

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI TERJADINYA
INFEKSI GONOREA PADA ANAK KORBAN KEKERASAN
SEKSUAL : STUDI PADA POLI KEKERASAN TERHADAP
PEREMPUAN DAN ANAK (KTP/A) RSUD
dr. H. BOB BAZAR, SKM PERIODE
SEPTEMBER 2019 – JANUARI 2025**

TESIS

Oleh :

LIESTYA RISNAWATI

NPM: 2328021001



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI TERJADINYA
INFEKSI GONOREA PADA ANAK KORBAN KEKERASAN
SEKSUAL : STUDI PADA POLI KEKERASAN TERHADAP
PEREMPUAN DAN ANAK (KTP/A) RSUD
dr. H. BOB BAZAR, SKM PERIODE
SEPTEMBER 2019 – JANUARI 2025**

Oleh :

LIESTYA RISNAWATI

Tesis

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Pada

**Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2026**

ABSTRAK

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI TERJADINYA INFEKSI GONOREA PADA ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL : STUDI PADA POLI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK (KTP/A) RSUD dr.H.BOB BAZAR,SKM PERIODE SEPTEMBER 2019-JANUARI 2025

Oleh
LIESTYA RISNAWATI

Infeksi gonorea merupakan salah satu penyakit menular seksual yang dapat ditemukan pada anak korban kekerasan seksual. Tingginya kasus kekerasan seksual terhadap anak perlu menjadi perhatian pemerintah karena dapat meningkatkan angka kejadian infeksi gonorea pada anak. Kejadian infeksi gonorea ini tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, tetapi juga pada kesejahteraan psikososial anak. Identifikasi faktor-faktor yang memengaruhi kejadian infeksi gonorea penting untuk mendukung penanganan yang komprehensif. Tesis ini dibuat untuk mengetahui faktor-faktor apa saja memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual yang diperiksa di Poli Kekerasan Terhadap Perempuan/Anak (KTP/A) RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM, Kabupaten Lampung Selatan. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Data diperoleh dari seluruh kasus anak korban kekerasan seksual yang tercatat di Poli KtPA sejak September 2019 hingga Januari 2025. Analisis dilakukan dengan uji *Chi-square* untuk analisis bivariat dan regresi logistik berganda untuk analisis multivariat dengan sampel berjumlah 98 orang. Hasil penelitian menunjukkan terdapat dua variabel yang berpengaruh secara bersama-sama terhadap terjadinya infeksi gonorea dalam model multivariat, yaitu riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda dan pekerjaan pelaku. Variabel lain seperti umur korban, jenis kelamin korban, pendidikan korban, status gizi korban, disabilitas korban, riwayat pubertas korban, riwayat kekerasan seksual sebelumnya, riwayat penggunaan kondom, riwayat jenis kelamin pelaku, dan umur pelaku tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan. Riwayat kekerasan seksual dengan pelaku berbeda dan status pekerjaan pelaku merupakan faktor-faktor yang berpengaruh secara bersama-sama terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM. Diperlukan upaya preventif dan deteksi dini oleh pemerintah dengan mempertimbangkan faktor-faktor risiko tersebut untuk mencegah penularan infeksi gonorea pada populasi anak.

Kata Kunci: Gonorea, Kekerasan Seksual, Anak, Infeksi Menular Seksual, Faktor Risiko

ABSTRACT

FACTORS INFLUENCING THE OCCURRENCE OF GONORRHEA IN CHILD VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE: A STUDY AT THE WOMEN AND CHILD PROTECTION CLINIC (KtPA) OF RSUD dr. H. BOB BAZAR, SKM, SEPTEMBER 2019-JANUARY 2025

**By
LIESTYA RISNAWATI**

Gonorrhea infection is a sexually transmitted infection (STI) that can be found in child victims of sexual violence. The high incidence of sexual violence against children can increase the incidence of gonorrhea infection in children. This incident not only impacts physical health but also the psychosocial well-being of children. Identifying factors influencing the incidence of gonorrhea infection is important to support comprehensive treatment. This thesis aims to determine the factors influencing the incidence of gonorrhea infection in child victims of sexual violence who were examined at the KTP/A Clinic of Dr. H. Bob Bazar Regional General Hospital, SKM, South Lampung Regency. This study used a cross-sectional design with a quantitative approach. Data were obtained from all cases of child victims of sexual violence recorded at the Child Protection Clinic (KtPA) from September 2019 to January 2025. Analysis was conducted using the Chi-square test for bivariate analysis and multiple logistic regression for multivariate analysis, with a sample size of 98 individuals. The results of the study showed that there were two variables that jointly influenced the occurrence of gonorrhea infection in the multivariate model, namely the history of sexual violence with different perpetrators and the perpetrator's occupation. Other variables such as the victim's age, victim's gender, victim's education, victim's nutritional status, victim's disability, victim's puberty history, previous history of sexual violence, history of condom use, history of perpetrator's gender, and perpetrator's age did not show a significant influence. The history of sexual violence with different perpetrators and the perpetrator's occupational status were factors that jointly influenced the occurrence of gonorrhea infection in child victims of sexual violence at Dr. H. Bob Bazar Regional General Hospital, SKM. Preventive and early detection efforts are needed by the government by considering these risk factors to prevent the transmission of gonorrhea infection in the child population.

Keywords: *Gonorrhea, Sexual Violence, Children, Sexually Transmitted Infections, Risk Factors*

Judul Tesis

**: FAKTOR-FAKTOR YANG
MEMENGARUHI TERJADINYA
INFEKSI GONOREA PADA ANAK
KORBAN KEKERASAN SEKSUAL : STUDI
PADA POLI KEKERASAN TERHADAP
PEREMPUAN DAN ANAK (KTP/A) RSUD
dr. H. BOB BAZAR,SKM PERIODE
SEPTEMBER 2019-JANUARI 2025**

Nama Mahasiswa : Liestya Risnawati

Nomor Pokok Mahasiswa : 2328021001

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran



Dr.dr.Jhons Fatriyadi Suwandi,
S,Ked.,M.Kes, Sp.Par.K
NIP.197608312003121003

Dr.dr. Betta Kurniawan,S.Ked.,M.Kes,
Sp.Par.K
NIP. 19781009 2005011001

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

A handwritten signature in blue ink, belonging to Dr. dr. Betta Kurniawan, is positioned above the printed name and NIP of the same individual.

Dr.dr. Betta Kurniawan,S.Ked.,M.Kes, Sp.Par.K
NIP. 19781009 2005011001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dr.dr.Jhons Fatriyadi Suwandi, S,Ked.,M.Kes,
Sp.Par.K.



Sekretaris : Dr.dr. Betta Kurniawan,S.Ked.,M.Kes,
Sp.Par.K.



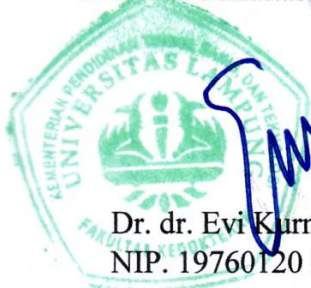
Anggota : Prof.Dr.Dyah Wulan Sumekar RW, SKM,M.Kes.



Anggota : Dr.dr. Susianti,S.Ked., M.Sc



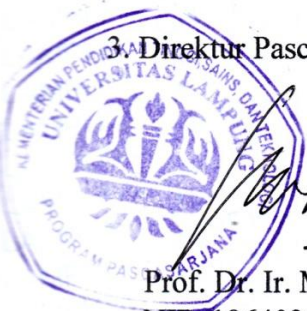
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc
NIP. 19760120 200312 2001



3. Direktur Pasca Sarjana Universitas Lampung



Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Sc
NIP. 1964030261989021001



Tanggal Lulus Ujian Tesis : 5 Januari 2026

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa

1. Tesis dengan judul **“FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI TERJADINYA INFEKSI GONOREA PADA ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL : STUDI PADA POLI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN ANAK (KTP/A) RSUD dr.H. BOB BAZAR, SKM PERIODE SEPTEMBER 2019-JANUARI 2025”** adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarisme.
2. Hak intelektual atau karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 07 Januari 2026
Pembuat Pernyataan,



Lestya Risnawati
NPM. 2328021001

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Jakarta tanggal 2 Januari 1984, sebagai anak ke empat dari empat bersaudara, dari bapak Mochammad Wasyim dan Ibu Sri hermin Idaja. Menikah dengan dr.Djohardi,M.H dan memiliki tiga orang anak, saat ini bertempat tinggal di Blambangan Kabupaten Lampung Selatan.

Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) Fatahillah Jakarta lulus tahun 1988, Sekolah Dasar (SD) di SD Negeri 03 Pagi Pasar Minggu Jakarta Selatan lulus pada tahun 1995, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Negeri 98 Lenteng Agung Jakarta Selatan lulus tahun 1998, Sekolah Menengah Umum (SMU) di SMU Negeri 38 Lenteng Agung Jakarta Selatan lulus tahun 2001, perguruan tinggi sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional (FKUPN) “Veteran” Jakarta lulus tahun 2005 kemudian menjalani Profesi Dokter Umum lulus pada Januari tahun 2009. Tahun 2023 penulis terdaftar sebagai mahasiswa pendidikan pasca sarjana program studi magister kesehatan masyarakat fakultas kedokteran Unila.

Pengalaman kerja sebelumnya sebagai dokter fungsional puskesmas Rawat Inap Penengahan sejak Januari 2010 sampai Januari 2019, menjadi dokter pendamping internsip dokter Indonesia Provinsi Lampung pada tahun 2012 sampai 2018, dokter fungsional Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr.H.Bob Bazar,SKM sejak

Januari 2019 sampai sekarang di bagian *Medical Check Up* dan Instalasi Forensik Medikolegal dan Pulasara Jenazah serta Poli Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak (PKTPA), selain itu juga sebagai ketua *Casemix* dan Tim Pencegahan Kecurangan *Fraud* RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.

Pengalaman organisasi penulis yaitu sebagai anggota Ikatan Dokter Indonesia (IDI) cabang Lampung Selatan sejak tahun 2009 sampai sekarang dan aktif sebagai pengurus pada tahun 2019 sampai 2024. Menjadi Anggota Koalisi Organisasi Profesi Indonesia (KOPI) TB sejak 2019, menjadi anggota Lembaga Akreditasi Rumah Sakit sejak tahun 2023. Untuk organisasi sosial sejak tahun 2025 penulis menjadi agen relawan Yayasan Bayi Prematur Indonesia (YAPABI) mewakili Kabupaten Lampung Selatan.

SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah Subhana Wa Ta'ala, karena atas rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Terjadinya Infeksi Gonorea Pada Anak Korban Kekerasan Seksual : Studi Pada Poli Kekerasan Terhadap Perempuan Dan Anak (KTP/A) RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Periode September 2009 – Januari 2015” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Prof.Dr.Ir.lusmeilia Afriani, D.E.A, selaku Rektor Universitas Lampung
2. Bapak Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Sc selaku Direktur Pasca Sarjana Universitas Lampung
3. Ibu Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc., selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
4. Ibu Dr. dr.Indri Windarti, S.Ked, Sp.PA selaku Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
5. Bapak Dr. dr. Betta Kurniawan, S.Ked.,M.Kes., Sp.Par.K., selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan selaku pembimbing kedua atas kesediaannya memberikan bimbingan, motivasi, saran dan kritik dalam proses penyelesaian tesis ini;
6. Bapak Dr. dr. Jhons Fatriyadi Suwandi, S.Ked., M.Kes., Sp.Par.K., selaku pembimbing utama atas kesediaannya memberikan bimbingan, saran, kritik dan motivasi dalam proses penyelesaian tesis ini;

7. Ibu Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar R.W, SKM, M.Kes., selaku penguji utama pada ujian tesis. Terima kasih untuk masukan, motivasi dan saran-saran pada seminar proposal terdahulu;
8. Ibu Dr. dr. Susianti, S.Ked., M.Sc., selaku penguji kedua pada ujian tesis. Terima kasih untuk masukan, motivasi dan saran-saran pada seminar proposal terdahulu;
9. Kedua Orang tua saya Rahimahullah Bapak H.Mochammad Wasyim, Rahimahallah Ibu Hj.Sri Hermin Idaja yang telah membesarkan saya, mendidik, menyekolahkan saya dengan peluh keringat, upaya, dukungan dan doa selama hayatnya hingga saya bisa seperti ini. Insya Allah semua ini akan menjadi amal jariyah untuk bapak dan ibu.
10. Mertua saya Ayah H. Johan Effendi dan Ibu Hj.Masnelli yang sangat baik. Selalu mendukung dan senantiasa mendoakan hingga tesis ini dapat selesai.
11. Suami saya dr.Djohardi,M.H dan anak-anak saya Haura Azkia Aditya, Muhammad Dzaky Althaf Ramadhika, Aisyah Ayudia Inara yang selalu senantiasa hadir mendampingi disaat bahagia dan sulit. Terima kasih atas pengertiannya karena waktu bersama kalian yang berkurang selama mengerjakan tugas ataupun menjalani pendidikan ini. Terima kasih doa dan dukungannya hingga tesis ini bisa selesai.
12. Kakak-kakak dan adik-adik yang selalu memberi dukungan hingga tesis ini dapat selesai.
13. Direktur RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM, Kepala Instalasi Forensik Medikolegal RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM, dr.C.Andryani,Sp.FM.MH.Kes beserta tim Ns. Eny Windarti,S.Kep., Pak Suprianto,S.Si yang selalu menjadi teman diskusi dalam segala hal, membuka wawasan, memotivasi dan memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian khusus di Poli KTPA RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
14. Para dosen pengajar Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Lampung yang telah memberikan ilmu, pengalaman, wawasan yang sangat bermanfaat.

15. Teman-teman mahasiswa Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat angkatan 2023 yang selalu kompak memotivasi dan bekerjasama satu sama lain hingga tesis ini bisa selesai.
16. Seluruh pihak yang telah berperan yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Terimakasih atas bantuannya hingga tesis ini bisa selesai.

Bandar Lampung, 07 Januari 2026

Liestya Risnawati

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	8
.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1. Gonore	10
2.2. Kekerasan Seksual.....	23
2.3. Anak.....	24
2.4. Kekerasan Seksual Terhadap Anak	30
2.5. Tanda-tanda pada Korban Anak-Remaja	33
2.6. Faktor-Faktor Risiko terjadinya Kekerasan Pada Anak	36
2.7. Penelitian Terdahulu.....	41
2.8. Kerangka Teoritis	52
2.9. Kerangka Konsep	54
2.10. Hipotesis	55
BAB III.....	59
METODE PENELITIAN.....	59
3.1. Jenis Penelitian	59
Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain <i>cross-sectional</i>	59
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	59
3.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	59
3.4. Populasi dan Sampel.....	65

3.5.	Cara Kerja dan Teknik Pengumpulan Data	66
3.6.	Pengolahan Data	67
3.7.	Etika Penelitian.....	68
BAB IV HASIL PENELITIAN		69
4.1.	Gambaran Umum Subjek Penelitian.....	69
4.2.	Hasil Penelitian	71
4.2.1.	Analisis Bivariat	71
BAB V PEMBAHASAN		77
5.1.	Pembahasan	77
5.2.	Keterbatasan Penelitian	94
BAB VI PENUTUP		96
6.1.	Simpulan.....	96
6.2.	Saran	98
DAFTAR PUSTAKA		100
LAMPIRAN.....		106

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Pengobatan Duh Tubuh Uretra	22
Tabel 2. Perbandingan Kitab Undang - Undang Hukum Pidana (KUHP) - Undang-Undang Perlindungan Anak (UU PA) - Undang-Undang Penghapusan kekerasan Dalam Rumah tangga (UU PKDRT).....	32
Tabel 3. Penelitian Terdahulu	44
Tabel 4. Definisi Operasional Variabel Penelitian Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Infeksi Gonorea pada Anak Korban Kekerasan Seksual : Studi pada Poli Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) RSUD dr.H.Bob Bazar, Periode September 2019 – Januari 2025	61
Tabel 5. Karakteristik Variabel Subjek Penelitian Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Infeksi Gonorea pada Anak Korban Kekerasan Seksual: Studi pada Poli Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM, Periode September 2019 – Januari 2025	69
Tabel 6. Karakteristik Variabel Pekerjaan Pelaku	71
Tabel 7. Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dengan Variabel Dependen.....	72
Tabel 8. Hasil Seleksi Bivariat	75
Tabel 9. Regresi Logistik Pemodelan Pertama	75
Tabel 10. Hasil Terakhir Analisis Multivariat	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Perbesaran 100x Bakteri Diplokokus intraseluler (<i>N.gonorrhoeae</i>) pada pewarnaan gram negatif pada apusan vagina dan anus. (Sumber: dokumentasi Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar, SKM)	19
Gambar 2. A) <i>vulval redness and greenish yellow discharge</i> ; B) <i>gram stain shows intracellular diplococcic</i>	19
Gambar 3. Sumber : Chiocca,E.M (2019) <i>Advanced Pediatric health Assessment</i> (3 rd ed., pp 437-438. <i>Springer Publishing Company</i> ..	28
Gambar 4. Pemeriksaan genitalia eksterna anak korban kekerasan seksual, melihat adanya tanda-tanda trauma (dokumentasi Poli KtP/A)	35
Gambar 5. Kerangka teori penelitian faktor – faktor yang memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual	53
Gambar 6. Kerangka konsep penelitian faktor - faktor yang memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual	54
Gambar 7. Alur Prosedur Penelitian	66

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kekerasan seksual merupakan masalah global yang memiliki dampak di berbagai aspek seperti kesehatan, hukum, dan psikologis. Berdasarkan data *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) tahun 2020, setidaknya terdapat 15 juta anak remaja perempuan usia 15-19 tahun pernah mengalami pemaksaan secara seksual seumur hidup mereka (*Violence Against Children*, 2020).

Berdasarkan data UNICEF “prevalensi kekerasan seksual terhadap anak cukup tinggi, secara global 650 juta (atau 1 dari 5) anak perempuan dan wanita yang hidup saat ini memiliki riwayat kekerasan seksual saat masih anak-anak”. Ini termasuk lebih dari 370 juta (atau 1 dari 8) yang telah mengalami pemerkosaan atau pelecehan seksual di masa kanak-kanak. Anak laki-laki juga menjadi korban kekerasan seksual, meskipun data yang tersedia lebih terbatas karena stigma dan kurangnya pelaporan (UNICEF, 2024).

Dari data regional yang dilaporkan UNICEF didapatkan wilayah dengan kekerasan seksual terhadap anak tertinggi berada di Afrika dengan lebih dari 30% anak perempuan dilaporkan telah mengalami kekerasan seksual sebelum usia 18 tahun terutama dalam konteks pernikahan anak dan konflik bersenjata. Kedua adalah Asia Selatan dimana 1 dari 4 anak perempuan di Asia Selatan menikah sebelum usia 18 tahun, dan banyak dari mereka mengalami kekerasan seksual. Ketiga Amerika Latin dan Karibia 1 dari 3 anak perempuan mengalami kekerasan seksual terutama dalam konteks kekerasan berbasis gender dan perdagangan manusia dan

keempat Eropa dan Amerika Utara dengan data 1 dari 5 anak mengalami kekerasan seksual (UNICEF, 2022; UNICEF, 2024).

Kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak di Indonesia pun cukup tinggi. Menurut data Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak (Simfoni PPA) pada tahun 2022, kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak yang dilaporkan adalah sebesar 14.517 kasus, meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 11.278 kasus. Hingga Oktober 2023 kasus anak di Indonesia sudah mencapai angka 13.670 dengan korban terbanyak anak perempuan didominasi oleh kasus kekerasan seksual (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2022).

Jumlah kasus korban kekerasan pada anak secara keseluruhan pada provinsi Lampung periode Januari hingga November tahun 2023 sebesar 198 kasus. Di Lampung Selatan pada tahun 2022 berdasarkan data Simfoni PPA adalah 49, yang menduduki urutan ke-4 di provinsi Lampung dengan dominasi kasus kekerasan seksual. Berdasarkan kelompok umur lebih sering terjadi pada anak perempuan usia 13-17 tahun (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2022).

Berdasarkan (UNICEF, 2022; Swanston, 1997) “kekerasan seksual terhadap anak memiliki dampak jangka panjang pada kesehatan fisik, mental, dan sosial korban, termasuk trauma psikologis (seperti *Post Traumatic Stress Disorder*, depresi, dan kecemasan, menjadi lebih rendah diri, merasa tidak bahagia, bahkan cenderung melukai diri sendiri dan mencoba bunuh diri), cedera fisik, masalah kesehatan reproduksi, risiko tertular infeksi menular seksual (IMS), termasuk *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*”

Dari sisi medis, anak korban kekerasan seksual beresiko untuk tertular penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS. Pada beberapa penelitian yang dilakukan terhadap anak diduga korban kekerasan seksual menunjukkan adanya temuan *Neisseria gonorrhoeae* <3% (Ingram, 1992; Ingram, 1997; Siegel, 1995). Pada penelitian yang

dilakukan oleh L.Hernandez Ragpa di Spanyol, didapatkan prevalensi IMS gonorea setelah pelecehan seksual terhadap anak sebesar 0,7-3,7% (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2022; Hernández Ragpa, 2019).

Data spesifik secara global, nasional, provinsi, kota/ kabupaten terkait kejadian infeksi gonorea akibat kekerasan seksual pada anak secara langsung sulit ditemukan karena minimnya pelaporan. Hal ini sesuai dengan data yang ada dimana kasus kekerasan seksual yang makin meningkat tiap tahunnya namun tidak diimbangi dengan pelayanan kesehatan yang didapat oleh korban. Berdasarkan data Simfoni PPA penanganan pada korban kekerasan yang mendapatkan jenis pelayanan pengaduan sebesar 45,57%, pelayanan kesehatan 22,52%, bantuan hukum 14,27%, rehabilitasi sosial 6,38%, reintegrasi sosial 1,69%, pemulangan 0,89%, dan pendampingan tokoh agama 1,09% (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, 2023) .

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.23 Tahun 2022 tentang “Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS)*, dan Infeksi Menular Seksual”, disebutkan bahwa remaja termasuk dalam populasi rentan yang beresiko tertular dan menularkan HIV dan IMS seperti anak jalanan, remaja, pelanggan pekerja seks, pekerja migran, dan pasangan populasi kunci /ODHA/ pasien IMS (*Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 Tentang Penanggulangan Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno- Deficiency Syndrome, Dan Infeksi Menular Seksual*, 2022) .

Berdasarkan berbagai studi yang dilakukan, ada beberapa faktor risiko yang berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi gonore pada anak korban kekerasan seksual diantaranya faktor usia dan jenis kelamin. Studi oleh Dioussé(2020) menunjukkan bahwa anak perempuan yang lebih muda dari 15 tahun (rata-rata 10,4 tahun) yang menjadi korban kekerasan seksual lebih rentan mengalami infeksi IMS, termasuk gonore.

Faktor resiko melalui penularan seksual dan kekerasan seksual didapatkan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Driscoll (2022) dimana ia mencatat bahwa penularan seksual adalah cara penularan utama pada anak-anak yang didiagnosis dengan IMS, termasuk gonore. Kekerasan seksual merupakan faktor utama yang meningkatkan risiko penularan gonore pada anak-anak. Dalam studi ini, ditemukan bahwa 8,8% dari 241 anak yang diperiksa di pusat rujukan kekerasan seksual anak terinfeksi IMS, termasuk gonore. Anak-anak yang menjadi korban kekerasan seksual sering terpapar dan menjadi risiko tinggi terjadinya infeksi gonore akibat kontak seksual yang tidak aman atau dipaksakan (Driscoll, 2022).

Penelitian Majeed-Ariss (2021) menyoroti pentingnya akses yang tepat ke layanan kesehatan bagi anak-anak korban kekerasan seksual. Faktor kurangnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat menyebabkan deteksi gonore pada anak-anak korban kekerasan seksual menjadi tertunda atau terlewat, dan meningkatkan kemungkinan penyebaran infeksi lebih lanjut. Faktor-faktor seperti gangguan belajar dan kekerasan dalam rumah tangga dikaitkan dengan penurunan kemungkinan dilakukan pemeriksaan IMS secara tepat pada saat pemeriksaan medis forensic (Majeed-Ariss, 2021).

Faktor-faktor sosial dan ekonomi juga berperan dalam meningkatkan kerentanannya. Seperti yang ditemukan dalam penelitian oleh Nilasari (2023), anak-anak yang terlibat dalam perilaku seksual berisiko tinggi, seperti bekerja di sektor-sektor rentan seperti pengamen, lebih cenderung terkena IMS, termasuk gonore. Anak-anak yang mengalami eksploitasi seksual, baik secara komersial atau dalam konteks kekerasan seksual, berisiko lebih tinggi terpapar infeksi gonore (Nilasari, 2023).

Penelitian lain oleh Wang (2020) menunjukkan bahwa perilaku seksual berisiko, seperti hubungan seksual tanpa perlindungan atau tidak teratur menggunakan kondom, adalah faktor yang meningkatkan risiko infeksi gonore pada individu. Meskipun anak-anak korban kekerasan

seksual tidak selalu terlibat secara aktif dalam perilaku seksual berisiko, kekerasan seksual yang dialami meningkatkan risiko penularan infeksi ini (Wang, 2020).

Pada pemeriksaan yang dilakukan di Poli Pelayanan Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan, terhadap anak diduga korban kekerasan seksual beberapa diantaranya ditemukan adanya duh tubuh dan Gonorea secara mikroskopis. Temuan IMS pada anak korban kekerasan seksual ini menjadi sangat memprihatinkan dan membutuhkan perhatian serius dari pemerintah. Diantaranya anak korban kekerasan seksual belum disebutkan secara tegas sebagai target dalam populasi rentan yang ditetapkan.

Pelaporan kasus terkait penyakit akibat kekerasan seksual, penjaminan biaya pengobatan, evaluasi dan rehabilitasi terhadap anak korban kekerasan seksual masih minim. Kondisi ini menggambarkan adanya kemungkinan *under reporting case* pada anak korban kekerasan seksual yang dapat menambah panjang dalam upaya menekan kasus penyakit IMS dan HIV/AIDS serta dampak kedepannya terhadap masa depan kehidupan anak bangsa.

Maraknya kasus kekerasan seksual terhadap anak yang ditangani serta adanya penemuan mikroskopis bakteri gram negatif *diplococcus Neisseria gonorrhoeae* pada sampel swab anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Lampung Selatan, membuat penulis tertarik untuk menganalisis kasus tersebut melalui tulisan yang berjudul “Faktor-faktor yang berpengaruh dengan terjadinya Infeksi Gonorea pada Anak Korban Kekerasan Seksual : Studi pada Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM”.

Penelitian ini dilakukan di Lampung Selatan mengingat RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM adalah satu-satunya rumah sakit di Provinsi Lampung yang memiliki Poli KtP/A khusus dan terintegrasi dalam hal pelayanan secara internal maupun eksternal bagi korban kekerasan terhadap anak dan perempuan sesuai alur yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan

dan Anak. Berdasarkan hal yang telah dijelaskan maka penelitian untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya Infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual menarik untuk dilakukan.

1.2. Rumusan Masalah

1.2.1. Permasalahan

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

Faktor-faktor apa saja yang memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli PKtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.

1.2.2 Ruang Lingkup Masalah

Ruang lingkup penelitian ini meliputi anak-anak korban kekerasan seksual yang melakukan pemeriksaan di poli PKtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan sejak mulai dibukanya poli tersebut bulan September 2019 sampai dengan bulan Januari 2025.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh umur korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
2. Menganalisis pengaruh jenis kelamin korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli

KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

3. Menganalisis pengaruh pendidikan korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
4. Menganalisis pengaruh status gizi pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
5. Menganalisis pengaruh disabilitas pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
6. Menganalisis pengaruh riwayat pubertas pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
7. Menganalisis pengaruh riwayat kekerasan seksual sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
8. Menganalisis pengaruh riwayat kekerasan seksual terhadap kondom pada korban dengan kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
9. Menganalisis pengaruh riwayat kekerasan seksual pada korban terhadap pelaku yang berbeda dengan kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
10. Menganalisis pengaruh waktu kejadian tindak kekerasan seksual terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban

kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

11. Menganalisis pengaruh jenis kelamin pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
12. Menganalisis pengaruh umur pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
13. Menganalisis pengaruh pekerjaan pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
14. Menganalisis faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Teoritis

Melakukan kajian epidemiologi tentang penyakit menular seksual khususnya infeksi gonorea pada anak korban kasus kekerasan seksual.

1.4.2. Manfaat bagi klinisi

1. Memberikan data prevalensi infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
2. Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya infeksi gonore pada anak korban kekerasan seksual.
3. Memberikan informasi pentingnya dilakukan pemeriksaan mikroskopis pada anak korban kekerasan seksual.

1.4.3. Manfaat bagi Rumah Sakit

1. Memberikan data prevalensi infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
2. Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya infeksi gonore pada anak korban kekerasan seksual
3. Memberikan rekomendasi kepada rumah sakit untuk menjadikan anak korban kekerasan seksual sebagai populasi kunci dan menjadikan target cakupan dari penyakit IMS untuk dilaporkan kepada pemegang program Pusat dan Pengendalian Penyakit Menular (P2PM) Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan
4. Memberikan masukan pentingnya pendampingan, perlindungan, penjaminan serta pemantauan berkelanjutan secara khusus terhadap penanganan kasus kekerasan seksual terhadap anak.
5. Melakukan upaya preventif untuk mencegah terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual

1.4.4. Manfaat bagi Masyarakat

1. Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya infeksi gonore pada anak korban kekerasan seksual Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
2. Memberikan informasi kepada masyarakat, pentingnya pelaporan dan tatalaksana secara terpadu pada anak korban kekerasan seksual.
3. Memberikan informasi bahwa penyakit IMS pada anak merupakan salah satu indikator adanya kekerasan seksual pada anak.
4. Dengan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya infeksi Gonorea pada anak korban kekerasan diharapkan masyarakat dapat melakukan upaya pencegahannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Gonore

2.1.1. Definisi

Gonore didefinisikan sebagai infeksi menular seksual yang disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*), suatu bakteri gram negative berbentuk diplokokus intraseluler fakultatif yang bersifat aerobik terletak di intrasel. Patogen primer ini terutama menyerang epitel kolumnar uretra, endoserviks, rektum, faring, dan konjungtiva mata.

Gonokokus ini hanya ditularkan melalui selaput lendir (genital-genita, genital-anal, oral-genital atau oral-anal) atau dari penularan secara vertikal dari ibu ke anak saat melahirkan. Gonore biasanya terlokalisasi dan menghasilkan respons inflamasi yang intens dan peningkatan leukosit polimorfonuklear, menyebabkan keluarnya cairan bernanah yang merupakan ciri khas urethritis gonokokal (*Barberá & Serra-Pladevall, 2019; Quillin & Seifert, 2018*).

Meskipun penyebab patogennya jelas, penyebaran dan keparahan gonore sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor non-biologis yang dijelaskan dalam teori kausalitas Beaglehole. Teori Beaglehole tentang "*The Concept of Cause*" dalam epidemiologi menekankan pentingnya memahami penyebab penyakit atau cedera untuk pencegahan, diagnosis, dan pengobatan yang tepat. Beaglehole tidak memberikan satu definisi tunggal, melainkan

menjelaskan bahwa konsep “penyebab” (*cause*) sangat kompleks dan bergantung pada konteks ilmiah, filosofis, dan medis.

Menurut Beaglehole, penyebab penyakit bisa berupa peristiwa (*event*), kondisi (*condition*), karakteristik (*characteristic*) atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Semuanya harus mendahului (*precede*) timbulnya penyakit agar bisa disebut sebagai penyebab. Beaglehole menjelaskan dua jenis penyebab yaitu :

- a. *Sufficient cause* (penyebab yang cukup) ialah penyebab yang selalu menghasilkan suatu penyakit bila ada. Contoh klasik: paparan virus rabies yang masuk ke sistem saraf, bila tidak diobati, akan selalu menyebabkan kematian.
- b. *Necessary Cause* (penyebab yang perlu) ialah penyebab yang harus ada untuk terjadinya penyakit, tetapi ia tidak cukup sendirian. Contoh: *Mycobacterium tuberculosis* adalah penyebab yang perlu untuk penyakit Tuberculosis, tapi tidak semua orang yang terinfeksi bakteri ini akan jatuh sakit dan diperlukan faktor lain yang terlibat. Beaglehole menekankan bahwa sebagian penyakit disebabkan oleh faktor genetik, sementara sebagian lainnya disebabkan oleh faktor lingkungan (seperti gaya hidup, paparan zat kimia, infeksi, dan sebagainya) atau kombinasi keduanya.

Dalam teori faktor-faktor penyebab (*causation*) menurut Beaglehole, ia mengelompokkan faktor-faktor tersebut menjadi empat jenis utama. Berikut penjelasan keempat jenis faktor tersebut:

1. *Predisposing Factors* (Faktor Predisposisi)

Faktor ini adalah faktor yang membuat seseorang lebih rentan atau berisiko terkena penyakit, tetapi tidak langsung menyebabkan penyakit itu sendiri. Contohnya umur pada anak-anak dan lansia sering lebih rentan terhadap infeksi. Jenis kelamin dimana beberapa penyakit lebih umum pada pria atau wanita. Faktor genetik seperti gangguan metabolisme, sistem imun lemah, atau kecenderungan mewarisi penyakit tertentu.

Penyakit sebelumnya yaitu riwayat penyakit dapat membuat seseorang lebih mudah terkena infeksi lain (misalnya, HIV membuat rentan terhadap TBC).

2. *Enabling (or Disabling) Factors* (Faktor Pendukung atau Penghambat)

Faktor-faktor ini mempengaruhi apakah seseorang dapat mempertahankan kesehatan atau tidak. Mereka memungkinkan atau menghambat timbulnya penyakit. Contohnya: faktor sosial-ekonomi, pendapatan rendah, kurang gizi, perumahan yang buruk. Akses layanan kesehatan yaitu tidak adanya layanan medis dapat memperburuk kondisi. Kondisi yang menunjang kesehatan seperti nutrisi baik, akses air bersih, dan dukungan social ini juga termasuk *enabling*, tapi dalam konteks positif. Beaglehole menekankan bahwa determinasi sosial dan ekonomi kesehatan sama pentingnya dengan agen penyakit itu sendiri dalam strategi pencegahan.

3. *Precipitating Factors* (Faktor Pemicu)

Ini adalah faktor yang langsung memicu atau menyebabkan terjadinya penyakit. Biasanya merupakan pemicu akut yang mengawali timbulnya gejala. Contohnya paparan pathogen yang menyebabkan penyakit, cedera fisik yang menyebabkan luka, paparan bahan kimia yang menyebabkan reaksi alergi atau keracunan.

4. *Reinforcing Factors* (Faktor Penguat atau Pengulang)

Faktor ini memperparah atau memperkuat kondisi yang sudah ada, bisa berupa paparan berulang atau kondisi yang memperburuk. (Phillips, 2014)

2.1.2. Patogenesis Infeksi Gonorea

Patogenesis infeksi *Neisseria gonorrhoeae* melibatkan interaksi kompleks antara bakteri dan sistem kekebalan tubuh inang. Bakteri penyebab gonore ini memiliki beberapa mekanisme untuk

bertahan hidup dan berkembang biak dalam tubuh manusia. Bakteri ini adalah patogen yang terbatas pada manusia, artinya ia hanya menginfeksi manusia dan tidak dapat berkembang biak di luar tubuh manusia. Berikut adalah faktor-faktor patogenesis yang dimiliki *Neisseria gonorrhoeae*:

1. Penularan dan Kolonisasi

Neisseria gonorrhoeae menular melalui kontak seksual (vaginal, anal, atau oral) dari seseorang yang terinfeksi dan masuk ke tubuh melalui mukosa saluran reproduksi atau saluran pencernaan, seperti pada genital, anus, atau tenggorokan. Bakteri ini kemudian menempel pada sel epitel mukosa menggunakan struktur seperti pili (fimbriae) dan protein permukaan yang membantu bakteri melekat pada permukaan sel. Pili ini juga dapat mencegah bakteri dari proses pembilasan oleh aliran cairan tubuh (Quillin, 2018).

2. Penetrasi ke dalam Jaringan Epitel

Setelah melekat pada sel epitel, bakteri akan merusak dan memasuki sel epitel melalui proses endositosis. Bakteri ini kemudian bertahan dalam sel-sel epitel yang lebih dalam dan dapat menyebar ke jaringan yang lebih luas, seperti jaringan subepitelial dan saluran getah bening (R Beaglehole, 2006; Quillin, 2018).

3. Peradangan dan Respons Imun

Infeksi oleh *Neisseria gonorrhoeae* menyebabkan peradangan yang ditandai dengan peningkatan produksi mukus dan sel-sel radang (terutama neutrofil). Pada sebagian besar individu, peradangan lokal menyebabkan gejala seperti nanah pada genital, sakit saat buang air kecil, dan gatal.

4. Penyebaran Infeksi jika tidak diobati

Neisseria gonorrhoeae dapat menyebar ke organ-organ lainnya, seperti saluran tuba falopi pada wanita, menyebabkan penyakit radang panggul atau *Pelvic Inflammatory Diseases (PID)*. Pada

pria, infeksi dapat menyebar ke prostat atau saluran sperma, menyebabkan epididimitis.

5. Infeksi Sistemik

Pada beberapa kasus, infeksi dapat menyebar ke aliran darah, menyebabkan gonore yang lebih serius atau yang disebut gonore diseminata. Ini dapat mengarah pada gejala seperti arthritis, ruam kulit, atau infeksi pada organ tubuh lainnya.

6. Perubahan Genetik dan Resistensi Obat

Neisseria gonorrhoeae memiliki kemampuan untuk mengubah struktur genetiknya, yang membantu bakteri ini menghindari sistem imun tubuh dan juga beradaptasi terhadap antibiotik, sehingga menyebabkan resistensi obat yang sering dijumpai dalam pengobatan gonorea (*World Health Organization, 2022*).

7. Gejala Klinis

Gejala yang muncul akibat infeksi gonorea bervariasi antara pria dan wanita. Pada pria, gejala utama biasanya berupa nanah dari uretra, rasa sakit atau terbakar saat buang air kecil, dan kadang pembengkakan pada skrotum. Pada wanita, gejala sering lebih ringan atau bahkan tanpa gejala, tetapi dapat mencakup keputihan berlebihan, nyeri panggul, atau perdarahan abnormal.

2.1.3. Tanda dan Gejala

Gejalanya muncul sekitar 1-14 hari setelah kontak seksual dengan orang yang terinfeksi, berbeda antara laki-laki dan perempuan. Berikut penjelasan tanda-tanda gejala infeksi gonorea berdasarkan kelompok umur:

A. Infeksi Gonore pada Dewasa

Infeksi genital pada laki-laki keluhan paling sering adalah:

- a. Rasa nyeri atau panas saat berkemih
- b. terdapat cairan putih, kuning atau kehijauan dari penis
- c. rasa nyeri atau pembengkakan pada testis atau buah zakar

Infeksi genital pada perempuan dengan gonorrhea hampir tanpa ada gejala (asintomatik). Adanya keratinisasi yang terjadi bersamaan dengan *menarche* mencegah terjadinya vaginitis gonokokal pada wanita dewasa. Sehingga, setelah timbulnya *menarche*, gambaran klinis penyakit gonokokal tidak bervariasi (Edwards, 2011). Apabila terdapat keluhan, dapat berupa :

- a. nyeri atau panas saat buang air kecil
- b. keputihan
- c. adanya perdarahan diantara periode menstruasi atau saat berhubungan seksual.

Infeksi anorektal gonorea baik laki-laki dan perempuan dapat menyebabkan keluarnya cairan, perdarahan, rasa gatal, kemerahan dan nyeri pada saat buang air besar. Infeksi gonorea pada tenggorokan sering tanpa gejala. Jika ada mereka dapat timbul kemerahan, nyeri, dan sakit tenggorokan (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2022)

B. Infeksi Gonokokus pada Neonatus

Pada neonatus ditularkan dari ibu dengan gonorrhoea yang dapat menyebabkan infeksi mata gonokokus dimana menyebabkan mata merah, nyeri, bisul, peradangan kelopak mata dan konjunktiva (*blefarokonjungtivitis gonorrhoeae*) dengan cairan eksudat, dan apabila tidak diobati dapat menyebabkan ulkus bola mata, serta kebutaan (*Barberá & Serra-Pladevall, 2019; Centers for Disease Control and Prevention, 2022*). Hal ini disebabkan oleh paparan serviks ibu yang terinfeksi pada masa perinatal. Onsetnya akut 2 sampai 5 hari setelah lahir. Manifestasi yang paling serius adalah *oftalmia neonatorum* dan, yang lebih jarang, sepsis dengan artritis dan/atau meningitis (*Barberá & Serra-Pladevall, 2019*).

C. Infeksi Gonore pada Anak dan Remaja

Infeksi Gonore pada anak perempuan prapubertas rentan terhadap vulvovaginitis gonokokal. Hal ini karena vagina prapubertas sedikit asam hingga sedikit basa (pH 6,5–7,5) dengan mukosa atrofi yang tipis. Estrogenisasi pascapubertas menghasilkan epitel vagina yang lebih asam (pH 3,5–4,5) dan terkeratinisasi, yang resisten terhadap kolonisasi gonokokal (*Goodyear-Smith & Schabetsberger, 2021*).

Temuan infeksi gonore pada anak dan remaja merupakan salah satu indikator penting adanya kekerasan seksual. Meskipun laporan kasus penularan non-seksual pernah dilaporkan, namun kasusnya sangat jarang (*Goodyear-Smith & Schabetsberger, 2021*). mengingat *Neisseria gonorrhoeae* tidak dapat bertahan tanpa inangnya (*Edwards & Butler, 2011*).

D. Faktor-Faktor Risiko Tertular Infeksi Gonorea

Infeksi gonorea sama seperti halnya infeksi menular seksual lainnya. Sejumlah faktor risiko yang didasarkan pada situasi demografis dan perilaku, sering kali dapat dikaitkan dengan terjadinya IMS. Berdasarkan penelitian faktor risiko tertular infeksi menular seksual oleh WHO di beberapa negara, pasien akan dianggap berperilaku berisiko tinggi bila terdapat jawaban “ya” untuk satu atau lebih kriteria di bawah ini ((Dr.M.Erfandi, 2004); Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 Tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno- Deficiency Syndrome*, Dan Infeksi Menular Seksual, 2022 ; WHO, 2021) :

Untuk pria :

1. Memiliki mitra seksual > 1 dalam bulan terakhir;
2. Berhubungan seksual dengan penjaja seks dalam 1 bulan terakhir;
3. Mengalami satu atau lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir;

4. Memiliki istri/ mitra seksual berisiko tinggi.

Untuk wanita :

1. Memiliki suami/ mitra seksual menderita IMS;
2. Suami/ mitra seksual / pasien sendiri mempunyai mitra seksual lebih dari satu dalam 1 bulan terakhir;
3. Mempunyai mitra baru dalam 3 bulan terakhir;
4. Mengalami satu atau lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir;
5. Perilaku suami / mitra seksual berisiko tinggi.

Faktor lain yang berisiko tinggi tertular IMS juga disebutkan yaitu dalam hal belum berpengalaman dalam menggunakan kondom ataupun tidak menggunakan kondom saat melakukan hubungan seksual dengan pasangan yang berisiko tinggi IMS.

Pada pedoman penatalaksanaan IMS, terdapat situasi yang mengarah kepada terjadinya IMS, sehingga perlu dilakukan pemeriksaan diantaranya :

- Orang yang melakukan tindak kekerasan seksual menderita IMS atau berisiko tinggi menderita IMS;
- Tanda-tanda dan keluhan adanya IMS yang ditemukan pada pemeriksaan fisik.

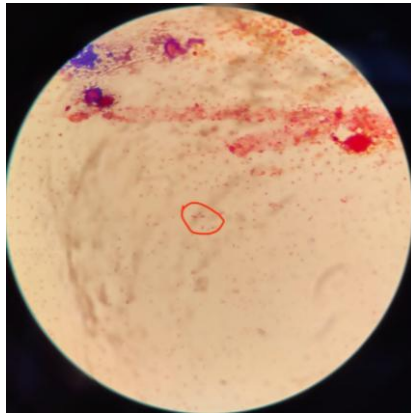
Pada kondisi tertentu seperti kemiskinan, gangguan dan pergolakan sosial dapat menjadi suatu kendala dalam merubah perilaku seksual berisiko tinggi. Pada kondisi ini dapat terjadi pemaksaan pada wanita dan anak-anak perempuan maupun laki-laki untuk menukarkan seks dengan uang atau barang agar dapat bertahan hidup.

Gender juga menjadi kendala dalam merubah perilaku seksual yang berisiko tinggi. Hal ini dikarenakan timbul dari ketidak seimbangan kekuasaan antara pria dan wanita, serta nilai-nilai yang berhubungan dengan seksualitas pria dan wanita. Wanita seringkali tidak memiliki kendali terhadap kapan, dengan siapa, dan dalam situasi apa mereka berhubungan seksual, sehingga mereka seringkali berada dalam posisi yang dapat melindungi diri sendiri.

2.1.4. Penegakan Diagnosa

Selain dengan anamnesa, tanda dan gejala, penegakkan diagnosa pasti infeksi gonorea adalah melalui pemeriksaan penunjang yaitu:

1. “Pemeriksaan Gram dari sediaan apus duh tubuh uretra atau serviks dimana ditemukan bakteri diplokokus Gram negatif intraselular dengan sensitivitas >95% dan spesifisitas >99% (pada laki-laki)”, jelas (Aaron, 2023).
2. Kultur menggunakan media selektif *Thayer-Martin* atau modifikasi *Thayer-Martin* dan agar coklat *McLeod* (jika tersedia).
3. Tes definitif (dilakukan pada hasil kultur yang positif) (jika tersedia)
 - a. Tes oksidasi
 - b. Tes fermentasi
 - c. Tes beta-laktamase
4. Tes resistensi/sensitivitas: kerja sama dengan bagian Mikrobiologi.
5. “Untuk kecurigaan infeksi pada faring dan anus dapat dilakukan pemeriksaan dari bahan duh dengan kultur *Thayer Martin* atau *polymerase chain reaction (PCR)* dan *nucleic acid amplification tests (NAATs)* terhadap *N. gonorrhoeae* dan *C. Trachomatis*” dalam (Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan kelamin Indonesia, 2017; Qin, 2020; *World Health Organization*, 2023; Aaron., 2023).



Gambar 1. Perbesaran 100x Bakteri Diplokokus intraseluler (*N.gonorrhoeae*) pada pewarnaan gram negatif pada apusan vagina dan anus. (Sumber: dokumentasi Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM)



Gambar 2. A) vulval redness and greenish yellow discharge; B) gram stain shows intracellular diplococcic (Bambang, 2021)

2.1.5. Komplikasi Infeksi Gonorea

Infeksi *N.gonorrhoeae* yang tidak diobati dapat menyebabkan komplikasi dan gejala sisa pada wanita, seperti penyakit radang panggul / *Pelvic Inflammatory Disease (PID)*, kehamilan ektopik, dan infertilitas. Pada pria adalah pembengkakan skrotum, striktur uretra dan infertilitas. Pada neonatus menyebabkan konjungtivitis neonatal jika tidak diobati dapat menyebabkan kebutaan. Meskipun jarang namun Infeksi gonorea yang tidak

diobati juga dapat menyebabkan terjadinya infeksi gonokokal Diseminata. Dimana terjadi infeksi gonokokal yang meluas dimanifestasikan dengan adanya demam dan infeksi di beberapa organ tubuh seperti infeksi kulit berupa lesi kulit akral petechial atau pustular, poliartralgia asimetris, tenosynovitis, atau *arthritis septic oligoarticular*, endokarditis serta meningitis gonokokal (Barberá, 2019; *Centers for Disease Control and Prevention*, 2022; *World Health Organization*, 2023).

2.1.6. Terapi

Terapi infeksi gonore harus dilakukan dengan hati-hati karena bakteri ini telah mengembangkan resistensi terhadap banyak antibiotik. Berdasarkan pedoman pengobatan dikeluarkan oleh organisasi kesehatan seperti *WHO*, *CDC (Centers for Disease Control and Prevention)* dan Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual dari Kementerian Republik Indonesia terapi infeksi gonore memiliki beberapa prinsip yaitu :

a. Prinsip pengobatan

Dual Therapy yaitu menggunakan dua antibiotik untuk mengatasi gonore dan kemungkinan ko-infeksi klamidia. Untuk kepatuhan pasien harus menyelesaikan seluruh rangkaian pengobatan dan pasien dianjurkan untuk diuji ulang 3 bulan setelah pengobatan.

b. Rekomendasi Terapi Gonorea

Terapi Lini Pertama

Ceftriaxone dan Azithromycin

Ceftriaxone merupakan antibiotik sefalosporin generasi ketiga yang diberikan secara suntikan intramuskular dan ini adalah obat pilihan utama untuk gonore di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Diberikan 500 mg dalam satu dosis sesuai CDC dan WHO.

Azithromycin merupakan antibiotik makrolida yang diberikan sebagai terapi kombinasi secara oral untuk mengatasi kemungkinan infeksi klamidia. Diberikan satu dosis sebanyak 1 gram sesuai CDC dan WHO.

c. Alternatif jika Ceftriaxone Tidak Tersedia

Cefixime antibiotik sefalosporin oral dengan dosis 400 mg dalam satu dosis sesuai WHO diberikan bersama Azithromycin 1 gram dalam satu dosis.

d. Terapi untuk Komplikasi

Penyakit Radang Panggul (*PID*):

Ceftriaxone: 500 mg intramuskular (IM) dalam satu dosis.

Doxycycline: 100 mg oral dua kali sehari selama 14 hari.

Metronidazole: 500 mg oral dua kali sehari selama 14 hari.

Infeksi Gonore Sistemik (misalnya, artritis septik):

Ceftriaxone: 1 gram intravena atau intramuskular setiap 24 jam selama 7-14 hari. Untuk pengobatan infeksi sistemik memerlukan perawatan lebih lanjut di rumah sakit.

e. Terapi untuk Bayi Baru Lahir

Konjungtivitis Gonokokal:

Ceftriaxone: 25-50 mg/kg intravena atau intramuskular dalam satu dosis (maksimal 125 mg).

Irigasi mata dengan saline untuk menghilangkan sekret.

Pengobatan ini direkomendasikan untuk bayi baru lahir yang terpapar gonore selama persalinan.

f. Pencegahan dan Edukasi

Konseling sangat diperlukan dimana pasien harus diberi edukasi tentang praktik seksual aman, penggunaan kondom, dan pentingnya pengobatan pasangan seksual.

Pengobatan Duh Tubuh Uretra

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), terapi untuk infeksi menular seksual seperti gonorea dapat

diberikan berdasarkan prinsip pengobatan sindromik, yakni berdasarkan gejala klinis yang tampak yaitu saat pasien menunjukkan gejala klinis seperti duh tubuh uretra (keluarnya cairan dari penis/vagina/uretra), nyeri saat buang air kecil (disuria), riwayat hubungan seksual berisiko, tanpa harus menunggu hasil laboratorium. Pengobatannya seperti yang terdapat pada Tabel 1 (Kementerian Kesehatan RI, 2016) :

Tabel 1. Pengobatan Duh Tubuh Uretra

Pengobatan Uretritis Gonokokus	Pengobatan Uretritis Non-Gonokokus
Lini pertama 1. Cefiksim 400 mg, dosis tunggal per oral	1. Azitromisin 1 gram, dosis tunggal per oral ATAU
Lini kedua Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal ATAU Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis Tunggal	Doksisiklin* 2x100 mg per oral, 7 hari
Keterangan *Tidak boleh diberikan kepada anak di bawah 12 tahun	

Pengobatan Duh Tubuh Uretra Persisten

Pasien yang mengalami ureteritis resisten (setelah satu periode pengobatan) atau rekuren (muncul kembali dalam 1 minggu setelah sembuh tanpa kontak seksual), kemungkinan disebabkan oleh resistensi obat, akibat ketidakpatuhan minum obat, atau reinfeksi. Pada beberapa kasus, hal ini bisa disebabkan infeksi *Trichomonas vaginalis* (Tv). Yang sebagai protozoa dapat menelan gonokok tersebut (fagositosis), sehingga bakteri tersebut terlindungi dari efek pengobatan. Setelah Tv mati maka kuman gonokok tersebut kembali melepaskan diri dan berkembang biak. Untuk pengobatan duh tubuh uretra persisten selain tatalaksana seperti Tabel 1. juga dianjurkan pemberian Metronidazol 2 gram dosis tunggal. (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

2.2. Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual menurut WHO adalah “setiap upaya melakukan tindakan seksual, atau tindakan seksualitas lain yang ditujukan terhadap seseorang dengan menggunakan pemaksaan, oleh siapa pun tanpa memandang hubungannya dengan korban dan dalam situasi apa pun. Ini termasuk pemerkosaan (yang didefinisikan sebagai tindakan yang dipaksakan secara fisik atau dengan cara lain berupa pemaksaan penetrasi pada vulva atau anus dengan penis, bagian atau benda tubuh lainnya), percobaan pemerkosaan, sentuhan seksual yang tidak diinginkan dan bentuk-bentuk non-kontak lainnya” (*World Health Organization*, 2021).

Menurut Undang-Undang Nomor 12 tahun 2022 “Tindak Pidana Kekerasan Seksual meliputi : (Undang-Undang Republik Indonesia No.12 Tahun 2022 Tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual, 2022)

- a. pelecehan seksual nonfisik;
- b. pelecehan seksual fisik;
- c. pemaksaan sterilisasi;
- d. pemaksaan perkawinan;
- e. penyiksaan seksual;
- f. eksploitasi seksual;
- g. perbudakan seksual; dan
- h. kekerasan seksual berbasis elektronik
- i. perkosaan;
- j. perbuatan cabul;
- k. persetubuhan terhadap Anak,
- l. perbuatan cabul terhadap Anak,
- m. dan/ atau eksploitasi seksual terhadap Anak;
- n. perbuatan melanggar kesusilaan yang bertentangan dengan kehendak Korban;
- o. pornografi yang melibatkan Anak atau pornografi yang secara eksplisit memuat kekerasan dan eksploitasi seksual;
- p. pemaksaan pelacuran;

- q. tindak pidana perdagangan orang yang ditujukan untuk eksploitasi seksual;
- r. kekerasan seksual dalam lingkup rumah tangga;
- s. tindak pidana pencucian uang yang tindak pidana asalnya merupakan Tindak Pidana Kekerasan Seksual; dan
- t. tindak pidana lain yang dinyatakan secara tegas sebagai Tindak Pidana Kekerasan Seksual sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan”.

2.3. Anak

2.3.1. Definisi

Menurut WHO dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2002, “anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk janin yang masih di dalam kandungan“(Undang-Undang Republik Indonesia No.35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang No.23 Tahun 2002 Tentang "Perlindungan Anak", 2014;Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, 2002). Pertumbuhan (*Growth*) adalah perubahan yang bersifat kuantitatif yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, organ, maupun individu. Anak bukan hanya bertambah besar secara fisik, namun juga bertambah ukuran dan struktur organ-organ tubuh serta otak.

Perkembangan adalah peningkatan secara kuantitatif dan kualitatif, mencerminkan kemampuan yang bertambah melalui proses maturasi.

2.3.2. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Tahapan anak hingga remaja berdasarkan umur adalah sebagai berikut:(Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak, 2014)

1. Neonatus adalah bayi umur 0 sampai dengan 28 hari.
2. Bayi adalah anak mulai umur 29 sampai 11 bulan.

3. Anak Balita adalah anak umur 12 bulan sampai dengan 59 bulan.
4. Anak Prasekolah adalah anak umur 60 bulan sampai 72 bulan.
5. Anak Usia Sekolah adalah anak umur lebih dari 6 tahun sampai sebelum berusia 18 tahun.
6. Remaja adalah kelompok usia 10 tahun sampai berusia 18 tahun.

Pada masa remaja awal, pertumbuhannya terbilang cepat karena dipengaruhi adanya perubahan hormonal pubertas, tetapi menurun pada remaja tengah dan akhir. Anak perempuan dan laki-laki mengalami perubahan tidak hanya dalam ukuran, tetapi juga dalam penampilan.

Terdapat perubahan secara fisik selama masa remaja, dimana semua organ mencapai pematangan dewasa penuh. Kepala, leher, dan tangan mencapai proporsi orang dewasa, dan persentase lemak tubuh meningkat. Ukuran otak tidak meningkat lebih jauh, tetapi pemrosesan saraf yang lebih cepat terjadi sebagai respon terhadap mielinisasi neuron. Denyut jantung menurun, tekanan darah sistolik meningkat, dan laju pernapasan menurun, semua mencapai dewasa normal pada akhir periode remaja. Selama percepatan pertumbuhan remaja, kekuatan dan massa otot meningkat pada anak laki-laki dan perempuan. Selain itu, kulit remaja menjadi lebih keras dan lebih tebal, dan kelenjar keringat berfungsi pada tingkat dewasa (Smith, 2021).

2.3.3. Proses Pematangan Seksual Perempuan

Remaja perempuan biasanya memulai perubahan pubertas lebih awal satu atau dua tahun lebih awal daripada anak laki-laki. Selama 10 tahun terakhir, usia onset pubertas telah menurun dari usia 11 hingga 9 tahun dan bervariasi menurut etnis. Kebanyakan anak perempuan akan menyelesaikan perubahan pubertas fisik pada usia 15 tahun. Pola perkembangannya adalah sebagai berikut: (Smith, 2021)

- a) Ovarium: Selama pubertas, ovarium membesar dalam ukuran dan menghasilkan estrogen dan progesteron. Estrogen adalah hormon yang bertanggung jawab untuk pertumbuhan payudara serta perkembangan vagina, rahim, dan saluran tuba.
- b) Perkembangan payudara: Tunas payudara mulai terjadi sekitar usia delapan tahun untuk sebagian besar wanita. Perkembangan payudara lengkap antara usia 12 dan 18. Nyeri pada payudara khususnya di sekitar puting adalah keluhan umum selama pubertas oleh anak laki-laki dan perempuan.
- c) Pertumbuhan linier: Wanita biasanya melihat tubuh mereka menjadi lebih melengkung selama masa pubertas. Ada peningkatan produksi lemak terutama di sekitar payudara dan pinggul, yang merupakan proses normal.
- d) Rambut kemaluan: Rambut kemaluan mulai berkembang sebelum masa remaja tetapi mencapai pola dewasa pada usia 18 tahun. Rambut kemaluan biasanya berkembang dalam pola segitiga.
- e) *Menarche*: Periode menstruasi pertama biasanya dimulai selama waktu perlambatan pertumbuhan linier (11-12 tahun). Tunas payudara sering dicatat sekitar 2 tahun sebelum *menarche*. Usia rata-rata *menarche* di Amerika Serikat adalah 12 tahun.

2.3.4. Proses Pematangan Seksual Pria

Remaja laki-laki biasanya memasuki pubertas antara usia 10 dan 14 tahun, dengan mayoritas mencapai penyelesaian pada usia 16 tahun. Otot-otot dan otak akan terus tumbuh dan berkembang. Pola perkembangan remaja laki-laki adalah sebagai berikut: (Smith, 2021; Ellen M. Chiocca, 2019)

a) Pembesaran testis

Pembesaran testis dan kantung skrotum adalah tanda pertama pubertas pada laki-laki. Warna skrotum semakin gelap, kulit

mulai menipis, dan benjolan kecil (folikel rambut) muncul saat testis membesar. Kebanyakan laki-laki akan memiliki satu testis (biasanya kiri) menggantung lebih rendah dari yang lain. Penis (batang dan kelenjar) juga bertambah besar.

b) Rambut kemaluan

Tanda kedua pubertas pada pria adalah perkembangan rambut kemaluan, yang muncul tak lama setelah ukuran testis meningkat. Perkembangan rambut pertama kali muncul di dekat pangkal penis dalam bentuk berlian. Saat rambut tumbuh, teksturnya menjadi kasar, keriting, dan berubah menjadi lebih gelap. Selama beberapa tahun ke depan, rambut menutupi seluruh area kemaluan dan mulai meluas ke area paha di kedua sisi. Munculnya rambut di wajah, kaki, lengan, dan dada mulai terjadi sekitar 2 tahun setelah perkembangan rambut kemaluan.

c) Panjang dan lebar penis

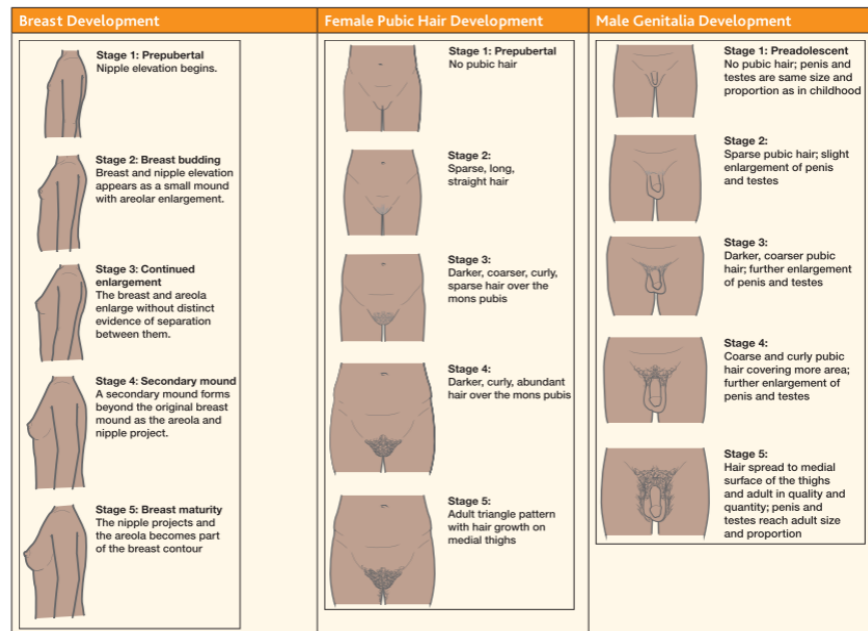
Penis tumbuh panjang, lalu lebar. Tidak jarang seorang anak berusia 13 tahun memiliki alat kelamin seukuran orang dewasa. Kisaran rata-rata untuk pematangan penis adalah 13 hingga 18 tahun. Pada titik ini dalam perkembangan seksual, menjadi hal umum bagi anak laki-laki untuk sering menilai penis mereka dan membandingkan ukuran mereka dengan orang lain dalam kelompok usia perkembangan mereka.

d) Kesuburan / *Spermarche*

Sekitar satu tahun setelah testis mulai membesar, anak laki-laki dapat bereproduksi. Testis sekarang mampu menghasilkan sperma serta testosteron. Kelenjar Cowper dan prostat (dua vesikula seminalis) bergabung dengan sperma untuk menghasilkan air mani selama ejakulasi. Setiap ejakulasi memiliki sekitar 200 juta sampai 500 juta sperma. Biasanya pada perkembangan pematangan seksual terdapat emisi nokturnal, yang juga dikenal sebagai mimpi basah.

e) Perubahan vokal

Laring dan pita suara membesar tak lama setelah percepatan pertumbuhan. Tanda pertama yang terlihat adalah suara retak, yang kemudian berubah menjadi suara yang lebih dalam. Jakun menjadi lebih besar.



Gambar 3 Sumber: Chiocca,E.M (2019) *Advanced Pediatric health Assessment (3rd ed., pp 437-438. Springer Publishing Company (Chiocca, 2019)*

Pada gambar 3. ini menunjukkan tahapan perkembangan seksual sekunder pada remaja berdasarkan *Tanner Staging System*, yang digunakan secara luas untuk menilai kematangan seksual anak dan remaja. Tanner stages dibagi menjadi 5 tahap untuk setiap kategori, dari tahap prapubertas (*stage 1*) hingga kematangan penuh (*stage 5*).

Kemampuan berpikir pada tahap awal remaja mencari-cari nilai dan energi baru serta membandingkan normalitas dengan teman sebaya yang jenis kelaminnya sama. Sedangkan pada remaja tahap akhir, mereka telah mampu memandang masalah secara komprehensif dengan identitas intelektual sudah terbentuk.

2.3.5. Faktor Yang Memengaruhi Tumbuh Kembang

Potensi biologik seseorang terbentuk dari interaksi faktor-faktor yang terkait. Faktor tersebut dibagi menjadi 3 kelompok genetik, lingkungan, dan perilaku (Nardina Evita Aurilia, 2021).

Faktor genetik. Potensi genetik yang bermutu hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan secara positif sehingga diperoleh hasil yang optimal. Adapun yang termasuk dalam faktor genetik diantaranya adalah faktor bawaan yang normal atau patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa.

Faktor Lingkungan. Menurut (Wahyuni, 2018) “Berbagai keadaan lingkungan yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak lazim digolongkan menjadi lingkungan biopsikososial, yang di dalamnya tercakup komponen biologis (fisis), psikologis, ekonomi, sosial, politik dan budaya”.

Faktor Perilaku. Perilaku memengaruhi tumbuh kembang anak dan cenderung terbawa hingga dewasa. Proses belajar dapat membentuk perilaku, yang dampaknya (positif atau negative) bergantung pada pengalaman. Perubahan perilaku akibat lingkungan juga memengaruhi sosialisasi dan disiplin anak (Wahyuni, 2018; Soetjiningsih, 1995).

2.3.6. Perkembangan Psikososial

Masa Remaja Awal yaitu usia 11–14 tahun. Pada tahap ini terdapat tanda pertama pubertas dengan adanya perubahan massa fisik yang cepat. Perubahan tersebut seringkali menimbulkan peningkatan kecemasan terkait dengan apa yang normal. Pada usia ini, remaja sudah mempunyai pemikiran yang konkrit, artinya mereka lebih berpikir hitam-putih (misalnya benar atau salah) (Smith & Coleman, 2021).

Masa Remaja Pertengahan usia 15–17 tahun. Pada tahap ini pertumbuhan fisik biasanya selesai, namun otak terus tumbuh dan berkembang. Pada masa remaja pertengahan, anak laki-laki

umumnya lebih baik dalam aktivitas fisik dibandingkan anak perempuan. Ini adalah masa ketika remaja membangun identitas pribadinya dan mencari otonomi (Smith & Coleman, 2021).

Masa Remaja Akhir usia 18–21 tahun. Masa remaja akhir adalah periode yang dikenal dengan seringnya perubahan hidup yang melibatkan rumah, sekolah, pekerjaan, dan identitas pribadi. Pada titik ini, pria dan wanita memperoleh kesadaran diri dan penerimaan terhadap fisik mereka (Smith & Coleman, 2021).

2.4. Kekerasan Seksual Terhadap Anak

Pada tahun 2023 melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (KMK RI) Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang “Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer”, disebutkan “klaster pelayanan kesehatan Ibu dan anak memiliki sasaran intervensi yang terdiri dari 3 kelompok pelayanan yaitu 1) Ibu hamil, bersalin dan nifas; 2) Bawah Lima Tahun (Balita) dan anak pra sekolah serta 3) anak usia sekolah dan remaja, yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan”. Anak usia sekolah dan remaja sering mengalami morbiditas berupa masalah gizi, penyakit infeksi, gangguan gigi, penglihatan dan pendengaran, perilaku, penyalahgunaan NAPZA, serta kekerasan fisik dan seksual (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, 2023).

Kekerasan terhadap anak menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 68 Tahun 2013 tentang “Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan Untuk Memberikan Informasi Atas adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak” adalah “semua bentuk tindakan/perlakuan yang menyakitkan secara fisik, psikis, seksual atau penelantaran, yang mengakibatkan atau dapat mengakibatkan cedera/kerugian nyata terhadap Kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak” (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 68 Tahun 2013 Tentang "Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan Untuk

Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak", 2013). Kekerasan terhadap anak berdasarkan Undang-Undang Nomor 35 tahun 2014 adalah “setiap perbuatan terhadap anak yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum” (Undang-Undang Republik Indonesia No.35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang No.23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, 2014).

Adapun pembagian Kekerasan terhadap Anak menurut PMK Nomor 68 tahun 2013 yaitu:

a. Kekerasan Fisik

Kekerasan fisik adalah kekerasan yang mengakibatkan cedera fisik nyata ataupun potensial terhadap anak sebagai akibat dari interaksi atau tidak adanya interaksi yang layak ada dalam kendali orang tua atau orang dalam hubungan posisi tanggung jawab, kepercayaan atau kekuasaan.

b. Kekerasan Psikis

Kekerasan psikis merupakan perbuatan terhadap anak yang mengakibatkan atau sangat mungkin akan mengakibatkan gangguan Kesehatan atau perkembangan fisik, mental, spiritual, moral dan sosial. Kekerasan psikis dapat berupa pembatasan gerak, sikap tindak yang menakut-nakuti, mendiskrimasi, mengejek atau menertawakan anak, atau perlakuan kasar lain atau penolakan.

c. Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual merupakan pelibatan anak dalam kegiatan seksual, dimana ia sendiri tidak sepenuhnya memahami atau tidak mampu memberi persetujuan, yang ditandai dengan adanya aktivitas seksual antara anak dengan orang dewasa atau anak lain dengan tujuan untuk memberikan kepuasan bagi orang tersebut.

Definisi kekerasan seksual menurut WHO adalah “keterlibatan seorang anak dalam aktivitas seksual yang dia tidak sepenuhnya mengerti,

belum mampu untuk melakukan *informed consent* atau belum cukup berkembang untuk melakukan pencegahan terhadap sesuatu yang melanggar hukum atau tabu secara sosial”. Anak-anak dapat dilecehkan secara seksual oleh orang dewasa dan anak-anak lainnya dikarenakan adanya penggunaan posisi sebagai penanggung jawab, kepercayaan, atau adanya kekuasaan atas korban.

Pada PMK Nomor 68 tahun 2013 anak dapat diduga menjadi korban kekerasan seksual apabila ditemukan adanya riwayat dan/atau tanda penetrasi, persetubuhan, pengakuan adanya pelecehan seksual atau bentuk kekerasan seksual lainnya. Kekerasan seksual pada anak yang dapat diancam dengan sanksi hukum berdasarkan Undang-Undang Perlindungan Anak adalah :

- a. Melakukan pemaksaan, penggunaan kekerasan atau ancaman kekerasan, tipu muslihat, kebohongan, atau pembujukan terhadap anak untuk melakukan persetubuhan dengan pelaku maupun orang lain.
- b. Melakukan atau membiarkan dilakukannya perbuatan cabul terhadap anak dengan pemaksaan, penggunaan kekerasan atau ancaman kekerasan, tipu muslihat, kebohongan, atau pembujukan (Undang-Undang Republik Indonesia No.35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang No.23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, 2014; Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, 2002).

Berikut adalah perbandingan kategori kekerasan antara Kitab Undang-Undang Hukum Pidana, Undang-undang Perlindungan Anak dan Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga seperti pada Tabel 2.

Tabel 2. Perbandingan Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) - Undang-Undang Perlindungan Anak (UU PA) - Undang-Undang Penghapusan kekerasan Dalam Rumah tangga (UU PKDRT) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

Kategori	KUHP	UU PKDRT	UUPA
Kekerasan fisik	Penganiayaan	Kekerasan Fisik	Aborsi Kekerasan Fisik
Kekerasan seksual	Perkosaan Perbuatan cabul	Pemaksaan Hubungan seksual	Persetubuhan paksa Perbuatan cabul Eksplorasi seksual
Kekerasan psikis	-	Kekerasan psikis	Memperlakukan Anak secara disimatif
Penelantaran	-	Penelantaran	Perlakuan salah dan Penelantaran
Lainnya	-	Kekerasan ekonomi	Penculikan, penjualan, dan/atau perdagangan Anak Pengabaian aspek budaya Perekrutan militer Eksplorasi ekonomi

2.5. Tanda-tanda pada Korban Anak-Remaja

- Ketidaknyamanan yang terlihat ketika membicarakan hubungan dalam rumah tangga
- Kehadiran pasangan yang terus mendampingi, mendominasi percakapan, terlalu perhatian, dan tidak meninggalkan korban sendirian dengan petugas
- Korban berkali-kali datang dengan keluhan yang tidak jelas
- Korban yang mengeluh masalah kesehatan yang diasosiasikan dengan kekerasan
- Luka atau memar yang tidak dapat dijelaskan dengan baik dan tidak konsisten dengan latar belakang kejadian
- Adanya keluhan korbantif namun tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisiknya (keluhan somatik)
- Adanya gejala *Post Traumatic Syndrome Disorder (PTSD)*
- Bisa ditemukan adanya reaksi konversi (*Histerical Conversion/Reaction*) yaitu kejang yang diakibatkan bukan karena adanya gangguanfungsi organ.
- Adanya jeda antara sebuah luka/memar dengan waktu datang ke fasilitas Kesehatan untuk mencari bantuan

- j. Luka/memar di kepala, leher, dada, payudara, daerah di bawah perut atau daerah alat kemaluan
- k. Adanya luka/memar di beberapa tempat sekaligus dalam kondisi kesembuhan yang bervariasi
- l. Luka/memar pada saat hamil, terutama di payudara dan di bawah perut
- m. Kesakitan kronis tanpa sebab yang jelas
- n. Seringnya berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan, bisa saja dengan spesialis yang berbeda-beda
- o. Mengalami bermacam-macam Infeksi Menular Seksual (IMS), infeksi urin dan vaginal
- p. Kehamilan yang tidak diinginkan
- q. Keguguran dan aborsi
- r. Percobaan bunuh diri
- s. Masalah perkembangan tingkah laku, seperti kemunduran perkembangan (kembali ngompol, bertingkah tidak sesuai dengan usianya dan atau sifat-sifat sebelumnya, dll)
- t. Luka/ memar yang tidak sesuai waktu kejadian. Terdapat perubahan warna pada memar sesuai umur luka yaitu :
 - 1 hari akan berwarna kemerahan
 - 2 sampai 3 hari berwarna merah kebiruan
 - 4 sampai 5 hari berwarna biru kehitaman
 - 1 minggu berwarna kehijauan
 - 1 sampai 2 minggu berwarna kuning
 - 2 minggu menjadi normal
- u. Masalah psikologis seperti masalah dalam membina kedekatan dengan orang dewasa (*attachment problems*), kecemasan, kelainan tidur atau makan, serangan panik dan masalah penyalahgunaan zat adiktif.
- v. Kecurigaan adanya kekerasan seksual
- w. Adanya gejala/penyakit infeksi menular seksual
- x. Infeksi vagina rekuren pada anak <12 tahun
- y. Nyeri/perdarahan/sekret dari vagina

- z. Nyeri/gangguan pengendalian BAB dan BAK
- aa. Cedera pada buah dada, bokong, perut bagian bawah, paha sekitar alat kelamin atau dubur
- bb. Pakaian dalam robek atau bercak darah dalam pakaian dalam
- cc. Ditemukan cairan mani di sekitar mulut, genital, anus atau pakaian. Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan lebih dari satu minggu setelah kejadian jarang ditemukan bukti-bukti fisik. Pada pemeriksaan daerah genital jika kekerasan terjadi lebih dari 72 jam tapi kurang dari 1 minggu dilakukan swab pada vagina (Hammerschlag, n.d.; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).



Gambar 4. Pemeriksaan genitalia eksterna anak korban kekerasan seksual, melihat adanya tanda-tanda trauma (dokumentasi Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM)

2.5.1. Dampak Kekerasan Seksual Terhadap Anak

Kekerasan terhadap anak dapat menimbulkan dampak berupa :

a. Perspektif Dinamika Traumagenik

Pada study *case-control* yang dilakukan oleh Swanston H, terhadap sekelompok anak dengan riwayat kekerasan seksual dan diamati setelah lima tahun setelah kejadian. Anak korban kekerasan seksual menunjukkan disfungsi perilaku, rendahnya harga diri, depresi, kecemasan, serta kecenderungan makan

berlebihan, melukai diri, dan percobaan bunuh diri dibanding anak yang tidak mengalami kekerasan (Swanston, 1997).

- b. Mengakibatkan Trauma Fisik
- c. Memar dan bilur
- d. Luka lecet dan luka robek
- e. Nyeri, perdarahan, gangguan BAK, BAB
- f. Cedera pada buah dada, bokong, perut bagian bawah, paha, sekitar alat kelamin atau dubur, dll
- g. Beresiko tertular Penyakit Infeksi Menular Seksual
 - adanya gejala/ penyakit infeksi menular seksual (IMS)
 - Infeksi vagina rekuren pada anak <12 tahun

2.6. Faktor-Faktor Risiko terjadinya Kekerasan Pada Anak

Faktor risiko adalah karakteristik yang dapat meningkatkan kemungkinan anak mengalami kekerasan, namun bisa jadi merupakan penyebab langsung atau bukan. Kombinasi faktor individu, relasional, komunitas, dan masyarakat berkontribusi terhadap risiko kekerasan terhadap anak. Meskipun anak-anak tidak bertanggung jawab atas kerugian yang menimpa mereka, namun ditemukan adanya faktor-faktor tertentu yang meningkatkan risiko mereka mengalami kekerasan.

Pada kasus kekerasan terhadap anak, faktor risiko terbagi menjadi : (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021; Widiastuti, 2016; Soetjiningsih, 1995)

1. Faktor Anak

- a. Faktor anak berupa anak dengan gangguan tumbuh kembang (prematur, BBLR), lebih beresiko untuk mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.
- b. Anak yang disertai gangguan perkembangan emosi dan kognitif,
- c. Anak dengan disabilitas (penyandang disabilitas fisik, penyandang disabilitas intelektual, penyandang disabilitas mental, penyandang disabilitas sensorik) dapat menjadi catatan, bahwa orang dengan disabilitas (terbelakang mental, mengalami kecacatan atau

disabilitas tertentu), baik dewasa maupun anak juga dalam posisi lebih rentan dibandingkan orang 'normal' akibat situasi khususnya.

d. Anak dengan gangguan perilaku atau gangguan mental emosional

2. Faktor Orang tua/pengasuh dapat berupa

- Riwayat kekerasan fisik atau seksual pada masa kecil,
- Orang tua atau pengasuh yang pernah mengalami kekerasan saat kecil mungkin menganggap tindakan serupa wajar terhadap anak.
- Riwayat gangguan psikologis dan masalah gangguan kesehatan mental, riwayat penyalahgunaan NAPZA termasuk alkohol dan rokok,
- Perkembangan emosi orang tua/pengasuh yang belum matang,
- Pola asuh yang tidak sesuai perkembangan dan kurangnya pengetahuan orang tua membuat mereka salah memperlakukan anak sesuai kebutuhannya.
- Kepercayaan diri rendah
- Keterasingan dari masyarakat
- Kemiskinan
- Kepadatan hunian (rumah tempat tinggal)
- Kurangnya dukungan sosial bagi keluarga
- Kurangnya persiapan menghadapi stress saat mempunyai anak
- Orang tua tunggal
- Riwayat bunuh diri pada orang tua/keluarga
- Diketahui ada Riwayat *child abuse* dalam keluarga
- praktik budaya yang tidak melindungi anak,
- penghasilan rendah, atau
- kehamilan yang tidak diinginkan.
- Nilai hidup orang tua, harapan berlebihan tanpa memahami kemampuan anak, dan pandangan anak sebagai aset atau milik pribadi.

3. Faktor Masyarakat.

Faktor risiko yang berasal dari masyarakat berupa

- pengaruh negatif media massa,

- hunian padat, kemiskinan,
- tingkat pengangguran tinggi,
- tingkat kriminalitas tinggi,
- daerah bencana/konflik,
- serta layanan sosial yang rendah,
- adat istiadat mengenai pola asuh anak,
- pengaruh pergeseran budaya,
- budaya memberi hukuman badan kepada anak.
- Situasi konflik juga merupakan faktor risiko terjadinya kekerasan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perlakuan salah terhadap anak memiliki keterkaitan langsung dengan kejadian kekerasan pada anak. Anak yang memiliki gangguan tumbuh kembang, disabilitas, atau gangguan mental emosional lebih rentan terhadap kekerasan karena kesulitan dalam melindungi diri atau mengungkapkan apa yang terjadi. Orang tua yang memiliki riwayat kekerasan, gangguan psikologis, atau pola asuh yang tidak sehat cenderung memperlakukan anak dengan cara yang salah, yang meningkatkan risiko kekerasan. Di sisi lain, kondisi sosial ekonomi yang buruk, norma budaya yang mendukung kekerasan, serta pengaruh negatif dari masyarakat dan media juga memperburuk situasi ini.

Infeksi gonorea pada anak hampir selalu berkaitan dengan adanya kekerasan seksual. Menurut teori determinan kesehatan Beaglehole, risiko terjadinya suatu penyakit dipengaruhi oleh empat kelompok faktor, yaitu *predisposing factors*, *enabling factors*, *precipitating factors*, dan *reinforcing factors*. Dalam konteks gonorea, faktor-faktor tersebut berinteraksi dan menentukan tingginya kemungkinan anak mengalami infeksi setelah paparan kekerasan seksual.

Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

a. Umur Korban

Anak prapubertas memiliki mukosa genital yang lebih tipis, pH vagina yang lebih basa, serta sistem imun yang belum matang, sehingga lebih

rentan terhadap infeksi *Neisseria gonorrhoeae* dibandingkan remaja dan dewasa (Hammerschlag, 2011; CDC, 2021).

b. Jenis Kelamin Korban

Anak perempuan lebih berisiko mengalami infeksi gonorea karena luas permukaan mukosa genital yang lebih besar dan paparan langsung melalui penetrasi (Workowski & Bachmann, 2021).

c. Pendidikan Korban

Anak dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kemampuan terbatas untuk mengenali kekerasan seksual, meminta pertolongan, maupun mengakses layanan kesehatan sehingga meningkatkan peluang infeksi (UNICEF, 2020).

d. Status Gizi

Malnutrisi menurunkan imunitas sehingga meningkatkan risiko infeksi bakteri termasuk *N. gonorrhoeae* (Scrimshaw & San Giovanni, 1997; Black et al., 2013).

e. Disabilitas

Anak dengan disabilitas memiliki risiko dua hingga tiga kali lebih tinggi mengalami kekerasan seksual dan lebih sulit melindungi diri sehingga lebih rentan terhadap IMS (Jones et al., 2012).

f. Status Pubertas

Mukosa genital anak prapubertas lebih mudah mengalami iritasi dan kolonisasi bakteri, termasuk gonokokus, dibandingkan anak yang telah pubertas (Kellogg, 2005; WHO, 2016).

Faktor *Enabling* (Faktor Pendukung)

a. Akses terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses yang buruk terhadap layanan kesehatan menghambat deteksi dini infeksi sehingga meningkatkan risiko komplikasi (Majeed-Ariss et al., 2021; WHO, 2021).

b. Riwayat Penggunaan Kondom oleh Pelaku

Tidak digunakannya kondom saat kekerasan seksual secara signifikan meningkatkan penularan IMS, termasuk gonorea (Holmes et al., 2008; CDC, 2020).

c. Kondisi Sosial Ekonomi

Kondisi ekonomi rendah meningkatkan kerentanan anak terhadap kekerasan seksual berulang dan keterbatasan akses pemeriksaan IMS (Decker et al., 2014).

Faktor Pemicu (*Precipitating Factors*)

a. Riwayat Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual merupakan faktor pemicu langsung infeksi gonorea melalui paparan bakteri pada mukosa genital, anal, atau oral. Studi Driscoll (2022) menunjukkan 8,8% anak korban kekerasan seksual positif mengalami IMS termasuk gonorea.

b. Waktu Kejadian Kekerasan Seksual

Interval waktu antara kejadian kekerasan dengan pemeriksaan medis memengaruhi kemungkinan ditemukannya gonokokus. Pemeriksaan dini sangat penting untuk mendeteksi infeksi sebelum bakteri hilang atau menyebar (Adams, 2018; CDC, 2021).

Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

a. Kekerasan Seksual Berulang

Paparan berulang meningkatkan kemungkinan terjadi infeksi akibat kontak berkali-kali dengan sumber bakteri (Finkelhor, 2008; WHO, 2019).

b. Kekerasan oleh Lebih dari Satu Pelaku

Paparan terhadap beberapa pelaku meningkatkan peluang penularan dari lebih dari satu sumber. Anak yang dilecehkan oleh banyak pelaku terbukti memiliki risiko lebih tinggi terinfeksi IMS (Dioussé et al., 2020; CDC, 2021)

Faktor Pelaku

a. Jenis Kelamin Pelaku

Sebagian besar pelaku kekerasan seksual terhadap anak adalah laki-laki, yang secara epidemiologis memiliki risiko lebih tinggi sebagai pembawa IMS (Pereda et al., 2009).

b. Umur Pelaku

Pelaku dewasa memiliki kemungkinan lebih besar memiliki riwayat perilaku seksual berisiko dan membawa gonorea (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

c. Pekerjaan Pelaku

Pekerjaan dengan mobilitas tinggi seperti supir, pekerja informal, atau pekerjaan malam dikaitkan dengan risiko lebih tinggi tertular IMS, sehingga meningkatkan risiko penularan kepada korban (Nilasari et al., 2023; Workowski & Bachmann, 2021).

2.7. Penelitian Terdahulu

Penelitian-penelitian terhadap penyakit menular seksual pada anak korban kekerasan seksual sudah mulai dilakukan sejak 30 tahun yang lalu. Seperti di rumah sakit Cincinnati Ohio, yang melakukan penelitian desain prospektif untuk mengetahui prevalensi penyakit seksual transmisi infeksi pada anak-anak dan remaja yang mengalami kekerasan seksual: alasannya untuk membatasi testing *Sexually Transmitted Disease (STD)* pada anak perempuan prapubertas (Siegel et al., 1995). Tujuan penelitian tersebut untuk menentukan prevalensi *Chlamydia trachomatis (C trachomatis)*, *Neisseria gonorrhoeae (NG)*, *Trichomonas vaginalis*, sifilis, dan infeksi *human immunodeficiency virus (HIV)* pada anak-anak yang dilecehkan secara seksual dan untuk mengembangkan kriteria selektif untuk pengujian penyakit menular seksual (PMS) pada anak-anak ini di komunitas itu.

Terdapat 855 anak yang dievaluasi selama 1 tahun. Penelitian ini melibatkan 704 anak perempuan dan 151 anak laki-laki. Anak-anak berusia antara 3 minggu hingga 18 tahun. Metode Tes *Sexual Transmitted*

Disease (STD) sesuai standar (rekomendasi *American Academy of Pediatrics*) berupa tes serum rapid plasma reagin, pemeriksaan untuk Trichomonas, kultur gonore tenggorokan, rektum, dan alat kelamin dan kultur C trachomatis rektum dan genitalia. Tes STD pada penelitian ini direkomendasikan pada anak dengan 1) riwayat keputihan genital atau kontak dengan alat kelamin pelaku, 2) temuan pemeriksaan *genital discharge* atau trauma, dan 3) semua remaja. Tes HIV diperoleh pada anak-anak dengan faktor risiko infeksi HIV, mereka yang memiliki kontak dengan pelaku dengan faktor risiko HIV, atau jika keluarga khawatir tentang penularan HIV. Sebanyak 423 anak diuji untuk NG, 415 untuk C trachomatis, 275 untuk sifilis, 208 untuk Trichomonas, dan 140 untuk HIV. Dua belas anak ditentukan untuk memiliki infeksi gonorea, 11 memiliki infeksi C trachomatis, dan empat memiliki infeksi Trichomonas. Secara keseluruhan, prevalensi PMS pada anak perempuan prapubertas adalah 3,2% dan 14,6% pada anak perempuan pubertas. Prevalensi N gonore pada anak perempuan prapubertas dengan keputihan adalah 11,1% dan 0% pada anak perempuan prapubertas tanpa keputihan ($P < 0,001$). Infeksi C trachomatis didiagnosis pada 0,8% gadis prapubertas dibandingkan dengan 7,0% gadis pubertas ($P < 0,001$). Tak satu pun dari anak-anak yang diuji positif sifilis atau HIV dan tidak ada laki-laki yang memiliki PMS (Siegel, 1995).

Kesimpulan dari kelompok tersebut, tes gonore pada anak perempuan prapubertas dapat dibatasi pada mereka yang memiliki keputihan pada pemeriksaan kecuali ada faktor risiko lain. Prevalensi C trachomatis dan Trichomonas pada anak perempuan prapubertas rendah dan dapat dihilangkan dari evaluasi rutin. Semua gadis pubertas yang dievaluasi untuk pelecehan seksual harus diuji untuk PMS karena tingginya prevalensi infeksi tanpa gejala pada pasien populasi tersebut (Siegel, 1995).

Terdapat hasil review beberapa penelitian tentang penyakit menular seksual pada kasus kekerasan terhadap anak yang berimplikasi secara legal dan medis. Gonore adalah PMS yang paling sering ditemukan pada anak-

anak yang dilecehkan, dilaporkan terjadi pada 1-30% dari anak-anak yang dilecehkan. Infeksi sering terjadi tanpa gejala terutama di rektum dan faring. Isolasi NG dari anak prapubertas mungkin yang paling berguna sebagai indikator pelecehan atau adanya aktivitas seksual (Hammerschlag, n.d.).

Penelitian terbaru lain menemukan tingkat infeksi gonokokal pada anak-anak yang disalahgunakan (*abused children*) menjadi <3% (Siegel, 1995; Ingram, 1997). Pada penelitian mikrobiologi terbaru yaitu tentang Diagnosa Laboratorium penyakit menular seksual pada kasus yang diduga anak korban kekerasan seksual pada tahun 2020, dengan menggunakan NAAT. Penelitian ini menyebutkan pentingnya pemeriksaan menggunakan NAAT pada anak korban kekerasan seksual yang asimtomatis karena hasilnya >90% sensitifitasnya terhadap infeksi gonorea. Pemeriksaan dengan teknologi sekuensing metagenomik, menjadi lebih mudah dan lebih otomatis, secara teori dapat mendukung tes diagnostik IMS dan investigasi forensik, meniadakan kebutuhan untuk budidaya in vitro (Qin, 2020).

Terdapat penelitian tentang kekerasan terhadap remaja serta faktor-faktor yang memengaruhinya yang dilakukan pada masa pandemi Covid19. Dari 106 subjek anak, penelitian ini menunjukkan 35% dari subjek mengalami kekerasan. Kelompok remaja usia 14-17 tahun merupakan kelompok yang paling banyak mengalami kejadian kekerasan dan perempuan lebih tinggi mencapai 70%. Dengan kasus penelantaran tertinggi 54%, kekerasan fisik 47 %, kekerasan psikologis 43%, kekerasan seksual 12%. Kejadian lebih banyak terjadi dengan faktor lingkungan jenis keluarga besar 65% (keluarga yang memiliki saudara lain, seperti nenek, kakek, bibi, paman, dan sepupu yang tinggal di rumah yang sama) dibandingkan dengan remaja yang hanya tinggal dengan keluarga inti (Pane, 2023).

Tabel 3. Penelitian Terdahulu

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
1.	<i>“Sexually Transmitted Infections Among Adolescent and Adult Women Victims of Sexual Violence in the Metropolitan Region of São Paulo, Brazil”</i> (Drezett, 2020)	Insiden Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Perempuan Korban Kekerasan Seksual	135 remaja (10-19 tahun) dan 154 perempuan dewasa (≥ 20 tahun) korban kekerasan seksual di Rumah Sakit Pérola Byington, São Paulo, Brasil	Studi kohort retrospektif, analisis data melalui program Epi Info6 dan uji statistik <i>chi-square</i>	Ditemukan 32,6% remaja dan 31,1% perempuan dewasa didiagnosis dengan IMS. Infeksi yang ditemukan meliputi <i>Human Papiloma Virus</i> (16,9%), Trikomoniasis (6,6%), Klamidia (3,8%), Herpes (2,4%), Hepatitis B (2,4%), Sifilis (2,1%), Gonore (1,7%), penyakit radang panggul (1,7%), hepatitis C (1,4%), HIV (1,4%), dan HTLV I/II (1,0%).
2.	<i>“Sexually transmitted infections among girls aged 1 to 15 years, presumed victims of sexual abuse in Thies / Senegal: about 98 cases”</i> (Dioussé, 2020)	Prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS), Jenis Infeksi (Mycoplasma, Ureaplasma, dll), Waktu Konsultasi, Prosedur Terapeutik	143 anak perempuan (usia <15 tahun) yang diduga menjadi korban kekerasan seksual	Studi retrospektif (1 Januari 2011 - 31 Desember 2018), pengumpulan data dari catatan medis tentang variabel sosio-demografis, klinis, para-klinis, dan terapeutik	73% dari 143 anak korban kekerasan seksual adalah anak di bawah usia 15 tahun (rata-rata 10,4 tahun). Infeksi yang ditemukan termasuk Mycoplasma (2%), Ureaplasma, Chlamydia, Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis, dan Candida albicans (masing-masing 1%). Hasil serologi retrovirus dan antigen Hepatitis B <i>surface</i> negatif pada 97% kasus.
3.	<i>“Prevalence of sexually transmitted infections and risk factors among young people in a public health center in Brazil: a cross-sectional study”</i> (De Peder, 2020)	Prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS) pada remaja dan dewasa muda	1703 individu berusia 13-24 tahun yang mengunjungi pusat layanan kesehatan publik di Brasil (2012-2017)	Studi retrospektif, analisis data rekam medik menggunakan uji <i>chi-square</i> dan <i>odds ratio (OR)</i>	Prevalensi IMS pada pria adalah 35.40% dan pada wanita adalah 47.67%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada kondiloma (35.40% pria, 47.67% wanita), herpes, sifilis, dan sindrom <i>discharge</i> uretra.

Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
		Faktor prediktor risiko infeksi menular seksual pada remaja dan dewasa muda		Analisis regresi menggunakan rasio odds (OR) dan interval kepercayaan 95%	Faktor risiko utama IMS adalah usia dewasa muda (OR 1.55), jenis kelamin perempuan (OR 1.51), memiliki banyak pasangan seksual (OR 1.62), dan tidak menggunakan atau menggunakan kondom secara tidak teratur (OR 1.62).
		Perbandingan prevalensi IMS berdasarkan usia dan jenis kelamin		Analisis deskriptif berdasarkan strata usia dan jenis kelamin dengan uji <i>chi-square</i>	Kelompok usia 19-24 tahun memiliki prevalensi IMS yang lebih tinggi (86.56% memiliki setidaknya 1 IMS).
4.	<i>"[Analysis on Neisseria gonorrhoeae infection status and related factors in outpatients of sexually transmitted diseases in Shenzhen]"</i> (Wang, 2020)	Penggunaan kondom dan hubungan dengan infeksi menular seksual Prevalensi infeksi Neisseria gonorrhoeae (NG) di Shenzhen Faktor-faktor yang berhubungan dengan infeksi Neisseria gonorrhoeae (NG)	Pasien rawat jalan yang datang ke klinik penyakit menular seksual (PMS) di Shenzhen, berusia 18-49 tahun	Analisis statistik menggunakan <i>odds ratio (OR)</i> Studi potong lintang (<i>cross-sectional</i>) dengan pengambilan sampel urine dan deteksi NG menggunakan uji amplifikasi asam nukleat Analisis regresi logistik untuk mengidentifikasi faktor-faktor terkait infeksi NG	Tidak menggunakan kondom atau penggunaannya yang tidak teratur meningkatkan risiko IMS dengan OR 1.62. Dari 8.324 pasien, ditemukan 196 kasus positif <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (2,4%), dengan tingkat positif lebih tinggi pada pria (5,8%) dibandingkan wanita (0,8%) Faktor risiko untuk infeksi NG meliputi usia 24 tahun atau lebih muda (OR=2,11), status perkawinan (lajang/cerai/duda, OR=1,98), dan seks bebas dalam 3 bulan terakhir (OR=1,77)

Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
		Perbedaan prevalensi NG antara pria dan wanita		Analisis statistik menggunakan uji <i>chi-square</i> untuk membandingkan tingkat positif NG antara pria dan wanita	Prevalensi NG pada pria (5,8%) jauh lebih tinggi dibandingkan wanita (0,8%) dengan perbedaan yang signifikan ($\chi^2=189,43$, $P<0,05$).
5.	<i>“The current status of sexually transmitted infections in South Korean children in the last 10 years”</i> (Jang, 2021)	Status Infeksi Menular Seksual (IMS) pada Anak-anak di Korea Selatan Jenis Infeksi Menular Seksual pada Anak-anak Distribusi Usia pada Kasus IMS Anak-anak	Data dari 590 lembaga pemantauan IMS (2010-2019) Anak-anak di bawah usia 18 tahun yang terinfeksi IMS	Deskriptif Retrospektif	Dari 172,645 kasus IMS, 2,179 kasus (1,26%) adalah anak-anak di bawah usia 18 tahun. Anak perempuan lebih banyak terinfeksi (68,79%). Infeksi klamidia (45,75%) adalah yang paling banyak dilaporkan, diikuti gonore (27,17%) dan kondiloma akuminata (15,51%). Infeksi pada anak di bawah usia 14 tahun lebih sering terkena kondiloma akuminata, sedangkan pada remaja 14-17 tahun lebih sering terkena klamidia, herpes genital, dan gonore.
6.	<i>“Utilisation and outcomes of sexually transmitted infection (STI) services following child sexual abuse: Insights from Saint Mary’s Sexual Assault Referral Centre”</i>	Variabel Independen (Faktor): Gangguan Belajar (<i>Learning Disabilities</i>)	Populasi : 843 anak (719 perempuan), usia 0-17 tahun, yang hadir di <i>Saint Mary’s SARC, Manchester, UK</i> , antara 2012	Metode : Kohort Retrospektif Analisis data: <i>Logistic regression</i> untuk menghitung <i>odds ratio</i> terkait pemeriksaan <i>STI</i>	65% dari peserta yang diperiksa <i>STI</i> pada saat <i>FME</i> . 1,5% dari sampel terdeteksi positif <i>STI</i> . Faktor-faktor seperti gangguan belajar dan kekerasan dalam rumah tangga berkaitan

Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
	(Majeed-Ariss, R., Martin, G. P., & White, 2021)	Kekerasan dalam Rumah Tangga Riwayat Aktivitas Seksual Konsensual Sebelumnya Hubungan dengan Alkohol pada Kejadian Usia Jenis kelamin Variabel Dependent: Waktu pelaksanaan pemeriksaan STI Hasil pemeriksaan STI (Positif atau Negatif)	hingga 2015	selama <i>Forensic Medical Examination (FME)</i> Analisis Deskriptif	dengan penurunan kemungkinan dilakukan pemeriksaan <i>STI</i> saat <i>FME</i> Anak-anak dengan rencana perlindungan anak memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk dilakukan pemeriksaan <i>STI</i> pada <i>FME</i> .
7.	" <i>Sexually transmitted infections in suspected child sexual abuse</i> " (Driscoll ., 2022)	Prevalensi Infeksi Menular Seksual (IMS), Mode Penularan Seksual,	241 anak (usia 0-13 tahun) yang diperiksa di pusat rujukan	Retrospektif Database pasien antara 1 Juli 2016 hingga 1 Juli 2019	Dari 241 anak yang diperiksa, 47,3% menerima skrining IMS, 8,8% yang dites positif (4,1% dari seluruh anak yang diperiksa).

Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
		Aplikasi Skrining IMS, <i>Follow-up</i>	kekerasan seksual anak		Penularan seksual adalah mode penularan yang paling mungkin untuk 6 dari 10 anak yang didiagnosis dengan IMS.
8.	<i>“Sexually transmitted infections among patients attending a sexual assault centre: a cohort study from Oslo, Norway”</i> (Skjælaen, 2022)	Prevalensi IMS pada pasien setelah pelecehan seksual. Penggunaan profilaksis azitromisin. Faktor risiko terkait IMS dari pelecehan seksual. Ketidakhadiran pada tindak lanjut	645 pasien yang mengunjungi pusat pelecehan seksual di Oslo, Morwegia, antara Mei 2017 hingga Juli 2019. Terdiri dari 602 (93,3%) wanita dan 43 (6,7%) pria.	Penelitian kohort prospektif observasional. Analisis data: Pengujian mikrobiologi dilakukan pada pemeriksaan awal dan pada kunjungan tindak lanjut setelah 2, 5, dan 12 minggu. Estimasi risiko relatif untuk IMS terkait pelecehan dan ketidakhadiran pada tindak lanjut.	Prevalensi <i>chlamydia genital</i> pada pemeriksaan awal adalah 8,4%, <i>Mycoplasma genitalium</i> 6,4%, dan <i>gonore</i> 0,6%. Prevalensi IMS bakteri yang didiagnosis pada tindak lanjut adalah 3,0%: 2,5% untuk <i>M. genitalium</i> , 1,4% untuk <i>chlamydia genital</i> , dan 0,2% untuk <i>gonore</i> . Tidak ada kasus baru hepatitis B, hepatitis C, HIV, atau sifilis. Tidak ada faktor risiko spesifik untuk IMS terkait pelecehan seksual. Pasien dengan riwayat kontak dengan layanan kesejahteraan anak lebih jarang hadir untuk tindak lanjut <i>Relative Risk</i> (RR 2.0). Pasien dengan riwayat pekerjaan seks (RR 3.6) atau penyalahgunaan zat (RR 1.7) juga lebih jarang hadir pada tindak lanjut. Sebagian besar IMS bakteri didiagnosis pada pemeriksaan awal, yang tidak terpengaruh oleh profilaksis.

Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
					Tidak ada peningkatan IMS bakteri yang didiagnosis pada tindak lanjut setelah penghentian profilaksis azitromisin, yang mendukung strategi pengobatan hanya ketika infeksi didiagnosis atau ketika pasien dianggap berisiko tinggi.
9.	<i>“Healthcare Use and Case Characteristics of Commercial Sexual Exploitation of Children”</i> (Hornor., 2022)	Karakteristik korban eksploitasi seksual komersial anak / <i>the characteristics of commercial sexual exploitation of children (CSEC)</i> Faktor risiko terkait perilaku seksual yang meningkatkan CSEC	Remaja usia 12-21 tahun yang diperiksa di UGD atau <i>Child Advocacy Center</i>	Retrospektif Deskriptif	CSEC lebih sering terjadi pada remaja dengan lebih banyak faktor risiko seperti tunawisma, penempatan di lembaga perawatan, dan perilaku seksual berisiko.
10.	<i>“The prevalence of sexually transmitted infections and their association with knowledge, attitudes, and practice in male street children in Indonesia”</i> (Nilasari , 2023)	Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV pada Anak Jalanan	59 anak jalanan laki-laki (usia 10-21 tahun) di Jakarta dan Banten	<i>Cross-sectional</i> Pengumpulan data melalui wawancara kuesioner, pengambilan riwayat medis,	Perilaku seksual berisiko tinggi yang meningkatkan kemungkinan CSEC meliputi seks yang tidak sesuai usia hukum, diagnosis gonore, trichomonas, dan infeksi menular seksual (IMS) lainnya

Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
				pemeriksaan fisik, dan pengumpulan spesimen untuk tes IMS dan HIV	Ditemukan 5,8% (n = 15) kasus IMS yang meliputi Hepatitis B (n = 6), Hepatitis C (n = 1), HIV (n = 2), Klamidia (n = 3), Sifilis (n = 1), dan Gonore (n = 1). Pekerjaan seperti pengamen dan pekerjaan lain (penjual barang, petugas parkir, pemijat sepatu) mendominasi karakteristik sosiodemografi. Perilaku seks tanpa kondom lebih sering terjadi meskipun beberapa korban sudah memiliki pengetahuan yang baik.
11.	<i>“Sexually Transmitted Infection/Human Immunodeficiency Virus, Pregnancy, and Mental Health-Related Services Provided During Visits With Sexual Assault and Abuse Diagnosis for US Medicaid Beneficiaries, 2019”</i> (Tao , 2023)	Pengujian HIV/STI Pengobatan presumtif gonore dan klamidia Tes kehamilan Layanan kontrasepsi Diagnosis kecemasan	55.113 pasien pada kunjungan pertama <i>Sexual Assault and Abuse (SAA)</i> 86,2% perempuan 63,4% berusia ≥ 13 tahun 59,2% mengunjungi Unit Gawat Darurat (UGD)	<i>Epidemiological analisis</i> Menggunakan data sekunder Analisis data dari set data Medicaid Nasional 2019 Identifikasi kunjungan <i>SAA</i> menggunakan kode <i>ICD-10-CM</i> <i>(International Classification of Diseases 10th</i> <i>of</i>	Tes HIV/STI diberikan $\leq 20\%$ dari kunjungan pertama Pengobatan gonore dan klamidia presumtif diberikan dalam 9,7% dan 3,4% kunjungan Tes kehamilan diberikan pada 15,7% kunjungan Layanan kontrasepsi 9,4% kunjungan Diagnosis kecemasan diberikan pada 6,4% kunjungan

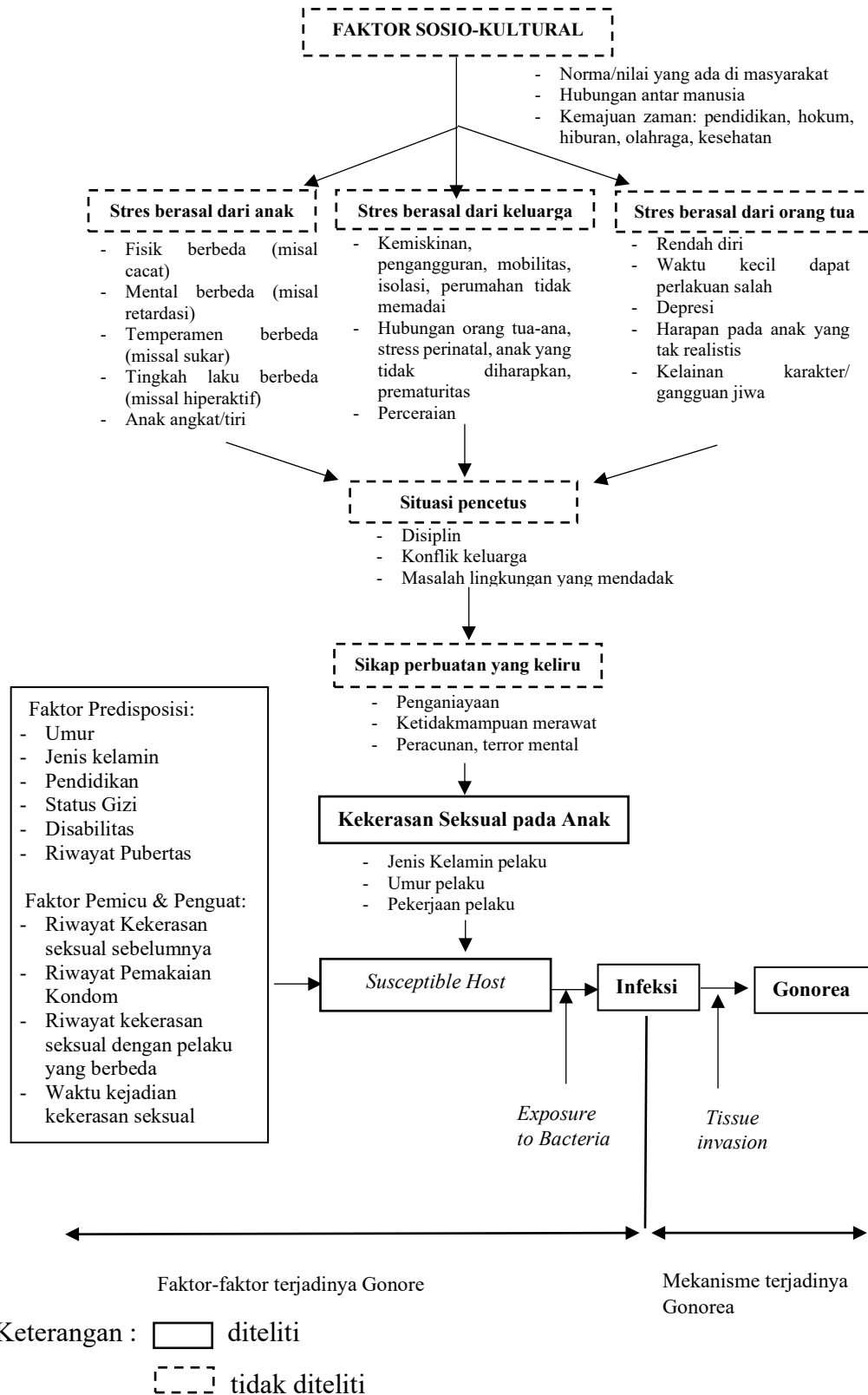
Tabel 3. Penelitian Terdahulu (lanjutan)

No	Judul Penelitian	Pengukuran Variabel	Populasi sampel	Metode penelitian/analisis data	Hasil Penelitian
		Kunjungan lanjutan setelah 60 hari		<i>Revision Clinical Modification)</i> Identifikasi layanan medis dengan kode <i>ICD-10-CM, CPT (Current Procedural Terminology)</i> , dan <i>NDC (Current Procedural Terminology)</i>	Pasien yang mengunjungi UGD lebih cenderung menerima pengobatan gonore dan tes kehamilan dibandingkan yang mengunjungi fasilitas non-UGD 14,2% pasien memiliki kunjungan lanjutan dalam 60 hari setelah kunjungan pertama, dengan layanan medis lanjutan seperti tes klamidia (13,8%), tes gonore (13,5%), tes sifilis (12,8%), tes HIV (14,0%), diagnosis kecemasan (15,0%), dan PTSD (9,8%)
12.	“Identifikasi Bakteri Diplococcus Gram Negatif dengan Pewarnaan Gram Pada Sampel Swab Anal Kasus Sodomi Anak di RSUD DR.Pirngadi Kota Medan Periode Mei 2020-Oktober 2023” (Nainggolan, 2024)	Jenis bakteri Gram negatif yang teridentifikasi (Diplococcus Gram negatif) Jenis kelamin (laki-laki dan perempuan) Kelompok usia Kasus sodomi pada anak	Kasus sodomi pada anak yang tercatat di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan pada periode Mei 2022 hingga Oktober 2023 15 kasus sodomi pada anak yang diambil dari swab anus	Retrospektif deskriptif. Pengumpulan data dilakukan melalui data sekunder dari hasil pewarnaan Gram pada sampel swab anus pada kasus sodomi anak di laboratorium medis RSUD Dr. Pirngadi	Dari 15 kasus sodomi pada anak, 10 kasus (67%) menunjukkan infeksi bakteri Gram negatif Diplococcus. - Mayoritas korban adalah laki-laki (73%) dengan 11 orang, dan perempuan (27%) dengan 4 orang. - Kelompok usia yang paling tinggi adalah 11-15 tahun (60%) dengan 9 kasus, diikuti oleh usia 6-10 tahun dan 1-5 tahun (masing-masing 20% dengan 3 kasus). Bakteri Gram negatif Diplococcus dapat diidentifikasi dengan pewarnaan Gram pada sampel swab anus kasus sodomi pada anak. Lebih banyak anak laki-laki yang menjadi korban sodomi, dengan usia paling sering terinfeksi adalah 11-15 tahun

2.8. Kerangka Teoritis

Kerangka teoritis dalam penelitian ini merupakan hasil integrasi antara teori sosial-kultural kekerasan terhadap anak (Soetjiningsih, 1995) dan model epidemiologi penyakit infeksi Adaptasi dari *Causal R.Beaglehole WHO 2006* (R Beaglehole, 2006) . Teori sosial-kultural menjelaskan bahwa kekerasan seksual pada anak dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berkaitan, seperti stres yang bersumber dari keluarga (kemiskinan, pengangguran, konflik, beban pengasuhan), stres dari masyarakat (norma budaya patriarkal, ketimpangan gender, kurangnya sistem perlindungan anak), serta karakteristik pelaku yang mendukung munculnya tindakan kekerasan (emosi tidak stabil, penyimpangan seksual, dan pengaruh zat adiktif). Kombinasi faktor-faktor tersebut dapat menciptakan situasi pemicu, seperti kondisi lingkungan yang tidak aman, lemahnya pengawasan, dan kesempatan yang terbuka, yang memungkinkan terjadinya kekerasan seksual terhadap anak.

Dalam konteks penelitian ini, kekerasan seksual terhadap anak dipahami sebagai bentuk paparan (*exposure*) terhadap agen infeksius, yaitu bakteri *Neisseria gonorrhoeae*, penyebab penyakit gonore. Oleh karena itu, digunakan pula pendekatan dari model epidemiologi penyakit infeksi, yang terdiri dari tiga komponen utama: host (anak sebagai individu yang rentan), agent (bakteri gonore), dan *environment* (lingkungan sosial dan perilaku seksual pelaku). Anak yang menjadi korban kekerasan seksual berada dalam posisi sebagai host yang rentan (*susceptible host*). Ketika terjadi paparan melalui hubungan seksual yang tidak terlindungi, agen infeksi dapat masuk dan menyebabkan kerusakan jaringan (*tissue destruction*), yang selanjutnya berkembang menjadi infeksi gonorea, kerangka teoritis secara keseluruhan seperti yang terdapat pada Gambar 5.



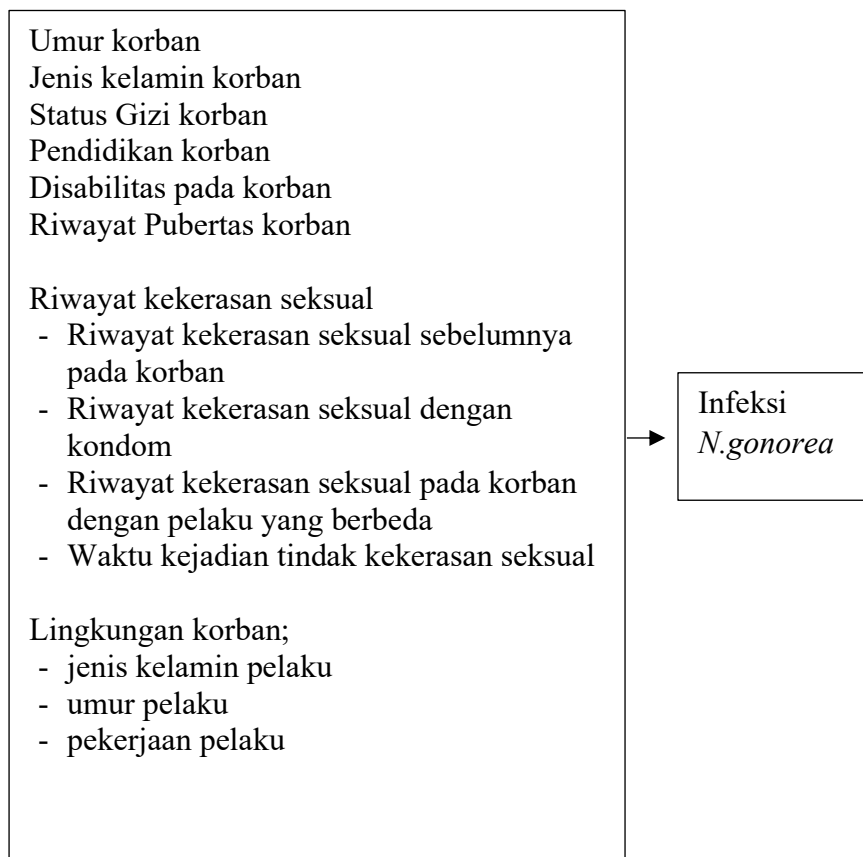
Gambar 5. Kerangka teori penelitian faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual (Soetjiningsih, 1995; R Beaglehole, 2006).

2.9. Kerangka Konsep

Gambar 6 merupakan kerangka konsep penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual .

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar 6. Kerangka konsep penelitian faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual.

2.10. Hipotesis

1. H_0 = Tidak terdapat pengaruh umur korban terhadap infeksi Gonorea pada korban kekerasan seksual anak yang melakukan pemeriksaan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh umur korban terhadap infeksi Gonorea pada korban kekerasan seksual anak yang melakukan pemeriksaan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

2. H_0 = Tidak terdapat pengaruh jenis kelamin korban terhadap infeksi Gonorea pada korban kekerasan seksual anak yang melakukan pemeriksaan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh jenis kelamin korban terhadap infeksi Gonorea pada korban kekerasan seksual anak yang melakukan pemeriksaan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

3. H_0 = Tidak terdapat pengaruh pendidikan korban terhadap infeksi Gonorea pada korban kekerasan seksual anak yang melakukan pemeriksaan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh pendidikan korban terhadap infeksi Gonorea pada korban kekerasan seksual anak yang melakukan pemeriksaan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

4. H_0 = Tidak terdapat pengaruh status gizi korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh status gizi korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

5. H_0 = Tidak terdapat pengaruh disabilitas korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh disabilitas korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

6. H_0 = Tidak terdapat pengaruh riwayat pubertas korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh riwayat pubertas korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

7. H_0 = Tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

8. H_0 = Tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan kondom sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual sebelumnya dengan kondom pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

9. H_0 = Tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

10. H_0 = Tidak terdapat pengaruh waktu kejadian tindak kekerasan seksual pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh waktu kejadian tindak kekerasan seksual pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

11. H_0 = Tidak terdapat pengaruh jenis kelamin pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh jenis kelamin pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

12. H_0 = Tidak terdapat pengaruh umur pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh umur pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.

13. H_0 = Tidak terdapat pengaruh pekerjaan pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan.

H_a = Terdapat pengaruh yang bermakna pekerjaan pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain *cross-sectional*.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di poli PKtP/A RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan, pada Mei 2025 sampai Juni 2025.

3.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Dalam penelitian ini menggunakan dua variabel, yaitu variabel bebas (*independent variable*), dan variabel terikat (*dependent variable*). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah

- a. Umur korban
- b. Jenis Kelamin Korban
- c. Status Gizi Korban
- d. Pendidikan Korban
- e. Disabilitas korban
- f. Riwayat pubertas korban
- g. Waktu kejadian tindak kekerasan seksual
- h. Riwayat kekerasan seksual sebelumnya pada korban
- i. Riwayat kekerasan seksual dengan menggunakan kondom
- j. Riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda
- k. Jenis Kelamin Pelaku
- l. Umur Pelaku

m. Pekerjaan pelaku

Variabel terikat atau dependen dalam penelitian ini adalah “Kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.”. Definisi operasional untuk seluruh variabel tampak pada Tabel 4.

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel Penelitian Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Infeksi Gonorea pada Anak Korban Kekerasan Seksual : Studi pada Poli Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) RSUD dr.H.Bob Bazar, Periode September 2019 – Januari 2025

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen						
1	Umur korban	Umur korban pada saat dilakukan pelayanan dan tanggal/bulan/tahun lahir. 1. Anak Balita dan Prasekolah. Anak balita adalah anak umur 12 bulan sampai dengan 59 bulan (<5tahun). Anak Prasekolah adalah anak umur 60 bulan sampai 72 bulan (5 - < 6 tahun) 2. Anak Usia Sekolah adalah anak umur 6 tahun sampai <18 tahun.	Identitas	Data Rekam medik	0 = 1 tahun sampai <6 tahun 1 = 6 tahun sampai < 18 tahun	Nominal
2	Jenis Kelamin korban	Jenis kelamin korban	Identitas	Data Rekam Medik	0 = Laki-laki 1 = Perempuan	Nominal
3.	Status Gizi	Kategori status gizi korban dilihat dari nilai standar deviasi (SD) berdasarkan berat badan/umur dengan menggunakan kurva pertumbuhan CDC-2000 sebagai referensinya. Gizi kurang (Underweight) bila berat badan < -2 SD dari rata-rata Gizi tidak kurang bila berat badan \geq - 2 SD dari rata-rata	Riwayat Gizi	Data Medik	Rekam 0 = Gizi tidak kurang 1 = Gizi kurang	Nominal

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel Penelitian (lanjutan)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4	Pendidikan	Jenjang Pendidikan terakhir yang pernah dijalani sebelumnya. Belum Sekolah : korban belum pernah mengenyam Pendidikan Sekolah : korban yang pernah mendapat pendidikan di sekolah	Riwayat Pendidikan	Data Rekam Medik	0 = Belum Sekolah 1 = Sekolah	Nominal
5	Disabilitas	Kondisi korban merupakan penyandang disabilitas	Riwayat Penyakit Dahulu	Data Rekam	0 = Tidak ada disabilitas 1 = Ada disabilitas	Nominal
6	Riwayat pubertas	Menstruasi pertama kali (<i>menarche</i>) pada korban, untuk laki-laki usia pubertas	Riwayat anamnesa	Data Rekam Medis	0= sudah 1= belum	Nominal
7	Waktu kejadian tindak kekerasan seksual	Waktu kejadian kekerasan seksual yang terjadi \leq 1minggu dikatakan kejadian baru, sedangkan > 1 minggu dikatakan tidak baru.	Riwayat anamnesa dan hasil pemeriksaan Fisik	Data Rekam medik	0=Kejadian Lama 1=Kejadian Baru	Nominal

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel Penelitian (lanjutan)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
8	Riwayat kekerasan seksual sebelumnya	Riwayat korban pernah mengalami tindak kekerasan sebelumnya baik seksual, fisik, verbal maupun psikis. Kekerasan Seksual : Kekerasan dimana korban mengalami tindak kekerasan seksual. Kekerasan fisik : kekerasan dimana korban mengalami tindak kekerasan yang mengakibatkan gangguan pada fisik (luka, memar, fraktur, dll)	Riwayat Sebelumnya Dahulu	Data rekam medik	0 = Tidak pernah ada riwayat kekerasan sebelumnya 1 = Ada riwayat kekerasan sebelumnya	Nominal
9	Riwayat kekerasan seksual dengan kondom	Pada saat dilakukan tindak kekerasan seksual pada korban, pelaku menggunakan kondom	Riwayat anamnesa	Data Rekam medik	0= pelaku menggunakan kondom 1= pelaku tidak menggunakan kondom	Nominal
10	Riwayat kekerasan seksual pada korban dengan pelaku yang berbeda	Korban pernah mengalami kekerasan seksual sebelumnya namun dengan pelaku yang berbeda	Riwayat anamnesa	Data Rekam medik	0 = tidak pernah mengalami kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda 1=pernah mengalami kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda	Nominal

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel Penelitian (lanjutan)

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
11	Jenis Kelamin Pelaku	Diisi dengan jenis kelamin Pelaku (laki-laki atau perempuan)	Riwayat anamnesa	Data rekam medik	0 = Perempuan 1 = Laki-laki	Nominal
12	Umur Pelaku	Umur pelaku pada saat melakukan tindak kekerasan	Riwayat anamnesa	Data rekam medik	0 = < 18 tahun 1 = \geq 18 tahun	
13	Pekerjaan Pelaku	Status pekerjaan pelaku pada saat kejadian. Pelaku tidak bekerja apabila tidak memiliki pekerjaan dengan penghasilan tetap. Pelaku bekerja apabila memiliki pekerjaan seperti aparatur sipil Negara (ASN), anggota kepolisian, Tentara Nasional Indonesia, swasta formal, dan lain-lain.	Riwayat anamnesa	Data rekam medik	0 = pelaku bekerja 1 = pelaku tidak bekerja	Nominal
14	Variabel Dependen Infeksi Gonorea	Adalah ditemukannya gram negatif bakteri diplokokus intraseluler pada hasil pemeriksaan penunjang pada apusan vagina, buccal, anal	Riwayat Pemeriksaan Fisik Pemeriksaan bakteriologis apusan	Hasil Laboratorium	0 = tidak terinfeksi 1 = terinfeksi	Nominal

3.4. Populasi dan Sampel

3.4.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak diduga korban kekerasan seksual yang melakukan pemeriksaan *Visum et Repertum* di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM. Diambil melalui data rekam medik sejak tahun 2019 hingga Januari 2025.

3.4.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sugiyono, 2016;118). Untuk menentukan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus :

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n = ukuran sampel

p = perkiraan proporsi (prevalensi) penyakit (atau paparan) pada populasi

q = 1- p

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = statistik Z pada distribusi normal standar, pada tingkat kemaknaan α (1.96 untuk uji dua arah pada α 0.05)

d = presisi absolut yang diinginkan pada kedua sisi proporsi populasi (10%)

Berdasarkan rumus tersebut maka besarnya jumlah sampel penelitian adalah :

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,2717 \cdot 0,7283}{0,1^2} = 76,01$$

Dengan demikian jumlah sampel yang dibutuhkan adalah sebesar 76, namun dengan mempertimbangkan data populasi yang terbatas, kemudian banyaknya variabel yang diteliti maka peneliti menggunakan teknik *Total sampling*.

Sampel yang diambil memiliki kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut

Kriteria Inklusi:

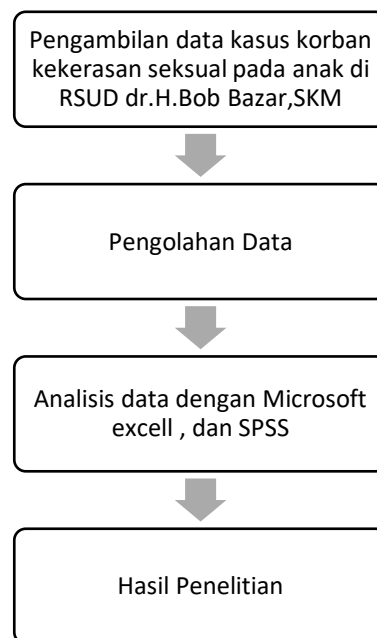
1. Korban yang melakukan pemeriksaan dan dilakukan pencatatan di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM Kabupaten Lampung Selatan.
2. Umur anak yang diduga mengalami kekerasan seksual adalah <18 tahun.

Kriteria Ekslusi:

1. Tidak lengkapnya data subjek penelitian.

3.5. Cara Kerja dan Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini memiliki alur prosedur penelitian sebagai berikut pada gambar 7.



Gambar 7. Alur Prosedur Penelitian

3.6. Pengolahan Data

Data yang diperoleh dianalisis secara statistik dilakukan berdasarkan jenis variabel/data kategorik maupun numerik.

Tahapan analisis data secara manual adalah sebagai berikut:

- a. *Editing* / Penyuntingan data : kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau alat ukur penelitian yang kita gunakan dan atau memenuhi syarat untuk menguji hipotesis.
- b. *Coding*/kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka/bilangan..
- c. *Data Entry*: Pada tahap ini semua data yang telah di edit/sunting dan *dicoding* atau semua data yang sudah lengkap dimasukan kedalam aplikasi komputer..
- d. *Processing*: Langkah berikutnya adalah memproses data tersebut agar data yang sudah di entry dianalisis, agar dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian, dan membuktikan apakah hipotesis yang sudah dirumuskan terbukti benar atau ditolak dari hasil analisis tersebut.
- e. *Cleaning*: kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry apakah sudah betul atau ada kesalahan pada saat memasukan data/entry data.

3.6.1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase pada tiap variabel independen sosiokultural demografi korban dan pelaku, variabel dependen dengan kejadian infeksi gonorea

3.6.2. Analisis Bivariat

Untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, peneliti menggunakan uji statistik Chi Square dengan ketentuan :

- 1) Bila pada tabel 2x2 dijumpai nilai Expected (harapan) kurang dari 5, maka menggunakan "*Fisher's Exact Test*".
- 2) Bila tabel 2x2, tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai adalah "*Continuity Correction (a)*".

Pada data ini berasal dari penelitian *Cross Sectional*. Untuk mengetahui besar/kekuatan hubungan pada uji ini digunakan nilai *Odds Ratio (OR)*.

3.6.3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat ini dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling dominan dalam hubungannya dengan kejadian kekerasan seksual pada anak dan dengan kejadian infeksi gonorea. Variabel yang setelah di analisis bivariate hasil uji $P < 0,25$ dimasukkan ke dalam analisis multivariat dengan uji *logistic regression* dimana setelah itu dikeluarkan secara bertahap sampai diperoleh variabel yang nilainya $p\text{ value} < 0,05$. Jika nilai $p\text{ value} > 0,05$ maka dikeluarkan dari model. Setelah itu membandingkan nilai OR sebelum dan sesudah variabel dikeluarkan. Apabila OR ada yang $> 10\%$ maka variabel yang dikeluarkan tadi dimasukkan kembali karena dinyatakan sebagai kofonding dan harus tetap berada dalam model. Proses seperti ini dilakukan terus menerus untuk variabel yang $p\text{ value}$ nya $> 0,05$, berhenti jika sudah tidak ada lagi variabel yang $p\text{ value}$ nya $> 0,05$. (Hastono, 2020)

3.7. Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan *Ethical Approval* dari Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan RSUD dr.H.Bob Bazar, SKM dan mendapatkan surat ijin penelitian dengan Nomor : 800.1.11.1.a/ 1430 /VI.02/2025 pada tanggal 23 Mei 2025.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1. Gambaran Umum Subjek Penelitian

Penelitian ini memiliki jumlah sampel penelitian sebanyak 98 orang yang didapat dari data rekam medik anak korban kekerasan seksual yang diperiksa dan dicatat di Poli KtP/A RSUD dr.H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan periode September 2019 sampai Januari 2025. Dari data tersebut berikut adalah karakteristik variabel subjek penelitian yang didapat seperti pada Tabel 5.

Tabel 5. Karakteristik Variabel Subjek Penelitian Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Infeksi Gonorea pada Anak Korban Kekerasan Seksual: Studi pada Poli Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak (KtP/A) RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM, Periode September 2019 – Januari 2025.

No.	Variabel	Kategori	Frekuensi (%)
1	Umur korban	1 - < 6 Tahun	5 (5,1%)
		6 - < 18 Tahun	93 (94,9%)
2	Jenis kelamin korban	Laki-laki	4 (4,1%)
		Perempuan	94 (95,9%)
3	Status gizi korban	Gizi tidak kurang	96 (98%)
		Gizi kurang	2 (2%)
4	Pendidikan korban	Belum sekolah	6 (6,1)
		Sekolah	92 (93,9%)
5	Disabilitas pada korban	Ada	0 (0%)
		Tidak ada	100 (100%)
6	Riwayat pubertas korban	Sudah	94 (95,9%)
		Belum	4 (4,1%)
7	Waktu kejadian tindak kekerasan seksual	Lama	21 (21,4%)
		Baru	77 (78,6%)
8	Riwayat kekerasan seksual sebelumnya pada korban	Tidak pernah	74 (75,5%)
		Pernah	24 (24,5%)
9	Riwayat kekerasan seksual dengan kondom	Menggunakan	3 (3,1%)
		Tidak menggunakan	95 (96,9%)
10	Riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda	Tidak pernah	71 (72,4%)
		Pernah	27 (27,6%)
11	Jenis kelamin pelaku	Perempuan	0 (0%)
		Laki-laki	98 (100%)

12	Umur pelaku	<18 Tahun	17 (17,3%)
		≥18 Tahun	81 (82,7%)
13	Pekerjaan pelaku	Bekerja	62 (63,3%)
		Tidak bekerja	36 (36,7%)
14	Kejadian Infeksi Gonorea	Tidak terinfeksi	36 (36,7%)
		Terinfeksi	62 (63,3%)

Berdasarkan data sebanyak 98 responden, diperoleh hasil sebagai berikut subjek dengan usia 16 tahun merupakan kelompok terbanyak, yaitu sebanyak 26 orang (26,5%). Diikuti oleh usia 14 tahun (14,3%), 17 tahun (13,3%), dan 13 tahun (13,3%). Kelompok usia di bawah 10 tahun memiliki persentase yang relatif kecil, masing-masing berkisar antara 1% hingga 4%.

Distribusi kumulatif menunjukkan bahwa sekitar 60% subjek berusia 15 tahun ke bawah, dan 40% lainnya berada di usia 16–17 tahun. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar kasus terjadi pada remaja akhir. Kelompok usia remaja akhir (15–17 tahun) tampak mendominasi populasi dalam penelitian ini dengan status pendidikan sekolah. Hal ini menunjukkan bahwa remaja pada fase ini merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap kekerasan seksual dan penularan penyakit menular seksual (PMS), termasuk gonore.

Dalam literatur, masa remaja didefinisikan oleh WHO sebagai rentang usia 10–19 tahun, dengan peningkatan risiko perilaku seksual berisiko terutama pada usia >14 tahun (*World Health Organization*, 2018). Pada fase ini, remaja mulai mengalami perubahan biologis, psikososial, dan perilaku yang menjadikan mereka lebih rentan terhadap pengaruh negatif dari lingkungan sosial. Menurut BKKBN (2021) faktor-faktor seperti kurangnya pendidikan seksual, tidak adanya perlindungan sosial, serta keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi turut meningkatkan risiko perilaku seksual tidak aman pada remaja. Dengan demikian, dominasi kelompok usia remaja dalam kasus infeksi gonorea ini mengindikasikan perlunya pendekatan pendidikan seks yang komprehensif, melibatkan keluarga dan sekolah, serta sistem perlindungan anak dan remaja yang lebih efektif.

Karakteristik pelaku sebagian besar pelaku adalah orang dewasa muda (umur 17– 40 tahun). Sebagian besar pelaku adalah bekerja 62 (63,26%) dan tidak bekerja (36,73%), hal ini dapat menunjukkan kemungkinan adanya tekanan ekonomi atau kurangnya peran sosial. Menariknya dalam hal ini bahwa pelajar (21,42%) juga muncul sebagai pelaku, yang perlu dikaji lebih dalam dari aspek lingkungan dan pendidikan. Kombinasi pekerjaan informal seperti petani, buruh, dan pedagang juga muncul secara signifikan seperti pada Tabel 6.

Tabel 6. Karakteristik Variabel Pekerjaan Pelaku

Pekerjaan Pelaku	Frekuensi (%)
1. Tidak Bekerja:	36 (36,73%)
- Pelajar	21 (21,42%)
- Putus Sekolah	7 (7,1%)
- pengangguran	8 (8,1 %)
2. Bekerja :	62 (63,26%)
- Buruh	13 (13,26 %)
- Petani	10 (10,20%)
- Pedagang	18 (18,36 %)
- Guru	6 (6,12%)
- Sopir	15 15,3%)

4.2. Hasil Penelitian

4.2.1. Analisis Bivariat

Berdasarkan uji statistik Chi Square, berikut merupakan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen seperti yang ditampilkan pada Tabel 7. :

Tabel 7. Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dengan Variabel Dependen

Variabel Independen	Variabel Dependen				Total		P value
	Infeksi Gonorea						
	Terinfeksi		Tidak Terinfeksi		n	%	
	N	%	n	%			
Umur Korban							
• 1 - < 6 Tahun	4	80	1	20	5	100	0,649
• 6 - < 18 Tahun	58	62,4	35	37,6	93	100	
Jenis Kelamin							
• Laki-laki	3	75	1	25	4	100	1,000
• Perempuan	59	62,8	35	37,2	94	100	
Status Gizi							
• Tidak Kurang	60	62,5	36	37,5	96	100	0,530
• Kurang	2	100	0	0	2	100	
Pendidikan							
• Belum sekolah	5	83,3	1	16,7	6	100	0,410
• Sekolah	57	62	35	38,0	92	100	
Disabilitas							
• Tidak ada	62	63,3	36	36,7	98	100	-
Riwayat Pubertas							
• Sudah	55	65,5	7	50	84	100	0,416
• Belum	7	50	29	34,5	14	100	
Waktu Kejadian tindak kekerasan seksual							
• Lama	11	52,4	10	47,6	21	100	0,309
• Baru	51	66,2	26	33,8	77	100	
Riwayat kekerasan seksual sebelumnya							
• Tidak Ada	49	66,2	25	33,8	74	100	0,412
• Ada	13	54,2	11	45,8	24	100	
Riwayat kekerasan seksual dengan kondom							
• Menggunakan	0	0	3	100	3	100	0,089
• Tidak Menggunakan	62	65,3	33	34,7	95	100	
Riwayat kekerasan seksual pada korban dengan pelaku yang berbeda							
• Tidak Pernah	41	57,7	30	42,3	71	100	0,109
• Pernah	21	77,8	6	22,2	27	100	
Jenis kelamin pelaku							
• Laki-Laki	62	63,3	36	36,7	98	100	-
Umur Pelaku							
• < 18 Tahun	11	64,7	6	35,3	17	100	1,000
• > 18 Tahun	51	63	30	37	81	100	
Pekerjaan Pelaku							
• Bekerja	35	56,5	27	43,5	62	100	0,105
• Tidak Bekerja	27	75,0	9	25,0	36	100	

Berdasarkan hasil uji bivariat subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (80%) merupakan subjek yang berusia 1- < 6 tahun. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (37,6%) subjek

yang berumur 6-<18 tahun. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,649$ yang berarti tidak terdapat pengaruh umur terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (75%) adalah subjek dengan jenis kelamin laki-laki. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (37,6%) subjek dengan jenis kelamin perempuan. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 1$ yang berarti tidak terdapat pengaruh jenis kelamin terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (62,5%) adalah subjek dengan status gizi tidak kurang. Begitupun subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (37,5%) dengan status gizi tidak kurang. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,530$ yang berarti tidak terdapat pengaruh status gizi terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (83,3%) adalah subjek yang belum sekolah. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (38%) subjek dengan pendidikan sekolah. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,410$ yang berarti tidak terdapat pengaruh jenis pendidikan terhadap kejadian infeksi gonorea.

Pada variabel independen dengan subjek disabilitas dan jenis kelamin pelaku tidak dapat dilakukan uji bivariat karena hanya memiliki 1 kategori. Homogenitas subjek menjadikan analisis bivariat tidak memiliki p value.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (65,5%) adalah subjek dengan riwayat sudah pubertas. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (50%) subjek dengan riwayat belum pubertas. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,416$ yang berarti tidak terdapat pengaruh riwayat pubertas terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (66,2%) adalah subjek dengan waktu kejadian tindak kekerasan seksual baru. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (47,6%) subjek dengan waktu kejadian tindak kekerasan seksual lama. Hasil uji X^2

dengan nilai $p = 0,309$ yang berarti tidak terdapat pengaruh waktu kejadian tindak kekerasan seksual terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (66,2%) adalah subjek yang tidak ada riwayat kekerasan seksual sebelumnya. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (45,8%) subjek yang memiliki riwayat kekerasan seksual sebelumnya. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,412$ yang berarti tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual sebelumnya terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (65,3%) adalah subjek dengan riwayat kekerasan seksual tidak menggunakan kondom. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (100%) subjek dengan riwayat kekerasan seksual menggunakan kondom. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,089$ yang berarti tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan kondom terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (77,8%) adalah subjek yang pernah mengalami riwayat kekerasan seksual dengan pelaku berbeda. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (42,3%) adalah subjek yang tidak pernah memiliki riwayat kekerasan seksual dengan pelaku berbeda. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 0,109$ yang berarti tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual pada korban dengan pelaku yang berbeda terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (64,7%) adalah subjek dengan umur pelaku < 18 tahun. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (37%) subjek dengan umur pelaku > 18 tahun. Hasil uji X^2 dengan nilai $p = 1$ yang berarti tidak terdapat pengaruh umur pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea.

Subjek yang terinfeksi gonorea lebih banyak (75%) adalah subjek dengan pelaku tidak bekerja. Sedangkan subjek yang tidak terinfeksi lebih banyak (43,5%) subjek dengan pelaku bekerja. Hasil

uji X^2 dengan nilai $p = 0,105$ yang berarti tidak terdapat pengaruh status pekerjaan pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea.

Dari seluruh variabel independen yang diuji bivariat, tidak ada variabel yang berpengaruh signifikan terhadap terjadinya infeksi gonorea. Seluruhnya memiliki nilai $p \text{ value} > 0,05$.

4.2.2. Analisis Multivariat

Berdasarkan hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen, didapatkan beberapa variabel dengan $p \text{ value} < 0,25$ yang kemudian dilakukan uji multivariat seperti pada Tabel 8. :

Tabel 8. Hasil Seleksi Bivariat

Variabel	<i>P value</i>
1. Riwayat kekerasan seksual dengan kondom	0,089
2. Riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang Berbeda	0,109
3. Pekerjaan Pelaku	0,105

Pada tahap multivariabel, semua variabel yang sudah lolos tahap seleksi bivariat dilakukan analisis secara bersama-sama dalam model. Hasil pemodelan sebagai berikut seperti pada Tabel 9. :

Tabel 9. Regresi Logistik Pemodelan Pertama

Variabel		P Value	OR	95% CI	
				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
1. Riwayat seksual dengan kondom	kekerasan seksual dengan kondom	0,999	8002609801	0,000	
2. Riwayat seksual dengan pelaku yang berbeda	kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda	0,015	4,411	1,327	14,664
3. Pekerjaan pelaku		0,033	2,893	1,088	7,693

Langkah selanjutnya dilakukan seleksi variabel yang p value nya $> 0,05$. Dari pemodelan pertama terdapat hanya satu variabel dengan p value $> 0,05$ yaitu riwayat kekerasan seksual dengan kondom. Setelah dilakukan eliminasi maka didapatkan hasil akhir multivariat seperti pada variabel tersebut pada Tabel 10. berikut ini:

Tabel 10. Hasil Terakhir Analisis Multivariat

Variabel	P Value	OR	95% CI	
			<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
1. Riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda	0,046	2,904	1,018	8,287
2. Pekerjaan pelaku	0,044	2,600	1,024	6,598

Berdasarkan analisis multivariat dihasilkan bahwa ada dua variabel yang secara bersama-sama berpengaruh terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual yaitu variabel riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda dan pekerjaan pelaku. Anak yang mengalami kekerasan seksual dari lebih dari satu pelaku memiliki risiko 2,9 kali lebih tinggi untuk mengalami infeksi gonore dibandingkan anak yang hanya mengalami kekerasan dari satu pelaku. Sementara itu, kekerasan seksual yang dilakukan oleh pelaku yang tidak bekerja meningkatkan risiko infeksi gonore sebesar 2,6 kali lipat dibanding pelaku yang memiliki pekerjaan ($p = 0,044$; $OR = 2,600$; 95% CI: 1,024 – 6,598).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa faktor yang paling berpengaruh dengan kejadian infeksi gonore pada anak korban kekerasan seksual adalah subjek yang memiliki riwayat kekerasan seksual dengan lebih dari satu pelaku yang dalam hal ini merupakan faktor pengulangan (*reinforcing factor*).

BAB VI

PENUTUP

6.1.Simpulan

Berdasarkan hasil analisis bivariat dan multivariat terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KPA RSUD dr. H. Bob Bazar, SKM Kabupaten Lampung Selatan, dapat disimpulkan:

1. Tidak terdapat pengaruh umur korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
2. Tidak terdapat pengaruh jenis kelamin pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
3. Tidak terdapat pengaruh pendidikan korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
4. Tidak terdapat pengaruh status gizi korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
5. Tidak terdapat pengaruh disabilitas korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
6. Tidak terdapat pengaruh riwayat pubertas terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.

7. Tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual sebelumnya pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
8. Tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan kondom pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
9. Terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan pelaku berbeda terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
10. Tidak terdapat pengaruh riwayat kekerasan seksual dengan kondom pada korban terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
11. Tidak terdapat pengaruh jenis kelamin pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
12. Tidak terdapat pengaruh umur pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
13. Terdapat pengaruh status pekerjaan pelaku terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual di Poli KtP/A RSUD dr.H.Bob Bazar,SKM.
14. Terdapat faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual yaitu riwayat kekerasan seksual dengan pelaku yang berbeda.

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kekerasan seksual berulang dengan pelaku yang berbeda dan kondisi sosial ekonomi pelaku merupakan dua faktor utama yang berkontribusi terhadap kejadian infeksi gonorea pada anak korban kekerasan seksual.

6.2.Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, berikut beberapa saran yang dapat diajukan:

- a. Bagi Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit
 - ✓ Perlu dilakukan peningkatan skrining IMS termasuk gonorea secara rutin pada anak korban kekerasan seksual, terutama pada kasus dengan riwayat kekerasan seksual oleh pelaku yang berbeda.
 - ✓ Menyediakan layanan konseling dan pendampingan psikososial yang memadai bagi korban untuk menggali riwayat kekerasan secara lebih detail, termasuk terkait jumlah pelaku dan bentuk kekerasan.
 - ✓ Perlu adanya kolaborasi yang lebih baik oleh Tim Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit dalam pengambilan data penyakit menular seksual khususnya dari Poli KtPA.
 - ✓ Menjadikan korban dan pelaku kekerasan seksual sebagai populasi kunci dalam pencegahan penyakit menular seksual.
 - ✓ Tenaga kesehatan dan penegak hukum perlu mendapatkan pelatihan khusus dalam menangani kasus kekerasan seksual anak agar mampu melakukan pengambilan spesimen yang sesuai, menjaga kerahasiaan data, serta memberikan dukungan psikososial kepada korban
- b. Bagi Pemerintah Daerah
 - ✓ Perlu penguatan intervensi sosial dan ekonomi yang menysasar kelompok rentan terutama laki-laki usia produktif yang berada dalam tekanan ekonomi tinggi, guna menekan risiko kekerasan seksual.
 - ✓ Meningkatkan edukasi kepada masyarakat terkait pentingnya pelaporan dini kasus kekerasan seksual untuk mencegah komplikasi kesehatan, termasuk infeksi menular seksual.

- ✓ Perlunya dukungan dari pemerintah dalam hal penjaminan kesehatan untuk korban kekerasan seksual mengingat korban kekerasan tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan Nasional.
- c. Bagi Orang Tua dan Keluarga
 - ✓ Diharapkan untuk meningkatkan pengawasan terhadap anak, termasuk memahami tanda-tanda kekerasan seksual dan berani melaporkan ke layanan kesehatan atau hukum apabila ditemukan indikasi kekerasan.
 - ✓ Perlunya komunikasi terbuka antara orang tua dan anak terkait kesehatan reproduksi dan perlindungan diri.
- d. Bagi Peneliti Selanjutnya
 - ✓ Berkaitan dengan keterbatasan penelitian, peneliti menyarankan untuk penelitian lanjutan dengan metode kualitatif atau *mix metode*.
 - ✓ Perlu eksplorasi lebih dalam terhadap variabel sosial budaya, seperti pola asuh, norma komunitas, dan akses informasi seksual yang sehat sebagai bagian dari analisis multivariat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aaron, K., et.al. (2023). *Vaginal Swab vs Urine for Detection of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis: A Meta-Analysis. Annals of Family Medicine*, 21, 172–179.
- Abdullahi, A., Nzou, S. M., Kikuvu, G., Mwau, M. (2022). *Neisseria gonorrhoeae infection in female sex workers in an STI clinic in Nairobi, Kenya. PLoS ONE*, 17(2 February), 1–10
- Adams, J. A. (2011). *Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 update. Journal of Child Sexual Abuse*, 20(5), 588–605.
- Bambang, A. W., Idrus, I., Amin, S., Iswanti, M. (2021). *Gonorrhea vaginitis in a pediatric patient: A case Report. Pan African Medical Journal*, 38.
- Barberá, M. J., Serra-Pladevall, J. (2019). *Gonococcal infection: An unresolved problem. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 37(7), 458–466.
- Bjekić, M., Vlajinac, H., Sipetić, S., Marinković, J. (1997). *Risk factors for gonorrhoea: case-control study. Genitourinary Medicine*, 73(6), 518 LP – 521.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, September 21). *Gonococcal Infections Among Neonates. CDC 24/7*.
- De Jong, A. R. (1986). *Sexually transmitted diseases in sexually abused children. Sexually Transmitted Diseases*, 13(3), 123–126.
- De Peder, L. D. et.al. (2020). *Prevalence of sexually transmitted infections and risk factors among young people in a public health center in Brazil: a cross-sectional study. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*.
- Dioussé, P., et.al. (2020). *Sexually transmitted infections among girls aged 1 to 15 years, presumed victims of sexual abuse in Thies / Senegal: about 98 cases. Our Dermatology Online*.
- Drezett, J., et.al. (2020). *Sexually Transmitted Infections Among Adolescent and Adult Women Victims of Sexual Violence in the Metropolitan Region of São Paulo, Brazil. Human Reproduction Archives*, 36(1), e000320.
- Driscoll, S. J., et.al. (2022). *Sexually transmitted infections in suspected child sexual abuse. Archives of Disease in Childhood*, 108, 53–55.

- Edwards, J. L., Butler, E. K. (2011). *The pathobiology of Neisseria gonorrhoeae lower female genital tract infection. Frontiers in Microbiology*, 2(MAY).
- Ellen M. Chiocca, P. D. A. C. P. C. (2019). *Advanced Pediatric Assessment Set*. Springer Publishing Company.
- Evans, G. W., Kim, P. (2013). *Childhood Poverty, Chronic Stress, Self-Regulation, and Coping. Child Development Perspectives*, 7(1), 43–48.
- Goodyear-Smith, F., Schabetsberger, R. (2021). *Gonococcus infection probably acquired from bathing in a natural thermal pool: a case report. Journal of Medical Case Reports*, 15(1).
- Groothuis, J. R., et.al. (1983). *Pharyngeal gonorrhea in young children. Pediatric Infectious Disease*, 2(2), 99–101.
- Hammerschlag, M. R. (n.d.). *Sexually Transmitted Diseases and Child Sexual Abuse Portable Guides to Investigating Child Abuse. In U.S. Departement of Justice Washington, DC 20531*.
- Hazra, A., et.al. (2022). *CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. In Jama (Vol. 327, Issue 9)*.
- Hemanth, P., et.al. (2024). *Factors related to delayed disclosure among victims of child sexual abuse in Singapore. Child Abuse and Neglect*, 149(January), 106647.
- Honor, G., et.al. (2022). *Healthcare Use and Case Characteristics of Commercial Sexual Exploitation of Children. Journal of Forensic Nursing*, 19, 160–169.
- Ingram, D. L., et.al. (1997). *Vaginal Gonococcal Cultures in Sexual Abuse Evaluations: Evaluation of Selective Criteria for Preteenaged Girls. Pediatrics*, 99(6), e8–e8.
- Jang, Y., Oh, E. (2021). *The current status of sexually transmitted infections in South Korean children in the last 10 years. Osong Public Health and Research Perspectives*, 12, 230–235.
- Jenny, C., Crawford-Jakubiak, J. E. (2013). *The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. Pediatrics*, 132(2).
- Jewkes, R., et.al. (2009). *Understanding men's health and use of violence : interface of rape and HIV in South Africa. Aids*, June, 11–12.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Pedoman Pelayanan & Rujukan Kekerasan Terhadap Perempuan & Anak (KTP/A) bagi Petugas Kesehatan: Vol. I (I)*. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. In Kesmas: National Public Health Journal*.

- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. (2023, November 12). *Jenis Layanan yang Diberikan*. Sistem Informasi Manajemen Fungsi Pemberdayaan Perempuan Dan Anak.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Eksekutif Perkembangan HIV AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2023*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, Pub. L. No. 2015, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 1 (2023).
- Krug, E. G., Mercy, J. A., et.al. (2002). *The world report on violence and health. The Lancet*, 360(9339), 1083–1088.
- Loosier, P. S., et.al. (2020). *Food Insecurity and Risk Indicators for Sexually Transmitted Infection Among Sexually Active Persons Aged 15-44, National Survey of Family Growth, 2011-2017. Public Health Reports* (Washington, D.C. : 1974), 135(2), 270–281.
- Majeed-Ariss, R., et.al. (2021). *Utilisation and outcomes of sexually transmitted infection services following child sexual abuse: Insights from Saint Mary's Sexual Assault Referral Centre. Children and Youth Services Review*, 130.
- Nainggolan, R. (2024). *Identifikasi Bakteri Diplococcus Gram Negatif dengan Pewarnaan Gram pada Sampel Swab Anal kasus Sodomi Anak di RSUD DR.Pirngadi Kota Medan Periode Mei 2022 - Oktober 2023*. Majalah Ilmiah METHODA.
- Nardina, Evita Aurilia.,Rini Maria Tarisia. (2021). *Tumbuh Kembang Anak (Karim Abdul (ed.); 1st ed.)*. Yayasan Kita Menulis.
- Negash, W., Nyagero, J. (2016). *Reproductive health service utilization and associated factors: the case of north Shewa zone youth, Amhara region, Ethiopia. The Pan African Medical Journal*, 25(Supp 2), 3.
- Nilasari, H.,Waworuntu, W. (2023). *The prevalence of sexually transmitted infections and their association with knowledge, attitudes, and practice in male street children in Indonesia. International Journal of STD & AIDS*, 35(2), 112–121.
- Noll, J. G. Putnam, F. W. (2017). *Childhood Sexual Abuse and Early Timing of Puberty. Journal of Adolescent Health*, 60(1), 65–71.
- Nsuami, J. M., et.al. (2010). *Knowledge of sexually transmitted infections among high school students. American Journal of Health Education*, 41(4), 206–217.
- Oksal, H., et.al. (2024). *Factors facilitating and delaying disclosure and reporting of child sexual abuse: insights from forensic interviews. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 35(6), 900–918.

- Oluwatoyin Akin-Odanye, E. (2018). *Prevalence and management of child sexual abuse cases presented at Nigerian hospitals: A systematic review. Journal of Health and Social Sciences*, 3(2), 109–124.
- Palusci, V., Ilardi, M. (2019). *Risk Factors and Services to Reduce Child Sexual Abuse Recurrence. Child Maltreatment*, 25, 107755951984848.
- Pane, I. A. D., Sekartini, R. (2023). *Kekerasan terhadap Remaja serta Faktor-Faktor yang Memengaruhi pada Masa Pandemi COVID-19. Sari Pediatri*, 25(1), 46.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2022 Tentang Penanggulangan *Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*, Dan Infeksi Menular Seksual, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 1 (2022).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak, Pub. L. No. 25, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 1 (2014).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 68 Tahun 2013 Tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan Untuk Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan Terhadap Anak, Pub. L. No. 68, 1 (2013).
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia. (2017). *Panduan Praktis Klinis Bagi Dokter Spesialis Kulit Dan Kelamin di Indonesia*. PERDOSKI.
- Phillips, A., Acheson, N. (2014). *Basic epidemiology. Gynaecological Oncology for the MRCOG and Beyond, Second Edition*, 1–14.
- Qin, X., Melvin, A. J. (2020). *Laboratory Diagnosis of Sexually Transmitted Infections in Cases of Suspected Child Sexual Abuse*.
- Quillin, S. J., Seifert, H. S. (2018). *Neisseria gonorrhoeae host adaptation and pathogenesis. In Nature Reviews Microbiology (Vol. 16, Issue 4, pp. 226–240). Nature Publishing Group*.
- R Beaglehole. (2006). *Basic Epidemiology* (WHO (ed.); 2nd ed., Vol. 2). *World Health Organization*.
https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=AAZGobMNTXgC&oi=fnd&pg=PR9&dq=causal+concepts+r.beaglehole+pdf&ots=szzer8EXu1&sig=OjUmG_oPIOIMe7kd3ugKYiNhQo&redir_esc=y#v=snippet&q=causal+concept&f=false diakses tanggal 24 November 2023
- Siegel, R. M., et.al. (1995). *The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. Pediatrics*, 96(6), 1090–1094.
- Skjælaaen, K., Vallersnes, O. (2022). *Sexually transmitted infections among patients attending a sexual assault centre: a cohort study from Oslo, Norway. BMJ Open*, 12.

- Smith, T. S., Coleman, E. (2021). *Growth and development during adolescence*. In *Primary Care Pediatrics for the Nurse Practitioner: A Practical Approach* (pp. 125–133). Springer Publishing Company.
- Soetjiningsih. (1995). *Perlakuan salah pada pada anak (child abuse)*. (Ranuh (ed.)). EGC.
- Swanston, H. Y., et.al. (1997). *Sexually abused children 5 years after presentation: A case-control study*. *Pediatrics*, 100(4), 600–608.
- Tao, G., et.al. (2023). *Sexually Transmitted Infection/Human Immunodeficiency Virus, Pregnancy, and Mental Health-Related Services Provided During Visits With Sexual Assault and Abuse Diagnosis for US Medicaid Beneficiaries, 2019*. *Sexually Transmitted Diseases*, 50, 425–431.
- Tıplamaz, S. İnancı, M. A. (2024). *Sexually transmitted infections in sexually abused children: an audit project to implement PCR tests in a child advocacy center in Türkiye*. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 66(5), 618–624.
- Undang-Undang Republik Indonesia No.12 Tahun 2022 Tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual, Presiden Republik Indonesia 1 (2022).
- Undang-Undang Republik Indonesia No.35 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang No.23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak (2014).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, Pub. L. No. 23, 1 (2002).
- UNICEF. (2022). *Violence against children*. *United Nations International Children's Emergency Fund*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/> diakses tanggal 17 Mei 2024
- UNICEF. (2024). *Sexual violence*. *United Nations International Children's Emergency Fund*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/#resources> diakses tanggal 17 juli 2023
- UNICEF. (2020). *Violence Against Children*. <https://www.unicef.org/protection/violence-against-children> diakses tanggal 17 Juni 2023
- Wahyuni, C. (2018). *Panduan Lengkap Tumbuh Kembang Anak Usia 0-5 Tahun*. Strada Press.
- Wang, H., Chen, X. (2020). *[Analysis on Neisseria gonorrhoeae infection status and related factors in outpatients of sexually transmitted diseases in Shenzhen]*. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 41 5, 743–746.
- Widiastuti, D., Sekartini, R. (2016). *Deteksi Dini, Faktor Risiko, dan Dampak Perlakuan Salah pada Anak*. *Sari Pediatri*, 7, 105.
- World Health Organization. (2021, March 9). *Violence Against Women*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> diakses tanggal 14 Juni 2023

World Health Organization. (2022). Multi-Drug Resistant Gonorrhoea. Multi-Drug Resistant Gonorrhoea. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea> diakses tanggal 17 September 2024

World Health Organization. (2023, July 10). Sexually transmitted infections (STIs). World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-\(neisseria-gonorrhoeae-infection\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection)) diakses tanggal 20 November 2024.

Zharima, C., Basham, C. A. (2024). Economic hardship and perpetration of intimate partner violence by young men in South Africa during the COVID-19 pandemic (2021–2022): a cross-sectional study. Injury Epidemiology, 11(1), 2.