ukuran dalam luka 5 cm, kemudian ukuran panjang lukanya lebih panjang misalnya 7 cm. Terdapat perdarahan pada superfisial tubuh, berwarna merah atau merah kehitaman, perdarahannya lebih aktif daripada luka lecet karena bisa mengenai arteri-arteri sedang bahkan besar yang terputus akibat sayatan tersebut.¹⁵

Adapun luka sayat terlihat pada gambar 2.7 sebagai berikut:



Gambar 2.7 Luka sayat

2. Luka Tusuk

Luka akibat benda/alat yang berujung runcing dan bermata tajam atau tumpul yang terjadi dengan suatu tekanan tegak lurus atau serong dengan permukaan tubuh. Contoh alat belati, bayonet, pedang, keris, celurit, pecahan kaca, benda-benda berujung runcing dengan penampang bulat/persegi empat/segitiga misalnya kikir, tanduk kerbau, dan sebagainya.¹⁵

Luka tusuk merupakan luka yang disebabkan oleh benda runcing, biasanya memiliki ujung yang tajam, ketika benda tersebut dipaksa masuk ke kulit (dan jaringan di bawahnya) dengan arah gaya dalam sudut tegak lurus yang kurang lebih dengan kulit. Luka tusuk biasanya lebih dalam daripada luka iris.¹⁸

Pada umumnya luka berbentuk garis bercelah, lonjong, bundar, titik, contohnya titik ini pada suntikan. Ukuran dalam luka lebih besar dari ukuran panjang dan lebar luka, namun hal ini tidak mutlak karena ada faktor yg mempengaruhi. Terdapat perdarahan dan bercak darah sehingga luka berwarna merah kehitaman karena ada cairan darah dan bekuan darah. Pada umumnya membentuk sudut luka, cara mengetahuinya harus dengan sedikit dirapatkan, apabila bersudut kemungkinan menentukan mata pisau, jika sudutnya tumpul berarti pisau nya tidak bermata, apabila sudut satunya tajam dan satunya tumpul berarti pisau bermata satu.¹⁸

Luka membentuk alur/parit yang dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh yang dilintasi serta membentuk luka tusuk keluar (tembus). Kedalaman luka menunjukkan ukuran panjang benda yang masuk ke tubuh. Panjang luka menunjukkan ukuran lebar benda yang masuk. Lebar luka menunjukkan ukuran tebal benda yang masuk.¹⁸ Adapun luka tusuk terlihat pada gambar 2.8 sebagai berikut:



Gambar 2.8 Luka tusuk

3. Luka Bacok

Luka akibat benda atau alat yang berat dengan mata tajam atau agak tumpul yang terjadi dengan suatu ayunan disertai tenaga agak besar. Sebagai contoh alat yang dapat menimbulkan luka bacok adalah pedang, celurit, kapak, baling-baling kapal.¹⁵

Luka bacok paling baik dianggap sebagai kombinasi dari cedera tumpul dan cedera tajam yang dihasilkan oleh benda yang relatif tajam yang dipegang dengan kekuatan yang luar biasa atau dengan tenaga kekuatan benturan: sangat kuat (ayunan). Senjata yang digunakan sering kali memiliki berat yang cukup besar dan bergerak dengan kecepatan tinggi. Karena jumlah kekuatan yang lebih besar, luka bacok memiliki ciri-ciri baik ciri cedera tajam maupun cedera tumpul. Dengan demikian, luka bacok sering memiliki lecet dan memar marginal, dan kadang-kadang laserasi.¹⁸

Ciri-ciri luka bacok adalah:

- a. Luka berbentuk garis yang tidak rapi
- b. Kulit di sekitar pinggir luka terlihat luka penyerta/luka kotor (luka memar atau lecet)
- c. Ukuran kedalaman luka lebih kecil atau sama dengan ukuran lebar luka
- d. Perdarahan hingga profundus tubuh (mengenai pembuluh darah dan organ), warna merah atau merah kehitaman
- e. Menimbulkan patah tulang dan hancur organ.¹⁵

Adapun luka bacok terlihat pada gambar 2.9 sebagai berikut:



Gambar 9. Luka bacok

C. Kekerasan Senjata Tembak

Trauma tembak menimbulkan luka yang disebabkan adanya penetrasi anak peluru, atau persentuhan anak peluru dengan tubuh akibat adanya faktor kecepatan, sehingga menembus kulit dan masuk ke dalam tubuh serta merusak jaringan tubuh di dalamnya.¹⁹

Berdasarkan pada karakteristik perantara, peluru tersebut dapat menghasilkan luka yang berbentuk tidak beraturan dengan marginal abrasi yang lebar. Ini dikenal sebagai “luka masuk atipikal”.²⁰

Ciri-ciri luka tembak adalah:

- a. Memiliki jenis/ sifat luka terbuka
- b. Lubang luka berbentuk lingkaran (bulat atau lonjong), jika anak peluru masuk utuh dapat berbentuk seperti stellate (bintang) atau berbentuk ring contusion pada luka tembak masuk tempel
- c. Ditemukan kelim-kelim (memar, lecet, tato, lemak, api, jelaga, gas CO) di sekitar lubang luka atau pakaian korban
- d. Tepi luka cekung, masuk ke dalam tubuh, seperti corong²⁰

Luka keluar dari senjata api dengan kecepatan rendah cenderung menjadi relatif kecil, dan dapat memiliki berbagai bentuk, berkisar dari seperti celah, berbentuk koma, berbentuk X hingga berbentuk tidak beraturan.¹⁹

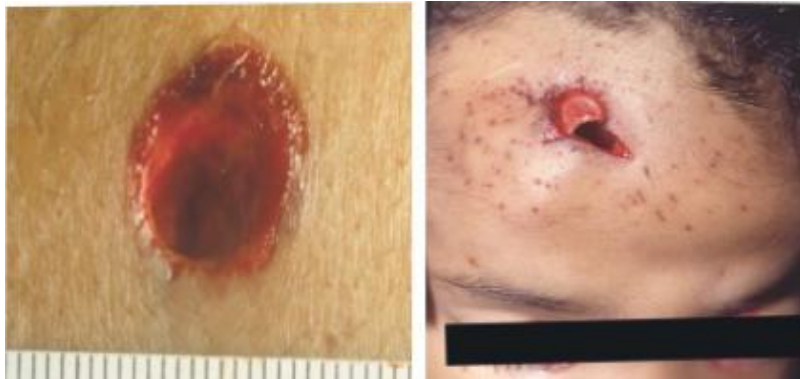
Luka tembak keluar ialah setelah peluru membuat luka tembak masuk dan saluran luka tembakan maka akhirnya peluru akan mengenai kulit lagi karena adanya daya putar yang melambat dorongan udara yang ikut masuk, adanya serpihan jaringan yang terdorong akibat energi kinetik dari sebelah dalam dan kulit terdorong keluar.¹⁸

Ciri luka tembak keluar pada umumnya adalah:

- a. Pinggiran luka tidak mengalami abrasi
- b. Tidak terdapat kelim lemak
- c. Ukurannya lebih besar dan lebih tidak teratur dibandingkan luka tembak masuk karena kecepatan peluru berkurang sehingga menyebabkan robekan jaringan

- d. Pinggiran luka melekok keluar karena peluru menuju keluar
- e. Perdarahan lebih banyak
- f. Luka tampak seperti gambaran mirip kerucut

Adapun luka lecet tekan terlihat pada gambar 2.10 sebagai berikut:



Gambar 2.10 Luka tembak masuk dan luka tembak keluar

D. Thermal Injury

Luka bakar termal adalah cedera kulit yang disebabkan oleh panas berlebihan, biasanya akibat kontak dengan permukaan panas, cairan panas, uap, atau api. Sebagian besar luka bakar bersifat ringan dan dapat diobati sebagai pasien rawat jalan atau di rumah sakit lokal. Sekitar 6,5% dari semua pasien yang terbakar menerima perawatan di pusat luka bakar. Keputusan untuk mentransfer dan merawat di pusat luka bakar didasarkan pada luas area permukaan tubuh yang terbakar, kedalaman luka bakar, dan karakteristik individu pasien seperti usia, cedera lain, atau masalah medis lainnya. Luka bakar yang terjadi di rumah menyumbang 25% dari semua luka bakar serius.²¹

Thermal Injury dapat terjadi akibat suhu panas maupun dingin. Luka bakar akibat api maupun terkena air panas dapat mengakibatkan luka bakar termal. Sedangkan thermal injury akibat suhu dingin dapat dibagi menjadi tiga bentuk utama yang khas:

1. cedera jaringan yang tidak membeku, seperti kaki terperosok atau kaki terendam dingin;
2. cedera beku, seperti frostbite; atau
3. hipotermia yang tidak sengaja atau sistemik.⁵

Sekitar 450.000 pasien menerima perawatan untuk luka bakar setiap tahun, dan sekitar 30.000 membutuhkan rawat inap di pusat luka bakar. Sekitar 86% luka bakar adalah luka bakar termal (43% dari api/flame, 34% dari luka bakar akibat air panas, 9% dari benda panas), 4% luka bakar listrik, 3% luka bakar kimia, dan 7% adalah jenis luka bakar lainnya. Setiap tahunnya, sekitar 3.400 pasien meninggal akibat luka bakar atau komplikasi terkait seperti inhalasi asap, keracunan karbon monoksida atau sianida, kegagalan organ, atau infeksi. Sekitar 72% dari kematian ini terjadi akibat kebakaran rumah. Luka bakar merupakan penyebab kematian trauma keempat terbanyak dan penyebab kematian akibat kecelakaan kedua terbanyak pada anak-anak usia satu hingga empat tahun. Tingkat kelangsungan hidup secara keseluruhan untuk semua jenis luka bakar adalah sekitar 97%, dan kematian akibat luka bakar telah menurun sekitar 75% sejak tahun 1960-an.²¹

Adapun luka bakar terlihat pada gambar 2.11 sebagai berikut:



Gambar 2.11 Luka bakar derajat 3 dengan luas permukaan tubuh <1%

E. Chemical Injury

Cedera kimia terbagi menjadi dua kategori: kerusakan akibat alkali dan asam. Luka bakar akibat alkali lebih sering terjadi dan biasanya menyebabkan cedera yang lebih serius karena senyawa alkali banyak digunakan dalam prosedur pembersihan komersial dan rumah tangga.⁵ Adapun luka bakar kimia terlihat pada gambar 2.12 sebagai berikut:



Gambar 1.12 Luka bakar kimia akibat zat alkali

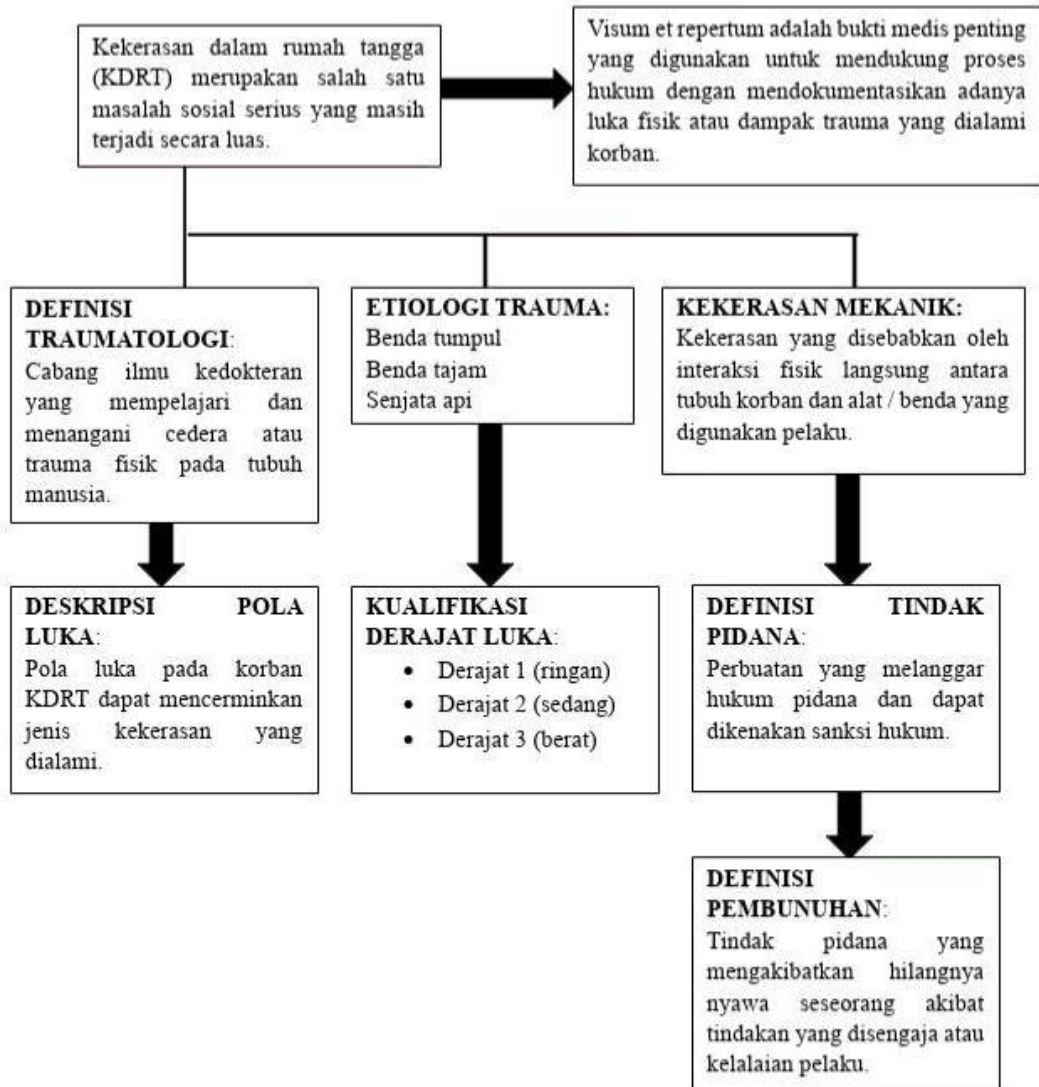
F. *Miscellaneous Injury*

Cedera seperti yang disebabkan oleh radiasi akibat paparan sinar-X, radiasi UV, bahan radioaktif, kejutan listrik, dan sambaran petir. Adapun luka lecet tekan terlihat pada gambar 2.13 sebagai berikut:



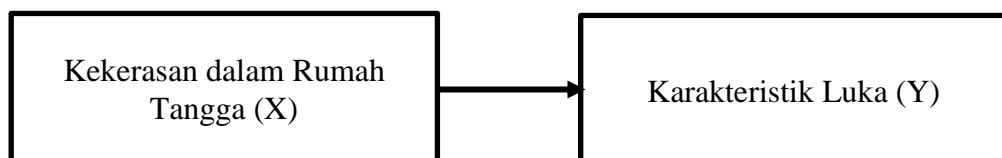
Gambar 2.13 Luka bakar akibat sengatan listrik

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.14 Kerangka Teori

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.15 Kerangka Konsep Penelitian

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Jenis luka	Tipe atau kategori cedera yang dialami, yang dibedakan berdasarkan pada bagian tubuh yang cedera dan sifat cedera.	Pemeriksaan fisik, wawancara	Skala Nominal	- Mechanical Injury - Thermal Injury - Chemical Injury - Miscellaneous Injury
Lokasi luka	Lokasi luka merujuk pada tempat atau area tubuh di mana luka atau cedera terjadi.	Pemeriksaan fisik	Skala Nominal	- Kepala dan wajah - Leher dan tenggorokan - Dada dan perut - Tangan dan lengan - Kaki
Jenis kelamin	Jenis kelamin korban	Wawancara	Skala Nominal	- Laki-laki - Perempuan
Usia	Penentuan umur korban berdasarkan bukti fisik atau kondisi tubuh yang ditemukan pada saat pemeriksaan medis.	Wawancara	Skala Ordinal	- Anak (0-18 tahun) - Dewasa (18-60 tahun) - Lansia (>60 tahun)

3.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif untuk melihat gambaran karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada tahun 2022-2024.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Mei-Oktober 2025.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Bhayangkara Kota Medan.

3.4 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi target adalah pasien korban kekerasan dalam rumah tangga di Kota Medan. Populasi terjangkau adalah korban kekerasan dalam rumah tangga yang mendapatkan visum et repertum di RS Bhayangkara selama periode Januari 2022 hingga Desember 2024.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

Visum et Repertum korban KDRT di RS Bhayangkara tahun 2022-2024.

b. Kriteria Eksklusi

Data visum yang hilang, rusak dan tidak terbaca.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

3.5.1 Cara Kerja Penelitian

- 1) Meminta izin penelitian.
- 2) Melakukan pengambilan data di Rumah Sakit.
- 3) Memilih sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi.
- 4) Mengelompokkan variabel.
- 5) Menganalisis data.

3.6 Pengolahan Data dan Analisis Data

3.6.1 Pengolahan Data

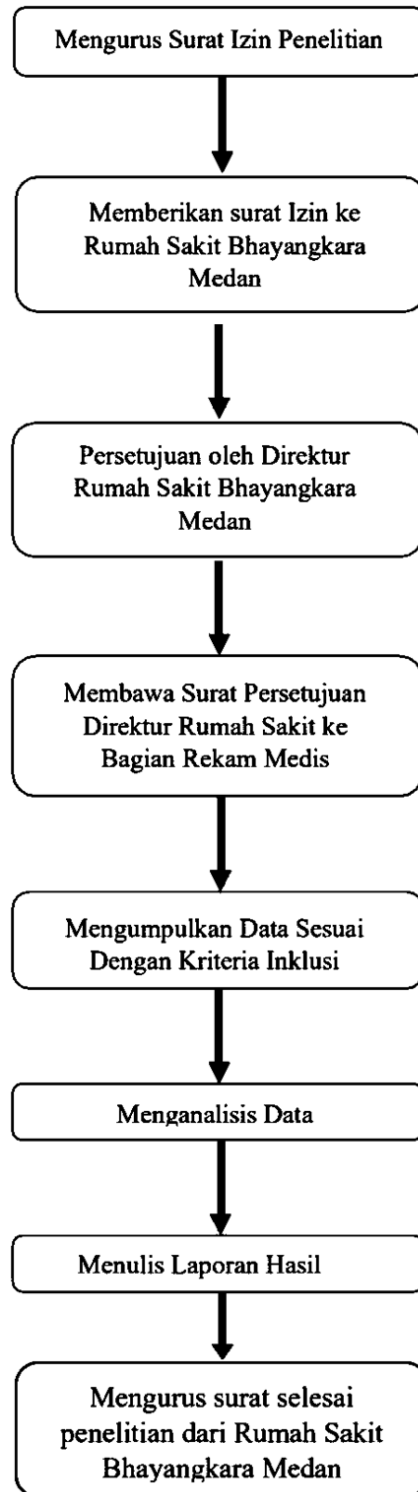
Adapun langkah-langkah yang dilakukan untuk pengolahan data yaitu:

- 1) Pemeriksaan data (Editing) Pemeriksaan data dilakukan untuk memeriksa kelengkapan dan ketepatan dari data yang sudah dikumpulkan.
- 2) Pemberian kode (Coding) Pemberian kode dilakukan jika seluruh data sudah terkumpul dan sudah dikoreksi kelengkapannya. Selanjutnya data akan diberikan tanda atau kode secara manual pada masing masing kategori.
- 3) Memasukkan data (Entry) Data yang telah di koreksi kemudian dimasukkan kedalam komputer untuk dilakukan pengolahan data melalui teknik komputerisasi.
- 4) Pembersihan data (Cleaning) Memeriksa semua data yang telah dimasukkan kedalam komputer, untuk menghindari kesalahan saat pemasukan data.
- 5) Menyimpan data (Saving) Melakukan penyimpanan data yang akan di analisis.

3.6.2 Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan melalui *Visum et Repertum* hasil dari autopsi kemudian akan dikategorikan sesuai dengan variabel lalu dianalisis menggunakan SPSS. Data tersebut akan di analisis dengan menggunakan analisis univariat yang berfungsi untuk melihat distribusi frekuensi dari variabel. Kemudian data akan disajikan dalam bentuk tabel berdasarkan kategorinya.

3.7 Alur Penelitian



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Deskripsi Lokasi Penelitian

Studi ini dilaksanakan di Rumah Sakit Bhayangkara Medan yang beralamat di Jalan KH Wahid Hasyim No.1, Medan, Sumatera Utara. Di institusi tersebut, telah terkumpul 74 data sampel berupa korban akibat kejadian kekerasan dalam rumah tangga yang ditinjau berdasarkan distribusi frekuensi jenis kelamin, usia, jenis luka, dan lokasi luka, sebagaimana melalui dokumentasi Visum Et Repertum yang dilaksanakan pada rentang tahun 2022-2024.

4.1.2 Analisis Data

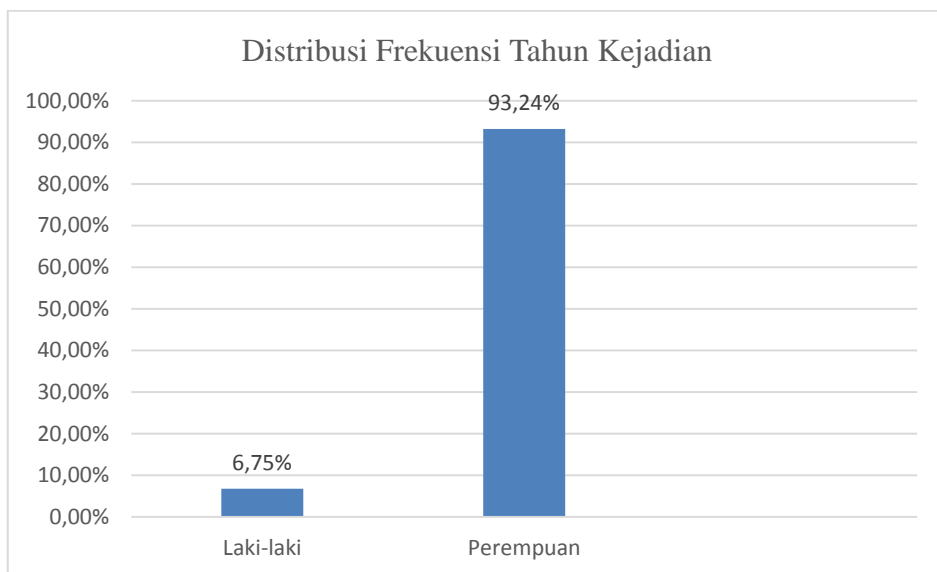
Pendekatan analisis data pada tiap variable penelitian menerapkan metode univariat. Evaluasi ini mengandalkan pengelompokkan berdasarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel, yakni jenis kelamin, usia, jenis luka, dan lokasi luka pada tubuh korban.

4.1.2.1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Distribusi frekuensi tahun kejadian kekerasan dalam rumah tangga di R.S Bhayangkara kota medan disajikan dalam Tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Tahun	N	%
1	2022	23	31,08
2	2023	28	37,83
3	2024	23	31,08
Total		74	100



Gambar 4. 1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian KDRT

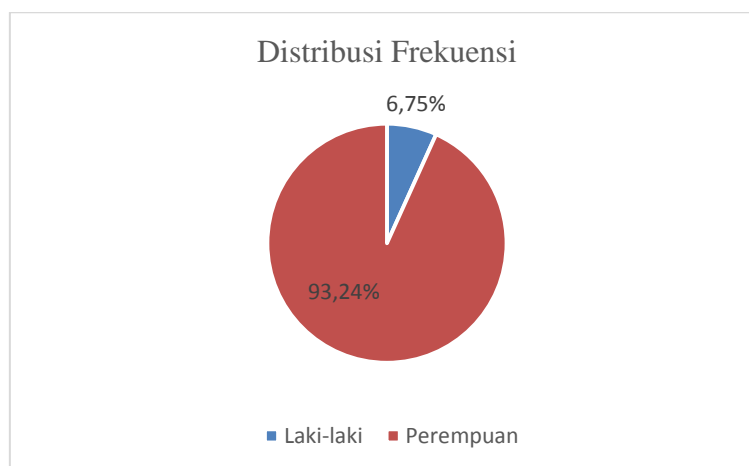
Berdasarkan Tabel 4.1 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan tahun kejadian kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan adalah tahun 2022 sebanyak 23 orang (31,08%), tahun 2023 sebanyak 28 orang (37,83%), dan tahun 2024 sebanyak 23 orang (31,08%).

4.1.2.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di R.S Bhayangkara kota medan disajikan dalam Tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Jenis Kelamin	N	%
1	Laki-laki	5	6,75
2	Perempuan	69	93,24
Total		74	100



Gambar 4. 2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin

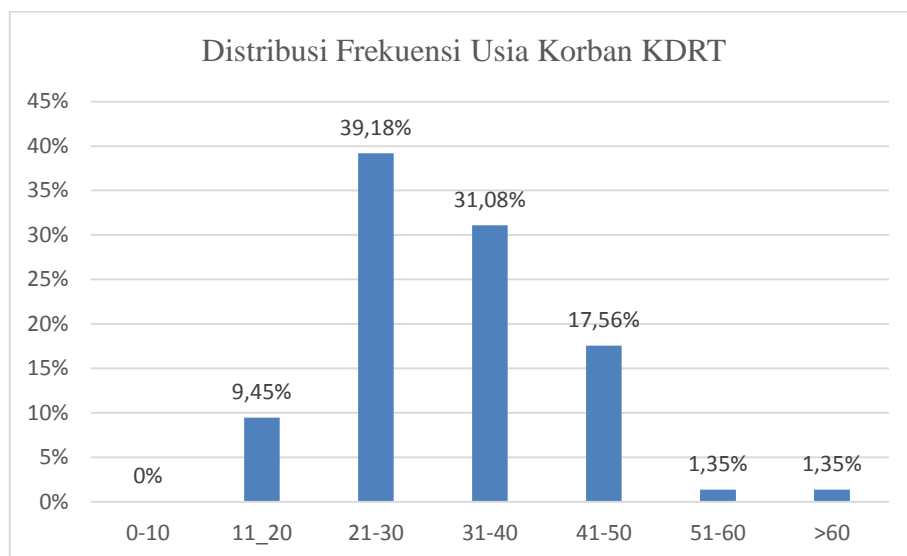
Berdasarkan Tabel 4.2 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan yang terbanyak adalah perempuan sebanyak 69 orang (93,24%), sedangkan pada laki-laki hanya berjumlah 5 orang (6,75%).

4.1.2.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Distribusi frekuensi berdasarkan usia yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di R.S Bhayangkara kota medan disajikan dalam Tabel 4.3 berikut.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Usia	N	%
1	0-10	0	0
2	11-20	7	9,45
3	21-30	29	39,18
4	31-40	23	31,08
5	41-50	13	17,56
6	51-60	1	1,35
7	>60	1	1,35
Total		74	100



Gambar 4. 3 Distribusi Frekuensi Usia Korban KDRT

Berdasarkan Tabel 4.3 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan usia yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan yang terbanyak pada usia 21-30 tahun dengan total 29 orang (39,18%). Kemudian dilanjut pada usia 31-40 tahun sebanyak 23 orang (31,08%), pada usia 41-50 tahun sebanyak 13 orang (17,56%), pada usia 11-20 tahun sebanyak 7 orang (9,45%), pada usia 51-60 tahun sebanyak 1 orang (1,35%), pada usia >60 tahun sebanyak 1 orang (1,35%), kemudian terakhir tidak ada korban dalam usia 0-10 tahun.

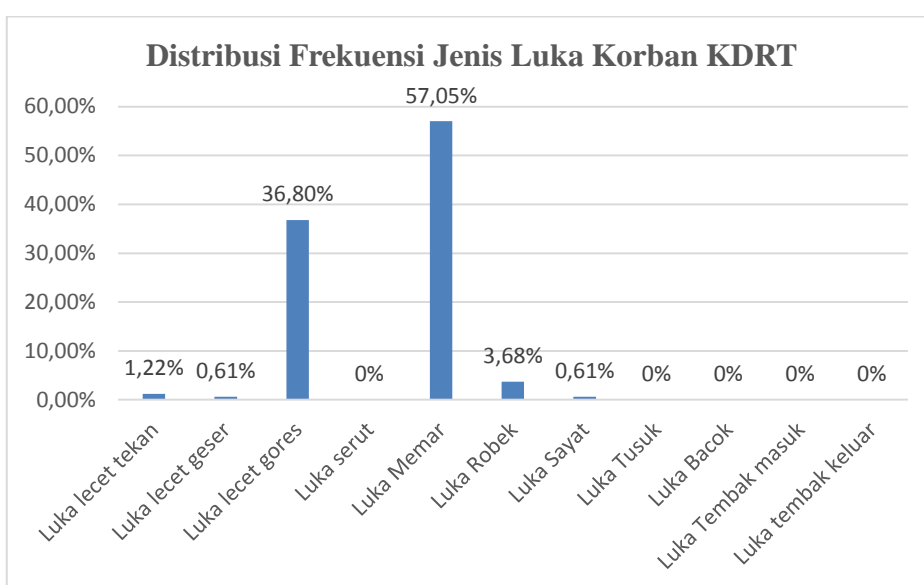
4.1.2.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Distribusi frekuensi berdasarkan jenis luka yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di R.S Bhayangkara kota medan disajikan dalam Tabel 4.4 berikut.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Jenis Luka	N	%
1	Luka lecet tekan	2	1,22
2	Luka lecet geser	1	0,61
3	Luka lecet gores	60	36,8

4	Luka serut	0	0
5	Luka Memar	93	57,05
6	Luka Robek	6	3,68
7	Luka Sayat	1	0,61
8	Luka Tusuk	0	0
9	Luka Bacok	0	0
10	Luka Tembak masuk	0	0
11	Luka tembak keluar	0	0
Total		163	100



Gambar 4. 4 Distribusi Frekuensi Jenis Luka Korban KDRT

Berdasarkan Tabel 4.4 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan jenis luka yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan terbanyak pada luka memar sebanyak 57,05%, dilanjut oleh luka lecet gores sebanyak 36,8%, kemudian luka robek sebanyak 3,68%, luka lecet tekan sebanyak 1,22%, luka lecet geser sebanyak 0,61%, luka sayat sebanyak 0,61%, serta tidak adanya jenis luka serut, luka tusuk, luka bacok, luka tembak masuk, dan luka tembak keluar.

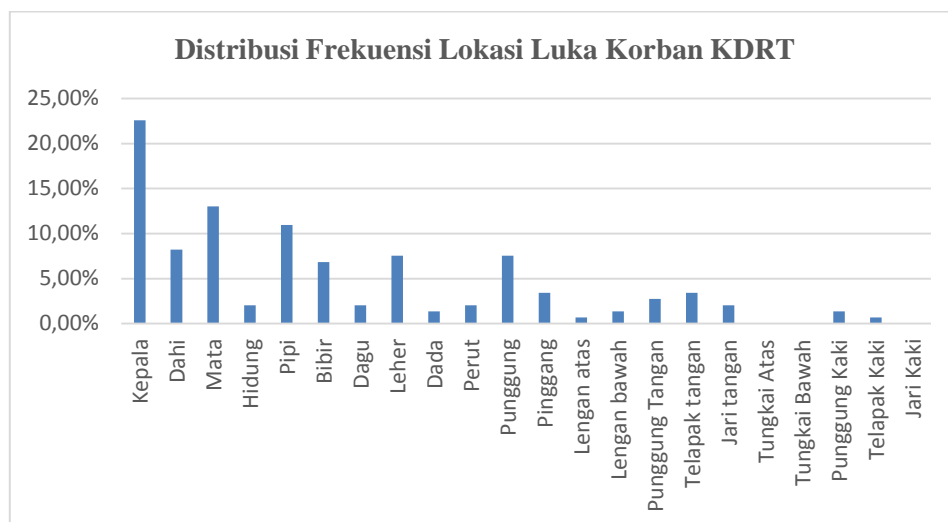
4.1.2.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Distribusi frekuensi berdasarkan lokasi luka yang mengalami

kekerasan dalam rumah tangga di R.S Bhayangkara kota medan disajikan dalam Tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Lokasi Luka	N	%
1	Kepala	33	22,6
2	Dahi	12	8,21
3	Mata	19	13,01
4	Hidung	3	2,05
5	Pipi	16	10,95
6	Bibir	10	6,84
7	Dagu	3	2,05
8	Leher	11	7,53
9	Dada	2	1,36
10	Perut	3	2,05
11	Punggung	11	7,53
12	Pinggang	5	3,42
13	Lengan atas	1	0,68
14	Lengan bawah	2	1,36
15	Punggung Tangan	4	2,73
16	Telapak tangan	5	3,42
17	Jari tangan	3	2,05
18	Tungkai Atas	0	0
19	Tungkai Bawah	0	0
20	Punggung Kaki	2	1,36
21	Telapak Kaki	1	0,68
22	Jari Kaki	0	0
Total		146	100



Gambar 4. 5 Distribusi Frekuensi Lokasi Luka Korban KDRT

Berdasarkan Tabel 4.5 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan lokasi luka yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan terbanyak pada bagian kepala sebanyak 22,6%, kemudian dilanjut pada bagian mata sebanyak 13,01%, bagian pipi sebanyak 10,95%, bagian dahi sebanyak 8,21%, bagian leher sebanyak 7,53%, bagian punggung sebanyak 7,53%, bagian bibir sebanyak 6,84%, bagian pinggang sebanyak 3,42%, bagian telapak tangan sebanyak 3,42%, bagian punggung tangan sebanyak 2,73%, bagian hidung sebanyak 2,05%, bagian dagu sebanyak 2,05%, bagian perut sebanyak 2,05%, bagian jari tangan sebanyak 2,05%, bagian dada sebanyak 1,36%, bagian lengan bawah sebanyak 1,36%, bagian punggung kaki sebanyak 1,36%, bagian lengan atas sebanyak 0,68%, bagian telapak kaki sebanyak 0,68%, serta tidak adanya luka pada bagian tungkai atas, tungkai bawah, dan jari kaki.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan pelanggaran serius terhadap kesehatan mental dan fisik korban, dan tetap menjadi

masalah sosial publik yang mendesak di Indonesia. Menurut Undang-Undang No 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga, KDRT mencakup kekerasan fisik, seksual, psikis, dan penelantaran rumah tangga, termasuk ancaman atau pemaksaan tindakan ilegal dalam lingkungan rumah tangga. Menurut Samtasyah (2012), KDRT meliputi tindakan seperti pemukulan, intimidasi verbal, manipulasi psikis, perkosaan hingga pembunuhan dalam konteks rumah tangga.²²

Distribusi frekuensi kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di RS Bhayangkara Kota Medan dalam kurun waktu tiga tahun terakhir menunjukkan pola yang fluktuatif. Pada tahun 2022 tercatat sebanyak 23 kasus (31,08%), kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2023 menjadi 28 kasus (37,83%), sebelum kembali menurun pada tahun 2024 dengan jumlah 23 kasus (31,08%). Pola ini mengindikasikan bahwa meskipun terjadi peningkatan kasus di tahun 2023, angka kejadian KDRT secara umum masih berada pada tingkat yang relatif konsisten. Temuan ini sejalan dengan laporan Komnas Perempuan (2024) yang menunjukkan adanya dinamika tahunan dalam jumlah kasus kekerasan terhadap perempuan di Indonesia, di mana fluktuasi jumlah kasus kerap dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, maupun tingkat keberanian korban untuk melaporkan peristiwa yang dialami.²³

4.2.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Hasil penelitian di RS Bhayangkara Kota Medan menunjukkan bahwa korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) didominasi oleh perempuan sebanyak 69 orang (93,24%), sedangkan laki-laki hanya berjumlah 5 orang (6,75%). Temuan ini menguatkan fakta bahwa perempuan masih menjadi kelompok yang paling rentan mengalami KDRT. Kerentanan ini dapat dikaitkan dengan adanya relasi kuasa yang timpang dalam rumah tangga, dimana perempuan kerap ditempatkan pada posisi yang lemah dan lebih sering menjadi korban kekerasan fisik maupun psikis.

Dominasi jumlah korban perempuan dalam kasus KDRT juga sejalan dengan data Komnas Perempuan tahun 2024 yang secara konsisten melaporkan bahwa mayoritas kasus kekerasan domestik di Indonesia dialami oleh perempuan.²³ Menurut Suryakusuma (2021), faktor budaya patriarki, norma gender yang diskriminatif, serta ketergantungan ekonomi terhadap pasangan turut memperbesar risiko perempuan menjadi sasaran KDRT.²⁴ Selain itu, perempuan yang mengalami KDRT kerap menghadapi hambatan untuk melapor karena rasa takut, stigma sosial, maupun keterbatasan akses terhadap layanan hukum dan kesehatan.

Sementara itu, meskipun jumlah korban laki-laki lebih sedikit, data ini tetap penting diperhatikan karena menunjukkan bahwa KDRT tidak hanya menimpa perempuan, tetapi juga dapat dialami oleh laki-laki. Namun, menurut Srikandi, *et al.*, (2021), kasus KDRT pada laki-laki sering kali tidak dilaporkan secara maksimal akibat adanya stereotip maskulinitas yang membuat mereka enggan mengakui diri sebagai korban.²⁵ Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanganan KDRT perlu dilakukan secara menyeluruh, mencakup edukasi publik, penguatan regulasi, serta peningkatan akses layanan pendampingan baik bagi perempuan maupun laki-laki.

4.2.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Data penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia terbanyak yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di RS Bhayangkara Kota Medan adalah 21–30 tahun dengan jumlah 29 orang (39,18%). Usia ini merupakan fase awal pernikahan dan pembentukan keluarga, yang sering kali diwarnai oleh dinamika penyesuaian pasangan, kondisi ekonomi yang belum stabil, serta tekanan sosial yang tinggi. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi pemicu konflik yang berujung pada KDRT, terutama ketika pasangan belum memiliki keterampilan komunikasi dan manajemen emosi yang baik.

Kelompok usia 31–40 tahun menempati posisi kedua dengan jumlah korban 23 orang (31,08%). Pada rentang usia ini, pasangan biasanya menghadapi tantangan yang berkaitan dengan beban pekerjaan, pengasuhan anak, maupun kebutuhan ekonomi keluarga yang semakin kompleks. Tekanan dalam kehidupan rumah tangga sering kali meningkatkan risiko terjadinya kekerasan, baik dalam bentuk fisik, psikis, maupun ekonomi. Data dari Komnas Perempuan tahun 2024 juga menunjukkan bahwa perempuan usia produktif cenderung lebih rentan mengalami KDRT karena berada pada fase aktif dalam peran domestik dan publik secara bersamaan.²³

Kelompok usia 41–50 tahun sebanyak 13 orang (17,56%) dan 11–20 tahun sebanyak 7 orang (9,45%) juga tercatat sebagai korban KDRT. Angka pada usia 41–50 tahun menunjukkan bahwa meskipun pasangan sudah lama menikah, konflik rumah tangga tetap dapat muncul akibat perbedaan pandangan, masalah keuangan, maupun krisis paruh baya. Sedangkan pada usia 11–20 tahun, kasus yang tercatat kemungkinan besar berkaitan dengan pernikahan usia dini atau hubungan pacaran yang berujung pada kekerasan. Fenomena ini pada penelitian terdahulu oleh Srikandi, *et al.*, (2021) mengindikasikan pentingnya edukasi sejak dini terkait relasi sehat dan kesetaraan gender.²⁵

Jumlah korban pada usia 51–60 tahun dan >60 tahun relatif rendah, masing-masing hanya 1 orang (1,35%). Menurut DISPPAKB tahun 2024, hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti berkurangnya intensitas konflik pada usia lanjut atau adanya kecenderungan korban enggan melaporkan kasus karena alasan stigma, rasa malu, atau ketergantungan ekonomi.²⁶ Tidak ditemukan kasus KDRT pada kelompok usia 0–10 tahun dalam data penelitian ini, yang mengindikasikan bahwa kekerasan terhadap anak tidak dilaporkan di fasilitas ini atau masuk ke dalam kategori kasus perlakuan salah terhadap anak yang berbeda dari definisi KDRT. Temuan ini mempertegas bahwa KDRT lebih banyak terjadi pada usia produktif, sehingga intervensi pencegahan sebaiknya difokuskan pada kelompok usia dewasa muda hingga paruh baya.

4.2.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa luka memar merupakan jenis luka yang paling dominan dialami korban kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan, yaitu sebesar 57,05%. Luka memar biasanya timbul akibat benturan benda tumpul, baik karena pukulan dengan tangan maupun alat bantu tertentu. Dominasi luka memar ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Sitorus & Parinduri (2025) di RS Bhayangkara TK II Medan, yang juga menemukan bahwa kekerasan fisik terhadap perempuan paling sering meninggalkan jejak berupa memar pada tubuh korban.²⁷

Jenis luka terbanyak berikutnya adalah luka lecet gores dengan persentase 36,8%. Luka ini umumnya terjadi akibat gesekan atau tarikan benda keras pada permukaan kulit, yang seringkali dihasilkan dari tindakan kekerasan seperti mencakar, menyeret, atau mendorong korban ke permukaan keras. Penelitian lain oleh Lumentut, *et al.*, (2023) juga mencatat bahwa lecet gores menjadi salah satu tanda fisik yang paling sering ditemukan pada kasus KDRT, terutama pada bagian lengan dan wajah korban.²⁸ Kondisi ini menunjukkan bahwa bentuk kekerasan dalam rumah tangga tidak hanya berupa pukulan, tetapi juga tindakan kasar lainnya yang meninggalkan luka superfisial.

Sementara itu, luka robek (3,68%), luka lecet tekan (1,22%), luka lecet geser (0,61%), serta luka sayat (0,61%) ditemukan dalam jumlah yang lebih sedikit. Menurut Salma, *et al.*, (2025), jenis luka ini mengindikasikan adanya variasi bentuk kekerasan yang dilakukan pelaku, mulai dari tekanan benda tumpul, geseran, hingga penggunaan benda tajam.²⁹ Meskipun jumlahnya relatif kecil, keberadaan luka-luka tersebut tetap penting diperhatikan karena dapat menjadi bukti medis dalam proses hukum serta menggambarkan tingkat eskalasi kekerasan yang dialami korban.

Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya kasus dengan luka serut, tusuk, bacok, maupun luka tembak. Ketiadaan jenis luka tersebut dapat

diinterpretasikan bahwa kekerasan dalam rumah tangga yang ditangani di RS Bhayangkara Kota Medan lebih banyak menggunakan kekerasan fisik non-senjata dan bersifat spontan, bukan dengan perencanaan menggunakan alat berbahaya. Hal ini sejalan dengan laporan Komnas Perempuan tahun 2024 yang menyebutkan bahwa mayoritas kasus KDRT di Indonesia terjadi dalam bentuk kekerasan fisik ringan hingga sedang, dengan penggunaan alat tajam atau senjata api yang relatif jarang.²³

4.2.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lokasi luka terbanyak pada korban kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan adalah bagian kepala dengan persentase 22,6%. Luka di area kepala memiliki implikasi serius karena dapat menimbulkan cedera yang membahayakan nyawa, baik berupa gegar otak, pendarahan, maupun trauma jangka panjang. Dominasi luka di kepala ini sejalan dengan temuan terdahulu oleh Sitorus & Parinduri (2025) yang melaporkan bahwa kepala merupakan area yang paling sering menjadi sasaran kekerasan karena dianggap mampu memberikan efek rasa sakit yang besar bagi korban.²⁷ Hal ini mempertegas bahwa kekerasan fisik dalam rumah tangga cenderung diarahkan ke bagian tubuh vital dengan risiko komplikasi medis yang tinggi.

Lokasi luka berikutnya yang cukup menonjol adalah bagian mata (13,01%), pipi (10,95%), dan dahi (8,21%). Luka pada wajah, khususnya mata dan pipi, bukan hanya menimbulkan rasa sakit fisik, tetapi juga berdampak pada psikologis korban karena berhubungan dengan penampilan dan harga diri. Pada penelitian terdahulu oleh Lumentut *et al.*, (2023) dijelaskan bahwa luka pada wajah sering kali menjadi bukti yang paling mudah terlihat dan karenanya memiliki peran penting dalam proses hukum serta visum et repertum.²⁸ Selain itu, luka di area wajah dapat meninggalkan bekas jangka panjang yang memperburuk kondisi psikologis korban, termasuk rasa malu dan trauma sosial.

Data penelitian juga menunjukkan adanya luka pada bagian leher (7,53%) dan punggung (7,53%), yang umumnya dihasilkan dari tindakan cekikan, dorongan, atau pukulan dengan benda tumpul. Menurut Srikandi, *et al.*, (2021) luka pada leher berpotensi mengganggu fungsi vital seperti pernapasan dan sirkulasi darah, sehingga menjadi indikator adanya tindak kekerasan dengan tingkat bahaya yang tinggi.²⁵ Adapun luka pada punggung sering kali dihasilkan dari kekerasan berulang dengan intensitas sedang hingga berat, misalnya dipukul dengan benda keras atau dijatuhkan secara paksa. Kedua lokasi luka ini menunjukkan adanya pola kekerasan yang tidak sekadar impulsif, melainkan berpotensi mengarah pada kekerasan berulang dengan risiko fatal.

Lokasi luka lain yang ditemukan adalah pada bibir (6,84%), pinggang (3,42%), telapak tangan (3,42%), punggung tangan (2,73%), hidung (2,05%), dagu (2,05%), perut (2,05%), jari tangan (2,05%), serta dada (1,36%). Meskipun persentasenya lebih kecil dibandingkan kepala atau wajah, luka di area tersebut tetap signifikan sebagai bukti kekerasan. Penelitian terdahulu oleh Salma, *et al.*, (2025) menjelaskan bahwa variasi lokasi luka menunjukkan adanya bentuk kekerasan yang beragam, mulai dari pukulan, tendangan, hingga benturan dengan permukaan keras.²⁹ Dengan demikian, distribusi luka yang meluas ke berbagai bagian tubuh dapat dipahami sebagai indikasi bahwa korban mengalami kekerasan dengan intensitas tinggi dan repetitif.

Pada penelitian ini tidak menemukan adanya luka pada tungkai atas, tungkai bawah, maupun jari kaki. Ketiadaan luka di area ekstremitas bawah dapat diinterpretasikan bahwa pelaku kekerasan lebih sering menasar bagian tubuh atas yang lebih terlihat, vital, dan sensitif. Temuan ini sejalan dengan laporan Komnas Perempuan tahun 2024 yang menyebutkan bahwa mayoritas kasus KDRT berupa kekerasan fisik dilakukan dengan sasaran tubuh bagian atas, khususnya kepala, wajah, dan leher, karena lebih mudah menimbulkan rasa sakit serta mengintimidasi korban.²³ Oleh sebab itu, intervensi medis maupun hukum perlu memberikan perhatian khusus pada

tanda-tanda kekerasan di bagian tubuh atas, karena memiliki implikasi yang lebih besar terhadap kesehatan fisik, psikologis, serta keselamatan korban

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Jenis luka paling banyak ditemukan pada korban yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 adalah luka memar (57,05%).
2. Lokasi luka terbanyak pada korban yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 berada di kepala (22,6%) yang menunjukkan bahwa pelaku lebih sering menasar bagian tubuh atas yang vital dan terlihat.
3. Mayoritas korban kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 adalah perempuan (93,24%).
4. Rentang usia korban terbanyak yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 adalah usia 21-30 tahun (39,18%) yang menunjukkan bahwa korban KDRT umumnya berada pada usia produktif.

Saran

1. Bagi aparat penegak hukum, penting untuk meningkatkan koordinasi dengan tenaga medis dalam penyusunan visum et repertum yang detail, karena distribusi jenis dan lokasi luka dapat menjadi bukti kuat dalam proses hukum.
2. Bagi pemerintah dan lembaga terkait, diperlukan program pencegahan KDRT melalui edukasi, sosialisasi, dan pemberdayaan keluarga, terutama pada kelompok usia produktif (21-40 tahun) yang paling rentan menjadi korban.
3. Bagi masyarakat, penting membangun kesadaran untuk melaporkan kasus KDRT lebih dini, karena banyak korban enggan melapor akibat faktor malu atau ketergantungan ekonomi.

4. Bagi penelitian selanjutnya, disarankan melakukan kajian lebih lanjut mengenai faktor penyebab, pola perilaku pelaku, serta dampak jangka panjang pada korban untuk memperkaya upaya pencegahan dan penanganan KDRT.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI. Undang-Undang Republik Indonesia No 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. 2004.
2. SIMFONI-PPA. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. Ringkasan Kasus Kekerasan di Indonesia. 2023.
3. Budiyanto A, Widiatmaka W, Sudiono S. Ilmu Kedokteran Forensik. Jakarta: Bagian Kedokteran Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1997.
4. Satyo AC. Aspek medikolegal luka pada forensik klinik. *Majalah Kedokteran Nusantara*. 2006;39(4): 430-2
5. Silaban, Y. H., Kristanto, E. G., & Siwu, J. F. (2023). Profil Kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga di RS Bhayangkara Tingkat III Manado Periode 2021. *Medical Scope Journal*, 5(1), 136–142. <https://doi.org/10.35790/msj.v5i1.45293>.
6. Caise, O., Siwu, J. F., & Mallo, N. T. S. (2025). Gambaran Pola Luka pada Kasus Kematian Akibat Kekerasan Tajam di RS Bhayangkara Tingkat III Manado Tahun 2023. *E-CliniC*, 13(2), 268–274. <https://doi.org/10.35790/ecl.v13i2.61264>
7. Wardani TK, Gizela BA, Pratiti B. Gambaran Luka Akibat Kekerasan Tumpul dan Tajam pada Korban Penganiayaan di IGD RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro [Internet]. 2021. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id>
8. Pahmi, S., Hopipah, R., Saputri, D. A., Dewi, T. P., Yulita, H., & Widowati, A. (2024). Studi literatur terhadap kekerasan di kalangan remaja. *Jurnal Basicedu*, 8(1), 909–920. <https://jbasic.org/index.php/basicedu>
9. Nurrochim, A. F., Pangestu, E., Anam, M. R., & Hajar, I. (2023). Karakteristik rumah tangga dan akses keuangan dalam status penguasaan rumah. *Journal of Advances in Accounting, Economics, and Management*, 1(1), 1–5. <https://economics.pubmedia.id/index.php/aaem>
10. Santoso, A. B. (2019). Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) terhadap perempuan: Perspektif pekerjaan sosial. *KOMUNITAS: Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam*, 10(1), 39.
11. Setiawan, N. H., Devi, S. S., Damayanti, L., Pramudya, F., & Antony, H. (2023). Pemahaman dan faktor-faktor penyebab kekerasan dalam rumah tangga: Tinjauan literatur. *Civilia: Jurnal Kajian Hukum dan Pendidikan Kewarganegaraan*, 3(2). <https://jurnal.anfa.co.id>
12. Nisa, H. (2018). Gambaran bentuk kekerasan dalam rumah tangga yang dialami perempuan penyintas. *Jurnal Psikologi*, 4(2).
13. Tim Redaksi KBBI PB. Kamus Besar Bahasa Indonesia (Edisi Keempat). Jakarta: Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. 2008.
14. Said A, Abdelaal G, Omran B, Elreffaey S. Forensic Perspective of Injuries with Particular Focus on Incised Wounds. *Zagazig University Medical Journal*, 2024; 30(5): 1550-1555. Doi: 10.21608/zumj.2024.287450.3377.
15. Eze UO, Ojifinni KA. Trauma Forensics in Blunt and Sharp Force Injuries. J

- West Afr Coll Surg. 2022 Oct-Dec;12(4):94-101. Doi: 10.4103/jwas.jwas_190_22. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36590782; PMCID: PMC9802595.
16. Budiayanto A, Widiatmaka W, Sudiono S, et.al. Ilmu Kedokteran Forensik. 1997. Bagian Kedokteran Forensik FK UI.
 17. Galvagno SM Jr, Nahmias JT, Young DA. Advanced Trauma Life Support® Update 2019: Management and Applications for Adults and Special Populations. *Anesthesiol Clin*. 2019 Mar;37(1):13-32. Doi: 10.1016/j.anclin.2018.09.009. Epub 2018 Dec 27. PMID: 30711226.
 18. Apuranto H. Buku Ajar Ilmu Kedokteran Forensik dan Medikoegal. Edisi 7. 2010.
 19. Bardale R. Principle of Forensic Medicine and Toxicology. Jaypee Brothers Medical. Publishers, new delhi. 2011.
 20. Prahlow J. Byard R. Atlas of Forensic Pathology. 2012.
 21. Samtasiyah I. Kekerasan Dalam Rumah Tangga dan Dampaknya. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah; 2012.
 22. Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan). Catatan Tahunan (CATAHU) Kekerasan terhadap Perempuan 2024. Jakarta: Komnas Perempuan; 2024.
 23. Suryakusuma J. Feminism in Indonesia. In: *Wikipedia*. Published 2021.
 24. Srikandi R, Rakhmawati W, Yuniarti K. Domestic violence against women in Indonesia: prevalence, risk factors, and implications. *Front Psychol*. 2021;12:772164. doi:10.3389/fpsyg.2021.772164.
 25. Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan KB (DP3A) Provinsi Sumatera Utara. Profil Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak Provinsi Sumatera Utara 2024. Medan: DP3A Sumut; 2024.
 26. Sitorus RA, Parinduri AG. Karakteristik luka akibat kekerasan fisik yang terjadi di dalam rumah tangga yang diperiksa di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2017–2021. *Jurnal Pandu Husada*. 2025; 6(2):84-90.
 27. Lumentut C, Pateda V, Paath F, et al. Profil kasus kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Tingkat III Manado periode 2021. *Medical Scope Journal*. 2023;10(1).
 28. Salma A, Harefa J, dkk. Analisis forensik visum et repertum pada kasus KDRT: laporan kasus di RS Bhayangkara. Prepotif: *Jurnal Kesehatan*. 2025;9(1).

LAMPIRAN

Lampiran 1. Data Korban yang Mengalami KDRT

Nama	Jenis Kelamin	Usia	Jenis Luka	Lokasi Luka
B.B.H	Perempuan	47	Memar Lecet Memar	Pinggang Lengan kiri Pergelangan kaki
H.Y.L	Perempuan	18	Luka lecet	Lutut Punggung kaki
R.B	Perempuan	20	Memar	Dahi kiri
E.B.T	Perempuan	65	Lecet	Bibir
D.A.P	Perempuan	23	Memar Bengkak	Pipi Bibir
A.M	Perempuan	35	Memar Lecet	Lengan Jari kelingking
K.S	Perempuan	48	Memar	Paha kiri
S.M.N	Perempuan	27	Lecet	Dahi
D.O	Perempuan	21	Bengkak Lecet Memar	Kepala belakang Bibir Leher
N.I	Perempuan	44	Bengkak Memar	Dahi dan lengan Lengan kanan dan telapak kanan
M.S	Laki-laki	20	Bengkak Memar Robek Memar	Kepala Bibir Jari kelingking Lutut kanan
A.L	Perempuan	31	Lecet & Memar Memar	Dahi Pipi kanan, lengan kanan, lutut kanan
D.R	Perempuan	34	Memar bengkak Lecet Memar	Kepala Mata Kiri Bibir
R.A	Perempuan	57	Gores	Pipi
M.G	Perempuan	35	Bengkak	Lengan
D.D.A	Perempuan	20	Memar Lecet	Kepala Punggung, Lengan
D.P	Perempuan	21	Luka	Perut
H.C	Laki-laki	29	Memar	Kepala
K	Perempuan	37	Memar	Lengan
A.B.M	Perempuan	35	Memar Lecet	Bahu
M.K	Perempuan	50	Lecet	Dahi
T.A	Perempuan	22	Memar	Kepala
M.T	Perempuan	18	Memar	Kepala

N.A	Perempuan	24	Memar Lecet	Kepala, pipi, mata Leher
E.P.F.P	Perempuan	31	Memar	Dada kiri
S	Perempuan	47	Benjolan Lecet	Kepala Pinggang, tangan kanan
N.P	Perempuan	27	Robek Lecet Memar Bengkak Gores	Alis mata kiri Pipi kiri Pipi Kiri Lengan kiri
R.B.S.D	Perempuan	46	Lecet	Lengan
R.S	Laki-laki	27	Bengkak	Kepala
M.K	Laki-laki	38	Bengkak memar	Pipi, lengan, siku
A.F	Perempuan	23	Memar	Bawah dagu, bahu
P.I	Perempuan	31	Memar	Pipi kiri
D.E	Perempuan	21	Lecet Memar	Bibir, telapak kaki Paha
M.S	Perempuan	23	Lecet	Dahi
S	Perempuan	45	Memar bengkak Memar	Dahi, gigi Perut kanan
R.S.G.A	Perempuan	28	Memar	Pinggang, lengan
I.I.K.P	Perempuan	26	Memar	Punggung, lengan
E.R.T	Perempuan	38	Lecet	Pinggang
E.I	Perempuan	24	Memar bengkak	Telapak tangan
S.D	Perempuan	39	Memar Bengkak	Punggung Siku kanan
S.R	Perempuan	26	Bengkak	Pipi
P.J	Perempuan	22	Bengkak Lecet	Kepala Leher
Y.Z	Perempuan	27	Robek Bengkak	Dahi Pelipis mata
Y.T	Perempuan	33	Gores	Batang hidung
M.T	Perempuan	32	Benjolan Lecet Memar	Kepala Kelopak mata Tangan kanan
L.K	Perempuan	22	Memar	Bahu, lengan
M.C	Perempuan	26	Memar	Mata kanan
M	Perempuan	22	Memar	Gusi
S.R.	Perempuan	43	Memar	Kelopak mata
D.P	Perempuan	34	Lecet Memar & Bengkak	Lengan Lengan kiri
S.P	Perempuan	34	bengkak	Pipi
S.H.H	Perempuan	39	Bengkak Memar	Pelipis kanan Atas alis
N	Perempuan	37	Gores	Bawah mata

N.S	Perempuan	28	Robek	Telapak tangan
C.N.M	Perempuan	24	Memar	Lengan kiri
S.A	Perempuan	18	Lecet Memar	Kepala Kelopak mata
I.R	Perempuan	41	Memar	Kelopak mata
R.B.T	Perempuan	48	Memar	kepala
E.L	Perempuan	37	Memar	Pelipis mata
H.R	Perempuan	28	Lecet Memar	Alis, pipi, dagu Mata, punggung tangan
A.P	Perempuan	22	Lecet	Leher kiri
R.N	Perempuan	20	Memar	Mata kanan
W	Perempuan	42	Bengakk Lecet	Pipi Siku kanan
S.W	Perempuan	24	lecet	leher
B.N	Perempuan	41	Memar	Lutut kanan
Y.S	Perempuan	35	Memar	Dahi, hidung
I.H	Laki-laki	26	robek	Kepala
G.B	Perempuan	29	Lecet	Pipi, leher
E.M	Perempuan	49	lecet	Leher
Y.S	Perempuan	31	Lecet Memar	Pipi Jempol kiri
M.Z	Perempuan	38	Memar bengkak	Kelopak mata
H	Perempuan	36	Sayat	Lengan kiri
Y.G	Perempuan	29	Memar bengkak Gores	Mata Punggung
A.P.S	Perempuan	32	Memar	Bahu kiri

Lampiran 2. Analisis Univariat

Tahun Kejadian KDRT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2022	23	31.1	31.1	31.1
2023	28	37.8	37.8	68.9
2024	23	31.1	31.1	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	5	6.8	6.8	6.8
Perempuan	69	93.2	93.2	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 11-20 tahun	7	9.5	9.5	9.5
21-30 tahun	29	39.2	39.2	48.6
31-40 tahun	23	31.1	31.1	79.7
41-50 tahun	13	17.6	17.6	97.3
51-60 tahun	1	1.4	1.4	98.6
>60 tahun	1	1.4	1.4	100.0
Total	74	100.0	100.0	


Jenis Luka

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Luka lecet tekan	2	1.2	1.2	1.2
Luka lecet geser	1	.6	.6	1.8
Luka lecet gores	60	36.8	36.8	38.7
Luka Memar	93	57.1	57.1	95.7
Luka Robek	6	3.7	3.7	99.4
Luka Sayat	1	.6	.6	100.0
Total	163	100.0	100.0	

Lokasi Luka

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kepala	33	22.6	22.6	22.6
Dahi	12	8.2	8.2	30.8
Mata	19	13.0	13.0	43.8
Hidung	3	2.1	2.1	45.9
Pipi	16	11.0	11.0	56.8
Bibir	10	6.8	6.8	63.7
Dagu	3	2.1	2.1	65.8
Leher	11	7.5	7.5	73.3
Dada	2	1.4	1.4	74.7
Perut	3	2.1	2.1	76.7
Punggung	11	7.5	7.5	84.2
Pinggang	5	3.4	3.4	87.7
Lengan atas	1	.7	.7	88.4
Lengan bawah	2	1.4	1.4	89.7
Punggung Tangan	4	2.7	2.7	92.5
Telapak tangan	5	3.4	3.4	95.9
Jari tangan	3	2.1	2.1	97.9
Punggung Kaki	2	1.4	1.4	99.3
Telapak kaki	1	.7	.7	100.0
Total	146	100.0	100.0	

Lampiran 3. Surat Kode Etik



UMSU
Unggul | Cerdas | Berprestasi

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
 FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
 FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
 DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
 No : 1562/KEPK/FKUMSU/2025

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The Research protocol proposed by

Peneliti Utama : Sukma Sonia Ramadhani
Principal in investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Name of the Institution Faculty of Medicine University of Muhammadiyah of Sumatera Utara

Dengan Judul
Title


**" GAMBARAN KARAKTERISTIK LUKA PADA KORBAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DI RUMAH SAKIT
 BHAYANGKARA KOTA MEDAN TAHUN 2023-2024"**

**"A DESCRIPTIVE STUDY OF INJURY CHARACTERISTICS IN DOMESTIC VIOLENCE VICTIMS AT BHAYANGKARA HOSPITAL
 MEDAN CITY 2023-2024"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah
 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan / Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan
 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator
 setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable
 Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion / Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016
 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 15 Juli 2025 sampai dengan tanggal 15 Juli 2026
The declaration of ethics applies during the periode July 15, 2025 until July 15, 2026



Medan, 15 Juli 2025
 Ketua
 Assoc. Prof. Dr. dr. Nurfady, MKT

Lampiran 4. Surat Selesai Penelitian

KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH SUMATERA UTARA
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK II MEDAN

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : SK/ 217 /IX/2025/RS Bhayangkara

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Rumah Sakit Bhayangkara TK II Medan menerangkan bahwa :

NAMA : **Sukma Sonia Ramadhani**
NPM : 2108260230
PROGRAM STUDI : S1 – Kedokteran

Benar bahwa yang namanya tersebut diatas telah selesai melaksanakan penelitian dalam rangka penulisan skripsi dengan judul "Gambaran Karakteristik Luka Pada Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga di RS Bhayangkara TK II Medan Tahun 2022-2024"

Demikianlah Surat Keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagai syarat penyelesaian studi pada program studi strata satu (S1) Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

Medan, 02 September 2025

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK II MEDAN



dr. TAUFIK ISMAIL, Sp. OG, MARS
KOMISARIS BESAR POLISI NRP 73100634

Lampiran 5. Dokumentasi



GAMBARAN KARAKTERISTIK LUKA PADA KORBAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KOTA MEDAN PADA TAHUN 2022-2024

Sukma Sonia Ramadhani¹, Mistar Ritonga² Abdul Gafar Parinduri³, Muhammad Edy Syahputra Nasution⁴

¹Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

^{2,3}Departemen Forensik dan Medikolegal, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

⁴Departemen Ilmu THT, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

sukmasonya1810@gmail.com

ABSTRAK

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan masalah sosial dan kesehatan yang masih tinggi di Indonesia, dengan dampak fisik, psikologis dan sosial yang serius. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik luka pada korban KDRT yang mendapatkan pemeriksaan Visum et Repertum di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024. Penelitian menggunakan desain deskriptif retrospektif dengan 74 sampel korban KDRT yang memenuhi kriteria inklusi. Data dianalisis secara univariat dan dijadikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas korban adalah perempuan (93,24%) dengan rentang usia terbanyak 21- 30 tahun (39,18%). Jenis luka yang paling sering ditemukan adalah memar (57,05%) diikuti luka lecet gores (36,8%). Lokasi luka terbanyak terdapat pada kepala (22,6%), kemudian mata (13,01%) dan pipi (10,95%). Kesimpulannya, korban KDRT umumnya adalah perempuan usia produktif, dengan luka memar pada bagian tubuh atas, khususnya kepala dan wajah. Hasil ini diharapkan dapat menjadi dasar penguatan dokumentasi medis serta upaya pencegahan dan penanganan kasus KDRT secara lebih optimal.

Kata kunci: Kekerasan dalam rumah tangga, luka, visum et repertum, forensik, Medan

Abstract

Domestic violence is a prevalent social and health issue in Indonesia, carrying serious physical, psychological, and social impacts. This study aims to describe the characteristics of injuries in domestic violence victims who underwent Visum et Repertum examinations at Bhayangkara Hospital, Medan, between 2022 and 2024. This research employed a retrospective descriptive design with a sample of 74 domestic violence victims meeting the inclusion criteria. Data were analyzed univariately and presented in frequency distributions. The results showed that the majority of victims were female (93.24%), with the most frequent age range being 21–30 years (39.18%). The most common type of injury found was bruising (57.05%), followed by abrasions

(36.8%). The most frequent injury locations were the head (22.6%), followed by the eyes (13.01%) and the cheeks (10.95%). In conclusion, domestic violence victims are generally women of productive age, sustaining bruises on the upper body, particularly the head and face. These findings are expected to serve as a basis for strengthening medical documentation and optimizing prevention and handling efforts for domestic violence cases.

Keywords: Domestic violence, injury, visum et repertum, forensics, Medan

Pendahuluan

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan salah satu masalah sosial yang masih marak dan sangat serius terjadi di banyak negara, termasuk di Indonesia.¹ Studi dari berbagai negara menunjukkan, angka kejadian Kekerasan Dalam Rumah Tangga berkisar antara 15- 71%. Di Indonesia, kasus kekerasan terhadap perempuan cenderung meningkat. Jumlah kasus kekerasan pada tahun 2010 meningkat sekitar lima kali lipat dibandingkan dengan tahun 2006. Kekerasan dalam rumah tangga adalah kasus utama kekerasan terhadap perempuan, mencapai 96% pada tahun 2010. Berdasarkan data tahunan Indonesia dari Simfoni PPA dan Kemen PPA mencatat bahwa jumlah kasus pada tahun 2021 adalah 25.210 kasus, dan pada tahun 2020 adalah 20.501 kasus. Sedangkan jumlah kasus KDRT di Medan, Sumatra Utara pada tahun 2021 adalah 837 kasus.²

Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga Pasal 1 dan Pasal 2 menyatakan bahwa KDRT tidak hanya kekerasan fisik (pukulan, tendangan, pemerkosaan) tetapi bisa berupa kekerasan psikologis (ancaman, penghinaan, intimidasi), kekerasan seksual, maupun ekonomi yang dilakukan oleh pasangan hidup, orangtua, atau anggota keluarga terhadap anggota keluarga lainnya.³ Di Indonesia kekerasan pada perempuan di dalam rumah tangga masih di pandang biasa, dan masih di anggap sebuah dinamika kehidupan yang harus dijalani.⁴ Dari banyaknya

kasus yang terjadi, tidak semua korban melapor. Korban lebih memilih tutup mulut karena tidak tahu harus mengadu kepada siapa serta sering dianggap mempermalukan dan menyebabkan keretakan hubungan keluarga. Alasan ini menyulitkan pihak berwenang dalam pengumpulan data dan penyelesaian masalah.⁵ Ketidakseimbangan kekuasaan antara laki-laki dan perempuan akibat budaya patriarki yang berkembang dalam masyarakat memberikan kedudukan lebih tinggi pada laki-laki dan suami sehingga tidak jarang perempuan dipandang sebagai milik suami dalam perkawinan.⁶ Frustrasi, ketergantungan ekonomi, pengaruh alkohol dan kurangnya komunikasi merupakan sedikit dari banyaknya faktor yang dapat menimbulkan terjadinya KDRT.

Adapun bentuk-bentuk kekerasan dalam rumah tangga, seperti kekerasan fisik, kekerasan psikis, kekerasan seksual, penelantaran rumah tangga. Di antara jenis-jenis kekerasan tersebut, kekerasan fisik sering kali meninggalkan bukti yang paling nyata dalam bentuk luka pada tubuh korban. Luka yang timbul akibat kekerasan fisik dapat memberikan informasi penting mengenai jenis kekerasan, alat yang digunakan, pola serangan, dan tingkat keparahan insiden. Oleh karena itu, karakteristik luka pada korban KDRT dapat menjadi indikator penting dalam proses identifikasi, diagnosis medis, dan penegakan hukum. Rumah sakit, terutama rumah sakit yang bekerja sama dengan aparat penegak hukum

seperti Rumah Sakit Bhayangkara, memiliki peran strategis dalam mendokumentasikan temuan medis sebagai bagian dari proses pembuktian kasus KDRT.

Rumah Sakit Bhayangkara sebagai rumah sakit yang memiliki layanan medis untuk korban kejahatan, termasuk KDRT, sering kali menjadi tempat pertama bagi korban untuk mendapatkan penanganan medis terhadap luka yang dialami serta pembuatan *Visum et Repertum*. *Visum et Repertum* adalah pemeriksaan medis yang bertujuan untuk memberikan bukti atas adanya tindak kekerasan yang dialami oleh korban. Pemeriksaan ini mencakup pemeriksaan fisik terhadap luka atau cedera yang dialami korban. Namun, data yang terstruktur dan terperinci mengenai gambaran karakteristik luka pada korban KDRT di rumah sakit ini masih terbatas. Padahal, data tersebut sangat dibutuhkan untuk memahami pola kekerasan yang terjadi, mengembangkan strategi pencegahan, serta meningkatkan kualitas penanganan medis dan hukum bagi para korban.

Berdasarkan hasil observasi pendahuluan di instalasi gawat darurat (IGD) dan unit forensik Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan ditemukan bahwa sebagian besar korban yang datang dengan luka fisik akibat KDRT tidak secara langsung mengungkapkan bahwa mereka menjadi korban kekerasan rumah tangga. Luka yang tampak umumnya berupa memar pada wajah, lengan, dan punggung, serta luka robek akibat benda tumpul. Namun, dalam rekam medis, penyebab luka

sering hanya dicatat sebagai “trauma benda tumpul” tanpa keterangan rinci mengenai dugaan KDRT, karena minimnya informasi dari korban dan keterbatasan wawancara medis awal.

Wawancara dengan seorang perempuan korban berinisial “S” (usia 29 tahun) mengungkapkan bahwa ia mengalami kekerasan fisik dari suaminya sejak dua tahun terakhir, namun baru pertama kali berobat ke rumah sakit karena luka di wajahnya tidak bisa disembunyikan. Ia mengaku takut melapor karena khawatir akan dampak terhadap anak-anaknya dan tekanan dari pihak keluarga. Korban lainnya, “M” (usia 35 tahun), datang dengan luka lebam di bagian lengan dan dada. Ia mengatakan bahwa ini adalah kali ketiga ia mengalami kekerasan fisik, tetapi sebelumnya hanya berobat ke klinik swasta karena malu diketahui tetangga. Sementara itu, korban “R” (usia 41 tahun) menyatakan bahwa ia hanya ingin berobat tanpa membuat laporan polisi, karena pelaku merupakan suaminya yang bekerja sebagai aparat. Wawancara dengan tenaga medis menunjukkan bahwa tidak semua petugas memiliki pelatihan khusus dalam menangani korban KDRT. Selain itu, belum ada sistem pencatatan luka yang terstandar untuk keperluan forensik, dan kebanyakan dokumentasi hanya bersifat deskriptif umum. Petugas juga mengungkapkan bahwa korban kerap menolak difoto atau dilaporkan lebih lanjut, sehingga menyulitkan proses rujukan ke layanan pendampingan hukum atau psikososial. Hasil penelitian pendahuluan ini menunjukkan bahwa

selain luka fisik, korban KDRT juga menghadapi hambatan psikologis dan sosial dalam mengungkapkan kejadian kekerasan. Di sisi lain, rumah sakit sebagai tempat pertama penanganan belum memiliki sistem yang optimal dalam mengidentifikasi dan mendokumentasikan kasus KDRT secara menyeluruh.

Menurut penelitian tentang kekerasan tajam dan tumpul pada korban hidup yang dilakukan oleh Wardani *et al.*, (2021) di RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Kabupaten Klaten didapatkan jumlah kasus penganiayaan dari tahun 2017-2019 sebanyak 30 kasus. Kelompok umur terbanyak yaitu kelompok usia rentang 17-40 tahun sebanyak 18 (60%), korban perempuan sebanyak 17 (56,7%), jenis kekerasan terbanyak yaitu kekerasan tumpul yakni sebanyak 30 (100%), jenis luka terbanyak yaitu luka lecet yakni berjumlah 12 (40%), dan lokasi luka terbanyak adalah pada area kepala dan wajah dengan jumlah 11 (36,7%).⁸

Hingga saat ini, penelitian mengenai kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di Indonesia umumnya lebih banyak difokuskan pada aspek psikologis korban, faktor penyebab KDRT, serta dampaknya terhadap keluarga dan masyarakat. Sementara itu, kajian yang secara spesifik membahas karakteristik luka fisik akibat KDRT, terutama berdasarkan data medis dari rumah sakit rujukan seperti Rumah Sakit Bhayangkara, masih sangat terbatas. Padahal, karakteristik luka seperti jenis luka, letak luka, serta pola kekerasan yang dapat dikenali melalui luka tersebut memiliki nilai

penting dalam proses hukum dan pembuktian forensik. Selain itu, belum ditemukan data yang terdokumentasi secara ilmiah dan komprehensif mengenai karakteristik luka korban KDRT di wilayah Kota Medan, khususnya di Rumah Sakit Bhayangkara yang kerap menjadi tempat rujukan korban kekerasan. Tidak adanya dokumentasi tersebut menciptakan celah informasi yang menyulitkan dalam penyusunan strategi perlindungan korban dan penguatan sistem pelaporan medis untuk kasus KDRT. Dengan demikian, terdapat kebutuhan untuk mengisi kekosongan data (gap penelitian) dan memperkuat literatur mengenai aspek medis dari kasus KDRT di ranah lokal.

Penelitian ini penting untuk memberikan gambaran pola luka korban KDRT, meningkatkan kualitas pencatatan medis, mendukung pelaporan hukum, dan merumuskan SOP penanganan korban KDRT di rumah sakit, sekaligus meningkatkan kesadaran tenaga medis akan pentingnya deteksi dini dan dokumentasi luka akibat kekerasan.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan retrospektif yang bertujuan untuk menggambarkan karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Medan pada periode 2022–2024. Penelitian dilakukan pada bulan Mei hingga Oktober 2025, dengan lokasi pengambilan data di RS Bhayangkara Kota Medan sebagai

pusat layanan visum et repertum korban KDRT. Populasi target penelitian mencakup seluruh pasien korban kekerasan dalam rumah tangga di Kota Medan, sedangkan populasi terjangkau terdiri dari korban yang mendapatkan visum et repertum di RS Bhayangkara selama periode Januari 2022 hingga Desember 2024. Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu visum et repertum korban KDRT yang tersedia, dan tidak termasuk data yang hilang, rusak, atau tidak terbaca. Pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahap yang sistematis, dimulai dengan izin penelitian, pengambilan data di rumah sakit, seleksi sampel sesuai kriteria inklusi, pengelompokan variabel penelitian, hingga tahap analisis data. Pengolahan data meliputi pemeriksaan kelengkapan dan ketepatan data (editing), pemberian kode pada masing-masing kategori variabel (coding), pemasukan data ke komputer untuk pengolahan lebih lanjut (entry), pembersihan data guna menghindari kesalahan input (cleaning), serta penyimpanan data (saving) sebelum dianalisis. Analisis data dilakukan menggunakan program SPSS dengan pendekatan univariat untuk menilai distribusi frekuensi setiap variabel, dan hasilnya disajikan dalam bentuk tabel sesuai kategori yang telah ditetapkan, sehingga memungkinkan pemahaman yang komprehensif mengenai karakteristik luka pada korban kekerasan dalam rumah tangga.

Hasil

Deskripsi Lokasi Penelitian

Studi ini dilaksanakan di Rumah Sakit Bhayangkara Medan yang beralamat di Jalan KH Wahid Hasyim No.1, Medan, Sumatera Utara. Di institusi tersebut, telah terkumpul 74 data sampel berupa korban akibat kejadian kekerasan dalam rumah tangga yang ditinjau berdasarkan distribusi frekuensi jenis kelamin, usia, jenis luka, dan lokasi luka, sebagaimana melalui dokumentasi Visum Et Repertum yang dilaksanakan pada rentang tahun 2022-2024.

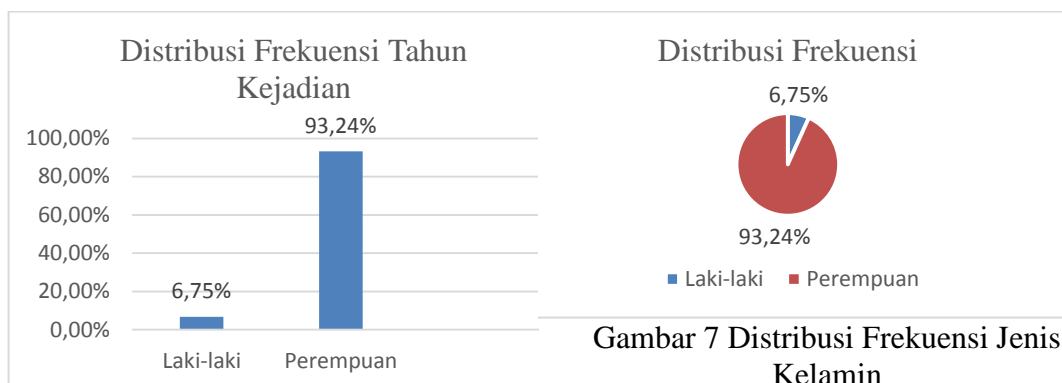
Analisis Data

Pendekatan analisis data pada tiap variable penelitian menerapkan metode univariat. Evaluasi ini mengandalkan pengelompokan berdasarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel, yakni jenis kelamin, usia, jenis luka, dan lokasi luka pada tubuh korban.

Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Tahun	N	%
1	2022	23	31,08
2	2023	28	37,83
3	2024	23	31,08
Total		74	100



Gambar 6 Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian KDRT

Berdasarkan Tabel 1 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan tahun kejadian kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan adalah tahun 2022 sebanyak 23 orang (31,08%), tahun 2023 sebanyak 28 orang (37,83%), dan tahun 2024 sebanyak 23 orang (31,08%).

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Jenis Kelamin	N	%
1	Laki-laki	5	6,75
2	Perempuan	69	93,24
Total		74	100

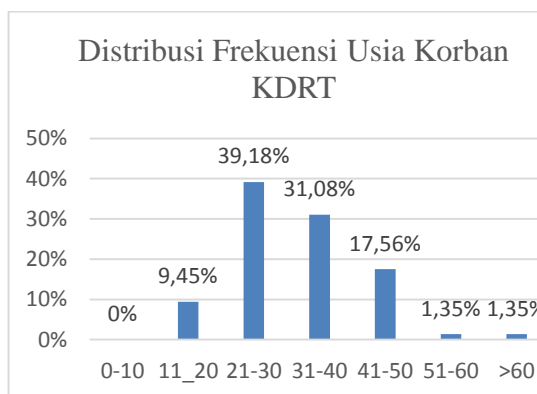
Gambar 7 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin

Berdasarkan Tabel 2 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan yang terbanyak adalah perempuan sebanyak 69 orang (93,24%), sedangkan pada laki-laki hanya berjumlah 5 orang (6,75%).

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Usia	N	%
1	0-10	0	0
2	11-20	7	9,45
3	21-30	29	39,18
4	31-40	23	31,08
5	41-50	13	17,56
6	51-60	1	1,35
7	>60	1	1,35
Total		74	100



Gambar 8 Distribusi Frekuensi Usia Korban KDRT

Berdasarkan Tabel 3 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan usia yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan yang terbanyak pada usia 21-30 tahun dengan total 29 orang (39,18%). Kemudian dilanjut pada usia 31-40 tahun sebanyak 23 orang (31,08%), pada usia 41-50 tahun sebanyak 13 orang (17,56%), pada usia 11-20 tahun sebanyak 7 orang (9,45%), pada usia 51-60 tahun sebanyak 1 orang (1,35%), pada usia >60 tahun sebanyak 1 orang (1,35%), kemudian terakhir tidak ada korban dalam usia 0-10 tahun.

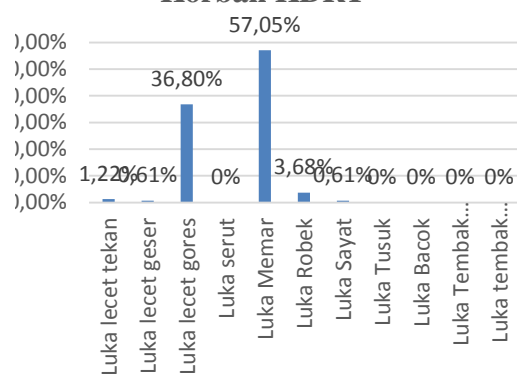
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Jenis Luka	N	%
1	Luka lecet tekan	2	1,22
2	Luka lecet geser	1	0,61
3	Luka lecet gores	60	36,8
4	Luka serut	0	0

5	Luka Memar	93	57,05
6	Luka Robek	6	3,68
7	Luka Sayat	1	0,61
8	Luka Tusuk	0	0
9	Luka Bacok	0	0
10	Luka Tembak masuk	0	0
11	Luka tembak keluar	0	0
Total		163	100

Distribusi Frekuensi Jenis Luka Korban KDRT



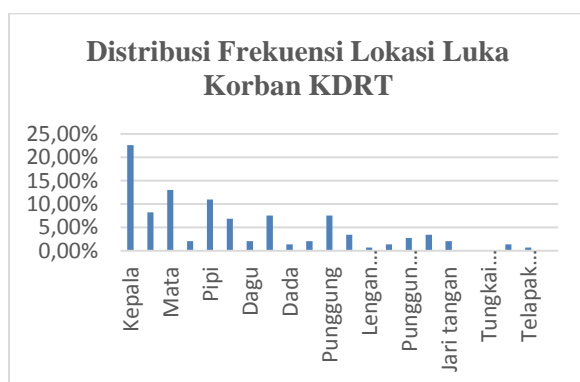
Gambar 9 Distribusi Frekuensi Jenis Luka Korban KDRT

Berdasarkan Tabel 4 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan jenis luka yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan terbanyak pada luka memar sebanyak 57,05%, dilanjut oleh luka lecet gores sebanyak 36,8%, kemudian luka robek sebanyak 3,68%, luka lecet tekan sebanyak 1,22%, luka lecet geser sebanyak 0,61%, luka sayat sebanyak 0,61%, serta tidak adanya jenis luka serut, luka tusuk, luka bacok, luka tembak masuk, dan luka tembak keluar.

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Tabel 5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

No.	Lokasi Luka	N	%
1	Kepala	33	22,6
2	Dahi	12	8,21
3	Mata	19	13,01
4	Hidung	3	2,05
5	Pipi	16	10,95
6	Bibir	10	6,84
7	Dagu	3	2,05
8	Leher	11	7,53
9	Dada	2	1,36
10	Perut	3	2,05
11	Punggung	11	7,53
12	Pinggang	5	3,42
13	Lengan atas	1	0,68
14	Lengan bawah	2	1,36
15	Punggung Tangan	4	2,73
16	Telapak tangan	5	3,42
17	Jari tangan	3	2,05
18	Tungkai Atas	0	0
19	Tungkai Bawah	0	0
20	Punggung Kaki	2	1,36
21	Telapak Kaki	1	0,68
22	Jari Kaki	0	0
	Total	146	100



Gambar 10 Distribusi Frekuensi Lokasi Luka Korban KDRT

Berdasarkan Tabel 5 diatas, distribusi frekuensi berdasarkan lokasi luka yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan terbanyak pada bagian kepala sebanyak 22,6%, kemudian dilanjut pada bagian mata sebanyak 13,01%, bagian pipi sebanyak 10,95%, bagian dahi sebanyak 8,21%, bagian leher sebanyak 7,53%, bagian punggung sebanyak 7,53%, bagian bibir sebanyak 6,84%, bagian pinggang sebanyak 3,42%, bagian telapak tangan sebanyak 3,42%, bagian punggung tangan sebanyak 2,73%, bagian hidung sebanyak 2,05%, bagian dagu sebanyak 2,05%, bagian perut sebanyak 2,05%, bagian jari tangan sebanyak 2,05%, bagian dada sebanyak 1,36%, bagian lengan bawah sebanyak 1,36%, bagian punggung kaki sebanyak 1,36%, bagian lengan atas sebanyak 0,68%, bagian telapak kaki sebanyak 0,68%, serta tidak adanya luka pada bagian tungkai atas, tungkai bawah, dan jari kaki.

Pembahasan

Distribusi Frekuensi Tahun Kejadian Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) merupakan pelanggaran serius terhadap kesehatan mental dan fisik korban, dan tetap menjadi masalah sosial publik yang mendesak di Indonesia. Menurut Undang-Undang No 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga, KDRT mencakup kekerasan fisik, seksual, psikis, dan penelantaran

rumah tangga, termasuk ancaman atau pemaksaan tindakan ilegal dalam lingkungan rumah tangga. Menurut Samtasyiah (2012), KDRT meliputi tindakan seperti pemukulan, intimidasi verbal, manipulasi psikis, perkosaan hingga pembunuhan dalam konteks rumah tangga.⁹

Distribusi frekuensi kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di RS Bhayangkara Kota Medan dalam kurun waktu tiga tahun terakhir menunjukkan pola yang fluktuatif. Pada tahun 2022 tercatat sebanyak 23 kasus (31,08%), kemudian mengalami peningkatan pada tahun 2023 menjadi 28 kasus (37,83%), sebelum kembali menurun pada tahun 2024 dengan jumlah 23 kasus (31,08%). Pola ini mengindikasikan bahwa meskipun terjadi peningkatan kasus di tahun 2023, angka kejadian KDRT secara umum masih berada pada tingkat yang relatif konsisten. Temuan ini sejalan dengan laporan Komnas Perempuan (2024) yang menunjukkan adanya dinamika tahunan dalam jumlah kasus kekerasan terhadap perempuan di Indonesia, di mana fluktuasi jumlah kasus kerap dipengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, maupun tingkat keberanian korban untuk melaporkan peristiwa yang dialami.¹⁰

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Hasil penelitian di RS Bhayangkara Kota Medan menunjukkan bahwa korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) didominasi oleh perempuan sebanyak 69 orang (93,24%),

sedangkan laki-laki hanya berjumlah 5 orang (6,75%). Temuan ini menguatkan fakta bahwa perempuan masih menjadi kelompok yang paling rentan mengalami KDRT. Kerentanan ini dapat dikaitkan dengan adanya relasi kuasa yang timpang dalam rumah tangga, dimana perempuan kerap ditempatkan pada posisi yang lemah dan lebih sering menjadi korban kekerasan fisik maupun psikis.

Dominasi jumlah korban perempuan dalam kasus KDRT juga sejalan dengan data Komnas Perempuan tahun 2024 yang secara konsisten melaporkan bahwa mayoritas kasus kekerasan domestik di Indonesia dialami oleh perempuan.¹⁰ Menurut Suryakusuma (2021), faktor budaya patriarki, norma gender yang diskriminatif, serta ketergantungan ekonomi terhadap pasangan turut memperbesar risiko perempuan menjadi sasaran KDRT.¹¹ Selain itu, perempuan yang mengalami KDRT kerap menghadapi hambatan untuk melapor karena rasa takut, stigma sosial, maupun keterbatasan akses terhadap layanan hukum dan kesehatan.

Sementara itu, meskipun jumlah korban laki-laki lebih sedikit, data ini tetap penting diperhatikan karena menunjukkan bahwa KDRT tidak hanya menimpa perempuan, tetapi juga dapat dialami oleh laki-laki. Namun, menurut Srikandi, *et al.*, (2021), kasus KDRT pada laki-laki sering kali tidak dilaporkan secara maksimal akibat adanya stereotip maskulinitas yang membuat mereka enggan mengakui diri sebagai korban.¹² Oleh karena itu,

upaya pencegahan dan penanganan KDRT perlu dilakukan secara menyeluruh, mencakup edukasi publik, penguatan regulasi, serta peningkatan akses layanan pendampingan baik bagi perempuan maupun laki-laki.

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Data penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia terbanyak yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) di RS Bhayangkara Kota Medan adalah 21–30 tahun dengan jumlah 29 orang (39,18%). Usia ini merupakan fase awal pernikahan dan pembentukan keluarga, yang sering kali diwarnai oleh dinamika penyesuaian pasangan, kondisi ekonomi yang belum stabil, serta tekanan sosial yang tinggi. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi pemicu konflik yang berujung pada KDRT, terutama ketika pasangan belum memiliki keterampilan komunikasi dan manajemen emosi yang baik.

Kelompok usia 31–40 tahun menempati posisi kedua dengan jumlah korban 23 orang (31,08%). Pada rentang usia ini, pasangan biasanya menghadapi tantangan yang berkaitan dengan beban pekerjaan, pengasuhan anak, maupun kebutuhan ekonomi keluarga yang semakin kompleks. Tekanan dalam kehidupan rumah tangga sering kali meningkatkan risiko terjadinya kekerasan, baik dalam bentuk fisik, psikis, maupun ekonomi. Data dari Komnas Perempuan tahun 2024 juga menunjukkan bahwa perempuan usia produktif cenderung lebih rentan

mengalami KDRT karena berada pada fase aktif dalam peran domestik dan publik secara bersamaan.¹⁰

Kelompok usia 41–50 tahun sebanyak 13 orang (17,56%) dan 11–20 tahun sebanyak 7 orang (9,45%) juga tercatat sebagai korban KDRT. Angka pada usia 41–50 tahun menunjukkan bahwa meskipun pasangan sudah lama menikah, konflik rumah tangga tetap dapat muncul akibat perbedaan pandangan, masalah keuangan, maupun krisis paruh baya. Sedangkan pada usia 11–20 tahun, kasus yang tercatat kemungkinan besar berkaitan dengan pernikahan usia dini atau hubungan pacaran yang berujung pada kekerasan. Fenomena ini pada penelitian terdahulu oleh Srikandi, *et al.*, (2021) mengindikasikan pentingnya edukasi sejak dini terkait relasi sehat dan kesetaraan gender.¹²

Jumlah korban pada usia 51–60 tahun dan >60 tahun relatif rendah, masing-masing hanya 1 orang (1,35%). Menurut DISPPAKB tahun 2024, hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti berkurangnya intensitas konflik pada usia lanjut atau adanya kecenderungan korban enggan melaporkan kasus karena alasan stigma, rasa malu, atau ketergantungan ekonomi.¹³ Tidak ditemukan kasus KDRT pada kelompok usia 0–10 tahun dalam data penelitian ini, yang mengindikasikan bahwa kekerasan terhadap anak tidak dilaporkan di fasilitas ini atau masuk ke dalam kategori kasus perlakuan salah terhadap anak yang berbeda dari definisi KDRT. Temuan ini mempertegas bahwa KDRT lebih

banyak terjadi pada usia produktif, sehingga intervensi pencegahan sebaiknya difokuskan pada kelompok usia dewasa muda hingga paruh baya.

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa luka memar merupakan jenis luka yang paling dominan dialami korban kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan, yaitu sebesar 57,05%. Luka memar biasanya timbul akibat benturan benda tumpul, baik karena pukulan dengan tangan maupun alat bantu tertentu. Dominasi luka memar ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Sitorus & Parinduri (2025) di RS Bhayangkara TK II Medan, yang juga menemukan bahwa kekerasan fisik terhadap perempuan paling sering meninggalkan jejak berupa memar pada tubuh korban.¹⁴

Jenis luka terbanyak berikutnya adalah luka lecet gores dengan persentase 36,8%. Luka ini umumnya terjadi akibat gesekan atau tarikan benda keras pada permukaan kulit, yang seringkali dihasilkan dari tindakan kekerasan seperti mencakar, menyeret, atau mendorong korban ke permukaan keras. Penelitian lain oleh Lumentut, *et al.*, (2023) juga mencatat bahwa lecet gores menjadi salah satu tanda fisik yang paling sering ditemukan pada kasus KDRT, terutama pada bagian lengan dan wajah korban.¹⁵ Kondisi ini menunjukkan bahwa bentuk kekerasan dalam rumah tangga tidak hanya berupa pukulan, tetapi juga

tindakan kasar lainnya yang meninggalkan luka superfisial.

Sementara itu, luka robek (3,68%), luka lecet tekan (1,22%), luka lecet geser (0,61%), serta luka sayat (0,61%) ditemukan dalam jumlah yang lebih sedikit. Menurut Salma, *et al.*, (2025), jenis luka ini mengindikasikan adanya variasi bentuk kekerasan yang dilakukan pelaku, mulai dari tekanan benda tumpul, geseran, hingga penggunaan benda tajam.¹⁶ Meskipun jumlahnya relatif kecil, keberadaan luka-luka tersebut tetap penting diperhatikan karena dapat menjadi bukti medis dalam proses hukum serta menggambarkan tingkat eskalasi kekerasan yang dialami korban.

Pada penelitian ini tidak ditemukan adanya kasus dengan luka serut, tusuk, bacok, maupun luka tembak. Ketiadaan jenis luka tersebut dapat diinterpretasikan bahwa kekerasan dalam rumah tangga yang ditangani di RS Bhayangkara Kota Medan lebih banyak menggunakan kekerasan fisik non-senjata dan bersifat spontan, bukan dengan perencanaan menggunakan alat berbahaya. Hal ini sejalan dengan laporan Komnas Perempuan tahun 2024 yang menyebutkan bahwa mayoritas kasus KDRT di Indonesia terjadi dalam bentuk kekerasan fisik ringan hingga sedang, dengan penggunaan alat tajam atau senjata api yang relatif jarang.¹⁰

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lokasi Luka yang Mengalami Kekerasan dalam Rumah Tangga di R.S Bhayangkara Kota Medan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lokasi luka terbanyak pada

korban kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Kota Medan adalah bagian kepala dengan persentase 22,6%. Luka di area kepala memiliki implikasi serius karena dapat menimbulkan cedera yang membahayakan nyawa, baik berupa gegar otak, pendarahan, maupun trauma jangka panjang. Dominasi luka di kepala ini sejalan dengan temuan terdahulu oleh Sitorus & Parinduri (2025) yang melaporkan bahwa kepala merupakan area yang paling sering menjadi sasaran kekerasan karena dianggap mampu memberikan efek rasa sakit yang besar bagi korban.¹⁴ Hal ini mempertegas bahwa kekerasan fisik dalam rumah tangga cenderung diarahkan ke bagian tubuh vital dengan risiko komplikasi medis yang tinggi.

Lokasi luka berikutnya yang cukup menonjol adalah bagian mata (13,01%), pipi (10,95%), dan dahi (8,21%). Luka pada wajah, khususnya mata dan pipi, bukan hanya menimbulkan rasa sakit fisik, tetapi juga berdampak pada psikologis korban karena berhubungan dengan penampilan dan harga diri. Pada penelitian terdahulu oleh Lumentut *et al.*, (2023) dijelaskan bahwa luka pada wajah sering kali menjadi bukti yang paling mudah terlihat dan karenanya memiliki peran penting dalam proses hukum serta visum et repertum.¹⁵ Selain itu, luka di area wajah dapat meninggalkan bekas jangka panjang yang memperburuk kondisi psikologis korban, termasuk rasa malu dan trauma sosial.

Data penelitian juga menunjukkan adanya luka pada

bagian leher (7,53%) dan punggung (7,53%), yang umumnya dihasilkan dari tindakan cekikan, dorongan, atau pukulan dengan benda tumpul. Menurut Srikandi, *et al.*, (2021) luka pada leher berpotensi mengganggu fungsi vital seperti pernapasan dan sirkulasi darah, sehingga menjadi indikator adanya tindak kekerasan dengan tingkat bahaya yang tinggi.¹² Adapun luka pada punggung sering kali dihasilkan dari kekerasan berulang dengan intensitas sedang hingga berat, misalnya dipukul dengan benda keras atau dijatuhkan secara paksa. Kedua lokasi luka ini menunjukkan adanya pola kekerasan yang tidak sekadar impulsif, melainkan berpotensi mengarah pada kekerasan berulang dengan risiko fatal.

Lokasi luka lain yang ditemukan adalah pada bibir (6,84%), pinggang (3,42%), telapak tangan (3,42%), punggung tangan (2,73%), hidung (2,05%), dagu (2,05%), perut (2,05%), jari tangan (2,05%), serta dada (1,36%). Meskipun persentasenya lebih kecil dibandingkan kepala atau wajah, luka di area tersebut tetap signifikan sebagai bukti kekerasan. Penelitian terdahulu oleh Salma, *et al.*, (2025) menjelaskan bahwa variasi lokasi luka menunjukkan adanya bentuk kekerasan yang beragam, mulai dari pukulan, tendangan, hingga benturan dengan permukaan keras.¹⁶ Dengan demikian, distribusi luka yang meluas ke berbagai bagian tubuh dapat dipahami sebagai indikasi bahwa korban mengalami kekerasan dengan intensitas tinggi dan repetitif.

Pada penelitian ini tidak menemukan adanya luka pada

tungkai atas, tungkai bawah, maupun jari kaki. Ketiadaan luka di area ekstremitas bawah dapat diinterpretasikan bahwa pelaku kekerasan lebih sering menasar bagian tubuh atas yang lebih terlihat, vital, dan sensitif. Temuan ini sejalan dengan laporan Komnas Perempuan tahun 2024 yang menyebutkan bahwa mayoritas kasus KDRT berupa kekerasan fisik dilakukan dengan sasaran tubuh bagian atas, khususnya kepala, wajah, dan leher, karena lebih mudah menimbulkan rasa sakit serta mengintimidasi korban.¹⁰ Oleh sebab itu, intervensi medis maupun hukum perlu memberikan perhatian khusus pada tanda-tanda kekerasan di bagian tubuh atas, karena memiliki implikasi yang lebih besar terhadap kesehatan fisik, psikologis, serta keselamatan korban.

Kesimpulan

5. Jenis luka paling banyak ditemukan pada korban yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 adalah luka memar (57,05%).
6. Lokasi luka terbanyak pada korban yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 berada di kepala (22,6%) yang menunjukkan bahwa pelaku lebih sering menasar bagian tubuh atas yang vital dan terlihat.
7. Mayoritas korban kekerasan dalam rumah tangga yang

tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 adalah perempuan (93,24%).

8. Rentang usia korban terbanyak yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga yang tercatat di Rumah Sakit Bhayangkara kota Medan pada tahun 2022-2024 adalah usia 21-30 tahun (39,18%) yang menunjukkan bahwa korban KDRT umumnya berada pada usia produktif.

Daftar Pustaka

29. Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI. Undang-Undang Republik Indonesia No 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga. 2004.
30. SIMFONI-PPA. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. Ringkasan Kasus Kekerasan di Indonesia. 2023.
31. Budiyanto A, Widiatmaka W, Sudiono S. Ilmu Kedokteran Forensik. Jakarta: Bagian Kedokteran Forensik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1997.
32. Satyo AC. Aspek medikolegal luka pada forensik klinik. *Majalah Kedokteran Nusantara*. 2006;39(4): 430-2
33. Silaban, Y. H., Kristanto, E. G., & Siwu, J. F. (2023). Profil Kasus Kekerasan dalam Rumah Tangga di RS Bhayangkara Tingkat III Manado Periode

2021. *Medical Scope Journal*, 5(1), 136–142. <https://doi.org/10.35790/msj.v5i1.45293>.
34. Caise, O., Siwu, J. F., & Mallo, N. T. S. (2025). Gambaran Pola Luka pada Kasus Kematian Akibat Kekerasan Tajam di RS Bhayangkara Tingkat III Manado Tahun 2023. *E-CliniC*, 13(2), 268–274. <https://doi.org/10.35790/ecl.v13i2.61264>
35. Wardani TK, Gizela BA, Pratiti B. Gambaran Luka Akibat Kekerasan Tumpul dan Tajam pada Korban Penganiayaan di IGD RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro [Internet]. 2021. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id>
36. Pahmi, S., Hopipah, R., Saputri, D. A., Dewi, T. P., Yulita, H., & Widowati, A. (2024). Studi literatur terhadap kekerasan di kalangan remaja. *Jurnal Basicedu*, 8(1), 909–920. <https://jbasic.org/index.php/basicedu>
37. Samtasyah I. Kekerasan Dalam Rumah Tangga dan Dampaknya. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah; 2012.
38. Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan). Catatan Tahunan (CATAHU) Kekerasan terhadap Perempuan 2024. Jakarta: Komnas Perempuan; 2024.
39. Suryakusuma J. Feminism in Indonesia. In: *Wikipedia*. Published 2021.
40. Srikandi R, Rakhmawati W, Yuniarti K. Domestic violence against women in Indonesia: prevalence, risk factors, and implications. *Front Psychol*. 2021;12:772164. doi:10.3389/fpsyg.2021.772164.
41. Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan KB (DP3A) Provinsi Sumatera Utara. Profil Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak Provinsi Sumatera Utara 2024. Medan: DP3A Sumut; 2024.
42. Sitorus RA, Parinduri AG. Karakteristik luka akibat kekerasan fisik yang terjadi di dalam rumah tangga yang diperiksa di RS Bhayangkara TK II Medan tahun 2017–2021. *Jurnal Pandu Husada*. 2025; 6(2):84-90.
43. Lumentut C, Pateda V, Paath F, et al. Profil kasus kekerasan dalam rumah tangga di RS Bhayangkara Tingkat III Manado periode 2021. *Medical Scope Journal*. 2023;10(1).
44. Salma A, Harefa J, dkk. Analisis forensik visum et repertum pada kasus KDRT: laporan kasus di RS Bhayangkara. Prepotif: *Jurnal Kesehatan*. 2025;9(1).