

Peran Pemeriksaan Forensik dalam Mengungkap Temuan Fisik pada Kasus Sodomi Anak: Sebuah Laporan Kasus

Maytie Retnowulan^{1*}, Raden Panji Uva Utomo², Julia Ike Haryanto³

¹Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kedokteran Forensik dan Studi Medikolegal, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro / RSUP Dr. Kariadi, Semarang, Indonesia.

²Dokter Spesialis Forensik, RSUP Dr. Kariadi, Semarang, Indonesia.

³Dosen Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang, Indonesia

*Korespondensi Penulis:	Riwayat Artikel:	
retnowulan.maytie@gmail.com	Dikirim:	diisi sesuai tanggal pertama submit
	Diterima:	
	Terbit:	

LAPORAN KASUS

Abstrak

Latar Belakang: Kekerasan seksual terhadap anak merupakan salah satu bentuk tindak pidana yang berdampak luas pada aspek fisik, psikologis, dan sosial korban. Berdasarkan Pasal 4 ayat (2) huruf c Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual, perbuatan cabul terhadap anak, termasuk sodomi, dikategorikan sebagai tindak pidana kekerasan seksual. Pemeriksaan forensik memiliki peranan krusial dalam mengumpulkan bukti objektif, mendukung proses hukum, serta memastikan penanganan yang tepat dan sensitif terhadap korban anak dengan pendekatan berbasis trauma. **Deskripsi Kasus:** Seorang anak laki-laki berusia 13 tahun 6 bulan datang ke Rumah Sakit Dr. Kariadi dengan keluhan mengalami kekerasan seksual berupa sodomi yang dilakukan oleh teman satu asrama pada waktu yang berbeda. Pemeriksaan fisik forensik dengan pendekatan trauma menemukan dua buah jaringan parut (sikatrik) pada region anus yang menunjukkan tanda-tanda penyembuhan, tanpa ditemukan luka akut lainnya. Hasil anamnesis mendukung adanya riwayat tindakan sodomi berulang. **Simpulan:** Kasus ini menggambarkan kekerasan seksual pada anak dalam bentuk sodomi berulang oleh teman sebaya di lingkungan asrama. Temuan forensik berupa dua sikatrik anogenital yang telah sembuh menjadi bukti objektif penting yang dapat dipergunakan dalam proses hukum, serta membantu memperkirakan rentang waktu kejadian. Pemeriksaan forensik yang komprehensif dan berperspektif trauma sangat esensial dalam kasus kekerasan seksual pada anak.

Kata kunci: kekerasan seksual; sodomi; anak; cedera anogenital; pemeriksaan forensik

Abstract

Background: Sexual violence against children constitutes a criminal offense with far-reaching physical, psychological, and social impacts on the victim. Pursuant to Article 4 paragraph (2) letter c of Law Number 12 of 2022 concerning Criminal Acts of Sexual Violence, indecent acts against children, including sodomy, are categorized as criminal acts of sexual violence. Forensic examination plays a crucial role in collecting objective evidence, supporting legal proceedings, and ensuring appropriate and sensitive care for child victims through a trauma-informed approach. **Case Description:** A 13-year-and-6-month-old male patient presented to Dr. Kariadi Hospital with a chief complaint of sexual violence in the form of sodomy, which was perpetrated by a peer from the same dormitory on several separate occasions. A trauma-informed forensic physical examination revealed two scar tissues (cicatrices) in the anal region exhibiting signs of healing, with no other acute injuries identified. The anamnesis findings supported a history of repeated sodomy. **Conclusion:** This case illustrates sexual violence against a child involving repeated sodomy by a peer within a dormitory setting. The forensic finding of two healed anogenital scars serves as significant objective evidence that can be utilized in legal proceedings and aids in estimating the time frame of the incidents. A comprehensive, trauma-informed forensic examination is essential in cases of sexual violence against children.

Keywords: sexual violence; sodomy; children; anogenital injuries; forensic examination.

LATAR BELAKANG

Kekerasan seksual didefinisikan sebagai segala jenis kontak seksual atau upaya melakukan tindakan seksual yang dilakukan tanpa persetujuan (nonkonsensual) atau dilakukan dengan paksaan di luar kemauan korban[1][2]. Paksaan dapat diartikan secara luas, mulai dari penggunaan kekerasan fisik hingga penggunaan tipu daya untuk memaksa tindakan seksual yang melanggar integritas seksual korban [1]. Kekerasan seksual mencakup ajakan paksa untuk melakukan aktivitas seksual, bujukan, atau paksaan terhadap anak dalam aktivitas seksual [3]. Berdasarkan Pasal 1 Ayat 15a Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak, "Kekerasan adalah setiap perbuatan terhadap Anak yang mengakibatkan timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum." [2]

Kekerasan seksual yang dikategorikan sebagai kontak fisik dapat berupa pencabulan atau meraba tubuh anak, meminta anak memegang atau menyentuh bagian tubuh pelaku. Sementara itu, kekerasan seksual tanpa kontak fisik meliputi memperlihatkan alat kelamin kepada anak, menunjukkan gambar atau video bermuatan seksual, memotret atau merekam anak dalam keadaan tidak berpakaian, hingga menjual foto atau video yang mengandung unsur pornografi [4].

Kekerasan seksual pada anak (child sexual abuse/CSA) adalah suatu bentuk kekerasan seksual di mana anak menjadi objek kekerasan atau dapat diartikan sebagai korban kekerasan seksual[5]. CSA didefinisikan sebagai "keterlibatan anak dalam aktivitas seksual yang tidak sepenuhnya dipahami oleh anak, tidak dapat memberikan persetujuan, atau anak belum siap secara perkembangan dan tidak mampu memberikan persetujuan, atau yang melanggar hukum atau tabu sosial di masyarakat" [5],[6],[7].

Kekerasan seksual dapat memengaruhi tumbuh kembang anak. Dampaknya tidak hanya terbatas pada masalah fisik seperti kehamilan tidak diinginkan, infeksi menular seksual, gangguan organ reproduksi, tetapi juga dapat memengaruhi psikologis anak seperti konsep diri, gangguan emosional, hubungan interpersonal dengan lingkungan sosial, perubahan perilaku, dan trauma mendalam pada anak [8].

Dalam Pasal 4 Ayat 2 huruf c Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual (UU TPKS) dinyatakan bahwa persetubuhan terhadap anak, perbuatan cabul terhadap anak, dan/atau eksploitasi seksual terhadap anak termasuk dalam kategori Tindak Pidana Kekerasan Seksual [9][10]. Salah satu bentuk perbuatan cabul adalah sodomi. Definisi pertama sodomi menurut KBBI adalah perbuatan cabul terhadap sesama jenis atau terhadap binatang, definisi kedua adalah hubungan seksual melalui anus antarmanusia [10]. Pada tahun 2024, kasus kekerasan

terhadap anak di Jawa Tengah masih didominasi oleh kasus kekerasan seksual sebanyak 746 kasus, termasuk sodomi terhadap anak [11],[12]. Peran dokter pemeriksa sangat diperlukan untuk memeriksa korban dan membantu hakim mencapai putusan.

URAIAN KASUS

Seorang anak laki-laki dibawa oleh ibunya ke RSUP Dr. Kariadi pada tanggal 18 Oktober 2024 pukul 13.00 WIB. Anak tersebut diduga menjadi korban kekerasan seksual. Pada Agustus 2024, korban tinggal di sebuah pesantren di daerah Semarang. Korban sedang tidur, kemudian teman korban (pelaku) tiba-tiba tidur di samping korban [13]. Saat tidur, korban mengenakan sarung, lalu pelaku membuka sarung korban dan menjilat alat kelamin korban. Keesokan harinya, salah satu teman pelaku memberi tahu korban tentang kejadian tersebut, namun korban tidak merasakannya karena tertidur pulas. Pada kejadian kedua, pelaku sempat memasukkan alat kelaminnya ke anus korban, tetapi korban melawan dan berhasil melarikan diri. Korban telah melapor kepada guru korban tetapi tidak ada tanggapan [14]. Pada tanggal 7 Oktober 2024 kejadian terulang kembali, tetapi pelaku hanya meraba tubuh korban. Korban diancam jika berteriak. Akhirnya, korban melapor kepada orang tua korban, kemudian orang tua korban melapor ke UPTD PPA Kota Semarang.

Hasil Pemeriksaan

Regio	Temuan
Genital	
	Gambar 1. Genital tersirkumsisi, tidak ditemukan kelainan.
Anus — lingkar	
	Gambar 2. Kedua testis teraba dalam skrotum, tidak ditemukan kelainan.
Anus — lingkar	Ditemukan dua jaringan parut. Parut pertama pada posisi jam 12, batas tidak jelas, warna sama dengan kulit sekitar. Parut kedua pada posisi jam 6, batas tidak jelas, warna sama dengan kulit sekitar.



Gambar 3. Anus korban. (a) Parut posisi jam 12. (b) Parut posisi jam 6.

Kanalis anal	Tidak ditemukan kelainan.
Kesimpulan	Laki-laki, usia 13 tahun 6 bulan, kesan malnutrisi. Luka akibat tumpul yang telah sembuh sehingga ditemukan parut pada anus.

Gambar 1. Testis dan skrotum korban.

PEMBAHASAN

Dasar Pemeriksaan Forensik pada Kasus Kekerasan Seksual

Salah satu tugas dan tanggung jawab dokter, khususnya dokter forensik, adalah membantu penyidik dalam memberikan keterangan medis mengenai suatu perkara jika diperlukan [15][16]. Hal ini diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHAP) Pasal 133 Ayat (1) yang menyatakan bahwa dalam hal penyidik untuk kepentingan peradilan menangani seorang korban yang luka, keracunan, atau meninggal yang diduga karena peristiwa yang merupakan tindak pidana, ia berwenang mengajukan permintaan keterangan ahli kepada ahli kedokteran forensik atau dokter dan/atau ahli lainnya [15]. Permintaan keterangan ahli harus dibuat secara tertulis dan menyebutkan jenis pemeriksaan yang diminta sebagaimana diatur dalam KUHAP Pasal 133 Ayat (2). Pada kasus hidup, pelayanan forensik klinis merupakan pelayanan pemeriksaan forensik untuk korban hidup yang dikirim oleh penyidik ke rumah sakit atau puskesmas guna pembuatan visum et repertum, surat keterangan, atau lainnya [16]. Rujukan bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak meliputi rujukan medis untuk pemeriksaan klinis dan laboratorium darurat, rujukan medikolegal, dan rujukan nonmedis [16].

Alur Pemeriksaan Korban Kekerasan Seksual

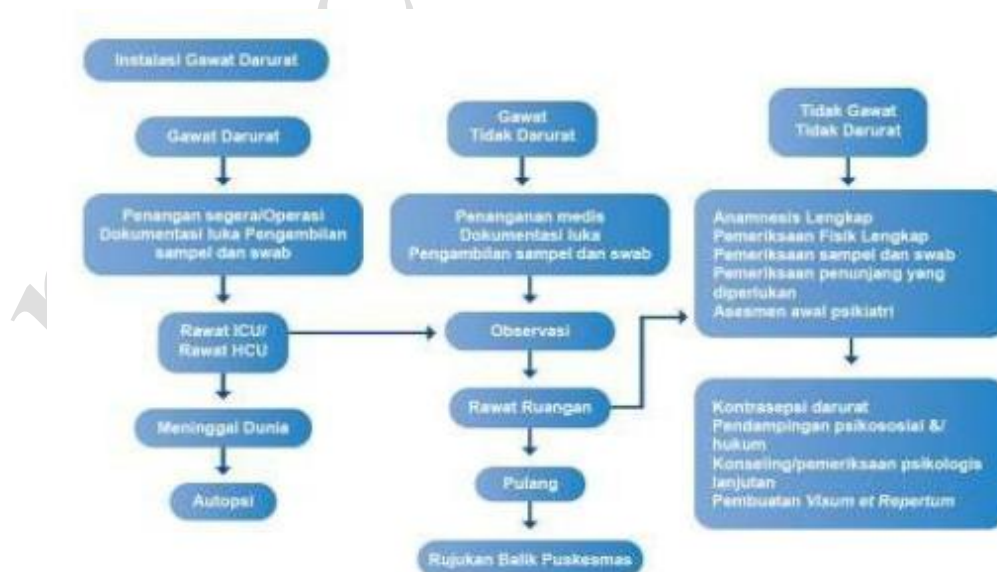
Pemeriksaan anak yang diduga menjadi korban kekerasan seksual merupakan proses yang kompleks dan memerlukan pendekatan holistik dan trauma-informed care [17]. Proses pemeriksaan dimulai dengan triase untuk menilai kebutuhan medis segera, dilanjutkan dengan pengambilan sejarah forensik oleh profesional terlatih seperti dokter forensik atau pekerja sosial forensik. Wawancara harus dilakukan menggunakan teknik yang sesuai dengan perkembangan anak dan

menghindari pertanyaan sugestif yang dapat memengaruhi kredibilitas pernyataan anak di ranah hukum [[17],[18],[19]]. Langkah selanjutnya adalah pemeriksaan fisik lengkap, berfokus pada identifikasi tanda-tanda kekerasan fisik atau seksual seperti memar, laserasi, abrasi, atau tanda penetrasi. Pemeriksaan genital dan anal menggunakan metode noninvasif dengan bantuan alat visualisasi seperti kolposkopi atau video kolposkopi, terutama jika dilakukan dalam 72 jam sejak kejadian.

Pemeriksaan tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga melibatkan penilaian psikososial dan psikologis, karena anak korban kekerasan seksual memiliki risiko tinggi mengalami gangguan psikologis jangka panjang seperti PTSD, depresi, dan kecemasan[20]. Oleh karena itu, dukungan psikologis harus diberikan sejak dini, termasuk intervensi krisis dan terapi lanjutan [20].

Pemeriksaan forensik memainkan peran kritis dalam mengidentifikasi dan mendokumentasikan bukti fisik kekerasan seksual pada anak. Proses ini melibatkan riwayat forensik, evaluasi fisik menyeluruh, dan dokumentasi temuan secara sah menurut hukum. Pemeriksaan harus dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih dalam forensik anak, dengan pendekatan yang mengutamakan kenyamanan dan perlindungan psikologis anak [[21],[22],[23]].

Pada kasus sodomi anak, pemeriksaan forensik dapat menunjukkan tanda fisik seperti perubahan lipatan anus, pembengkakan, dan kedutan[24]. Kerusakan pada musculus corrugator cutis ani, yang berperan mempertahankan lipatan kulit rektum, dapat menjadi indikator kekerasan seksual. Trauma pada otot ini dapat mengakibatkan hilangnya lipatan rektum yang dapat menjadi temuan fisik dalam pemeriksaan forensik [[24],[25]].



Gambar 4. Alur dan rujukan kasus dugaan kekerasan seksual [16].

Kekerasan Seksual terhadap Anak

[16] Kekerasan seksual atau kejahatan terhadap kesusilaan didefinisikan sebagai tindakan memaksa seseorang melakukan aktivitas seksual, termasuk memaksanya melakukan hubungan seksual atau aktivitas seksual lainnya [16].

Kekerasan seksual atau kejahatan terhadap kesusilaan didefinisikan sebagai tindakan memaksa seseorang melakukan aktivitas seksual, termasuk memaksanya melakukan hubungan

Figure 1. Sexual Violence Victim Examination Flow

seksual atau aktivitas seksual lainnya [26]. Menurut

WHO, kekerasan seksual didefinisikan sebagai setiap tindakan seksual, upaya memperoleh tindakan seksual, komentar atau rayuan seksual yang tidak diinginkan, atau tindakan untuk memperdagangkan atau diarahkan pada seksualitas seseorang menggunakan paksaan, oleh siapa pun tanpa memandang hubungannya dengan korban, di lingkungan apa pun, termasuk namun tidak terbatas di rumah dan tempat kerja [27].

Kekerasan seksual pada anak (child sexual abuse/CSA) adalah suatu bentuk kekerasan seksual di mana anak menjadi objek kekerasan atau dapat diartikan sebagai korban kekerasan seksual [5]. CSA didefinisikan sebagai "keterlibatan anak dalam aktivitas seksual yang tidak sepenuhnya dipahami oleh anak, tidak dapat memberikan persetujuan, atau anak belum siap secara perkembangan dan tidak mampu memberikan persetujuan, atau yang melanggar hukum atau tabu sosial di masyarakat" [5].

Kekerasan seksual cenderung berdampak traumatis baik pada anak maupun dewasa [28]. Namun, kasus kekerasan seksual sering tidak dilaporkan karena penyangkalan terhadap kekerasan seksual yang terjadi. Lebih sulit lagi jika kekerasan seksual ini terjadi pada anak, karena anak korban kekerasan seksual tidak memahami bahwa mereka adalah korban. Korban sulit mempercayai orang lain sehingga mereka menyimpan rahasia kekerasan seksualnya. Selain itu, anak cenderung takut melapor karena merasa terancam akan mengalami konsekuensi yang lebih buruk, merasa malu, merasa bahwa kekerasan seksual terjadi karena kesalahan mereka, dan merasa telah mempermalukan nama keluarga. Dampak kekerasan seksual ditandai dengan perasaan tidak berdaya (powerlessness), di mana korban merasa tidak berdaya [[28],[14]] dan tersiksa dan tersiksa saat mengungkapkan kekerasan seksual. Selain itu, sebagian besar anak yang mengalami kekerasan seksual memenuhi kriteria gangguan psikologis PTSD, dengan gejala seperti ketakutan intens, kecemasan tinggi, dan emosi kaku setelah peristiwa traumatis [28].

Secara fisik mungkin tidak ada yang perlu dikhawatirkan pada anak korban kekerasan seksual, tetapi secara psikologis dapat menyebabkan kecanduan, trauma, dendam, dan sebagainya[28]. Hal yang terjadi pada mereka akan memengaruhi kematangan dan kemandirian hidup anak di masa depan, cara mereka memandang dunia dan masa depan mereka secara umum [28].

Sodomi

Definisi pertama sodomi menurut KBBI adalah perbuatan cabul terhadap sesama jenis atau terhadap binatang, definisi kedua adalah hubungan seksual melalui anus antara manusia, biasanya antara laki-laki [10]. Sodomi pada anak merupakan bentuk kekerasan seksual yang sangat serius dengan dampak fisik dan psikologis yang mendalam[29]. Menurut penelitian Fathya dkk. (2020), kekerasan seksual pada anak sering tidak terungkap karena korban enggan melapor, sehingga kasus-kasus ini menjadi fenomena gunung es di masyarakat [[29],[30]]. Bentuk kekerasan seksual ini mencakup tindakan menyentuh atau mencium organ seksual, memperlihatkan pornografi, hingga hubungan seksual, termasuk sodomi [29].

Faktor risiko yang sering ditemukan pada korban sodomi adalah usia[31]. Sodomi lebih sering terjadi pada anak. Sepertiga korban sodomi rata-rata berusia di bawah 15 tahun. Selain itu, konsumsi minuman beralkohol atau obat-obatan meningkatkan kerentanan korban karena korban lebih sulit mempertahankan diri dan menginterpretasikan tanda bahaya. Riwayat kekerasan atau kekerasan seksual sebelumnya juga ditemukan terkait dengan risiko mengalami kembali melalui efek psikologis yang biasanya dialami korban. Korban sodomi juga biasanya berasal dari latar belakang ekonomi rendah karena anak dari populasi kurang mampu biasanya mulai bekerja sejak usia dini dan jarang berada dalam pengawasan ketat orang tua [[31],[32]].

Faktor risiko pada pelaku sodomi dibagi menjadi 3: faktor individu, hubungan, sosial, dan komunitas[31][33]. Faktor individu meliputi penggunaan alkohol, preferensi dan fantasi seksual yang tidak biasa, kepribadian antisosial dan impulsif, serta riwayat kekerasan sebelumnya. Faktor hubungan meliputi sifat hubungan keluarga atau pasangan yang tidak mendukung seperti hubungan yang mengandung kekerasan. Faktor sosial dan komunitas meliputi kurangnya aturan atau hukum yang mengatur kekerasan seksual, kurangnya pendidikan dan kesadaran tentang kekerasan seksual, dan tempat tinggal di daerah kurang mampu. Studi lain menemukan bahwa 81% pelaku kekerasan seksual anak berasal dari luar lingkaran keluarga [[31],[33]].

Pada kasus sodomi anak, pemeriksaan forensik dapat menunjukkan tanda fisik seperti perubahan lipatan anus, pembengkakan, dan kedutan. Kerusakan pada musculus corrugator cutis ani, yang berperan mempertahankan lipatan kulit rektum, dapat menjadi indikator kekerasan seksual[24].

Trauma pada otot ini dapat mengakibatkan hilangnya lipatan rektum yang dapat menjadi temuan fisik dalam pemeriksaan forensik [24].

Algoritma Penanganan Kasus Sodomi pada Anak

Algoritme penanganan kasus sodomi pada anak diawali dengan dukungan lini pertama yang mencakup lima langkah utama, yakni LIVES, yaitu [34] *Listen* (Dengarkan): biarkan korban menceritakan dengan kata-katanya sendiri apa yang terjadi. *Inquire* (Tanyakan): kaji dan tanggapilah kebutuhan segera serta pahami kekhawatiran – emosional, fisik, sosial, dan praktis. *Validate* (Validasi): tunjukkan bahwa Anda memahami dan mempercayai korban. Yakinkan bahwa ia tidak bersalah dan telah melakukan hal yang benar dengan meminta bantuan. *Enhance Safety* (Tingkatkan Keamanan): rencanakan bersama langkah-langkah keselamatan untuk melindungi korban dari kemungkinan terulangnya kekerasan seksual. *Support* (Dukung): berikan dukungan kepada korban melalui penyediaan informasi, layanan, dan rujukan. Sebelum pemeriksaan fisik dilakukan, prioritas utama adalah menangani kegawatdaruratan yang mengancam jiwa, memastikan keselamatan korban, serta menangani luka sesuai prosedur. Pendamping yang dipercaya oleh anak harus hadir di ruang pemeriksaan, dan persetujuan tindakan (informed consent) wajib diperoleh dari orang tua atau wali, dengan tetap melakukan anamnesis sesuai pedoman. [34]

Prosedur pemeriksaan harus dijelaskan kepada anak dengan menggunakan istilah atau bahasa yang mudah dipahami. Untuk membantu anak tetap tenang, penggunaan boneka tangan sangat bermanfaat untuk mendemonstrasikan prosedur dan posisi, serta alat pemeriksaan seperti sarung tangan dan swab dapat diperlihatkan terlebih dahulu. Pemberian parasetamol atau analgesik sederhana lain dapat dipertimbangkan jika anak mengalami nyeri, namun anak tidak boleh dipaksa atau ditakuti untuk menyelesaikan pemeriksaan karena hal tersebut justru dapat meningkatkan kecemasan dan memperburuk dampak psikologis. Posisi pemeriksaan disesuaikan dengan usia; anak kecil dapat diperiksa di pangkuan ibu, sedangkan anak yang lebih besar dapat memilih duduk di kursi, di pangkuan ibu, atau berbaring di tempat tidur. Dalam pelaksanaan anamnesis, teknik wawancara harus sesuai dengan tahap perkembangan anak, frekuensi wawancara dijaga seminimal mungkin (2–3 kali) untuk mencegah konfabulasi, serta pertanyaan sugestif atau pertanyaan ganda yang mengarahkan jawaban tertentu harus dihindari, dan pernyataan anak hendaknya diulang untuk memastikan pemahaman pemeriksa [34].

Anamnesis mencakup penggalan informasi kesehatan umum, detail kejadian kekerasan (waktu dan lokasi kejadian, ada tidaknya kekerasan sebelumnya, seluruh bentuk aktivitas seksual yang terjadi, bagian tubuh yang mengalami kekerasan, serta ada tidaknya penetrasi dan alat yang

Pada pemeriksaan lebih lanjut, jika dicurigai terjadi hubungan oral, dilakukan pemeriksaan pada palatum untuk mendeteksi abrasi, bintik perdarahan, atau memar, serta pengambilan swab pada laring dan tonsil untuk pemeriksaan mikrobiologi (penyakit menular seksual) dan pemeriksaan sperma, yang kemudian dikeringkan dan disimpan dalam amplop. Potongan kuku jari dikumpulkan dalam amplop terpisah untuk tangan kanan dan kiri, dan jika ditemukan tanda suntikan (jarum suntik) yang mengindikasikan pemberian anestesi, dilakukan pemeriksaan darah dan urine. Kerak kering atau bercak basah dikoleksi dengan kapas, dikeringkan, dan disimpan dalam amplop. Rambut kemaluan disisir untuk mengumpulkan rambut lepas (yang berpotensi berasal dari pelaku) serta mencabut 3–10 helai rambut korban sebagai sampel, sedangkan rambut yang menggumpal dipotong dan dimasukkan ke dalam amplop terpisah. Pemeriksaan daerah paha dan perineum dilakukan untuk mendeteksi luka, termasuk mikrolesi yang tidak terlihat dengan mata telanjang dengan bantuan semprotan toluidin biru yang dibilas air suling. Pada kasus dengan riwayat hubungan anal, dinilai secara saksama adanya cedera atau jaringan parut di sekitar anus, bentuk anus, lipatan kulit, serta kontraksi otot sfingter ani. Pemeriksaan colok dubur dan anoskopi dapat dipertimbangkan untuk mendeteksi lesi baru dan lipatan mukosa, dengan posisi lutut-dada atau telentang sesuai usia, serta pengambilan swab pada rugae dan lumen, tetapi anoskopi tidak digunakan pada anak di bawah 6 tahun kecuali ada indikasi kuat untuk mencegah trauma tambahan. Pada kasus yang baru terjadi, pengumpulan bukti dilakukan dengan menggunakan perlengkapan pemeriksa (*rape kit*) [34].

Penatalaksanaan selanjutnya dibagi berdasarkan waktu kedatangan korban. Apabila korban datang dalam rentang waktu ≤ 72 jam, diberikan antibiotika untuk infeksi menular seksual (IMS) berupa azitromisin dosis tunggal dan sefiksim dosis tunggal dengan penyesuaian berat badan (untuk anak >35 kg maupun <35 kg), serta profilaksis pascapajanan HIV dengan regimen antiretroviral yang disesuaikan usia dan berat badan, mulai dari remaja dan dewasa hingga anak berusia ≤ 1 tahun.

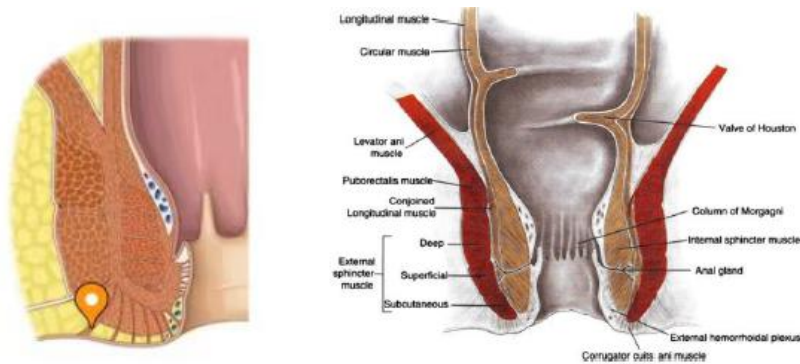
Pemberian profilaksis sifilis dengan benzatin penisilin G 50.000 IU/kgBB intramuskular juga dipertimbangkan setelah dilakukan uji alergi, diikuti dengan penanganan gangguan psikologis. Sebaliknya, jika korban datang >72 jam, tatalaksana IMS tetap diberikan dengan regimen yang sama, namun untuk HIV dilakukan pemeriksaan terlebih dahulu; apabila hasil tes positif, diberikan terapi antiretroviral sesuai panduan, sedangkan jika negatif, profilaksis tidak diperlukan tetapi dianjurkan pemeriksaan ulang 3 bulan kemudian. Profilaksis sifilis tetap dipertimbangkan dengan uji alergi, dan penanganan masalah psikologis tetap diberikan secara komprehensif [34].

Anatomi Anus dan Otot yang Terlibat pada Kasus Sodomi

Anatomi anus terdiri dari struktur kompleks otot dan jaringan lunak yang berperan dalam fungsi defekasi dan menjaga kontinensia feces [36]. Anus dikelilingi oleh dua lapisan otot sfingter: sfingter ani internus (otot polos, bekerja involunter) dan sfingter ani eksternus (otot rangka, dikontrol sadar). Kedua otot ini bekerja secara sinergis untuk menahan atau mengeluarkan feces. Di antara lipatan kulit anal, terdapat jaringan otot superfisial yang disebut musculus corrugator cutis ani yang berperan membentuk kerutan khas kulit anal. Kerutan ini penting dalam evaluasi forensik karena dapat hilang akibat trauma atau peregangan berlebihan [36],[37].

Muskulus corrugator cutis ani, juga dikenal sebagai otot Ellis, adalah bagian dari sistem otot sfingter yang mengelilingi anus [38][39]. Otot ini berperan dalam menstabilkan dan mempertahankan lipatan kulit anal yang penting tidak hanya untuk retensi feces tetapi juga untuk menjaga higiene lokal. Kekerasan yang dialami selama sodomi dapat menyebabkan trauma langsung pada otot ini berupa regangan, robekan, atau avulsi tergantung intensitas dan frekuensi kekerasan. Akibatnya, fungsi otot dalam mempertahankan lipatan anal dapat terganggu, yang dapat menyebabkan pengurangan atau hilangnya lipatan tersebut [38],[39].

Cincin otot sfingter memiliki banyak saraf yang tertanam, menjadikannya salah satu area paling sensitif di tubuh manusia [40]. Normalnya, orifisium anal berbentuk celah (slit-like) berjalan anteroposterior, kulit di sekitarnya memiliki lipatan yang terbentuk secara alami karena adanya musculus corrugator cutis ani [41][42][43]. Jika telah terjadi hubungan seksual anal, beberapa perubahan dapat terjadi yang dipengaruhi oleh beberapa faktor: frekuensi hubungan seksual anal, interval antara terakhir kali dengan waktu pemeriksaan, usia, ukuran orifisium masing-masing individu, tingkat kekuatan yang digunakan, ukuran penis, dan penggunaan pelumas [42],[43]. Sodomi pertama cenderung menyebabkan perubahan tepi anus: robekan kulit dan sfingter anal, fisura anal, abrasi, atau memar. Penggunaan pelumas dapat meminimalkan abrasi dan robekan. Robekan sfingter lebih sering pada anak dibanding dewasa.



Gambar 5. Anatomi anus serta Musculus corrugator cutis ani (yang dikenal pula sebagai Otot Ellis).

Pada kasus ini, korban datang ke RSUP Dr. Kariadi. Korban adalah laki-laki berusia tiga belas tahun enam bulan [34]. Dari pengakuan korban, ia mengalami perbuatan cabul (sodomi) yang dilakukan oleh temannya sebelas hari sebelumnya, di mana kejadian serupa pernah terjadi sebelumnya sekitar dua bulan lalu. Korban telah melapor kepada guru tetapi tidak ada tanggapan. Korban akhirnya melapor kepada orang tua yang kemudian meneruskan laporan ke UPTD PPA Kota Semarang.

Pada kasus ini, korban datang ke RSUP Dr. Kariadi. Korban adalah laki-laki berusia tiga belas tahun enam bulan [44]. Dari pengakuan korban, ia mengalami perbuatan cabul (sodomi) yang dilakukan oleh temannya sebelas hari sebelumnya, di mana kejadian serupa pernah terjadi sebelumnya sekitar dua bulan lalu. Korban telah melapor kepada guru tetapi tidak ada tanggapan. Korban akhirnya melapor kepada orang tua yang kemudian meneruskan laporan ke UPTD PPA Kota Semarang.

Pada pemeriksaan fisik umum, tidak ditemukan tanda kekerasan atau kelainan [45]. Namun, pemeriksaan anogenital menemukan parut yang telah sembuh pada posisi jam 12 dan jam 6, batas tidak jelas, dan warna lebih terang dari kulit sekitar. Penelitian Hobbs dan Wright (2014) menemukan bahwa tanda baru yang lebih sering terlihat pada korban kekerasan anal pada anak adalah perubahan lipatan anus, pembengkakan, dan kedutan [[45],[46],[47]]. Literatur menyatakan bahwa luka di area anogenital saat kontak seksual sering hanya mengenai epidermis atau lapisan dermis atas, yang cenderung sembuh cepat dan jarang meninggalkan parut dalam ± 4 hari.

Penyembuhan luka adalah salah satu proses paling kompleks dalam tubuh manusia, melibatkan sinkronisasi spasial dan temporal fase inflamasi dengan regenerasi dan remodeling jaringan. Pada gambaran makroskopik luka korban, telah terjadi jaringan parut (hilangnya kerutan anal) yang menunjukkan bahwa proses penyembuhan telah terjadi. Sementara itu, abrasi yang masih kemerahan menunjukkan luka masih dalam fase inflamasi yang terjadi sejak luka terjadi hingga

sekitar hari kelima atau awal fase proliferasi yang berlangsung dari akhir fase inflamasi hingga sekitar 3 minggu. Pada fase inflamasi terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan vasodilatasi yang menyebabkan luka tampak merah, disertai migrasi sel inflamasi ke lokasi luka. Pada fase proliferasi terjadi angiogenesis, granulasi, kontraksi, dan re-epitelialisasi [[43],[32]].

KESIMPULAN

Proses identifikasi dan penanganan kasus kekerasan seksual pada anak harus dilakukan secara holistik, terintegrasi, dan berbasis trauma. Pemeriksaan forensik berperan penting dalam mengungkap bukti objektif kekerasan seksual melalui pemeriksaan temuan medis seperti luka fisik, terutama di area anogenital. Prosedur pemeriksaan harus mengutamakan prinsip ramah anak dan tidak traumatis. Kasus yang dilaporkan menunjukkan pentingnya deteksi dini, pelaporan yang tepat, dan peran aktif lingkungan korban seperti keluarga dan institusi pendidikan. Temuan forensik seperti luka pada anus yang telah mengalami proses penyembuhan dapat menjadi bukti medis yang mendukung proses hukum terhadap pelaku. Selain itu, pemahaman tentang proses penyembuhan luka dan perubahan anatomi akibat trauma seksual penting untuk memperkirakan waktu kejadian yang dialami korban.

Deklarasi Konflik Kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan dari masing-masing penulis, baik yang bersifat finansial maupun non-finansial.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] World Health Organization. Violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
 - [2] Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perlindungan Anak. Lembaran Negara RI Tahun 2014 No. 297. Jakarta: Sekretariat Negara; 2014.
 - [3] Solehati T, et al. Kebutuhan informasi pencegahan kekerasan seksual pada anak bagi orang tua di Indonesia. *J Obsesi J Pendidikan Anak Usia Dini*. 2022;6(6):2982-92. DOI:10.31004/obsesi.v6i6.2982
 - [4] Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, et al. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013;37(12):1094-105. DOI:10.1016/j.chiabu.2013.03.011
 - [5] World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva: WHO; 1999.
 - [6] Berkowitz CD. Child sexual abuse. *Pediatr Rev*. 2020;41(3):112-24. DOI:10.1542/pir.2018-0241
 - [7] Chiesa A, Goldson E. Child sexual abuse. *Pediatr Rev*. 2019;40(8):417-29. DOI:10.1542/9781610022927-child_sexual
 - [8] Hidayat M, Taufiqurrahman T. Dampak psikologis kekerasan seksual pada anak. *Coution J Couns Educ*. 2021;2(1):237-45. DOI:10.47453/coution.v2i1.237
-

- [9] Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual. Lembaran Negara RI Tahun 2022 No. 87. Jakarta: Sekretariat Negara; 2022.
- [10] Kamus Besar Bahasa Indonesia Daring [Internet]. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa; 2024 [cited 2025 Jul 30]. Sodomi. Available from: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/sodomi>
- [11] Sulistyaningsih W, Yunita E. Gambaran kasus kekerasan seksual pada anak: dapatkah keluarga melindungi anak? *J Psikologi Forensik Indonesia*. 2026;6(1):107-20. DOI:10.71088/jpfi.v6i1.107
- [12] Dubowitz H, Roque S, Lanier P. Child maltreatment: an update on epidemiology and policy. *Pediatr Clin North Am*. 2020;67(3):a1-4. DOI:10.1016/j.pcl.2020.03.001
- [13] Kharbouch E, Ouali A, El Houda C, et al. Epidemiology of child sexual abuse in North Africa: a systematic review. *J Forensic Sci*. 2023;68(2):512-24. DOI:10.1111/1556-4029.15201
- [14] Hemanth P, Fang L, Chong S. Factors related to delayed disclosure among victims of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2024;154:106647. DOI:10.1016/j.chiabu.2024.106647
- [15] Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana (KUHP). Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1981 tentang Hukum Acara Pidana.
- [16] Kementerian Kesehatan RI. Pedoman pelayanan dan rujukan kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak (KTP/A) bagi petugas kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI; 2021.
- [17] Kellogg N, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-12. DOI:10.1542/peds.2005-1336
- [18] Jackson AM, Kissoon N. The evaluation of child sexual abuse. *Pediatr Emerg Care*. 2020;36(1):43-8. DOI:10.1097/PEC.0000000000002003
- [19] Finkel MA, Giardino AP, eds. Medical evaluation of child sexual abuse: a practical guide. 4th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2019. DOI:10.1542/9781610022965
- [20] Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558-67. DOI:10.1542/peds.2013-1741
- [21] Rahman A, Rahayu B, Mudhoffar M. Analisis aspek medikolegal dan psikologis pada kasus kekerasan seksual anak. *Prepotif J Kesehat Masy*. 2025;9(2):48129. DOI:10.31004/prepotif.v9i2.48129
- [22] Salter M. Child sexual abuse: ethics and evidence. *Child Abuse Rev*. 2018;27(3):245-54. DOI:10.1002/car.2516
- [23] Hornor G. Child sexual abuse: forensic considerations. *J Pediatr Health Care*. 2021;35(2):189-98. DOI:10.1016/j.pedhc.2020.08.007
- [24] Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(3):225-31. DOI:10.1016/j.jpag.2017.12.011
- [25] Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated guidelines for the medical assessment of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2019;93:184-96. DOI:10.1016/j.chiabu.2019.02.012
- [26] Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR. The role of primary care in child sexual abuse. *Pediatr Clin North Am*. 2020;67(3):527-42. DOI:10.1016/j.pcl.2020.02.007
- [27] Palusci VJ, Coriveau E. Anogenital injury patterns in pediatric sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34(4):492-9. DOI:10.1016/j.jpag.2021.03.006
- [28] Gavril AR, Kellogg ND. The medical assessment of child sexual abuse. *Pediatr Ann*. 2019;48(6):e228-33. DOI:10.3928/19382359-20190515-01
- [29] Aida Fathya N, Noer Rochmah E, Fauzan Zain F. Kekerasan seksual pada anak: pembuktian oleh tenaga medis. *Med Kartika*. 2020;3(2):85-102. DOI:10.35990/mk.v3n2.p85-102
-

- [30] Gruenfeld E, Willis DG, Easton SD. "A very steep climb": therapists' perspectives on barriers to disclosure of child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2017;26(6):731-51. DOI:10.1080/10538712.2017.1332704
- [31] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [32] Assink M, van der Put CE, Meeuwssen MWCM, et al. Risk factors for child sexual abuse victimization: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2019;145(5):459-89. DOI:10.1037/bul0000188
- [33] Essabar L, Khalqallah A, Benjelloun B. Child sexual abuse: report of 311 cases with review of literature. *Pan Afr Med J.* 2015;20:47. DOI:10.11604/pamj.2015.20.47.4569
- [34] Hansen LA, Mikkelsen SJ, Rasmussen ML. The LIVES protocol in child sexual abuse management. *J Pediatr.* 2022;241:202-9. DOI:10.1016/j.jpeds.2021.10.055
- [35] Kaur S, Kaur S, Rawat B, et al. Medico-legal evidence collection in child sexual assault cases: a forensic significance. *Egypt J Forensic Sci.* 2021;11:14. DOI:10.1186/s41935-021-00258-y
- [36] Lee JM, Kim NK. Essential anatomy of the anorectum for colorectal surgeons focused on the gross anatomy and histologic findings. *Ann Coloproctol.* 2018;34(2):59-71. DOI:10.3393/ac.2017.12.15
- [37] Deye K, Atkinson N. Children: normal anogenital anatomy and variants. In: *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine.* 3rd ed. Amsterdam: Elsevier; 2025. DOI:10.1016/B978-0-443-21441-7.00032-7
- [38] Jaber MSO, Al-Sabaileh SS. The influence of chest-knee position on the appearance of anal physical findings in comparison with other clinical positions during the examination of sexual anal assault victim. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2022;16(3):31-5. DOI:10.37506/ijfmt.v16i3.18244
- [39] Jeganathan AN, Cannon JW, Bleier JIS. Anal and perineal injuries. *Clin Colon Rectal Surg.* 2018;31(1):24-9. DOI:10.1055/s-0037-1602176
- [40] Pillai M, Yilmaz T. Sonographic evaluation of anal sphincter injuries in child sexual abuse. *J Ultrasound Med.* 2022;41(8):1937-45. DOI:10.1002/jum.15875
- [41] Barleben A, Mills S. Anorectal anatomy and physiology. *Surg Clin North Am.* 2010;90(1):1-15. DOI:10.1016/j.suc.2009.09.001
- [42] Hobbs CJ, Wright CM. Anal signs of child sexual abuse: a case-control study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2014;19(3):450-60. DOI:10.1177/1359104513488605
- [43] Gupta R, Tiwari S. Wound healing in anogenital region: a forensic perspective. *Am J Forensic Med Pathol.* 2021;42(2):157-63. DOI:10.1097/PAF.0000000000000645
- [44] Thomson L, Williams K. The evaluation of sexual abuse in boys: a 10-year retrospective review. *Child Abuse Negl.* 2020;104:104472. DOI:10.1016/j.chiabu.2020.104472
- [45] Maguire SA, et al. Anal findings in child sexual abuse: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Rev.* 2022;31(5):e2785. DOI:10.1002/car.2785
- [46] Anderst JD, Kellogg ND, Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics.* 2009;124(3):e403-9. DOI:10.1542/peds.2008-3053
- [47] Tiwari S, Bhardwaj SK. Forensic significance of anal scars in child sexual abuse. *J Forensic Sci.* 2023;68(5):1662-71. DOI:10.1111/1556-4029.15311
- [48] Seto MC, Roche K, Rodrigues NC, et al. Evaluating child sexual abuse perpetration prevention efforts. *J Child Sex Abus.* 2024;33(4):456-79. DOI:10.1080/10538712.2024.2356194
- [49] Allard-Gaudreau N, Poirier S, Cyr M. Factors associated with delayed disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2024;148:106537. DOI:10.1016/j.chiabu.2023.106537
-