DASAR-DASAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA

Penulis :
Moudy Emma Unaria Djami
Nur Khasanah
Nabila Amelia Hanisyah Putri
Sri Hernawati Sirait
Nike Sari Oktavia
Machfudloh
Ayu Rimanda

ISBN 978-623-125-480-1

DASAR-DASAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA

Moudy Emma Unaria Djami
Nur Khasanah
Nabila Amelia Hanisyah Putri
Sri Hernawati Sirait
Nike Sari Oktavia
Machfudloh
Ayu Rimanda

GET PRESS INDONESIA

DASAR-DASAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA

Penulis : Moudy Emma Unaria Djami
Nur Khasanah
Nabila Amelia Hanisyah Putri
Sri Hernawati Sirait
Nike Sari Oktavia
Machfudloh
Ayu Rimanda

ISBN : 978-623-125-480-1

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.
Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

PENERBIT GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022
Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku ini, yang berjudul Dasar-Dasar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga. Buku ini berisi tentang prinsip dasar kesehatan reproduksi, kesehatan reproduksi dalam perspektif gender, kesehatan reproduksi remaja, seks pranikah dan kehamilan tidak diinginkan, persalinan dan postpartum, serta tumbuh kembang anak balita dan asi ekslusif.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan buku ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan dunia pendidikan di Indonesia dan menjadi inspirasi dalam menciptakan pembelajaran yang lebih aktif, kreatif, dan kolaboratif.

Padang, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **i**

DAFTAR ISI ..... **ii**

DAFTAR GAMBAR ..... **v**

BAB 1 PRINSIP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI **1**

1.1 Sejarah dan Pengertian Kesehatan Reproduksi 1

1.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi 9

1.3 Indikator Kesehatan Reproduksi 10

1.4 Gender dan Kesehatan Reproduksi 12

1.5 Akses Universal Terhadap Kesehatan Reproduksi Merupakan Hal Yang Penting Bagi Pembangunan Manusia 17

DAFTAR PUSTAKA **19**

BAB 2 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER **23**

2.1 Pendahuluan 23

2.2 Teori Kesetaraan Gender 24

2.3 Gender dalam Kesehatan Reproduksi 26

2.5 Ketidakadilan atau Diskriminasi Gender 29

2.6 Dampak Ketidaksetaraan Gender 34

DAFTAR PUSTAKA **37**

BAB 3 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA **41**

3.1 Masa Remaja dalam Tahapan Kehidupan Manusia 42

3.2 Transisi pada Kesehatan Reproduksi Kanak Kanak menjadi Remaja 43

3.3 Faktor Risiko dan Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja 44

3.3 Penanganan pada Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja 48

3.4 Pentingnya Pemahaman mengenai Hak Reproduksi Remaja 50

DAFTAR PUSTAKA 53

BAB 4 PERMASALAHAN REMAJA : SEKS PRANIKAH DAN KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN 55

4.1 Pendahuluan 55

4.2 Seks Pranikah 58

4.3 Dampak Seks Pranikah Pada Remaja 75

4.4 Kehamilan Tidak Diinginkan 80

4.5 Pencegahan Seks Pranikah dan Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja 87

DAFTAR PUSTAKA 91

BAB 5 PERMASALAHAN REMAJA: ABORSI PADA REMAJA DAN PERNIKAHAN USIA DINI 95

5.1 Pendahuluan 95

5.2 Aborsi Pada Remaja 97

5.3 Pernikahan Usia Dini 104

DAFTAR PUSTAKA 122

BAB 6 PERSALINAN DAN POSTPARTUM 127

6.1 Persalinan 127

6.2 Post Partum 144

DAFTAR PUSTAKA 157

BAB 7 TUMBUH KEMBANG ANAK BALITA DAN ASI EKSLUSIF 161

7.1 Definisi Tumbuh Kembang 161

7.2 Jenis Jenis Tumbuh Kembang 163

7.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak 164

7.4 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang 170

7.5 Perkembangan Motorik Kasar, Motorik Halus, Bicara dan Bahasa, Sosial pada Balita 172

7.6 ASI Ekslusif 178

DAFTAR PUSTAKA 182

BIODATA PENULIS 183

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4. 1. Model Kematangan Seksual..... 65
Gambar 5. 1. Tren data persentase perempuan usia 20-24 tahun menurut Usia Perkawinan Pertama, 2008-2018 105
Gambar 5. 2. Persentase perempuan usia 20-24 tahun yang menikah sebelum usia 18 tahun menurut propinsi pada tahun 2018 106
Gambar 5. 3. Suku Mentawai di Kepulauan Mentawai, Pulau Siberut, Sumbar 112
Gambar 5. 4. Suku Kubu di pedalaman Jambi 113
Gambar 5. 5. Suku Baduy di Kab. Lebak, Banten, Jabar 114

BAB 1
PRINSIP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Moudy Emma Unaria Djami

1.1 Sejarah dan Pengertian Kesehatan Reproduksi

1.1.1 Sejarah Kesehatan Reproduksi

Pengakuan global terhadap hak asasi manusia sekitar enam dekade yang lalu dimulai dengan pengumuman deklarasi universal hak asasi manusia / *Universal Declaration of Human Rights* pada tahun 1948. Hal ini diikuti oleh komitmen global yang lebih kuat, seperti dimasukkannya kesehatan reproduksi sebagai komponen penting hak asasi manusia, termasuk akses ke layanan kesehatan reproduksi. Sejalan dengan kemajuan global ini, pada tahun 2009 Indonesia mengesahkan undang-undang, UU No. 36, yang mencakup kesehatan reproduksi dalam Undang-Undang Kesehatan Nasional yang dijabarkan pada tabel berikut.(UNFPA and WHO, 2012). Berikut ini adalah runutan sejarah perkembangan kesehatan reproduksi di dunia dan Indonesia.

Tabel 1. 1. Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi

Tahun	Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi
1807	Persalinan oleh Dukun Bersalin
1948	Diterbitkannya Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia
1952	Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) melalui Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) memperbaiki, memelihara, meningkatkan derajat kesehatan Wanita hamil, menyusui bayi dan anak pra-sekolah
1972	Pelayanan KIA di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menjadi prioritas dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu (AKI)
1980	Gerakan *Safe Motherhood* secara global
1982	Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) mencanangkan: gerakan Keluarga Berencana (KB) Nasional, Gerakan Reproduksi Sehat Sejahtera dan Gerakan Ketahanan Keluarga Sejahtera.
1987	Konferensi Inisiasi *Safe Motherhood* di Nairobi.
1988	Pencanangan Gerakan Safe Motherhood sebagai tindak lanjut dari Konferensi *Safe Motherhood* di Nairobi
1989	Indonesia membentuk program Bidan di desa, mendidik dan melatih lebih dari 54.000 bidan di desa-desa di seluruh Indonesia
1993	Konferensi Dunia tentang Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa di Wina menegaskan hak-hak perempuan sebagai hak asasi manusia.
1994	Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan / *International Conference on Population and Development (ICPD)*, yang diadakan di Kairo, dihadiri lebih dari 179 pemerintah yang menghasilkan

Tahun	Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi
	kesepakatan bahwa kependudukan dan pembangunan saling terkait erat, dan bahwa pemberdayaan perempuan dan pemenuhan kebutuhan masyarakat akan pendidikan dan kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi, diperlukan untuk kemajuan individu dan pembangunan yang seimbang. Sasaran konkret ICPD berpusat pada penyediaan akses universal terhadap pendidikan, khususnya bagi anak perempuan; mengurangi kematian bayi, anak, dan ibu; dan memastikan, pada tahun 2015, tersedia akses universal terhadap perawatan kesehatan reproduksi, termasuk keluarga berencana, persalinan dengan bantuan, dan pencegahan infeksi menular seksual, termasuk HIV.
1994	Didirikannya Komisi Penanggulangan AIDS Nasional Indonesia.
1995	*World Health Assembly* ke-4 : Strategi global kesehatan Reproduksi, rencana kegiatan untuk melaksanakan, menunjang dan melembagakan pelayanan kesehatan reproduksi dalam konteks pelayanan kesehatan dasar.
1996	Dibentuknya Komisi Kesehatan Reproduksi Nasional Indonesia dan Kelompok Kerja.
1996	Semiloka Nasional Kemitrasejajaran Pria dan Wanita (Menteri negara Urusan Peranan Wanita)
1996	Lokakarya Percepatan Penurunan AKI (Meneg UPW) di Bogor yang menjadi cikal bakal Gerakan Sayang Ibu (GSI)
1997	Pencanangan Gerakan Sayang Ibu (GSI): • Lintas sektor, peranan Pemerintah Daerah • Peningkatan status wanita • Pemberdayaan ibu hamil, keluarga, dan masyarakat

Tahun	Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi
	• Pelaksanaan KB, peningkatan aksesibilitas terhadap pelayanan, peningkatan pelayanan rujukan
1999	WHO mencanangkan gerakan *Making Pregnancy Safer* (*MPS*) dan dicanangkan di Indonesia pada tahun 2000
2001	Pengenalan paket Kesehatan Reproduksi Esensial Terpadu, yang mengintegrasikan empat komponen penting kesehatan reproduksi, yaitu perawatan antenatal dan persalinan aman, keluarga berencana, pengelolaan IMS/ISPA, dan ASRH, yang akan diberikan di klinik perawatan kesehatan primer (Puskesmas).
2001	Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), termasuk MDG 5 tentang kesehatan ibu diterbitkan.
2004	Sidang Umum Kesehatan Dunia ke-57 mengadopsi strategi pertama Organisasi Kesehatan Dunia / *World Health Organization* (WHO) tentang kesehatan reproduksi.
2005	Pengesahan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi Indonesia oleh Kementerian Kesehatan.
2005	KTT Dunia menambahkan akses universal terhadap kesehatan reproduksi pada tahun 2015 sebagai strategi untuk mencapai tujuan pembangunan, termasuk MDGs.
2007	Integrasi Sasaran MDG 5B, “Mencapai akses universal terhadap kesehatan reproduksi pada tahun 2015” dalam kerangka MDG yang direvisi sebagai komponen Sasaran ke-5, “Meningkatkan kesehatan ibu.” Indikator dalam sasaran tersebut mencakup tingkat prevalensi kontrasepsi, tingkat kelahiran remaja, cakupan perawatan antenatal, dan kebutuhan keluarga berencana yang tidak terpenuhi.

Tahun	Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi
2009	Pengesahan Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009, yang mencakup komponen kesehatan reproduksi.
2010	KTT Tinjauan MDG 2010 memperbarui komitmen untuk akses universal terhadap kesehatan reproduksi pada tahun 2015, kesetaraan gender, dan mengakhiri diskriminasi terhadap perempuan.
2012	Indonesia memimpin kampanye *Getting to Zero* di ASEAN, dengan tiga tujuan untuk mengurangi sampai nol kasus infeksi HIV baru, diskriminasi, dan kematian terkait AIDS.
2012	KTT London tentang Keluarga Berencana akan diadakan pada tanggal 11 Juli, di mana Indonesia akan berbagi keberhasilan dan tantangan masa depan.

Sumber : (UNFPA and WHO, 2012)

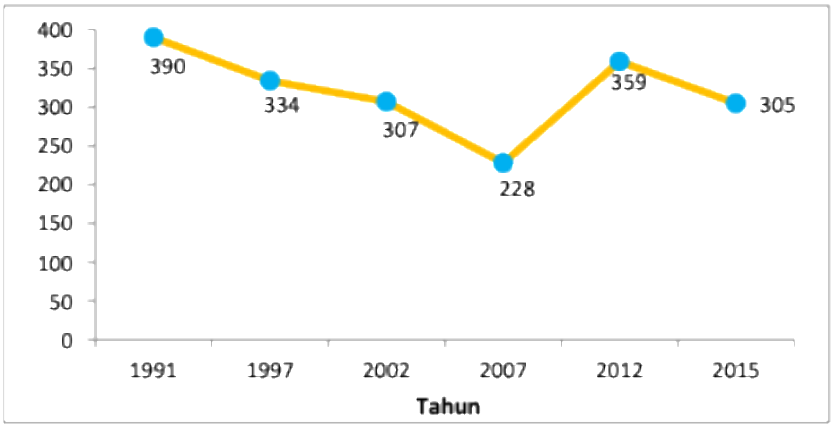
Layanan kesehatan reproduksi harus tersedia dalam berbagai situasi baik keadaan baik normal maupun dalam keadaan bencana, atau keadaan krisis lainnya. Layanan ini terutama pada keadaan bencana perlu memperhatikan kaum perempuan hamil, bersalin, nifas maupun masa antara serta anak-anak, yang menjadi indikator status kesehatan suatu negara. Kemasan layanan kesehatan reproduksi ini juga selayaknya memperhatikan nilai etika dan latar belakang budaya para pengungsi, atau masyarakat pada umumnya dalam keadaan normal, serta tentunya tidak melanggar konsitusi internasional terkait hak asasi manusia dan hak kesehatan reproduksi (WHO et al., 1998).

1.1.2 Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Kesenjangan besar dalam rasio kematian ibu / *Maternal Mortality Rate (MMR)* antar negara menunjukkan bahwa sebagian besar komplikasi dan kematian ibu dapat dicegah dan dikelola. Diperkirakan sekitar 15% ibu menderita komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Salah satu masalah terbesar adalah sifat komplikasi yang tidak dapat diprediksi, yang menempatkan setiap perempuan hamil pada risiko kematian kapan saja selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Ketidakpastian komplikasi memerlukan akses 24 jam ke layanan obstetrik berkelanjutan yang berkualitas di berbagai tingkat layanan, yang didukung oleh sistem rujukan yang efektif. Akses ke bidan terampil dan layanan berkualitas (termasuk rujukan yang efektif) akan menyelamatkan nyawa ibu serta mencegah penyakit. Meningkatkan kesejahteraan ibu secara langsung akan meningkatkan kesejahteraan keluarga dan kehidupan anak-anak (UNFPA and WHO, 2012).

Indonesia telah berhasil mencapai tingkat persalinan yang tinggi dengan bantuan tenaga profesional sebesar 96,1% (Trihono et al., 2023); namun demikian kemajuan yang dicapai dalam upaya penurunan AKI masih relatif sedikit. Angka-angka kematian ibu (AKI) terbaru sebesar 305 dari 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015(Sutarjo et al., 2017). Angka ini masih jauh dari atas target penurunan AKI sebesar 102 dari 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, sehingga memerlukan percepatan upaya yang signifikan.

Ketidakkonsistenan antara tingginya proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga profesional dan tingginya angka kematian ibu dapat dijelaskan oleh kurangnya kontinuitas dalam perawatan obstetri dan kurangnya perawatan berkualitas di setiap tingkat layanan. Ketimpangan akses berdasarkan wilayah, tempat tinggal, dan status sosial ekonomi masih ada dan terus menjadi tantangan utama di Indonesia. Berikut ini adalah grafik tren kematian ibu di Indonesia dari tehun 1991-2025 berdasrkan data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017.



Gambar 1. 1. Tren Angka Kematian Ibu di Indonesia (Profil Kesehatan Indonesia 2017)

Sejak tahun 1990-an, Indonesia telah memulai program Bidan di Desa, dengan menempatkan bidan (atau dukun beranak terlatih/terampil) di setiap desa di seluruh Indonesia. Program ini telah berhasil meningkatkan cakupan persalinan oleh dukun beranak profesional, yang saat ini sekitar 77,3 % (Susenas 2009), dan mempersempit kesenjangan antara masyarakat miskin dan kaya (Hatt 2007). Akan tetapi, capaian ini masih lebih rendah dari

target nasional sebesar 90 % pada tahun 2014, termasuk kesenjangan yang masih lebar antar provinsi, dibuktikan dengan rasio 42,4 % di Maluku dan 98,1 % di DKI Jakarta (Roadmap 2010). Meskipun tingkat dukun beranak meningkat, hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa cakupan persalinan di fasilitas kesehatan masih kurang dari setengah yakni 46,1 % dari total persalinan, dengan cakupan di daerah pedesaan serendah 28,9 %, dibandingkan dengan daerah perkotaan sebesar 70,3 % (UNFPA and WHO, 2012).

1.1.3 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut ICPD (1994) adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kelemahan dalam segala hal yang berkaitan dengan system reproduksi dan fungsi serta proses (Rosita et al., 2024, WHO et al., 1998).

Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, dan bukan hanya sekadar tidak adanya penyakit atau kelemahan reproduksi (WHO, 1998).

Implikasi dari definisi ini sangat luas, Dimana penanganan kesehatan reproduksi menuntut pendekatan komprehensif yang memperhitungkan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, daripada hanya berfokus pada penyakit dan kematian yang terkait dengan kesehatan reproduksi (UNFPA and WHO, 2012).

Kesehatan reproduksi menurut BKKBN (1996) adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan

system dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan yang Maha Esa, spiritual yang memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan Masyarakat dan lingkungan (Rosita et al., 2024).

Menurut Undang – Undang Nomor 36 Pasal Tahun 2009 pasal 71, Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat yang menyeluruh dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata karena tidak adanya penyakit dan kecacatan pada semua yang berkaitan pada sistem, fungsi dan proses reproduksi baik pada perempuan maupun laki-laki (Republik_Indonesia, 2009).

Upaya kesehatan reproduksi dalam Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan adalah upaya kesehatan reproduksi ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan, meliputi masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan; pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual; kesehatan system reproduksi (Republik_Indonesia, 2023).

1.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi menurut ICPD (1994) meliputi:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir

2. Keluarga Berencana (KB)
3. Pencegahan dan penanganan infertilitas
4. Pencegahan dan penanganan komplikasi keguguran
5. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi (ISR)
6. Infeksi menular seksual (IMS), dan HIV/AIDS
7. Kesehatan seksual
8. Kekerasan seksual
9. Deteksi dini untuk kanker payudara dan kanker serviks
10. Kesehatan reproduksi remaja
11. Kesehatan reproduksi lanjut usia
12. Pencegahan praktik yang membahayakan seperti *female genital mutilation* (FGM).

1.3 Indikator Kesehatan Reproduksi

Indikator kesehatan reproduksi meliputi indikator *safe motherhooh*, kekerasan seksual, HIV/AIDS atau penyakit menular lainnya, serta keluarga berencana. Tabel berikut ini adalah rincian indikator-indikator tersebut.

Tabel 1. 2. Indikator Kesehatan Reproduksi

No	Indikator Kesehatan Reproduksi	Keterangan
	Safe Motherhood	
1.	Cakupan *Antenatal care* (estimasi)	
2.	Insiden komplikasi dari *unsafe/spontaneous abortion* per 1000 kelahiran hidup	
3.	Cakupan skrining sifilis (estimasi)	
4.	Prevalensi kejadian infensi sifilis pada ibu	

No	Indikator Kesehatan Reproduksi	Keterangan
	hamil	
5.	*Crude Birth Rate*	
6.	Kematian Neonatal per 1000 Kelahiran Hidup	
7.	Angka Kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah	
8.	Angka *Stillbirth*	
9.	Persalinan oleh Tenaga Terlatih/Nakes	
10.	Cakupan *Antenatal Care*	
11.	Cakupan Skrining Sifilis	
12.	Insiden Komplikasi Obstetrik	
13.	Cakupan *Postnatal Care*	
Indikator Kekerasan Seksual		
1.	Insiden Kekerasan Seksual	
2.	Perawatan tepat waktu bagi korban kekerasan seksual	
Indikator HIV/AIDS/Penyakit Menular Seksual		
1.	Skrining pemeriksaan darah HIV	
2.	Cakuipan Pemakaian kondom (estimasi) per 1000 populasi	
3.	Insiden Penderita Penyakit Menular Seksual (total per 1000 populasi)	

No	Indikator Kesehatan Reproduksi	Keterangan
Indikator Keluarga Berencana		
1.	Angka Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi	

Sumber :(WHO,1998); (UN, 2017)

1.4 Gender dan Kesehatan Reproduksi

Globalisasi dengan kemajuan ilmu pengetahuan, industrialisasi dan modernisasi, telah mengakibatkan perubahan-perubahan sosial yang amat cepat. Perubahan sosial antara lain meningkatnya perilaku seks sebelum menikah, juga kehamilan di luar nikah yang dilakukan oleh remaja, akibat berubahnya nilai-nilai kehidupan keluarga dan masyarakat menjadikan masa remaja menjadi masa yang tidak begitu menguntungkan. Terjadi kehamilan yang tidak diinginkan, praktik aborsi yang dapat membawa resiko kematian pada remaja. Rendahnya pemenuhan hak-hak reproduksi dapat diketahui dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB)(Hasanah, 2016).

Beberapa sumber menyatakan bahwa kematian ibu di beberapa daerah di Indonesia dapat disebabkan karena 3-4 Terlambat salah satunya adalah pengambilan keputusan pada kondisi kritis yang membutuhkan rujukan, dimana seorang perempuan harus menunggu keputusan untuk melakukan rujukan dari beberapa orang laki-laki, baik suaminya, orang tua dan orang lain yang dianggap berpengaruh. Hal ini disebabkan karena dirinya sebagai

seorang perempuan tidak cukup berkuasa atau berhak menentukan keputusan terhadap apa yang terjadi pada tubuhnya atau kesehatan reproduksinya sendiri, juga masalah adat dan keyakinan, serta faktor sosial, kemiskinan dan demografi (Manuk et al., 2021, Juwita, 2015, Bakoil et al., 2017, Purba, 2020). Berikut ini adalah beberapa terminology terkait gender dalam kesehatan reproduksi.

Jenis kelamin mengacu pada atribut biologis dan fisiologis yang mengidentifikasi seseorang sebagai laki-laki atau perempuan. Gender mengacu pada atribut dan peluang ekonomi, sosial, dan budaya yang terkait dengan menjadi laki-laki atau perempuan dalam lingkungan sosial tertentu pada titik waktu tertentu.

Kesetaraan gender berarti perlakuan yang sama terhadap perempuan dan laki-laki dalam hukum dan kebijakan, dan akses yang sama terhadap sumber daya dan layanan dalam keluarga, komunitas, dan masyarakat luas. Kesetaraan gender berarti keadilan dan kesetaraan dalam distribusi manfaat dan tanggung jawab antara perempuan dan laki-laki. Seringkali diperlukan program dan kebijakan khusus perempuan untuk mengakhiri ketidaksetaraan yang ada. Diskriminasi gender mengacu pada setiap pembedaan, pengecualian, atau pembatasan yang dibuat atas dasar sosial peran dan norma gender yang dibangun yang mencegah seseorang menikmati hak asasi manusia secara penuh (Worku and Gebresilassie, 2008).

Stereotip gender merujuk pada keyakinan yang begitu mengakar dalam kesadaran kita sehingga banyak dari kita menganggap peran gender itu alami dan kita tidak mempertanyakannya.

Bias gender merujuk pada prasangka berbasis gender; asumsi yang diungkapkan tanpa alasan dan umumnya tidak menguntungkan.

Pengarusutamaan gender yaitu penggabungan isu gender ke dalam analisis, formulasi, implementasi, pemantauan strategi, program, proyek, kebijakan, dan kegiatan yang dapat mengatasi ketidaksetaraan antara perempuan dan laki-lak

Analisis gender adalah alat penelitian yang membantu pembuat kebijakan dan manajer program menghargai pentingnya isu gender dalam desain, implementasi, dan evaluasi proyek mereka.

Konstruksi Sosial Gender adalah Orang-orang yang terlibat, Anggota keluarga, teman sebaya, guru, dan orang-orang di lembaga pendidikan dan agama adalah biasanya yang pertama kali memperkenalkan anak pada kode perilaku gender yang sesuai. Hal ini sering kali berhubungan dengan jenis orang yang terlibat. Misalnya, rumah atau keluarga, tempat bermain, di sekolah atau di gereja untuk teman sebaya, guru, dan orang dewasa pada umumnya.(Worku and Gebresilassie, 2008).

Pembagian kerja: jenis pekerjaan rumah tangga yang diharapkan dilakukan anak perempuan dibandingkan dengan anak laki-laki; anak perempuan bekerja di dalam rumah dan anak laki-laki di luar; anak perempuan bekerja untuk orang lain di rumah, misalnya memasak, mencuci piring, membersihkan rumah, dan mencuci pakaian; anak laki-laki disuruh pergi keluar untuk melakukan tugas; anak perempuan melakukan hal-hal untuk anak laki-laki seperti menyajikan makanan, membersihkan setelah mereka, dan

mencuci pakaian mereka; anak laki-laki di beberapa budaya diminta untuk menemani anak perempuan di depan umum.

Kode berpakaian: di berbagai budaya, anak perempuan dan anak laki-laki diharapkan berpakaian berbeda sejak mereka lahir. Perbedaan ini dapat bervariasi di berbagai budaya dan masyarakat.

Pemisahan fisik anak laki-laki dan perempuan: di banyak budaya, terutama di Asia, pemisahan fisik dimulai sejak usia dini. Pengalaman umum yang sering terjadi meliputi, diberitahu untuk tidak bermain dengan anggota lawan jenis, atau tidak terlibat dalam aktivitas apa pun yang akan membawa seseorang ke dalam kontak fisik dengan orang-orang dari lawan jenis. Jenis permainan yang dimainkan anak perempuan dan laki-laki biasanya anak perempuan tidak dianjurkan untuk bermain permainan seperti sepak bola, yang melibatkan aktivitas fisik yang kuat dan kontak fisik satu sama lain, meskipun dapat berbeda pada masa kini, sebagaimana kita ketahui bahwa cabang olahraga sepak bola pun sudah ada untuk perempuan; anak laki-laki sering tidak diperbolehkan bermain boneka atau bermain sebagai ibu rumah tangga. Anak laki-laki yang tidak terlibat dalam permainan fisik yang kasar dianggap sebagai "banci".

Respons emosional sudah jelas bahwa anak perempuan dan laki-laki diharapkan untuk merespons secara berbeda terhadap rangsangan yang sama; meskipun menangis dapat diterima, hal itu dianggap sebagai kelemahan pada anak laki-laki, namun demikian dengan majunya ilmu pengetahuan, informasi dan teknologi

khususnya dalam bidang ilmu psikologi, menangis pada kaum laki-laki lebih dapat dimaklumi dewasa ini.

Respons intelektual yakni ada harapan bahwa anak perempuan tidak boleh membantah atau mengungkapkan pendapat mereka. Hal ini sering disebutkan dalam kaitannya dengan sekolah dan bagaimana guru lebih memperhatikan anak laki-laki karena mereka mengharapkan lebih banyak dari anak laki-laki khususnya di benua Asia, namun cenderung diberlakukan sama pada masa kini. Dalam satu program pelatihan, seorang peserta dari Jepang menceritakan kisah tentang bagaimana, ketika dia memperoleh nilai tertinggi di kelas, gurunya meneleponnya dan memintanya untuk setuju, bahwa ia akan memberikan nilai tertinggi kepada anak laki-laki yang benar-benar berada di posisi kedua. Ia menjelaskan bahwa tidak baik bagi anak laki-laki untuk berada di posisi kedua dan anak laki-laki tidak akan memperlakukan anak perempuan dengan baik jika ia mendapatkan nilai yang lebih baik dari mereka. Kelas, kasta, etnis, dan perbedaan lainnya. Jelajahi bagaimana perbedaan di antara kelas, kasta, etnis, dan kebangsaan memengaruhi bagaimana anak perempuan dan laki-laki diharapkan berperilaku. Misalnya, pemisahan fisik antara anak laki-laki dan perempuan mungkin tidak seketat di tempat lain.(Worku and Gebresilassie, 2008)

1.5 Akses Universal Terhadap Kesehatan Reproduksi Merupakan Hal Yang Penting Bagi Pembangunan Manusia

Hak reproduksi adalah hak asasi manusia, yang mengakui hak dasar semua pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anak-anak mereka, dan untuk memiliki informasi dan sarana untuk melakukannya, serta hak untuk mencapai standar kesehatan seksual dan reproduksi tertinggi -Program Aksi ICPD (Utomo et al., 2011).

Kelompok usia reproduksi (15-49 tahun) sering kali merupakan kelompok penduduk yang paling produktif; status kesehatan dan kesejahteraan mereka sangat penting bagi pembangunan manusia dan pertumbuhan suatu bangsa. Namun, hal ini belum sepenuhnya diakui, karena masalah kesehatan reproduksi tetap menjadi penyebab utama kesehatan yang buruk dan kematian bagi perempuan usia subur di seluruh dunia.(Sedgh and Ball, 2008)

Kesehatan reproduksi merupakan komponen penting dari modal manusia. Investasi dalam kesehatan reproduksi telah dikaitkan dengan angka fertilitas dan mortalitas ibu dan anak yang lebih rendah, yang pada akhirnya meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup secara keseluruhan

Investasi dalam kesehatan reproduksi menghasilkan keuntungan yang signifikan bagi pembangunan ekonomi dengan meningkatkan kesehatan keluarga dan anak,

melindungi lingkungan, meningkatkan keamanan, dan memajukan hak-hak perempuan.

Sebagai negara dengan populasi terbanyak keempat, Indonesia menghadapi peluang dan tantangan. Lebih dari 80 persen, atau 123 juta, dari populasi usia produktif Indonesia (usia 15-64) berada pada usia reproduksi. Setidaknya 50 persen dari kelompok ini adalah perempuan. Strategi yang kuat untuk menangani kesehatan mereka dan meningkatkan potensi mereka diperlukan untuk pengembangan modal manusia. Kegagalan untuk mengenali peluang ini akan menjadi kerugian besar bagi pembangunan negara.(Central-Bureau-Statistics, 2007)

DAFTAR PUSTAKA

BAKOIL, M. B., SUPRIYANTO, S. & KOESBARDIATI, T. 2017. Hubungan jaminan persalinan, jarak tempat tinggal, waktu tempuh dan kebiasaan masyarakat terhadap pemanfaatan tempat persalinan di Kabupaten Timor Tengah Selatan. *Jurnal Info Kesehatan,* 15**,** 82-96.

CENTRAL-BUREAU-STATISTICS 2007. *Young Adult Reproductive Health Survey*, Central Bureau of Statistics.

HASANAH, H. 2016. Pemahaman kesehatan reproduksi bagi perempuan: Sebuah strategi mencegah berbagai resiko masalah reproduksi remaha. *SAWWA,* 11.

JUWITA, S. 2015. *Pengambilan keputusan rujukan ke Rumah Sakit pada ibu hamil berisiko tinggi dalam perspektif gender; Studi wilayah Puskemas Gondangrejo Kabupaten Karanganyar.* Pascasarjana, Universitas Sebelas Maret.

MANUK, M. M., AKBAR, M. I. A. & WITTIARIKA, I. D. 2021. Faktor yang mempengaruhi keterlambatan pengambilan keputusan untuk mendapat layanan kesehatan pada ibu hamil preekalmsia di RSUD MGR Gabriel Manek SDV Atambua. *Undonesian Midwifery and health Sciences Journal,* 5**,** 160-173.

PURBA, N. H. 2020. Analisis pencatatan pelaporan kematian maternal. *Higeia Journal of Public Health Research and Development,* 4**,** 411-422.

REPUBLIK_INDONESIA 2009. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Negara Kesatuan Republik Indonesia.

REPUBLIK_INDONESIA 2023. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta: Negara Republik Indonesia.

ROSITA, E., DANIATI, D., SILFIA, N. N., DEWI, K. A. P., NURTINI, N. M., DEWI, N. W. E. P., DEWI, F. R., ASRAWATY, MUFIDAH, MARDIYAH, M. S. & JANURIWASTI, D. E. 2024. *Asuhan*

Kebidanan pada Kesehatan Reproduksi Wanita, Jambi, PT. Sonpedia Publishing Indonesia.

SEDGH, G. & BALL, H. 2008. *Abortion in Indonesia,* New York, Guttmacher Institute.

SUTARJO, U. S., BUDIJANTO, D., KURNIAWAN, R., YUDIANTO, HARDHANA, B., SISWANTI, T., BUDIONO, C. S., KURNIASIH, N., MANNULLANG, E. V., WARDAH, ISMANDARI, F., SUSANTI, M. I., SUPRIYONOPANGRIBOWO, HARPINI, A., KHAIRANI, APRIANDA, R., SURYANTISA, I., SATRIANI, E., INDRAYANI, Y. A., MARDINA, R., WAHYUDI, T., SARI, D. M., HABIBI, H. A., SIGIT, B. B., SININ & MASLINDA, H. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017,* Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

TRIHONO, THAHA, A. R., MUSADAD, A., JUNADI, P., KUSNANTO, H., SUGIHANTONO, A., WITOELAR, F., SISWANTO & ARIAWAN, I. 2023. *Survey Kesehatan Indonesia Dalam Angka,* Jakarta, Kementerian Kesehatan Indonesia, Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

UN 2017. *Reproductive Health Policies 2017; Data Booklet*, United Nations.

UNFPA & WHO 2012. *Universal Access to Reproductive Health Services: An Unfinished Business, World Population Day,* Jakarta, United Nations Population Fund and World Health Organization.

UTOMO, I. D., MCDONALD, P. & HULL, T. 2011. *Reproductive Health Services for Single Young Adults. Policy Brief no.5: The 2010 Greater Jakarta Transition to Adulhood Study,* Canberra, Australian National University.

WHO 1998. *World Health Day : Safe Motherhood,* Geneva, World Health Organization.

WHO, UNFPA & UNHCR 1998. *Reproductive Health in Refugee Situation, an Inter-agency Filed Manual,* Geneva, World health Organization.

WORKU, F. & GEBRESILASSIE, S. 2008. Reproductive Health for Health Science Students; in collaboration with The Carter Canter (EPHTI) and The Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Edication and Ministri of Health. Gondar-Ethiopia: University of Gondar.

BAB 2
KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

Oleh Nur Khasanah

2.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi adalah bagian vital dari kehidupan manusia yang tidak hanya mencakup kesehatan fisik, tetapi juga kesejahteraan emosional dan sosial yang berkaitan dengan sistem reproduksi di semua tahap kehidupan. Dalam konteks ini, perspektif gender memainkan peran krusial dalam memahami dan menangani isu-isu kesehatan reproduksi. Gender, yang merujuk pada peran, perilaku, dan norma sosial yang dikaitkan dengan jenis kelamin tertentu dalam suatu masyarakat, mempengaruhi akses, kualitas, dan hasil layanan kesehatan reproduksi.

Dalam banyak masyarakat, perbedaan gender dapat menciptakan ketidaksetaraan dalam akses terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Contohnya, perempuan sering kali memikul tanggung jawab yang lebih besar terkait dengan kesehatan keluarga dan reproduksi, namun mereka mungkin menghadapi berbagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan yang memadai. Hambatan-hambatan ini bisa berupa kurangnya pendidikan, stigma sosial, atau kendala ekonomi.

Selain itu, norma-norma gender juga dapat mempengaruhi perilaku kesehatan dan keputusan yang diambil oleh individu terkait dengan kesehatan reproduksi mereka. Pria dan wanita mungkin memiliki pandangan yang berbeda mengenai penggunaan kontrasepsi, perawatan selama kehamilan, dan pencegahan penyakit menular seksual, yang semuanya berdampak pada kesehatan reproduksi mereka.

Dalam studi kesehatan reproduksi dari perspektif gender, penting untuk mempertimbangkan bagaimana norma dan peran gender mempengaruhi pengalaman kesehatan reproduksi individu. Pendekatan ini tidak hanya membantu dalam mengidentifikasi kesenjangan yang ada, tetapi juga dalam merancang intervensi yang lebih efektif dan adil dalam meningkatkan kesehatan reproduksi bagi semua gender. Dengan demikian, pemahaman yang mendalam mengenai kesehatan reproduksi dalam perspektif gender dapat berkontribusi pada pencapaian kesetaraan gender dan kesehatan yang lebih baik bagi seluruh masyarakat.

2.2 Teori Kesetaraan Gender

Gender merujuk pada perbedaan peran, atribut, karakteristik, sikap, dan perilaku dalam masyarakat. Gender juga bisa diartikan sebagai kumpulan peran yang dibentuk oleh masyarakat melalui proses sosialisasi yang berkaitan dengan jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Diskriminasi berdasarkan perbedaan gender masih terjadi di berbagai bagian dari kehidupan di seluruh dunia. Meski peradaban telah maju, diskriminasi gender tetap berlangsung (Aminah,

2012). Konsep kesetaraan gender (Gender Equality) berakar dari dua instrumen internasional, yakni Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia dan Konvensi Penghapusan Seluruh Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (Gupta, 2019). Kedua instrumen ini menekankan bahwa semua manusia lahir dengan kebebasan dan kesetaraan, dengan demikian laki-laki dan perempuan mempunyai hak yang sama.

Seiring berjalannya waktu, sejarah dan budaya manusia telah mengalami transformasi yang signifikan dalam hal peran dan status individu di masyarakat. Perubahan ini juga memengaruhi partisipasi dan posisi gender, baik laki-laki maupun perempuan, pada seluruh bagian kehidupan keluarga dan sosial. Dampak evolusi ini menghasilkan budaya yang membentuk pandangan umum terhadap gender. Permasalahan ini memotivasi perempuan untuk berjuang demi kesetaraan keadilan dan hak gender (Astuti, 2011).

Masalah tentang kesetaraan gender secara erat terkait dengan perjuangan HAM yang diprakarsai PBB sejak 1945. Pada Deklarasi (KKG) Kesetaraan dan Keadilan Gender, ditegaskan bahwasanya laki-laki dan perempuan mempunyai kesamaan hak untuk pekerjaan, kesempatan memperoleh layanan, serta posisi sosial dan ekonomi yang sejajar. Menurut Fadhilah (2018), kesetaraan gender diyakini dapat mempercepat kemajuan negara. Promosi kesetaraan gender menjadi strategi efektif dalam pembangunan nasional, utamanya untuk memberdayakan seluruh masyarakat laki-laki atupun perempuan, sebagai upaya peningkatan kesejahteraan mereka. Dengan demikian, hal ini diharapkan dapat mempercepat pembangunan nasional secara keseluruhan.

Teori kesetaraan gender di Indonesia tercermin dalam tujuan ke-5 dari Sustainable Development Goals (SDGs), di antaranya adalah fokus dalam peningkatan kesejahteraan dan pemberdayaan perempuan dalam pembangunan nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

2.3 Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan keseluruhan kesejahteraan mental, fisik dan sosial mencakup semua aspek dari sistem reproduksi dan fungsinya, bukan sekadar bebas dari penyakit atau cacat. Beberapa aspek yang memengaruhi kesehatan reproduksi meliputi:

1) Aspek Sosial Ekonomi dan Demografi

   Kondisi sosial ekonomi seseorang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Kondisi ekonomi individu dapat mempengaruhi pandangan mereka terhadap perawatan anak dan kemampuan untuk memenuhi keperluan anak. Kondisi ekonomi yang buruk seringkali sebagai penyebab utama masalah kesehatan reproduksi, sebagai contoh wanita yang terpaksa terlibat dalam pekerjaan seks komersial untuk mencukupi kebutuhan ekonomi, yang meningkatkan kerentanan mereka terhadap masalah kesehatan reproduksi. Kondisi ekonomi yang buruk, pendidikan yang rendah utamanya dalam masalah edukasi terkait reproduksi dan perkembangan seksual, dan juga bermukim di daerah terpencil sering menjadi aspek utama dalam terbentuknya permasalahan kesehatan reproduksi (Palamuleeni, 2013).
2) Aspek Budaya dan Lingkungan

Budaya dan lingkungan berperan dalam kondisi kesehatan reproduksi masyarakat. Aspek praktik tradisional dan kepercayaan budaya tertentu dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Misalnya, anggapan bahwa banyak anak banyak rezeki dapat berdampak negatif bagi kesehatan reproduksi perempuan, terutama jika melahirkan banyak anak dengan jarak kelahiran yang dekat. Praktik sunat pada bayi perempuan memiliki risiko cukup besar dibandingkan dengan manfaatnya, terutama jika dilakukan tanpa kebersihan dan rawat luka yang steril (Farida, 2017).

3) Aspek Psikologis

Aspek psikologis terkait kondisi mental dan cara berpikir seseorang dapat dipengaruhi oleh peristiwa traumatis yang pernah dialami. Pengaruh ini sering kali ditentukan oleh respons dan sikap individu terhadap interaksi sosial serta cara mereka mengolah pengalaman tersebut dalam pikiran mereka. Sebagai contoh, perceraian atau konflik dalam rumah tangga bisa menyebabkan trauma pada anak-anak, yang mungkin mengalami depresi, isolasi diri, atau tergoda untuk terlibat dalam perilaku berisiko seperti pergaulan bebas karena minimnya perhatian dan bimbingan dari orang tua.

Di sisi lain, pengawasan yang berlebihan dari orang tua juga bisa membuat anak merasa terkekang dan kehilangan kebebasan, mendorong mereka untuk menjadi tertutup. Selain itu, kurangnya pendidikan seksual yang benar dari orang tua dapat mendorong anak mencari informasi sendiri yang sering kali tidak tepat atau menyesatkan (Wilis, 2013).

4) Aspek Biologis

Aspek biologis terkait kondisi fisik manusia mencakup berbagai masalah, seperti cacat bawaan, cacat saluran reproduksi setelah penyakit, dan penyakit menular seksual. Kelainan hormonal atau defisiensi hormon tertentu juga dapat menyebabkan permasalahan kesehatan reproduksi. Contoh yang lain meliputi cacat saluran reproduksi setelah terinfeksi penyakit menular seksual, gizi buruk kronis, anemia, pelvik inflamasi disease (PID), serta kanker organ reproduksi.

Pada International Conference on Population and Development (ICPD) tahun 1994 di Kairo, ditegaskan bahwasanya hak-hak reproduksi, termasuk hak untuk keluarga berencana, harus ditekankan berdasarkan prinsip kesetaraan gender tanpa memandang aspek apapun.

Dalam sejarah dan perkembangan budaya manusia, ketimpangan gender memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan reproduksi, baik pada laki-laki atau perempuan, dengan beberapa alasan sebagai berikut:

1) Masalah kesehatan reproduksi bisa timbul dari masa kanak-kanak sampai usia lanjut. Contohnya termasuk kasus inses pada anak, perilaku bebas pada remaja, kehamilan usia muda, kesulitan kesuburan, masalah kesehatan ibu terkait kehamilan dan persalinan, serta tantangan kesehatan reproduksi selama menopause pada perempuan atau perubahan hormon pada pria di usia lanjut.
2) Perempuan memiliki risiko lebih tinggi mengalami masalah kesehatan reproduksi terkait kehamilan, persalinan, aborsi yang tak aman, dan penggunaan alat

kontrasepsi. Secara biologis dan sosial, sistem reproduksi perempuan lebih rentan terhadap berbagai infeksi menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

3) Masalah kesehatan reproduksi tak bisa lepas dari interaksi antara laki-laki dan perempuan, tetapi kenyataannya, campur tangan, dorongan, dan keikutsertaan laki-laki dalam kesehatan reproduksi cenderung lebih rendah dibanding perempuan.
4) Laki-laki juga dapat mengalami risiko masalah kesehatan reproduksi seperti infeksi menular seksual dan HIV/AIDS. Maka, metode untuk meningkatkan kesehatan reproduksi harus memperhitungkan kebutuhan, kepedulian, dan tanggung jawab laki-laki.
5) Perempuan terlalu mudah menjadi korban KDRT atau perlakuan kasar yang terjadi karena ketidaksetaraan gender.
6) Kesehatan reproduksi sering kali dianggap sebagai domain yang lebih terkait dengan perempuan, misalnya dalam hal keluarga berencana atau penentuan metode kontrasepsi (Abdurahman, 2022).

2.5 Ketidakadilan atau Diskriminasi Gender

Masih sering kali kita temui berbagai masalah ketidakadilan gender dalam kehidupan masyarakat. Ketidakadilan ini berhubungan dengan perbedaan dalam peran dan tugas antara laki-laki dan perempuan yang menghasilkan ketidaksetaraan. Pada umumnya, perbedaan gender tidak menjadi masalah asalkan tidak menyebabkan diskriminasi atau ketidakadilan. Pada dasarnya, perbedaan gender adalah fenomena alami. Namun, dalam praktiknya, ketidakadilan dan diskriminasi gender masih sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari, termasuk:

1) Marginalisasi

Marginalisasi adalah tindakan memutus jangkauan pada sumber daya seperti teknologi informasi, pendidikan, dan pekerjaan, yang mengakibatkan kemiskinan bagi gender tertentu, baik laki-laki maupun perempuan. Marginalisasi bisa terjadi karena kebijakan pembangunan yang tidak merata atau kompetisi di lapangan yang didominasi oleh kelompok tertentu. Khususnya perempuan, marginalisasi sering terjadi karena cara masyarakat membangun peran gender, yang menempatkan perempuan dalam peran menjadi pengurus rumah tangga dan bergantung ekonomi pada laki-laki. Akibatnya, perempuan sering kali mendapat posisi dan upah yang lebih rendah, seperti dalam pekerjaan rumah tangga atau di pabrik (Fakih, 2012).

2) Subordinasi

Subordinasi adalah perilaku menurunkan kedudukan atau status sosial salah satu gender. Sebagai contoh, persepsi bahwa perempuan cenderung tidak rasional dan terlalu emosional sering kali menyebabkan mereka dianggap kurang kompeten dalam politik atau kepemimpinan, sehingga sering ditempatkan dalam posisi yang lebih rendah dibanding laki-laki. Tak sedikit yang masih meyakini bahwa pendidikan tinggi tidak penting bagi perempuan. Dalam keluarga dengan sumber daya terbatas, sering kali laki-laki lebih diprioritaskan untuk mendapatkan pendidikan. Selain itu, suami sering kali bebas memutuskan untuk bekerja atau belajar jauh tanpa persetujuan istri, sementara istri harus meminta izin suami (Aktaria, 2012).

3) Stereotip

Stereotip adalah pelabelan pada kelompok gender tertentu yang menimbulkan ketidakadilan. Contohnya, anggapan bahwa perempuan yang berdandan memancing lawan jenis. Jika terjadi pelecehan seksual, masyarakat sering menyalahkan perempuan. Stereotip lain adalah keyakinan bahwa peran utama perempuan yaitu melayani suami dan keluarga, yang menyebabkan pendidikan dan karir perempuan dianggap kurang penting. Mengurus rumah tangga dianggap pekerjaan perempuan, sehingga pekerja rumah tangga sering diberi upah rendah, padahal pekerjaan serupa di luar rumah seperti chef dihargai lebih tinggi (Martin, 2009).

4) Kekerasan terhadap Perempuan

Kekerasan merupakan seluruh bentuk serangan mental atau fisik yang dapat menyebabkan cedera, penderitaan, atau kerugian bagi individu yang menjadi sasaran. Kekerasan sering terjadi pada perempuan yang dianggap lemah dan menjadi objek seksual. Kekerasan dalam rumah tangga sering disebabkan oleh pandangan bahwa perempuan mempunyai derajat yang lebih rendah dibandingkan laki-laki, sehingga suami merasa memiliki hak untuk menggunakan kekerasan atau melakukan perlakuan kasar terhadap istri mereka (Syamsiah, 2014).

5) Beban Kerja Ganda

Seringkali perempuan dianggap memiliki sifat pemeliharaan dan dianggap tidak tepat untuk menjadi kepala rumah tangga, sehingga mereka sering kali diharapkan untuk menanggung semua pekerjaan rumah tangga. Perempuan yang bekerja di luar rumah masih harus menangani tugas-tugas rumah tangga,

sehingga menghadapi beban kerja ganda. Mereka bekerja dengan lebih intens dan lebih lama, mengurus urusan rumah tangga dari pagi hingga malam hari. Selain itu, perempuan juga memiliki peran reproduksi, seperti mengandung dan mengasuh anak. Hal ini menyebabkan perempuan memiliki beban ganda dan jam kerja lebih panjang. Pekerjaan sebagai asisten rumah tangga juga sering dianggap sebagai pekerjaan rendah dan diberi upah rendah (Kenny, 2014).

Ketidakadilan gender telah terjadi dalam berbagai bentuk dan tingkat, tercermin dalam berbagai manifestasi yang telah dibahas, seperti:

1) Lingkungan Keluarga

   Ketidakadilan gender dapat dilihat dalam proses memutuskan sesuatu, pembagian tugas dan tanggung jawab di rumah tangga, serta dalam dinamika interaksi antar anggota keluarga yang sering kali dipengaruhi oleh stereotip gender.

2) Lingkungan Masyarakat

   Ketidakadilan juga mempengaruhi adat istiadat dan norma masyarakat, di mana perempuan seringkali dipandang sebagai kelompok yang rentan atau kurang kuat.

3) Lingkungan Kerja atau Organisasi

   Di lingkungan kerja atau organisasi, perempuan jarang diberikan kesempatan untuk mengisi posisi kepemimpinan tertinggi.

4) Tingkat Negara

   Ketidakadilan gender juga terjadi dalam kebijakan negara, yang dapat mencerminkan bias gender dan diskriminasi. Sebagai contoh, UU No.7 Tahun 1974

mengatur peran gender laki-laki dan perempuan, terutama pada pasal 31 dan 34 yang menyatakan bahwa istri memiliki kewajiban untuk mengurus rumah tangga di sisi lain suami dianggap sebagai kepala rumah tangga (Taufik, 2022).

Masalah gender cukup relevan dengan kesehatan reproduksi perempuan. Masalah yang sering timbul termasuk kesulitan perempuan dalam memutuskan sesuatu tentang kesehatan reproduksi mereka, juga sikap dan tindakan di lingkungan yang lebih memprioritaskan kepentingan laki-laki. Di Indonesia, stigma terhadap penyakit reproduksi pada perempuan masih menjadi masalah yang signifikan. Meskipun penyakit yang sama diderita baik oleh laki-laki maupun perempuan, namun dampaknya seringkali berbeda dalam masyarakat, terutama dalam bentuk perlakuan diskriminatif baik secara fisik maupun seksual (Fachriyah et al., 2021).

Prinsip-prinsip hak seksual yang dikemukakan oleh Mulia (2015) sangat relevan dalam konteks isu-isu kesehatan reproduksi perempuan:

a) Hak atas kenikmatan seksual tanpa khawatir terhadap infeksi penyakit, kehamilan yang tidak diinginkan, atau kerusakan tubuh.
b) Hak untuk mengekspresikan diri secara seksual dan membuat keputusan seksual yang sesuai dengan nilai-nilai personal, etika, dan sosial.
c) Hak atas perawatan, informasi, pendidikan, dan layanan kesehatan seksual.
d) Hak atas integritas tubuh dan kebebasan untuk memilih kapan, bagaimana, dan dengan siapa untuk

aktif secara seksual serta terlibat dalam hubungan seksual dengan penuh kesadaran.

e) Hak untuk memasuki hubungan, termasuk perkawinan, dengan kesadaran bebas dan tanpa paksaan sebagai orang dewasa.
f) Hak atas privasi dan kerahasiaan dalam mencari layanan perawatan kesehatan reproduksi dan seksual.
g) Hak untuk mengekspresikan seksualitas tanpa mengalami diskriminasi serta memiliki kebebasan dalam reproduksi.

2.6 Dampak Ketidaksetaraan Gender

Matswetu dan Bhana (2018) menegaskan bahwa dampak ketidaksetaraan gender mencakup berbagai aspek yang mempengaruhi kesehatan reproduksi secara signifikan. Dampak-dampak ini mencakup aktivitas seksual pranikah yang mengakibatkan kehamilan, dikeluarkan dari sekolah, berkurangnya peluang kerja yang terkait dengan kemiskinan, ketergantungan kepada laki-laki, dan penyebaran infeksi HIV. Pendidikan kesehatan reproduksi dengan pendekatan sensitif gender meliputi pemberdayaan perempuan dalam diskusi antar pasangan (Li, C. et al., 2017).

1) Aktivitas Seksual Pranikah yang Menyebabkan Kehamilan

Ketidaksetaraan gender sering kali menyebabkan perempuan, terutama remaja perempuan, tidak memiliki akses atau pengetahuan yang cukup tentang kontrasepsi dan kesehatan seksual. Hal ini mengakibatkan tingginya angka kehamilan di kalangan remaja. Kehamilan pranikah ini tidak hanya mempengaruhi kesehatan fisik perempuan, tetapi juga

menimbulkan dampak psikologis seperti stres dan depresi. Selain itu, perempuan yang hamil di usia muda cenderung menghadapi komplikasi kesehatan seperti anemia dan preeklamsia, yang bisa mengancam nyawa ibu dan bayi.

2) Dikeluarkan dari Sekolah

Kehamilan pranikah sering kali mengakibatkan remaja perempuan dikeluarkan dari sekolah. Hal ini berdampak pada masa depan mereka karena pendidikan yang terputus mengurangi peluang mereka untuk memperoleh pekerjaan yang layak. Kurangnya pendidikan juga membatasi kemampuan mereka untuk memahami dan mengakses informasi kesehatan yang penting, termasuk informasi tentang kesehatan reproduksi, yang dapat memperparah siklus kemiskinan dan ketidaksetaraan gender.

3) Berkurangnya Kesempatan Kerja yang Berhubungan dengan Kemiskinan

Ketidaksetaraan gender dalam akses pendidikan dan pekerjaan berarti perempuan lebih mungkin untuk bekerja di bidang informal dengan gaji rendah dan kondisi kerja yang buruk. Hal ini memperburuk kemiskinan dan ketergantungan ekonomi pada laki-laki. Kemiskinan berdampak negatif pada kesehatan reproduksi, karena perempuan miskin sering kali tidak mempunyai jangkauan ke layanan kesehatan yang memadai, termasuk perawatan prenatal dan postnatal, kontrasepsi, dan pengobatan infeksi menular seksual.

4) Ketergantungan kepada Laki-laki

Ketidaksetaraan gender juga memperkuat ketergantungan perempuan pada laki-laki, baik secara ekonomi maupun sosial. Ketergantungan ini membatasi kemampuan perempuan untuk mengambil keputusan terkait kesehatan reproduksi mereka sendiri. Misalnya, dalam banyak kasus, perempuan tidak dapat memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi tanpa persetujuan suami. Hal ini dapat mengakibatkan tingginya angka kehamilan yang tidak diinginkan dan berdampak negatif pada kesehatan ibu dan anak.

5) Penyebaran Infeksi HIV

Ketidaksetaraan gender juga berkontribusi pada penyebaran infeksi HIV. Perempuan yang tidak memiliki kekuatan untuk bernegosiasi tentang praktik seksual yang aman dengan pasangan mereka lebih rentan terhadap penularan HIV. Selain itu, stigma dan diskriminasi terhadap perempuan yang hidup dengan HIV sering kali menghalangi mereka untuk mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan. Ketidaksetaraan gender dalam akses terhadap pendidikan dan layanan kesehatan memperparah situasi ini.

DAFTAR PUSTAKA

Abdurahman, C., Oljira, L., Hailu, S., Mengesha, M.M., (2022). Sexual and reproductive health services utilization and associated factors among adolescents attending secondary schools. Reproductive Health, 19(1), p.161.

Aktaria, E. and Budiono, S., (2012). Ketimpangan Gender Dalam Pertumbuhan Ekonomi. Jurnal Ekonomi Pembangunan, 13(2), pp.194-206.

Aminah, S., (2012). Gender, Politik, Dan Patriarki Kapitalisme dalam Perspektif Feminis Sosialis. Jurnal Politik Indonesia, 1(2), pp.1-5.

Astuti, T.M.P., (2011). Konstruksi Gender dalam Realitas Sosial. Semarang: UNNES Press.

Fachriyah, F., Sukmawan, R. F., & Purba, T. S. K. (2021). Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia dalam Perspektif Gender. Edukasi Pernikahan Bagi Remaja Untuk Mencegah Pernikahan Dini Serta Menurunkan AKI Dan AKB Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045, 73–83.

Farida, J., Elizabeth, M.Z., et al., (2017). Sunat Pada Anak Perempuan (Khifadz) Dan Perlindungan Anak Perempuan Indonesia: Studi Kasus di Kabupaten Demak. Sawwa, 12(3).

Fakih, M., (2012). Analisis Gender & Transformasi Sosial. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Gupta, G.R., Oomman, N., Grown, C., Conn, K., Hawkes, S., and Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee., (2019). Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. Lancet, 393(10190), pp.2550-2562.

Kemenkes., (2017). Sustainable Development Goals SDGs: Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia.

Kenny, P., King, M.T. and Hall, J., (2014). The physical functioning and mental health of informal carers: evidence of caregiving impacts from an Australian population-based cohort. Health & Social Care in the Community, 22(6), pp.646-659.

Li, C., Cheng, Z., Wu, T., Liang, X., Gaoshan, J., Li, L., Hong, P., & Tang, K. (2017). The Relationships of School-Based Sexuality Education, Sexual Knowledge and Sexual Behaviors–A Study of 18,000 Chinese College Students. Reproductive Health, 14:103.

Martin, R. and Guijarro, M., (2009). Gender Inequality and Economic Growth in Spain: An Exploratory Analysis. The Review of Regional Studies, 39(1), pp.23-48.

Matswetu, V.S. & Bhana, D. (2018). Humhandara and Hujaya: Virginity, Culture, and Gender Inequalities Among Adolescents in Zimbabwe. SAGE Open, April-June 2018, pp. 1–11.

Mulia, M. (2015). Mengupas Seksualitas: Mengerti Arti, Fungsi, dan Problematika Seksual Manusia Era Kita. Opus Press.

Palamuleni, M.E., (2013). Socio-economic and demographic factors affecting contraceptive use in Malawi. African Journal of Reproductive Health, 17(3), pp.91-104.

Syamsiah, N., (2014). Wacana Kesetaraan Gender. Sipakalebbi, 1(2), pp.265-301.

Taufik, M., Hasnani, and Suhartina., (2022). Persepsi Masyarakat Terhadap Kesetaraan Gender Dalam Keluarga (Di Desa Mattiro Ade Kabupaten Pinrang). SOSIOLOGIA: Jurnal Agama dan Masyarakat, pp.50-59.

Willis, S.S., (2013). Konseling Keluarga (Family Counseling). Bandung: Alfabeta.

BAB 3
KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Oleh Nabila Amelia Hanisyah Putri

Kesehatan reproduksi remaja merujuk pada kondisi yang sehat dalam hal sistem, fungsi, dan proses reproduksi, yang juga mencakup kesehatan mental, sosial, serta budaya. Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994 menyatakan bahwa remaja perlu memahami kesehatan reproduksi dan seksual. Selain itu, remaja dianggap sebagai aset negara yang memerlukan perhatian khusus. Menurut Jarssa, Lodebo, dan Suloro, sekitar 16,8% populasi dunia adalah remaja, dengan 80% di antaranya berada di negara berkembang. Berdasarkan data Sakernas, 62,89% remaja Indonesia berusia 15-19 tahun yang masih berstatus sebagai pelajar. Proyeksi populasi menunjukkan adanya lonjakan pada tahun 2030, di mana sebagian besar remaja akan berada dalam usia reproduksi. (Mareti and Nurasa, 2022)

Remaja berusia 15-19 tahun termasuk dalam kelompok usia yang berisiko, dengan 33,3% remaja perempuan dan 34,5% remaja laki-laki diperkirakan berada pada risiko tersebut. Data dari Puslitbang pada tahun 2015 mencatat bahwa 8,26% remaja laki-laki dan 4,17% remaja

perempuan telah melakukan hubungan seksual pranikah, yang meningkatkan risiko remaja terkena penyakit menular seksual. (surawan, 2022)

Kesehatan reproduksi remaja adalah salah satu aspek penting dalam upaya peningkatan kualitas hidup generasi muda. Kesehatan reproduksi tidak hanya melibatkan aspek fisik, tetapi juga mencakup kesehatan mental, sosial, dan budaya. Mengingat pentingnya masa remaja sebagai periode transisi dalam kehidupan, memahami isu-isu kesehatan reproduksi di kalangan remaja menjadi hal yang krusial untuk memastikan perkembangan yang sehat secara holistik. (Saputro, 2018)

3.1 Masa Remaja dalam Tahapan Kehidupan Manusia

Seperti halnya pada semua periode yang penting, sela rentang kehidupan masa remaja mempunyai ciri-ciri tertentu yang membedakannya dengan periode sebelumnya dan sesudahnya. Masa remaja ini, selalu merupakan masa-masa sulit bagi remaja maupun orangtuanya. Namun hal ini merupakan bagian yang normnal dari perkembangan remaja itu sendiri. Adapun berbagai ciri yang menjadi kekhususan remaja antara lain (Mappiare, 2000);

1. ***Masa remaja sebagai periode yang penting*** karena terdapat perubahan fisik yang pesat disertai dengan perkembangan mental yang cepat, terutama pada awal masa remaja, memerlukan adaptasi mental yang baik. Pada tahap ini, remaja juga perlu mengembangkan

sikap, nilai-nilai, dan minat baru sebagai bagian dari proses penyesuaian diri.

2. ***Masa remaja sebagai periode peralihan*.** Remaja berada di antara masa kanak-kanak dan kedewasaan. Jika remaja berperilaku seperti anak-anak, remaja akan diarahkan untuk bertindak lebih sesuai dengan usia remaja. Namun, ketika mencoba bersikap seperti orang dewasa, sering kali remaja dianggap berlebihan dan dimarahi karena berusaha bertindak seperti orang yang lebih tua.
3. ***Masa remaja sebagai periode perubahan.*** Tingkat perubahan sikap dan perilaku pada masa remaja sejalan dengan perubahan fisik yang terjadi. Pada awal masa remaja, ketika perubahan fisik berlangsung dengan cepat, perubahan dalam perilaku dan sikap juga terjadi dengan cepat.

3.2 Transisi pada Kesehatan Reproduksi Kanak Kanak menjadi Remaja

Transisi dari masa kanak-kanak ke masa remaja merupakan periode yang signifikan dalam perkembangan kesehatan reproduksi seseorang. Pada masa ini, perubahan biologis, psikologis, dan sosial terjadi secara simultan, yang sangat memengaruhi pemahaman dan perilaku remaja terkait kesehatan reproduksi. Berikut ini merupakan perubahan yang terjadi pada masa remaja:

1. Perubahan Fisik. Pubertas adalah fase biologis utama yang menandai transisi dari masa kanak-kanak ke masa remaja. Selama pubertas, terjadi perubahan hormon yang memicu perkembangan organ reproduksi dan tanda-tanda seksual sekunder. Perubahan ini meliputi:
2. Perkembangan organ reproduksi. Pada perempuan, ovarium mulai memproduksi sel telur, dan menstruasi

(menarche) dimulai. Pada laki-laki, testis mulai memproduksi sperma, dan terjadi mimpi basah (nocturnal emission) sebagai tanda awal produksi sperma.

3. Perkembangan tanda seksual sekunder. Pada perempuan, tanda-tanda ini meliputi pembesaran payudara dan pinggul, serta tumbuhnya rambut di area kemaluan dan ketiak. Pada laki-laki, tanda-tanda ini meliputi pembesaran testis dan penis, suara yang menjadi lebih dalam, serta tumbuhnya rambut di wajah, dada, dan area kemaluan.
4. Perubahan fisik lainnya. Masa pubertas juga ditandai dengan pertumbuhan tinggi badan yang cepat dan perubahan komposisi tubuh, di mana terjadi peningkatan massa otot pada laki-laki dan peningkatan lemak tubuh pada perempuan. (Rahmadi, Zwagery and Ariani, 2014)

3.3 Faktor Risiko dan Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan kesehatan seksual dan reproduksi. Pada masa remaja, faktor-faktor ini berkaitan dengan perkembangan fisik, mental, sosial, serta lingkungan yang kompleks. Faktor risiko utama serta permasalahan yang memengaruhi kesehatan reproduksi remaja antara lain:

3.3.1 Perilaku Seksual yang Tidak Aman

Perilaku seksual yang tidak aman adalah salah satu faktor risiko utama bagi kesehatan reproduksi remaja. Hal ini mencakup hubungan seksual tanpa perlindungan,

berganti-ganti pasangan seksual, dan kurangnya pemahaman tentang pentingnya menggunakan alat kontrasepsi. Akibat dari perilaku ini termasuk:

a. Kehamilan tidak diinginkan. Remaja yang tidak menggunakan kontrasepsi berisiko tinggi mengalami kehamilan yang tidak direncanakan, yang dapat berdampak buruk pada pendidikan, kesejahteraan mental, dan kehidupan sosial remaja.
b. Penyakit menular seksual (PMS). Hubungan seksual tanpa perlindungan dapat menyebabkan penularan PMS, seperti HIV, gonore, dan klamidia.(Dalima Padut *et al.*, 2021)

3.3.2 Kurangnya Pendidikan Seksual

Kurangnya pengetahuan yang memadai tentang kesehatan reproduksi dan seksual merupakan salah satu penyebab utama terjadinya perilaku berisiko di kalangan remaja. Banyak remaja yang tidak mendapatkan pendidikan seksual yang komprehensif baik dari sekolah, keluarga, maupun sumber-sumber lain. Hal ini membuat remaja rentan terhadap:

a. Mitos dan informasi yang salah. Tanpa pengetahuan yang tepat, remaja cenderung percaya pada mitos atau informasi keliru tentang seksualitas, yang dapat memengaruhi perilaku remaja.
b. Pengambilan keputusan yang buruk. Keterbatasan informasi yang akurat membuat remaja tidak mampu membuat keputusan yang tepat mengenai hubungan seksual dan kesehatan reproduksi. (Supit *et al.*, 2023)

3.3.3 Tekanan Teman Sebaya dan Lingkungan Sosial

Tekanan teman sebaya dapat menjadi pendorong perilaku berisiko pada remaja. Dalam upaya untuk diterima atau "cocok" dengan kelompok sosialnya, remaja sering kali merasa terdorong untuk mencoba perilaku seksual yang mungkin belum siap remaja lakukan. Faktor sosial lainnya meliputi:

a. Pengaruh budaya pop dan media sosial. Eksposur remaja terhadap konten media yang menyajikan perilaku seksual bebas dapat membentuk persepsi yang salah tentang seksualitas dan norma sosial yang sehat.
b. Kurangnya pengawasan orang tua. Dalam lingkungan yang kurang mendukung dan terbuka, remaja dapat mengalami kebingungan mengenai peran sosial remaja dan lebih mudah terpengaruh oleh teman sebaya. (Intannia, Dahlan and Damaianti, 2020)

3.3.4 Keterbatasan Akses terhadap Layanan Kesehatan Reproduksi

Banyak remaja yang mengalami hambatan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja, termasuk klinik dan pusat kesehatan yang menyediakan layanan kontrasepsi, konseling, serta tes dan pengobatan untuk PMS. Adapun faktor-faktor yang menyebabkan keterbatasan akses ini meliputi stigma sosial dan kurangnya pusat kesehatan yang ramah dan tepat untuk remaja. Stigma yang melekat pada seksualitas dan kesehatan reproduksi dapat menghalangi remaja untuk mencari bantuan atau informasi yang remaja butuhkan. Selain itu tidak semua fasilitas kesehatan dirancang untuk melayani

remaja dengan pendekatan yang sensitif terhadap usia remaja, sehingga remaja sering merasa canggung atau takut untuk berkunjung. (Ritonga, 2018)

3.3.5 Kekerasan Seksual dan Pemaksaan

Kekerasan seksual, pemaksaan, atau eksploitasi seksual merupakan risiko signifikan bagi kesehatan reproduksi remaja. Remaja yang mengalami kekerasan seksual rentan terhadap trauma psikologis, penyakit menular seksual, serta kehamilan yang tidak diinginkan. Faktor ini semakin diperburuk oleh kurangnya perlindungan hukum dan kurangnya edukasi tentang hak reproduksi. Dbeberapa tempat, remaja tidak mendapatkan perlindungan hukum yang memadai dari kekerasan seksual, yang menyebabkan kerentanan terhadap eksploitasi. Selain itu, remaja yang tidak menyadari hak-hak reproduksi remaja mungkin saja lebih berpotensi menjadi korban kekerasan atau pemaksaan seksual.

3.3.6 Kurangnya Dukungan Psikologis

Perubahan fisik dan psikologis yang cepat selama masa remaja sering kali memicu ketidakstabilan emosi, stres, dan kecemasan. Jika remaja tidak memiliki dukungan psikologis yang memadai, baik dari keluarga, sekolah, atau profesional kesehatan, remaja berisiko uMengalami masalah kesehatan mental dan Penyalahgunaan zat. Kesehatan mental yang terganggu dapat memengaruhi pengambilan keputusan, termasuk perilaku seksual yang tidak aman. Selain itu, stres dan masalah emosional dapat membuat remaja lebih rentan terhadap penyalahgunaan zat, yang pada gilirannya dapat

meningkatkan risiko terlibat dalam perilaku seksual berisiko.

3.3 Penanganan pada Permasalahan Kesehatan Reproduksi Remaja

Penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja memerlukan pendekatan yang komprehensif, multidisipliner, dan berbasis pada pendidikan serta layanan kesehatan yang mudah diakses. Mengingat kompleksitas masalah kesehatan reproduksi yang dihadapi oleh remaja, penanganan harus mencakup aspek pendidikan, pelayanan medis, dukungan sosial, dan kebijakan publik yang progresif. Berikut adalah strategi penanganan utama untuk masalah kesehatan reproduksi remaja:

1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Komprehensif
   Pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif adalah langkah awal dan penting dalam pencegahan masalah kesehatan reproduksi remaja. Pendidikan ini harus diberikan baik di sekolah maupun melalui kampanye di masyarakat, dengan fokus pada pemberian informasi yang akurat dan holistik mengenai:
   a. Perkembangan fisik dan emosional, yang menjelaskan perubahan fisik dan mental yang terjadi selama masa pubertas, sehingga remaja dapat memahami dan menerima tubuh remaja sendiri.
   b. Hubungan seksual yang aman dan bertanggung jawab, yang mengajarkan tentang pentingnya penggunaan alat kontrasepsi, seperti kondom, untuk mencegah penyakit menular seksual (PMS) dan kehamilan yang tidak diinginkan.

   c. Hak-hak reproduksi dan kesetaraan gender, yang menumbuhkan kesadaran tentang hak-hak reproduksi, persetujuan dalam hubungan seksual, dan pentingnya menghargai kesetaraan gender.
   d. Pencegahan kekerasan seksual, yang memberikan edukasi tentang bagaimana mengenali dan mencegah kekerasan seksual, serta cara mencari bantuan jika menjadi korban. (SAFITRI, 2021)
2. Akses terhadap Layanan Kesehatan Reproduksi yang Ramah Remaja

   Penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja sangat penting untuk menangani masalah kesehatan reproduksi pada kelompok usia ini. Layanan kesehatan harus memastikan bahwa remaja dapat mengakses konseling reproduksi yang privat dan terpercaya, pemeriksaan dan perawatan PMS, hingga pelayanan bagi remaja yang mengalami kehamilan.
3. Pemberdayaan Remaja melalui Program Kesehatan Berbasis Masyarakat
4. Program kesehatan berbasis masyarakat dapat meningkatkan kesadaran dan keterlibatan remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi remaja sendiri. Melalui program ini, remaja dapat didorong untuk:
   a. Menjadi agen perubahan. Remaja dapat dilibatkan sebagai fasilitator atau duta kesehatan di komunitas remaja, dengan menyebarkan informasi yang benar mengenai kesehatan reproduksi.
   b. Membangun dukungan peer-to-peer. Program kesehatan berbasis teman sebaya (peer education) efektif dalam membantu remaja belajar dari remaja lainnya, dengan cara yang lebih informal namun tetap terarah.
   c. Membentuk kelompok diskusi. Membentuk kelompok diskusi di sekolah atau lingkungan

komunitas dapat menjadi wadah yang aman bagi remaja untuk berbicara tentang masalah kesehatan reproduksi dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan remaja.

5. Peran Keluarga dalam Mendukung Kesehatan Reproduksi Remaja
   Keluarga memiliki peran penting dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja. Orang tua perlu dilibatkan dalam komunikasi terbuka dan mendukung, menyediakan informasi yang benar hingga menjadi contoh yang baik bagi remaja. (Nurmansyah et al., 2013)
6. Pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah-sekolah Pemerintah harus memastikan bahwa sekolah memberikan pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berbasis ilmiah.

3.4 Pentingnya Pemahaman mengenai Hak Reproduksi Remaja

Berbagai permasalahan pada masa remaja, khususnya terkait kesehatan reproduksi. Sehingga diperlukan berbagai strategi pencegahan hingga penanganan permasalahan tersebut, salah satunya dimulai dengan pemahaman mengenai hak reproduksi remaja itu sendiri. Sehingga diharapkan, remaja dapat melalui masa transisi ini dengan baik. Adapun secara detail, pemahaman mengenai hak reproduksi remaja yang dimaksud antara lain sebagai berikut;

1. Kesadaran Hak Individu. Mengetahui hak reproduksi membantu remaja menyadari hak mereka atas tubuh mereka sendiri, termasuk keputusan mengenai seksualitas, kontrasepsi, dan kesehatan reproduksi.

2. Pencegahan Penyalahgunaan. Dengan pemahaman yang baik tentang hak-hak reproduksi, remaja dapat lebih waspada terhadap situasi yang mungkin menyebabkan pelecehan atau eksploitasi seksual.
3. Akses ke Layanan Kesehatan. Mengetahui hak mereka memungkinkan remaja untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi, termasuk pendidikan seksual, kontrasepsi, dan pengobatan infeksi menular seksual (IMS) tanpa stigma.
4. Mendukung Pengambilan Keputusan yang Informatif. Pemahaman tentang hak reproduksi memungkinkan remaja untuk membuat keputusan yang lebih baik terkait hubungan seksual dan kesehatan mereka, termasuk pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan dan IMS.
5. Promosi Kesehatan Mental. Mengetahui hak reproduksi dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan terkait kesehatan seksual dan reproduksi, serta meningkatkan kesehatan mental secara keseluruhan.
6. Partisipasi dalam Diskusi Sosial. Remaja yang memahami hak-hak mereka dapat berkontribusi dalam diskusi tentang kesehatan reproduksi di komunitas mereka, mendorong perubahan positif dalam kebijakan dan praktik.
7. Kemandirian dan Kepercayaan Diri. Pengetahuan mengenai hak reproduksi mendukung kemandirian remaja dalam membuat pilihan terkait kehidupan mereka, meningkatkan kepercayaan diri dan pengendalian diri.
8. Mencegah Kehamilan Remaja dan IMS. Dengan memahami hak mereka dan cara untuk melindungi diri, remaja dapat lebih proaktif dalam mencegah kehamilan tidak terencana dan infeksi menular seksual.

9. Kesetaraan Gender. Pemahaman hak reproduksi juga terkait dengan isu kesetaraan gender, memungkinkan remaja untuk mengadvokasi hak-hak mereka dan menentang praktik diskriminatif. (Hasanah, 2017)

DAFTAR PUSTAKA

Dalima Padut, R. *et al.* (2021) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Seksual Berisiko Pada Remaja Kelas Xii Di Man Manggarai Timur Tahun 2021', *Jwk*, 6(1), pp. 2548–4702.

Hasanah, H. (2017) 'PEMAHAMAN KESEHATAN REPRODUKSI BAGI PEREMPUAN: Sebuah Strategi Mencegah Berbagai Resiko Masalah Reproduksi Remaja', *Sawwa: Jurnal Studi Gender*, 11(2), p. 229. Available at: https://doi.org/10.21580/sa.v11i2.1456.

Intannia, R., Dahlan, T.H. and Damaianti, L.F. (2020) 'Lingkungan Keluarga , Tekanan Teman Sebaya Family Environment , Peer Pressure and Adolescent Risk Behaviour in Bandung', *Jurnal Psikologi Sains dan Profesi*, 4(2), pp. 97–105.

Mappiare (2000) 'Psikologi Remaja', *Surabaya: Usaha Nasional*, 13(3), p. 576.

Mareti, S. and Nurasa, I. (2022) 'Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Di Kota Pangkalpinang', *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 9(2), pp. 25–32. Available at: https://doi.org/10.32539/jks.v9i2.154.

Nurmansyah et al. (2013) 'Peran Keluarga, Masyarakat dan Media sebagai Sumber Informasi Kesehatan Reproduksi pada Mahasiswa', *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 3(1), pp. 16–23. Available at: http://ejournal.litbang.kemkes.go.id/index.php/kespro/article/view/3926.

Rahmadi, A., Zwagery, R.V. and Ariani (2014) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Penyesuaian Diri Remaja Putri Menghadapi Masa Pubertas Di SMP Darul Hijrah Putri Banjarbaru Tahun 2013', *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 4(2), pp. 23–27.

Ritonga, F. (2018) 'Hambatan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja oleh Siswa SMU di Kota Bagan Batu Riau', *Jurnal Ilmiah Kebidanan IMELDA*, 4(2), pp. 536–547. Available at: https://media.neliti.com/media/publications/301402-hambatan-pemanfaatan-pelayanan-kesehatan-43e06ce2.pdf.

SAFITRI, T. (2021) 'PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUAL YANG KOMPREHENSIF MEMBENTUK REMAJA BERKUALITAS', *CENDEKIA JURNAL Ilmu Pengetahuan*, 1(2), pp. 8–14.

Saputro, K.Z. (2018) 'Memahami Ciri dan Tugas Perkembangan Masa Remaja', *Aplikasia: Jurnal Aplikasi Ilmu-ilmu Agama*, 17(1), p. 25. Available at: https://doi.org/10.14421/aplikasia.v17i1.1362.

Supit, E. *et al.* (2023) 'Kurangnya Sex Education Karena Persepsi-Persepsi Negatif Di Lingkup Masyarakat', *JUPE: Jurnal Pendidikan Mandala*, 8(1), p. 101. Available at: http://ejournal.mandalanursa.org/index.php/JJUPE/index.

surawan (2022) *Remaja Dan Dinamika.ebook*, *K-Media*.

BAB 4
PERMASALAHAN REMAJA : SEKS PRANIKAH DAN KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN

Oleh Sri Hernawati Sirait

4.1 Pendahuluan

Masa remaja merupakan tahap krusial dan transisi dalam kehidupan, dari masa kanak-kanak hingga dewasa yang ditandai dengan rasa ingin tahu dan petualangan dan sering berkaitan dengan peningkatan pengambilan risiko, termasuk seks pranikah. Aktivitas seksual pranikah merupakan eksperimen seksual yang umum terjadi di kalangan remaja yang biasanya melibatkan perilaku seperti berganti-ganti pasangan seksual dan sering menonton pornografi. Angka kehamilan remaja dan tingginya tingkat kegemaran melakukan seks pranikah di kalangan anak sekolah di abad 21 ini telah menjadi bahan perbincangan. Remaja banyak melakukan aktivitas seksual tanpa pendidikan yang sewajarnya dengan demikian mereka terpapar dan berisiko terkena Penyakit Menular Seksual (PMS) dan Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) (Okah *et al.*, 2023).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan remaja sebagai orang yang berusia antara 10 - 19 tahun. Remaja merupakan seperenam dan seperempat dari

populasi masing-masing di Dunia dan Afrika Sub-Sahara. Remaja tidak mengetahui pengetahuan yang baik tentang seksualitas dan enggan menerima layanan kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, mereka menjadi korban risiko dan konsekuensi kesehatan seksual dan reproduksi. Sekitar 21 juta dan 19 juta anak perempuan berusia 15 - 19 tahun di negara berkembang hamil dan melahirkan setiap tahunnya (Kefale *et al.*, 2020).

Ada beberapa faktor yang mendorong seorang remaja melakukan perilaku seksual, salah satunya adalah tingginya rasa ingin tahu remaja terhadap hal-hal yang mengarah pada seksualitas. Perilaku seksual diibaratkan fenomena gunung es yang hanya terlihat dari luar saja, namun permasalahannya jauh lebih besar. Perilaku seksual tersebut dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja (Sari and Indriani, 2021).

Informasi tentang perilaku seks begitu mudah didapatkan melalui berbagai media elektronik, media cetak, poster, papan himbauan, iklan-iklan dengan pesan positif, namun tetap saja kemudahan memperoleh informasi ini memberikan dampak negatif jika tidak di kontrol. Ada begitu banyak konten pornografi yang dapat diakses lewat internet melalui media sosial tentu saja ini memberikan pengaruh untuk meningkatkan aktifitas seksual pranikah pada remaja (Uti and Pihahey, 2017).

Dampak dari perilaku seks pranikah menjadikan remaja rentan terhadap penyakit reproduksi seperti infeksi menular seksual dan penularan HIV dan AIDS, kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, penggunaan narkoba, dan

gangguan psikologis yang menyebabkan penurunan kepercayaan diri, stres, dan depresi (Nurmala *et al.*, 2019).

Kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai dampak yang serius baik bagi ibu maupun bayi yang baru lahir. Dilihat dari dampaknya terhadap ibu, komplikasi kehamilan dan persalinan merupakan penyebab utama kematian secara global pada anak perempuan usia 15–19 tahun. Ibu remaja menghadapi risiko eklampsia yang lebih tinggi, endometritis masa nifas, infeksi sistemik dan aborsi yang tidak aman. Kehamilan remaja merupakan hambatan bagi pendidikan masa depan anak perempuan dan kesempatan kerja. Remaja hamil yang belum menikah dipengaruhi oleh stigma, penolakan, atau kekerasan yang dilakukan oleh pasangan, orang tua, dan teman sebaya. Anak perempuan yang hamil sebelum usia 18 tahun lebih mungkin mengalami kekerasan dalam perkawinan atau pasangannya. Bayi remaja menghadapi risiko lebih tinggi mengalami berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan kondisi neonatal yang parah (Kefale *et al.*, 2020).

Untuk mencegah remaja dari risiko-risiko tersebut, kebutuhan untuk mengembangkan sikap, keyakinan dan nilai-nilai yang tepat, memperoleh informasi yang tepat, motivasi, keterampilan dan kesadaran kritis terhadap berbagai masalah termasuk pendidikan kesehatan seksual sangat penting pada masa remaja. Menurut WHO , pendidikan seksualitas mencakup pendidikan tentang seluruh aspek seksualitas termasuk informasi tentang keluarga berencana, reproduksi, citra tubuh, orientasi seksual, kenikmatan seksual, nilai-nilai, pengambilan keputusan, komunikasi, kencan, hubungan dan infeksi menular seksual. Peran penting ini dimulai sejak masa bayi

dan saat anak-anak melewati setiap tahap pertumbuhan dan perkembangan. Karena remaja menghabiskan lebih banyak waktu di sekolah dibandingkan di rumah, pengajaran pendidikan kesehatan seksual harus diajarkan secara efektif di sekolah dibandingkan di tempat lain. Oleh karena itu, sangat penting untuk memasukkan pendidikan seksualitas ke dalam kurikulum nasional. Hal ini penting untuk mempersiapkan remaja menghadapi peran mereka sebagai orang dewasa sesuai dengan standar masyarakat yang dapat diterima dan juga untuk memberdayakan generasi muda agar memiliki kendali yang lebih besar atas seksualitas dan kehidupan reproduksi mereka demi keuntungan mereka baik secara sosial maupun ekonomi. Hal ini juga merupakan sarana untuk menjaga atau melindungi generasi muda dari konsekuensi ketidaktahuan seksual serta mempersiapkan mereka untuk kehidupan yang bertanggung jawab (Kamangu and Mbago, 2024).

4.2 Seks Pranikah

4.2.1 Pendahuluan

Masa remaja dapat digambarkan sebagai periode antara tahap terakhir masa kanak-kanak dan tahap awal masa dewasa. WHO mendefinisikan masa remaja sebagai periode antara usia 10 dan 19 tahun dan mengacu pada anak laki-laki dan perempuan yang termasuk dalam kategori usia ini. Kategori usia ini penting dalam membentuk mereka ketika mereka mengalami perubahan fisik, psikologis, emosional dan perilaku. Pada masa ini remaja mengembangkan rasa ingin tahu dan mempelajari berbagai

hal termasuk menjelajahi dunia disekitarnya yang didalamnya ada yang mencari tahu seperti apa seks sebenarnya (Kamangu and Mbago, 2024).

Pada masa remaja akan mengalami perubahan fisik, dan ini akan berhubungan dengan produksi hormon seksual dalam tubuh remaja yang mengakibatkan timbulnya dorongan emosi dan seksual, jika dorongan ini tidak dikendalikan dengan baik maka akan berakibat fatal dan menghancurkan masa depan mereka. Masa remaja merupakan masa yang paling rentan terhadap penyimpangan dan penyalahgunaan seks (Alifah, Apsari and Taftazani, 2021). Pengalaman hubungan seksual pada masa remaja umumnya terjadi dalam kondisi hubungan pacaran, karena pacaran akan mengarahkan remaja dengan situasi yang meningkatkan pengalaman seksual mereka (Appulembang, Fajar and Tarigan, 2019).

Dampak paparan media sosial terhadap sikap dan perilaku seksual juga terdokumentasi dengan baik. Oleh karena itu, media sosial sering digunakan di kalangan remaja di Negara Bagian Kwara, Nigeria, untuk bertukar pesan erotis dan menonton film dan video pornografi yang kondusif terhadap perilaku seksual seperti masturbasi. Paparan media sosial yang eksplisit secara seksual pada masa remaja memperkirakan penampilan pertama yang dilihat remaja yang merupakan menjadi pengalaman seksual dini, hubungan seks yang tidak aman, dan hubungan seksual ganda. Oleh karena itu, paparan media sosial akan dikaitkan dengan sikap seksual bebas dan kemungkinan lebih besar untuk melakukan seks pranikah (Sadeghi and Agadjanian, 2022). Orangtua memegang peranan penting untuk mencegah hubungan seksual pranikah pada remaja.

Keterlibatan orangtua dalam perkembangan anak remaja sangat penting khususnya orang tua (Appulembang, Fajar and Tarigan, 2019).

Kurangnya paparan pendidikan kesehatan yang benar tentang pendidikan seks dalam keluarga juga akan menimbulkan berbagai masalah kesehatan, seperti : penyakit kelamin, aborsi, pernikahan usia muda, masalah kehamilan yang tidak inginkan dan masalah kesehatan reproduksi yang menyebabkan kematian pada ibu dan bayi. Kehamilan pada saat remaja juga menyebabkan gangguan psikologis yang cukup berat (Alifah, Apsari and Taftazani, 2021).

4.2.2 Seks Pranikah Dan Perilaku Seksual Pranikah

Seks pranikah adalah adalah tindakan melakukan hubungan seks sebelum menikah yang sebagian besar dilakukan oleh remaja yang sedikit atau tidak tahu apa-apa tentang seks atau akibat negatif yang menyertai tindakan tersebut. Mereka memilih untuk menurutinya demi kesenangan, materi, nilai, pengaruh kelompok teman sebaya, dan ketidaktahuan. Praktik ini sering kali menimbulkan dampak negatif bagi siswa yang belum siap menghadapi peran keluarga karena hubungan seks pranikah dapat menyebabkan kehamilan remaja.

Seks pranikah adalah tindakan melakukan aktivitas seksual yang dilakukan oleh orang yang belum menikah, sebagian besar adalah remaja usia sekolah, yang dapat mengakibatkan kehamilan remaja, putus sekolah, aborsi, atau kematian (Okah *et al.*, 2023).

Seksualitas adalah bagian dari perkembangan remaja. Tingkatan pengalaman seksual yang dilakukan remaja adalah masturbasi, ciuman basah, rangsangan pada bagian tubuh yang sensitif, oral seks, hubungan seksual, dan memasukkan alat kelamin ke dalam anus (Octaviani and Rokhanawati, 2020).

Perilaku seksual pranikah adalah semua perilaku yang didasarkan pada dorongan seksual untuk mendapatkan kenikmatan dan rangsangan pada bagian reproduksi yang dilakukan antara wanita dan pria tanpa adanya kesepakatan dan ikatan formal sebagai suami istri. Perilaku seksual yang biasa dilakukan adalah kissing atau perilaku berciuman, mulai dari ciuman ringan sampai deep kissing, necking atau perilaku mencium daerah sekitar leher pasangan, petting atau segala bentuk kontak fisik seksual berat tapi tidak termasuk intercourse, baik itu light petting(meraba payudara dan alat kelamin pasangan), atau hard petting (menggososkkan alat kelamin sendiri ke alat kelamin pasangan, baik berbusana maupun tanpa busana), dan intercourse atau penetrasi alat kelamin pria ke alat kelamin wanita (Anderson, Asmiyati and Hamid, 2021).

Hasil Survei Kinerja Akuntabilitas Program (SKAP) Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2018 tentang pengalaman seksual pada remaja didefinisikan sebagai pernah tidaknya remaja melakukan hubungan seksual. Hasil survei menyatakan bahwa umumya rata-rata umur remaja pertama kali melakukan hubungan seksual baik pada laki-laki atau perempuan adalah umur 18 tahun. Namun berdasarkan pengakuan mereka, remaja laki-laki lebih

banyak melakukan hubungan seksual sebelum menikah daripada remaja perempuan. Remaja akhir (umur 20-24 tahun) lebih banyak melakukan hubungan seksual pranikah dibanding remaja madya (umur 15-19 tahun) dan remaja awal (umur 10-14 tahun). Remaja laki-laki yang pernah melakukan hubungan seksual sebagian besar tinggal di pedesaan sedangkan pada remaja perempuan tinggal di perkotaan.

Hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa 25% – 51% perilaku seks pranikah dilakukan oleh remaja. Perilaku seks pranikah disebabkan oleh rangsangan secara terus-menerus tentang materi-materi seksual yang ada di berbagai media seperti internet, media cetak dan dari teman sebaya. Banyak remaja laki-laki mulai melakukan hubungan seks pranikah disebabkan oleh karena lebih sering menonton film porno dibandingkan remaja perempuan. Umumnya, remaja laki-laki ini secara teratur terpapar dengan tayangan seksual yang ada di televisi, film, majalah, dan video musik yang menggabungkan tayangan seks dengan kekerasan. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa menonton pornografi merupakan faktor terkuat yang memengaruhi perilaku seks pranikah remaja laki-laki. Penelitian lain juga menyatakan bahwa keterpaparan tayangan pornografi dan sikap yang mendukung hubungan seks pranikah merupakan prediktor utama hubungan seks pranikah pada remaja laki-laki sedangkan pada remaja perempuan hubungan seks pranikah lebih banyak terjadi karena dipaksa oleh pacar atau pasangannya (Wahidah Sukriani *et al.*, 2022).

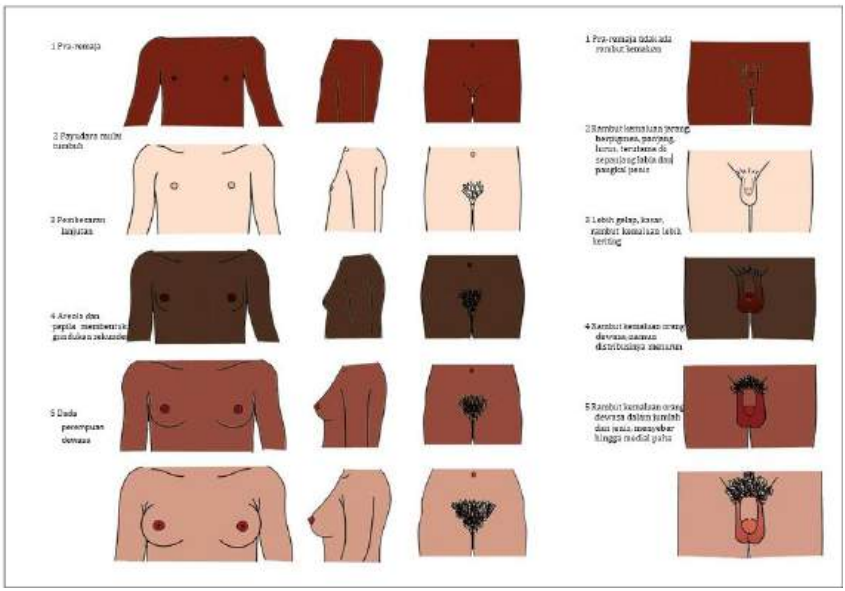
4.2.3 Perkembangan Seksual Pada Masa Remaja

Masa remaja adalah tahap kehidupan penting dalam pertumbuhan biologis dan perubahan hormon yang berdampak pada perkembangan seksual yang disebut dengan masa pubertas. Kematangan reproduksi dicapai setelah masa pubertas, dan hubungan romantis dan perilaku seksual berpasangan cenderung muncul masa pubertas (Clark *et al.*, 2021). Pubertas merupakan proses perubahan ketidakmatangan fisik dan seksual menuju kematangan fisik dan seksual. Fase kematangan fisik dan seksual ini membuat tubuh manusia mampu bereproduksi. Masa pubertas biasanya dimulai pada usia 9-14 tahun dan prosesnya rata-rata berakhir pada usia 15-17 tahun. Pubertas biasanya berlangsung selama empat tahun. Pada masa pubertas remaja akan mengalami masa perubahan yang sangat besar, yang bersifat fisik, sosial dan emosional, yang semuanya mempunyai kemungkinan menghadirkan tantangan dan hambatan dalam kehidupan remaja.

Masa pubertas akan mengalami transisi biologis paling mendalam yaitu adanya awal perubahan hormonal dalam kehidupan seorang remaja. Di antara banyak aktivitas endokrin dan parakrin, salah satu katalisator perubahan ini adalah pelepasan hormon gonadotropin (GnRH) yang diproduksi oleh hipotalamus dan mengontrol pelepasan hormon luteinizing (LH) dan hormon perangsang folikel (FSH), yang disekresikan oleh kelenjar pituitari. Pelepasan GnRH merupakan mekanisme kontrol terpenting yang mengatur pematangan seksual dan kesuburan remaja (Best and Ban, 2021).

Remaja mulai merasakan dorongan seksual dalam dirinya, seperti adanya ketertarikan terhadap orang lain dan keinginan untuk mendapatkan kepuasan seksual. Berbagai dinamika yang terjadi dalam diri remaja, seperti perkembangan alat reproduksi yang semakin matang, dapat menjadi faktor yang memengaruhi perkembangan psikologis remaja yang mulai tertarik terhadap lawan jenis. Perasaan ketertarikan ini dapat meningkat ke perasaan yang lebih tinggi, yaitu cinta romantis, luapan hasrat terhadap seseorang atau orang-orang yang sering disebut jatuh cinta. Pada umumnya ketertarikan pada lawan jenis ini kemudian berlanjut dengan pacaran, dan ironisnya banyak yang telah melakukan hubungan seks pranikah (Lestari *et al.*, 2022).

Masa pubertas juga ditandai dengan adanya perubahan fisik, misalnya perempuan memulai siklus menstruasi dan pern payudara, turun dan membesarnya testis pada laki-laki, serta pertumbuhan tinggi badan pada keduanya. Selain itu, perubahan signifikan lainnya mencakup perkembangan ciri-ciri seksual sekunder, seperti pertumbuhan rambut, perubahan suara, dan jerawat. Perubahan fisik ini dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 4. 1. Model Kematangan Seksual
Sumber : (Best and Ban, 2021).

4.2.4 Perkembangan Neurologis Remaja

Selama beberapa dekade, perubahan perilaku selama masa remaja disebabkan oleh perubahan aktivitas hormonal. Namun, bukti terbaru menunjukkan bahwa ada juga perubahan di otak selama periode ini. Misalnya, korteks prefrontal otak direnovasi selama masa remaja. Ini adalah bagian otak yang terlibat dalam pengambilan keputusan dan bertanggung jawab atas kemampuan remaja untuk merencanakan dan mempertimbangkan konsekuensi tindakan mereka, serta mengendalikan impuls. Memahami perkembangan neurologis selama masa remaja dapat membantu memahami proses berpikir dan perilaku remaja.

Perilaku ini umumnya digambarkan sebagai pembangkangan, mendorong batasan dan/atau pengembangan identitas, dan sering kali melibatkan aktivitas terlarang. Bukti menunjukkan bahwa perilaku pengambilan risiko adalah proses neurologis yang alami dan perlu, yang digambarkan sebagai 'penting untuk pengembangan kompetensi sosial dan psikologis yang optimal'. Pengambilan resiko seringkali dikaitkan dengan perilaku negatif, namun dalam konteks perkembangan neurologis, pengambilan risiko adalah segala sesuatu yang mendorong generasi muda keluar dari zona nyamannya. Ini bisa berupa spektrum aktivitas, termasuk memulai sekolah baru, menjalin pertemanan atau mencoba aktivitas berbeda. Otak perlu melatih jalur neurologisnya untuk memperkuat jalur tersebut.

Pengambilan risiko memungkinkan otak mengembangkan jalur saraf yang bertahan lama menuju korteks pra-frontal. Amigdala dan hipokampus mengontrol pusat pengaturan emosi yang merupakan bagian dari wilayah limbik otak. Fluktuasi emosi dan suasana hati yang cepat sering dialami pada masa remaja. Ini disebabkan karena kelompok usia ini kurang memiliki kapasitas untuk mengatur reaktivitas emosional yang meningkat. Penekanannya mengalami perubahan selama masa remaja dari respons emosional yang spontan ke respons yang lebih diperhitungkan dan logis. Masa remaja sebagai masa 'kegembiraan sinaptik', dan menyimpulkan bahwa informasi dari tahap-tahap kedewasaan yang mendahului atau terjadi pada masa remaja kemungkinan besar memegang kunci optimalisasi perkembangan untuk menghasilkan individu muda dan dewasa yang tangguh dan mampu beradaptasi

dengan baik terhadap lingkungannya. Otak remaja sering mengalami transisi penting dan dramatis yang membuatnya rentan terhadap sejumlah pengaruh lingkungan yang dapat mendorongnya ke arah yang negatif'. Selain itu, otak remaja mungkin tidak pulih dari stres akut dan kronis seefektif otak orang dewasa. Perkembangan neurologis pada masa remaja dan peningkatan aktivitas otak dianggap sebagai faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan prevalensi penyakit mental pada kelompok usia ini, dapat dilihat pada tabel 1 berikut :

Tabel 4. 1. Contoh Kondisi Yang Timbul Pada Masa Remaja

Kondisi	Penyebab	Prevalensi Dan Permulaan
Idiopatik Scoliosis	Tidak ada penyebab pasti; pertumbuhan tulang yang cepat, genetika, hormon dan faktor lingkungan	Paling umum terjadi pada anak usia 10– 15 tahun (NHS England, 2020) Prevalensi lebih tinggi pada wanita (Konieczny dkk, 2013)
Depresi	Sekitar 20-30% kasus hadir sebelum usia 20 tahun	Sekitar 7,6% anak usia 12 tahun ke atas pernah mengalami depresi sedang hingga berat. Lebih sering terjadi pada wanita

Kondisi	Penyebab	Prevalensi Dan Permulaan
Penyakit Chron's	Hal ini diperkirakan merupakan kondisi autoimun yang disebabkan oleh peristiwa yang dipicu oleh lingkungan pada orang yang rentan secara genetic.	Sekitar 20-30% kasus hadir sebelum usia 20 tahun.

Sumber : (Best and Ban, 2021).

4.2.5 Faktor Sosial dan Emosional Remaja

Bukti menunjukkan bahwa generasi muda adalah makhluk sosial dan saling bergantung dan penerimaan sosial merupakan aspek penting dalam kehidupan dan pengambilan keputusan mereka. Penelitian menunjukkan bahwa anak muda tiga kali lebih mungkin mengambil risiko saat bermain game bersama teman dibandingkan saat sendirian. Teman sebaya menjadi bagian yang lebih besar dalam kehidupan remaja, misalnya remaja dengan penyakit kronis akan mendapatkan dukungan dari teman sebayanya dan berbagi pengalaman, harapan, dan ketakutan secara bebas. Masa remaja dikaitkan dengan individu yang mulai memeriksa dan mengeksplorasi karakteristik psikologis diri, mempertanyakan siapa mereka sebenarnya dan menemukan bagaimana mereka cocok dengan masyarakat di mana mereka tinggal. Gejolak internal dan emosional ini dikatakan menunjukkan gejala-gejala seperti perubahan suasana hati dan pemberontakan, tidak seperti yang disebabkan oleh perubahan pubertas dan neurologis. Seiring

bertambahnya usia seorang anak, pengaruhnya terhadap kehidupan mereka semakin luas. Penelitian menyatakan bahwa variabel emosional dan kognitif dari gaya pengasuhan dan keterikatan teman sebaya sama signifikannya sebagai prediktor ketidakstabilan emosi pada anak remaja. Kebutuhan remaja akan keluarga, teman dan keterikatan dengan yang lain sangatlah penting (Best and Ban, 2021).

4.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Seks Pranikah Pada Remaja

4.2.6.1 Pacaran

Pengalaman seksual dikalangan remaja biasanya terjadi dalam konteks hubungan pacaran karena pacaran akan menghadapkan remaja dengan kondisi yang meningkatkan pengalaman seksual mereka (Appulembang, Fajar and Tarigan, 2019). Remaja yang berpacaran memiliki kecenderungan untuk melakukan aktivitas seksual atau perilaku seksual pranikah yang dianggap sebagai bentuk pembuktian cinta antara sepasang remaja. Hubungan intim yang terjadi saat pacaran di kalangan pelajar remaja diawali dengan ciuman, pelukan, belaian, dan seterusnya pada praktik prilaku seksual. Sebagian besar siswa terlibat dalam hubungan seperti ini karena mereka ingin “dimiliki” karena mereka mungkin akan diejek oleh teman - teman mereka baik laki-laki atau perempuan jika mereka mengetahui bahwa mereka tidak mempunyai teman lawan jenis, atau

bahwa mereka masih mempunyai teman yang masih perawan atau perjaka (Okah *et al.*, 2023).

Berdasarkan hasil survey nasional, menunjukkan bahwa alasan yang menyebabkan remaja melakukan hubungan seks adalah: (1) pasangan laki-laki atau perempuan mendesak; (2) beranggapan bahwa dirinya sudah siap; (3) mereka ingin dicintai; (4) mereka tidak ingin diolok-olok karena masih perjaka/perawan (Appulembang, Fajar and Tarigan, 2019).

Ketertarikan terhadap lawan jenis merupakan tugas pertama yang mulai muncul dalam perkembangan pertama berhubungan dengan seks yang harus dikuasai remaja. Ketika mereka secara seksual sudah matang baik laki-laki maupun perempuan mengembangkan sikap yang baru pada lawan jenisnya. Kesamaan dan daya tarik merupakan alasan yang penting mengapa seorang remaja mau mengajak berpacaran. Hasil penelitian menunjukkan bahwa laki-laki berpeluang 5 kali lebih besar untuk melakukan hubungan seks pranikah dibandingkan dengan remaja perempuan (Fitriwati and Meinarisa, 2022).

4.2.6.2 Kelompok Teman Sebaya

Kelompok teman sebaya memiliki peran penting dalam perilaku remaja karena remaja lebih cenderung menjadikan kelompok sebaya sebagai tempat berdiskusi dan referensi informasi (Faricha Hakim, Firdawati and Evareny, 2022). Teman sebaya adalah orang yang dianggap penting oleh remaja sehingga peran orang tua yang dapat mempengaruhi terhadap konsep diri anak semakin berkurang bahkan dapat digantikan perannya karena telah di dominasi oleh peran teman sebaya.

Teman sebaya merupakan sekelompok orang yang memiliki usia dan kelompok sosial yang sama. Remaja akan memantaskan diri dengan anak-anak seusianya dan akan mengikuti segala bentuk tingkah laku kelompok teman sebayanya, sehingga akan merasa bahagia jika dapat diterima teman sebayanya. Namun akan merasa stress jika tidak diakui atau dikeluarkan oleh teman sebayanya. Sosialisasi remaja dapat mempengaruhi remaja untuk memiliki persamaan nilai dan perasaan memiliki (*sense of commitment*) dalam hubungan dengan sebayanya. Kesamaan antara individu dengan teman sebaya melalui proses pendesakan sehingga mempengaruhi perilaku remaja.

Remaja yang memiliki teman yang pernah melakukan hubungan seks pranikah lebih besar kemungkinan untuk ikut melakukan perilaku seks berisiko. Teman sebaya juga akan mempengaruhi pengetahuan seks pada remaja. Ketika remaja menghabiskan waktu bersama, maka perilaku - perilaku yang menyimpang dari satu remaja dapat ditularkan ke temannya. Terjadi internalisasi dan eksternalisasi perilaku seksual berisiko pada remaja yang saling berteman. Dengan demikian, peran teman sebaya bagi remaja sangat berarti dalam memperoleh informasi yang akan mempengaruhi sikap dan perilaku remaja terhadap isu seksualitas (Asih, Ulfah and Yudono, 2021).

Teman sebaya juga mewakili konteks penting di mana perkembangan seksual terjadi. Kelompok sebaya memfasilitasi pencarian pasangan romantis dan memberikan kesempatan untuk terlibat dalam aktivitas romantis mulai dari berkencan (misalnya kencan berkelompok di awal masa remaja) hingga hubungan

seksual (misalnya aktivitas seksual sering terjadi dalam pertemuan dengan pengawasan minimal orang tua) (Clark *et al.*, 2021).

4.2.6.3 Kemiskinan, Materialisme Dan Pola Asuh Orang Tua Yang Kurang Baik

Latar belakang sosial ekonomi seseorang terkadang menentukan gaya hidupnya. Kemiskinan adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mempunyai kemampuan dan sumber daya untuk melaksanakan tanggung jawab yang diharapkan darinya. Banyak siswa berasal dari keluarga miskin dan orang tua mereka tidak dapat memenuhi tuntutan pendidikan mereka. Peserta mengungkapkan bahwa ketidakmampuan beberapa orang tua untuk memenuhi kebutuhan pendidikan anak-anak mereka ditambah dengan keinginan siswa atau nafsu akan uang selalu mempengaruhi mereka untuk melakukan hubungan seks pranikah dengan siswa lain dari keluarga kaya, guru, dan laki-laki dan perempuan lain di luar keluarga. Sebagian besar siswa yang berkarakter baik terpaksa melakukan hubungan seks pranikah karena kekurangan atau karena alasan mencari dana untuk memenuhi persyaratan sekolah atau agar terlihat menarik seperti beberapa siswa lainnya. Mereka terlibat dalam aktivitas seksual untuk mengumpulkan uang untuk kebutuhan sekolah dan kebutuhan lainnya tanpa menanggung konsekuensi serius dari tindakan tersebut.

Tanggung jawab orang tua untuk mengajari nilai-nilai moral termasuk mengapa remaja harus menghindari seks pada usia ini, namun sebagian besar siswa kurang memiliki pola asuh orang tua dan nilai-nilai sosial yang baik.

Kurangnya pengetahuan tentang moralitas dan pola asuh yang buruk menyebabkan siswa melakukan hubungan seks pranikah.

4.2.6.4 Paparan Pornografi, Kesenangan, Pakaian Seksi

Video pornografi ternyata dapat mempengaruhi remaja untuk melakukan hubungan seks pranikah. Sebagian besar pelajar kini memiliki ponsel pintar dan android dengan ribuan situs porno tempat mereka menonton film porno (biru). Para pelajar ini kecanduan menonton gambar dan video pornografi di ponsel, buku, majalah, surat kabar, dan televisi sehingga mengorbankan buku mereka. Data menemukan bahwa video-video ini meningkatkan dorongan seksual mereka sehingga memaksa mereka untuk mempraktikkan apa yang mereka tonton. Remaja yang melakukan hubungan seks pranikah hanya untuk memuaskan dorongan seksual atau untuk kesenangan. Para pelajar ini tidak melakukan hubungan seks demi uang atau di bawah ancaman tetapi mereka melakukan tindakan tersebut karena mencari kepuasan seksual. Mereka kurang memiliki kendali diri dan percaya bahwa semua orang melakukannya, oleh karena itu mereka juga harus mencobanya. Selain itu, cara berpakaian dan pemaparan yang provokatif terutama di kalangan siswa perempuan biasanya membangkitkan perasaan emosional atau seksual pada siswa. Beberapa dari mereka berpakaian seksi dan menggoda dengan memperlihatkan pinggul, paha, dan payudara hanya untuk menarik dan memikat siswa laki-laki yang lugu namun rentan ke dalam hubungan tidak sehat yang akhirnya mengarah pada seks remaja.

4.2.6.5 Ketidaktahuan Dan Kurangnya Pendidikan Seks

Ketidakmampuan siswa untuk mengetahui terlebih dahulu dampak dari seks pranikah sebagai akibat dari kurangnya pendidikan seks yang fungsional, tidak sedikit berkontribusi terhadap ancaman seks pranikah di kalangan remaja. Sebagian besar siswa melakukan seks pranikah karena mereka tidak mengetahui dampak buruk dari tindakan tersebut karena baik sekolah maupun orang tua dirumah tidak mengajari mereka tentang pendidikan seks (Okah *et al.*, 2023). Pengetahuan tentang pendidikan kesehatan dan seksualitas yang diberikan secara profesional yang sangat penting bagi remaja terutama dalam hal mampu mencegah keinginan remaja untuk berhubungan seks sebelum waktunya. Karenanya pemahaman seksualitas akan membuat remaja mengerti benar hal-hal yang berhubungan dengan dirinya, tubuhnya, fungsi dari bagian-bagian tubuhnya, serta bagaimana menjaga diri dari hal-hal yang tidak diperbolehkan (Fitriwati and Meinarisa, 2022).

4.2.6.6 Pengaruh Guru

Guru yang berperilaku buruk terkadang membujuk siswanya untuk berhubungan seks dengan janji bahwa siswanya akan lulus semua mata pelajarannya. Beberapa guru membujuk atau menipu siswanya agar tunduk, ada pula yang mengancam siswanya untuk tidur dengan mereka. Data menemukan bahwa guru-guru nakal ini sering menggunakan siswa remajanya sebagai mainan seks karena tujuan utamanya adalah untuk memuaskan libido seksual mereka dengan siswanya. Karena para siswa tersebut sudah kecanduan seksual, mereka selalu mencari seks di tempat lain mungkin dari teman-teman siswanya setiap kali mereka memiliki dorongan seksual dan pasangan gurunya tidak ada,

sehingga menyebarkan tindakan seks pranikah di antara siswa lainnya. Menurut salah satu siswa, "Kebanyakan guru kamilah yang membujuk kami untuk berhubungan seks dengan mereka. Ada yang membujuk atau menipu siswa untuk berhubungan seks dengan mereka, ada pula yang mengancam kami untuk berhubungan seks dengan mereka"

4.3 Dampak Seks Pranikah Pada Remaja

Prilaku seks bebas dapat menimbulkan berbagai dampak negatif pada remaja, diantaranya sebagai berikut :

4.3.1 Dampak Psikologis dan Emosional

Dampak psikologis dari perilaku seks bebas pada remaja diantaranya perasaan marah, takut, cemas, depresi, rendah diri, bersalah dan berdosa (Fitriwati and Meinarisa, 2022). Seks pranikah terbukti berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologis dan emosional remaja. Jika remaja hamil atau tertular PMS (Penyakit Menular Seksual) akibat hubungan seks pranikah, maka mungkin mulai merasa rendah diri, kehilangan rasa hormat, dan malu di hadapan teman sebaya, orang tua, dan guru. Mereka terpaksa menjalani kehidupan terisolasi karena perasaan kecewa, yang mempengaruhi fungsi psikologis dan emosional mereka. Hilangnya rasa hormat dari teman sebaya, keluarga, dan teman menyebabkan kecemasan, perasaan bersalah, depresi, keputusasaan dan kematian (Okah *et al.*, 2023).

4.3.2 Dampak Fisik

Pelajar yang baru pertama kali hamil mungkin akan menjadi terlalu berat dan malas melakukan apa pun untuk dirinya sendiri. Mereka akan mengalami nyeri hebat di perut bagian bawah dan puting susu serta muntah terus-menerus. Selain rasa sakit fisik, mereka mungkin mengalami kesulitan untuk tampil di hadapan pertemuan publik karena pertumbuhan fisik mereka yang pesat. Mereka juga mengalami sakit kepala kronis, sakit perut, kelelahan, pusing, kaki bengkak, perut buncit, dan persalinan lama.

4.3.3 Dampak Kesehatan

Seks pranikah menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan di kalangan remaja. Kehamilan dini dan tidak direncanakan ini dapat menyebabkan gangguan kesehatan reproduksi bahkan kematian karena mengandung diusia yang masih muda, dan beresiko melakukan menggugurkan kandungannya atau aborsi. Remaja putri melakukan 14% dari sekitar 20 juta aborsi tidak aman setiap tahunnya, yang mengakibatkan 68.000 kematian.

Remaja yang hamil cenderung tidak mendapatkan perawatan prenatal karena mereka mungkin tidak menyadari kehamilan mereka atau mungkin tidak cukup tahu tentang hal itu untuk mencarinya sebelum trimester ketiga. Ibu remaja mengalami lebih banyak kelahiran prematur dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) secara global sebagai akibat dari perawatan prenatal yang tidak memadai. BBLR didefinisikan sebagai berat lahir 2.500 g atau kurang pada saat melahirkan.

Anak perempuan di bawah usia 14 tahun lebih berisiko mengalami masalah medis karena panggul yang tidak berkembang dapat membuat persalinan lebih sulit. Wanita muda di bawah usia 20 tahun lebih mungkin mengalami persalinan macet, yang jika tidak dilakukan operasi caesar, dapat mengakibatkan fistula obstetrik, pecahnya jalan lahir yang memungkinkan urin dan/atau kotoran mengalir keluar.

Masalah yang sering terjadi pada kehamilan di usia muda adalah kelahiran prematur. Prematuritas merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kelainan perkembangan fisik, mental, perilaku, pendengaran, penglihatan, dan sosial emosional serta keadaan darurat pernapasan, penyakit imunologi, dan penyakit sistem saraf pusat pada anak-anak. Kelahiran prematur adalah kelahiran anak sebelum usia kehamilan 37 minggu, menurut WHO.

Pola makan yang tidak mencukupi sering terjadi pada masa remaja, seperti upaya menurunkan berat badan melalui diet dan melewatkan waktu makan, ngemil, dan mengonsumsi makanan cepat saji, membuat banyak remaja hamil rentan terhadap kekurangan gizi. Anemia sebagian besar disebabkan oleh pola makan yang buruk dan perawatan prenatal yang tidak memadai. Ibu muda berisiko lebih tinggi mengalami kelahiran prematur, bayi BBLR, preeklamsia, eklamsia, pecahnya ketuban prematur, diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, infeksi saluran kemih, dan sindrom hemoragik.

Preeklamsia merupakan suatu kelainan kehamilan yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah tinggi yang dapat mempengaruhi beberapa organ dan berdampak

buruk pada ibu dan janin, lebih banyak terjadi pada ibu muda, terutama ibu primigravida. Karena rahim yang belum berkembang dengan baik dan siklus menstruasi yang tidak teratur, dapat mempengaruhi desidualisasi, plasentasi dalam, dan remodeling arteri spiralis, preeklamsia dapat dihubungkan dengan kondisi ini. Satu-satunya terapi yang efektif untuk preeklamsia adalah melahirkan janin. Prematuritas janin dapat menjadi masalah besar jika preeklamsia terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu. Untuk menghindari efek samping utama dari penyakit ini, wanita dengan preeklamsia harus menjalani pemeriksaan dan pemantauan tanda dan gejala secara cermat.

Anak perempuan pada masa remaja lebih rentan terhadap infeksi yang mengakibatkan pecahnya ketuban dini. Menurut penelitian, anak perempuan remaja memiliki tingkat pecahnya ketuban prematur yang jauh lebih tinggi. Selain itu, perlu ditekankan bahwa anak perempuan remaja memiliki tingkat pecahnya ketuban prematur yang lebih tinggi selama kelahiran cukup bulan (Chakole *et al.*, 2022).

4.3.4 Dampak Sosial dan Ekonomi

Dampak sosial yang timbul akibat perilaku seksual yang dilakukan sebelum saatnya antara lain dikucilkan, putus sekolah pada remaja perempuan yang hamil, dan perubahan peran menjadi ibu. Belum lagi tekanan dari masyarakat yang mencela dan menolak keadaan tersebut (Yusnia *et al.*, 2023).

Perilaku seksual pranikah selalu dipandang sebagai tindakan asusila dan tidak disukai di Masyarakat. Masyarakat akan memandang rendah bila remaja hamil

akibat hubungan seks pranikah. Remaja akan merasa kehilangan harga diri dan merasa dicemohkan baik dari Masyarakat maupun teman-temannya. Akibatnya, dia akan mulai menghindari sebagian besar aktivitas sosial karena merasa malu dan membatasi dirinya pada kesepian.

Beberapa siswa terutama laki-laki, mengeluarkan uang yang tidak perlu untuk mengesankan pacarnya agar tetap berhubungan seks dengan mereka. Sebagian besar anak laki-laki ini meminjam, mencuri dari orang tua mereka dan orang lain, menghabiskan biaya sekolah dan biaya lainnya, dan bergabung dengan kelompok yang kurang baik hanya untuk mengumpulkan uang untuk kebutuhan pacar mereka atau untuk menepati janji yang diinginkan pasangan mereka.

Remaja yang melakukan hubungan seks pranikah juga mengalami kesulitan ekonomi terutama ketika hamil atau dikeluarkan dari sekolah. Ketika dikeluarkan atau hamil, siswa tersebut akan mengalami kesulitan ekonomi karena orang tua atau wali mereka yang selama ini membiayai kebutuhan sosial ekonomi dan pendidikan mereka mungkin tidak akan membiayai biaya hidup mereka karena merasa kecewa dan marah, sehingga membuat mereka menderita secara ekonomi.

4.3.5 Dampak Prestasi Akademik dan Putus Sekolah

Data mengungkapkan bahwa siswa yang selalu melakukan hubungan seks pranikah merasa sulit berkonsentrasi dalam belajar. Hal ini selalu menyebabkan rendahnya prestasi akademik siswa. Studi ini menemukan bahwa sebagian besar pelajar seks pranikah tidak selalu bersekolah secara teratur karena mereka paling sering

meninggalkan rumah menuju rumah pasangan seksualnya dengan berpura-pura pergi ke sekolah (Okah *et al.*, 2023).

4.4 Kehamilan Tidak Diinginkan

Kehamilan tidak diinginkan pada remaja sering muncul pada periode awal masa pubertas. Masa awal pubertas merupakan masa awal terjadinya penyimpangan perilaku seks yang berakibat pada kehamilan tidak diinginkan pada remaja. Masyarakat beranggapan bahwa kehamilan tidak diinginkan merupakan kesalahan dari remaja itu sendiri (Pertiwi, 2020).

Kehamilan yang tidak diinginkan, merupakan salah satu fenomena sosial yang semakin marak terjadi di lingkungan masyarakat. Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan suatu keadaan yang dialami oleh seorang wanita yang mengalami kehamilan namun tidak menginginkan kehadiran buah hati yang dikandungnya. Remaja yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan umumnya merupakan korban perkosaan dan pasangan di luar nikah. Sebanyak 121 juta kehamilan tidak diinginkan terjadi setiap tahunnya. Lebih dari 60% kasus kehamilan tidak diinginkan berakhir dengan aborsi. Selain itu, 45% aborsi dilakukan dengan cara yang tidak aman. Aborsi yang tidak aman menjadi salah satu penyumbang angka kematian ibu (AKI) baik di dunia maupun di Indonesia (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024).

Kehamilan remaja berdampak yang serius baik bagi Kesehatan ibu maupun bayi yang baru lahir. Dampaknya terhadap ibu yaitu komplikasi kehamilan dan persalinan

yang merupakan menjadi penyebab utama kematian pada anak perempuan usia 15–19 tahun. Kehamilan yang tidak diinginkan pada masa remaja juga menjadi hambatan bagi pendidikan masa depan dan kesempatan kerja (Kefale *et al.*, 2020).

Kehamilan tidak diinginkan pada remaja akan berdampak negatif baik dari segi fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Dampak dari segi fisik akan membahayakan ibu maupun janin yang dikandungnya atau ibu akan berusaha melakukan aborsi yang berujung pada kematian. Dampak dari sisi psikologis, remaja akan berusaha lari dari tanggung jawab yang belum cukup atau tetap meneruskan kehamilannya dengan terpaksa (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024). Banyak gangguan kesehatan yang akan muncul yang disebabkan oleh ketidaksiapan fisik dan psikis remaja dalam menjalani kehamilan tidak inginkan. Anemia, preeklamsi, hipertensi, dan diabetes kehamilan merupakan komplikasi yang sering dialami dalam kehamilan tidak diinginkan pada remaja. Pada janin juga dapat terjadi berat bayi lahir rendah (BBLR), dan bayi lahir kurang bulan (Nurmala *et al.*, 2019).

Kehamilan tidak diinginkan pada remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu : rendahnya pengetahuan kesehatan reproduksi, sikap permisif dalam bersosialisasi, mudahnya akses media pornografi mendorong remaja untuk mencoba dan meniru perilaku seks bebas, pengaruh teman dekat dalam pergaulan, dan pola asuh orang tua yang permisif-acuh yang cenderung membiarkan remaja dalam pergaulan sehingga remaja mudah terpengaruh dalam pergaulan bebas (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024).

Penting bagi semua pihak, orang tua, pendidik, pemerintah, dan individu, untuk melakukan pencegahan kehamilan remaja yang tidak diinginkan agar tidak menjadi masalah besar yang dapat meningkatkan angka kematian ibu. Selain itu, masyarakat harus berperan aktif dalam menyelesaikan situasi dan mencegahnya, khususnya bagi pasangan remaja yang tidak menikah yang menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan. Di sisi lain, remaja dengan sabar menunggu hingga mencapai usia menikah yang tepat agar menghasilkan anak yang bahagia dan sehat dalam sebuah keluarga. Perlu ada program pendidikan seks yang ditawarkan di sekolah-sekolah yang akan mendidik siswa secara akurat tentang IMS dan kontrasepsi untuk kehamilan (Chakole *et al.*, 2022).

4.4.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja

Banyak faktor yang mendorong kehamilan tidak diinginkan terus meningkat seperti di era modern saat ini dengan didukung oleh semakin majunya teknologi setiap orang dapat dengan mudah mengakses berbagai informasi dari berbagai belahan dunia. Terlebih lagi pada masa remaja merupakan masa dimana seseorang memiliki keinginan untuk mengetahui hal-hal yang menarik tentang berbagai hal. Dengan kondisi tersebut maka masa remaja dapat dikategorikan sebagai masa yang cukup rentan karena rasa ingin tahu yang tinggi tersebut apabila tidak dikendalikan dengan baik dapat mendorong terjadinya hal-hal yang tidak baik (Murewanhema, Malisheni and Takah, 2021). Salah satunya adalah keinginan untuk mencoba hal-hal yang baru yang dilarang berdasarkan norma atau nilai yang

dimilikinya, namun mereka ingin tahu dan mencobanya. Seperti halnya kasus mengenai "seks" yang dapat memberikan pengetahuan baru bagi remaja. Selain itu faktor yang mungkin mempengaruhi kehamilan remaja di luar nikah adalah adanya tekanan dari pacar atau pasangannya untuk melakukan hubungan seks (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024).

Data SDKI (2012) melaporkan bahwa (54%) alasan utama remaja laki-laki melakukan hubungan seksual adalah karena rasa ingin tahu/coba-coba dan (13%) alasan remaja perempuan karena dipaksa oleh pasangannya. Ketika remaja memperoleh informasi kesehatan reproduksi pornografi dari petugas kesehatan, sistem saraf di otak memicu gairah yang menyebabkan ketegangan seksual. Inilah alasan remaja mencoba melakukan hubungan seksual. Setiap jenis rangsangan yang dianggap memberikan kepuasan akan meningkatkan tingkat transmisi dopamin di otak. Efek dopamin kurang lebih mirip morfin. Dopamin memiliki fungsi dorongan seksual. Dopamin akan meningkat ketika seseorang mendapatkan rangsangan seksual dan hal ini akan menyebabkan kecanduan untuk mengulangi kondisi menguntungkan yang sama. Remaja menganggap pembicaraan tentang seksualitas adalah topik yang sering dibicarakan bersama teman dengan topik tentang cara berhubungan seks dengan pasangan, tempat berhubungan seks, dan pada remaja laki-laki tentang cara mengajak pasangan berhubungan seks (Octaviani and Rokhanawati, 2020).

Faktor yang sangat mempengaruhi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan adalah kurangnya pengetahuan remaja. Pengetahuan merupakan domain

penting dalam terbentuknya suatu tindakan pada seseorang. Pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi dan pendidikan seks seringkali masih sangat minim dan hal ini berperan besar dalam meningkatnya angka kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja.

Faktor lain yang menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja adalah mudahnya akses terhadap pornografi. Mudahnya akses terhadap pornografi akan menimbulkan remaja melakukan hubungan seks pranikah dan cenderung mengikuti gaya berpacaran yang mereka lihat dan dengar melalui media elektronik, karena akan menimbulkan tingginya angka pergaulan bebas yang berujung pada seks bebas. Faktor tersebut dibuktikan dengan hasil wawancara dimana seluruh informan menjawab pernah mengakses konten pornografi, baik dilakukan sendiri, bersama teman maupun bersama pacarnya. Informan menyatakan bahwa setelah terpapar konten pornografi, keinginan untuk melakukan hubungan seks pranikah meningkat sehingga berisiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan. Pornografi di Indonesia juga disebut sebagai masalah sosial karena dianggap menyebabkan degradasi moral, terjadinya pemerkosaan dan merosotnya harga diri manusia yang berdampak pada kehamilan di luar nikah, aborsi, seks bebas, penularan kekerasan seksual, dan lain-lain berbagai macam penyakit kelamin (Sari and Indriani, 2021).

Faktor lainnya adalah pola asuh permisif-indifferent yang dilakukan oleh orang tua secara tidak langsung dapat membuat remaja kurang bersosialisasi sehingga remaja mudah terpengaruh dalam pergaulan bebas, sehingga beresiko terjadi kehamilan tidak diinginkan. Pengaruh

lingkungan dan teman sebaya dalam pergaulan juga menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya seks bebas. Seorang yang sering berkumpul dengan teman-temannya dalam satu geng, secara otomatis ia akan tertular oleh sikap dan sifat teman-temannya tersebut. Kasih sayang dan perhatian orang tua yang tidak dicurahkan sepenuhnya, membuat seorang anak tidak betah berada di dalam rumah, mereka lebih sering berada di luar rumah menghabiskan waktu bersama teman-temannya (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024).

4.4.3 Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan

4.4.3.1 Dampak Fisik

Remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan pasti akan mengalami dampak fisik, baik bagi dirinya maupun janin yang dikandungnya. Remaja belum siap menghadapi kehamilannya begitu juga dengan perawatan kehamilannya. Remaja dengan kehamilan tidak diinginkan memiliki kondisi fisik yang berbeda karena usia mereka yang masuk kedalam usia beresiko dan terkadang juga mengalami malnutrisi. Masalah malnutrisi yang diderita ibu remaja hamil inilah yang dapat menyebabkan risiko kelahiran bayi prematur dan juga mengalami berat bayi lahir rendah. Perlu tersedianya pelayanan kesehatan kehamilan khusus untuk menangani remaja dengan kehamilan yang tidak diinginkan agar kesehatan remaja dan janin dapat optimal (Ristanti at all, 2024). Selain akses pelayanan kesehatan dan kepedulian remaja yang kurang terhadap kehamilannya, resiko infeksi dan abortus juga bisa terjadi. Abortus menjadi salah satu alternatif yang sering dipilih

remaja untuk mengakhiri kehamilannya (Nurmala *et al.*, 2019).

4.4.3.2 Dampak Ekonomi

Dampak ekonomi akan terasa pada remaja karena kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini terjadi pada saat remaja masih duduk di bangku sekolah. Remaja belum memiliki bekal pendidikan yang dapat mengoptimalkan dirinya dalam proses pencarian kerja. Remaja masih tergantung kepada kedua orang tuanya dalam memenuhi kebutuhan ekonominya. Remaja dituntut untuk bekerja dengan kemampuan dan pendidikan yang dimilikinya saja. Hal ini akan berdampak jangka panjang pada perekonomian remaja karena belum memiliki bekal pendidikan yang layak (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024).

4.4.3.3 Dampak Sosial

Kehamilan tidak diinginkan akan menjadi penghambat pengembangan diri remaja. Lingkungan sosial tidak dapat dengan mudah menerima kembali remaja yang pernah mengalami kehamilan tidak diinginkan. Remaja belum memiliki pendidikan yang cukup untuk mendapatkan pekerjaan yang layak (Fitri, Pertiwi and Abida, 2022). Remaja tidak dapat mengembangkan dirinya dengan melanjutkan pendidikannya sendiri meskipun bayinya telah lahir. Selain itu, akibat dari kehamilan tidak diinginkan remaja memilih untuk pergi dari lingkungan dan pindah ke lingkungan pasangannya untuk menghindari akibat kondisi sosial yang diberikan oleh lingkungan tersebut (Dwi Ristanti, Wijayanti and Wulandari, 2024).

4.4.3.3 Dampak Psikologis

Sejumlah besar penelitian juga menunjukkan bahwa kehamilan yang tidak diinginkan berhubungan dengan perkembangan stres psikologis kronis. Banyaknya risiko serta tekanan yang didapatkan remaja saat masa kehamilan hingga postnatal dapat memicu terjadinya stress pasca melahirkan. Sebagian besar penelitian tentang risiko kelahiran yang tidak diinginkan untuk kesehatan wanita berfokus pada kesehatan ibu pada kehamilan dan periode postpartum.

4.5 Pencegahan Seks Pranikah dan Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja

Ada beberapa program pemerintah yang telah berjalan untuk mengatasi berbagai permasalahan perilaku seksual pada remaja yaitu dengan mencanangkan berbagai program untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja diantaranya yaitu : Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dan Pusat Informasi Konseling Remaja (PIK-R). PIK-Remaja merupakan kegiatan dalam program GenRe (Generasi Berencana) yang dikembangkan oleh BKKBN yang dikelola dari oleh dan untuk Remaja/Mahasiswa guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang pendewasaan usia perkawinan, 8 fungsi keluarga, Tiga Resiko yang Dihadapi Remaja (TRIAD KRR yaitu : seksualitas, HIV dan AIDS serta Napza), gender dan kemampuan advokasi dan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) serta kecakapan hidup (*life skills*) terkait dengan kesehatan reproduksi,

Salah satu upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama yaitu Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 25 tahun bagi pria dan 20 tahun bagi wanita. Pendewasaan Usia Perkawinan dan Perencanaan Keluarga bagian rancangan dari program pendewasaan usia perkawinan. Rancangan ini terdiri dari empat masa reproduksi, yaitu: 1) Masa menunda perkawinan dan kehamilan, 2) Masa mencegah kehamilan dan 3) Masa menjarangkan kehamilan, 4) Masa mengakhiri kehamilan.

Orangtua memegang peranan penting untuk mencegah hubungan seksual pranikah. Keterlibatan keluarga dalam perkembangan anak sangat penting khususnya orangtua. Oleh karena itu, perlu diketahui 8 fungsi keluarga terdiri dari 1) fungsi agama; 2) fungsi sosial budaya; 3) fungsi cinta kasih; 4) fungsi perlindungan; 5) fungsi reproduksi; 6) fungsi sosialisasi pendidikan; 7) fungsi ekonomi; 8) fungsi lingkungan. Sedangkan dimensi keluarga ada 6 yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran, responsivitas afektif, keterlibatan afektif, kontrol perilaku.

Peran PIK-R bagi remaja sangatlah penting, yaitu untuk memudahkan remaja mengakses informasi dan layanan konseling tentang kehidupan berkeluarga bagi remaja. Tujuan PIK-R adalah : 1) Berprilaku sehat, 2) Terhindar dari resiko TRIAD KRR, 3) Menunda usia pernikahan, 4) Mewujudkan keluarga kecil bahagia Sejahtera, 5) Menjadi model, idola, dan sumber informasi bagi teman-teman sebayanya (Noor *et al.*, 2022).

Agar remaja memiliki advokasi dan KIE, program PIK-R melatih pendidik dan konselor sebaya untuk memberikan informasi kepada teman sebayanya. Seiring dengan perkembangan IT, program PIK-R mengembangkan teknologi konsultasi dan konseling melalui akses terhadap internet, jejaring sosial (*instagram, facebook, twitter, whatshap*) serta SMS konseling (Noor *et al.*, 2022).

Remaja bisa melewati berbagai masa transisi dengan baik dan mencapai kedewasaan melalui memberikan informasi yang tepat dan disesuaikan dengan kebutuhan perkembangannya. Pendidikan kecakapan hidup pada remaja sangat penting untuk membantu remaja meningkatkan keterampilan yang dibutuhkan dalam bersosialisasi di masyarakat. Sebab selama proses menuju pendewasaan, tidak semua remaja dapat melaluinya dengan baik. Sebagian remaja gagal menyelesaikan permasalahan yang dihadapi sehingga tidak mencapai kompetensi yang diharapkan, bahkan terjadi penyimpangan prilaku seksual. Kecapakan hidup (*life skill*) adalah keterampilan yang memungkinkan seseorang beradaptasi dan bertindak positif, berani menghadapi permasalahan hidup, hidup wajar tanpa merasakan tertekan, serta proaktif dalam mencari alternatif dan menentukan solusi yang tepat untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi (Dwihestie and Sulistyoningtyas, 2024).

Bina Keluarga Remaja (BKR) juga merupakan suatu bentuk kegiatan yang dikembangkan program GenRe yang mempunyai anggota para keluarga yang mempunyai remaja berusia 10-24 tahun. Tujuannya yaitu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orangtua dan anggota keluarga lainnya dalam pengasuhan, pembinaan dan

pengawasan tumbuh kembang remaja, meningkatkan kesertaan para orang tua/keluarga lainnya dalam kegiatan pembinaan serta kemandirian ber KB (Noor *et al.*, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

Alifah, A.P., Apsari, N.C. and Taftazani, B.M. (2021) 'Di Luar Nikah', 2(3), pp. 529–537.

Anderson, S., Asmiyati and Hamid, A. (2021) 'Gambaran pengetahuan remaja tentang perilaku seksual pranikah di Sekolah Menengah Atas', *Jurnal Medika Utama*, 02(02), pp. 439–447.

Appulembang, Y.A., Fajar, N.A. and Tarigan, A.H.Z. (2019) 'Peran Keluarga dalam Upaya Pencegahan Perilaku Seks Pranikah Remaja di Palembang', *Analitika*, 11(2), p. 151. doi:10.31289/analitika.v11i2.3001.

Asih, S.A., Ulfah, M. and Yudono, D.T. (2021) 'Gambaran Peran Teman Sebaya Terhadap Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja Di Puskesmas Karanglewas', *Research Fair Unisri*, 5(2), p. 53. doi:10.33061/rsfu.v5i2.5862.

Best, O. and Ban, S. (2021) 'and Neurological Development', (September 2020), pp. 272–275.

Chakole, S. *et al.* (2022) 'Unwanted Teenage Pregnancy and Its Complications: A Narrative Review', *Cureus*, 14(12), pp. 18–22. doi:10.7759/cureus.32662.

Clark, D.A. *et al.* (2021) 'Adolescent Sexual Development and Peer Groups: Reciprocal Associations and Shared Genetic and Environmental Influences', *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), pp. 141–160. doi:10.1007/s10508-020-01697-9.

Dwi Ristanti, A., Wijayanti, W. and Wulandari, R. (2024) 'Analysis Determinants of Unwanted Pregnancy in Adolescents : Literature Review', *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences*, 5(1), pp. 56–70.

doi:10.34035/kn.v5i1.1337.

Dwihestie, L.K. and Sulistyoningtyas, S. (2024) 'Pola Kecakapan Hidup Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi', *profesional Health Journal*, 5(2), pp. 627–637.

Faricha Hakim, R., Firdawati, F. and Evareny, L. (2022) 'the Relationship of Communication Between Adolescents and Parents and Peer Group With Premarital Sexual Behavior of Adolescent', *SEAJOM: The Southeast Asia Journal of Midwifery*, 8(1), pp. 15–23. doi:10.36749/seajom.v8i1.152.

Fitri, N., Pertiwi, A. and Abida, L.L. (2022) 'Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja', *Jurnal Fisioterapi dan Kesehatan Indonesia*, 02(02), pp. 2807–8020.

Fitriwati, C.I. and Meinarisa, M. (2022) 'Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Pranikah pada Remaja di MAN 1 Bungo', *Jurnal Kesmas Jambi*, 6(2), pp. 40–47. doi:10.22437/jkmj.v6i2.20682.

Kamangu, A.A. and Mbago, M.C.Y. (2024) 'Provision of sexual health education in secondary schools: A multidisciplinary lens of stakeholders in southern highlands, Tanzania', *Heliyon*, 10(9), p. e30846. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e30846.

Kefale, B. *et al.* (2020) 'A multilevel analysis of factors associated with teenage pregnancy in ethiopia', *International Journal of Women's Health*, 12, pp. 785–793. doi:10.2147/IJWH.S265201.

Lestari, G.F. *et al.* (2022) 'Exploratory Study on the Moral Development of Adolescent Premarital Sex Actors', *Journal of Family Sciences*, pp. 17–36. doi:10.29244/jfs.vi.36551.

Murewanhema, G., Malisheni, M. and Takah, N.F. (2021) 'The effectiveness of tenofovir-based pre-exposure prophylaxis for prevention of HIV acquisition among sub-Saharan African women at high risk: a systematic review.', *The Pan African medical journal*, 38, p. 308. doi:10.11604/pamj.2021.38.308.26014.

Noor, M.S. *et al.* (2022) *Panduan Kesehatan Pada Reproduksi Remaja*, *Jurnal Pengabdian Harapan Ibu (JPHI)*.

Nurmala, I. *et al.* (2019) 'Premarital sex behavior among adolescent: The influence of subjective norms and perceived behavioral control toward attitudes of high school student', *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 15(3), pp. 110–116.

Octaviani, M. and Rokhanawati, D. (2020) 'Association information sources of reproductive health with sexual behavior of adolescents in Indonesia', *International Journal of Health Science and Technology*, 1(3), pp. 68–74. doi:10.31101/ijhst.v1i3.1214.

Okah, P.S. *et al.* (2023) 'Factors associated with the premarital sex among adolescents and the need for introduction of functional sex-education in secondary schools in Ebonyi state, Nigeria', *Cogent Social Sciences*, 9(1). doi:10.1080/23311886.2023.2220234.

Pertiwi, N.F.A. (2020) 'Peran Komunitas Dalam Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja', *Midwifery Journal: Jurnal Kebidanan UM. Mataram*, 5(2), p. 83. doi:10.31764/mj.v5i2.1855.

Sadeghi, R. and Agadjanian, V. (2022) 'Challenging the stigma of premarital sex in urban Afghanistan', *Culture, Health and Sexuality*, 24(9), pp. 1181–1198. doi:10.1080/13691058.2021.1936185.

Sari, D.A.D.P. and Indriani, D. (2021) 'Literature Review: Determinan Terjadinya Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja di Indonesia', *Media Gizi Kesmas*, 10(2), pp. 1–5.

Utii, A. and Pihahey, P.J. (2017) 'Peran Orang Terdekat Remaja Putra Terhadap Perilaku Seksual Pranikah', *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 10(2), pp. 101–107. Available at: http://sdki.bkkbn.go.id/.

Wahidah Sukriani *et al.* (2022) 'Keterpaparan Informasi Kesehatan Reproduksi Terhadap Pengalaman Seksual Remaja', *Window of Health : Jurnal Kesehatan*, 5(4), pp. 723–734. doi:10.33096/woh.v5i04.56.

Yusnia, N. *et al.* (2023) 'Dampak Pernikahan Dini Terhadap Kesehatan Reproduksi', *KREASI : Jurnal Inovasi dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(2), pp. 251–260. doi:10.58218/kreasi.v3i2.612.

BAB 5
PERMASALAHAN REMAJA: ABORSI PADA REMAJA DAN PERNIKAHAN USIA DINI

Oleh Nike Sari Oktavia

5.1 Pendahuluan

Permasalahan remaja tidak akan pernah habisnya, sebaliknya semakin kompleks seiring dengan perkembangan zaman. Kemajuan teknologi dan pengaruh budaya asing menjadi faktor penyebab yang tidak dapat dihindari. Kemajuan teknologi seperti akses internet yang semakin mudah didapatkan melalui *handphone* seluler, memudahkan remaja mencari dan mendapatkan informasi yang kadang tidak layak untuk mereka ketahui. Informasi yang tidak baik dan tidak pantas didapatkan secara bebas tanpa diketahui orangtua dan orang-orang sekitarnya. Informasi yang kadang membuat mereka penasaran dan bahkan mencoba melakukannya. Salah satu bentuk tindakan yang tidak pantas adalah pacaran, melakukan perbuatan romantis tidak wajar oleh dua orang lawan jenis yang tidak muhrim bahkan tidak jarang sampai melakukan hubungan seksual. Ketika hubungan seksual terjadi pada masa pacaran atau di luar nikah yang mengakibatkan kehamilan, kemungkinan selanjutnya yang terjadi adalah aborsi atau pernikahan dini. Aborsi dan pernikahan dini bukannya menjadi solusi terhadap kehamilan remaja, namun menimbulkan masalah baru yang semakin kompleks.

Pengaruh budaya asing yang negatif juga tidak jauh berbeda dampaknya bagi remaja. Budaya asing yang bertentangan dengan agama dan adat ketimuran kita dapat mempengaruhi remaja Indonesia secara perlahan. Berawal dengan cara berpakaian yang membuka aurat atau memperlihatkan bagian tubuh yang tidak pantas seperti menggunakan rok atau celana super mini, baju super ketat, atasan dengan belahan yang menampakkan belahan dada, pakaian yang hanya menutupi bagian inti dari tubuh perempuan atau layaknya seperti hanya menggunakan pakain dalam. Ibaratnya berpakaian tapi telanjang dan semua itu menghilangkan budaya berpakaian sopan dan pantas bagi adat ketimuran. Mereka merasa berpakaian seperti itu wajar karena mengikuti kemajuan zaman dan agar dibilang keren dan tidak kolot. *Cosplay costume* atau *cosplay anime* sekarang sangat digandrungi remaja termasuk Indonesia. *Cosplay costume anime* juga salah satu bentuk pengaruh budaya asing yang tanpa disadari remaja Indonesia memberikan pengaruh negatif terhadap mereka. Seperti kita ketahui anime atau tokoh kartun Jepang perempuan identik dengan pakaian seksi dan ciri khas aksesorisnya masing-masing. Tokoh anime biasanya hasil karya kaum lelaki terhadap tokoh imajinasi perempuan yang diinginkannya, biasanya cantik, bertubuh sensual, dan berpakaian super seksi. *Cosplay costume anime* perempuan yang pastinya dikenakan oleh perempuan membuat mereka tidak sadar telah menghidupkan tokoh tersebut dalam dunia nyata walaupun dalam bentuk kostum dan beberapa ciri khas gerakannya. Mereka merasa keren dan hebat bisa semirip mungkin, tanpa disadari mereka memperlihatkan aurat atau tubuhnya sendiri kepada orang lain. Selain masalah pakaian, budaya barat yang mulai ditiru remaja dari

cara hidupnya antara lain; menjadikan hal yang biasa berteman bebas laki-laki dan perempuan, pulang nongkrong larut malam, seks bebas dengan pasangannya, atau bahkan tinggal satu atap tanpa adanya ikatan pernikahan. *Naudzubillahi min dzalik!* Semua kondisi di atas sangat memprihatinkan dan kita sudah tidak asing dengan semua itu.

5.2 Aborsi Pada Remaja

Aborsi adalah upaya mengeluarkan hasil konsepsi dari dalam rahim sebelum janin dapat hidup di luar kandungan (Permenkes RI, 2016). Aborsi dilakukan secara legal dan secara ilegal. Aborsi yang dilakukan secara legal berarti tidak menyalahi undang-undang dan aturan agama yang dianut, walaupun ini masih menjadi kontroversi. Aborsi ilegal dilakukan tanpa indikasi kedaruratan medis atau bukan kehamilan karena perkosaan tetapi karena tidak ingin melanjutkan kehamilan atau kehamilan yang tidak diinginkan. Aborsi ilegal biasanya dilakukan oleh oknum tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat, apoteker bahkan dukun yang pastinya tidak tersertifikasi.

Kasus kehamilan remaja yang semakin meningkat seiring dengan kemajuan teknologi dan pengaruh budaya asing menjadi momok yang sulit untuk diatasi. Semakin tinggi kasus kehamilan remaja atau kehamilan di luar nikah, maka semakin tinggi pula angka kejadian aborsi. Diperkirakan 3,9 juta anak perempuan berusia 15-19 tahun melakukan aborsi yang tidak aman setiap tahunnya di negara berkembang (Darroch dkk, 2016). Angka aborsi yang tercatat biasanya seperti gunung es, angka yang ada yaitu angka perkiraan atau ketika kasus diketahui atau

dilaporkan, sementara usaha aborsi yang tidak dilaporkan misalnya ke dukun atau usaha sendiri bisa dipastikan tidak ada pencatatannya. Sudah tidak asing pelaku aborsi ilegal akan melakukan berbagai cara agar kehamilannya berakhir. Aborsi yang paling tidak aman mengacu pada aborsi yang dilakukan oleh orang yang tidak terlatih dengan menggunakan metode yang berbahaya seperti mengkonsumsi obat-obatan/ zat kimia, memasukkan benda asing, penggunaan ramuan tradisional, atau tindakan-tindakan lain yang dianggap mampu mengakhiri kehamilannya (Ganatra dkk, 2017). Aborsi yang tidak aman di kalangan remaja memiliki konsekuensi kesehatan yang besar. Sebagian aborsi yang berhasil dilakukan tidak jarang menimbulkan akibat berupa infeksi bahkan kematian akibat infeksi itu sendiri atau perdarahan. Sekitar 8% dari kematian ibu diantara semua perempuan antara tahun 2003 dan 2012 disebabkan oleh aborsi (Say dkk, 2014).

5.2.1 Peraturan Perundang-undangan tentang Aborsi

Pada pasal 60 Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 ayat (1) menyatakan **"Setiap orang dilarang melakukan aborsi, kecuali dengan kriteria yang diperbolehkan sesuai dengan ketentuan dalam kitab undang-undang hukum pidana"**. Penjelasan pasal tersebut terdapat dalam Peraturan Pemerintah nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan yang dijelaskan pada pasal 116 berbunyi **"Setiap orang dilarang melakukan aborsi, kecuali atas indikasi kedaruratan medis atau terhadap korban tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan**

sesuai dengan ketentuan dalam kitab undang-undang hukum pidana". Pada peraturan ini jelas disampaikan syarat aborsi yaitu kedaruratan medis dan kehamilan karena perkosaan. Pada pasal 117 berisi maksud dari indikasi kedaruratan medis meliputi;

a. kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan ibu dan/ atau
b. kondisi kesehatan janin dengan cacat bawaan yang tidak dapat diperbaiki sehingga tidak memungkinkan hidup di luar kandungan.

Pada pasal 118 berbunyi "Kehamilan akibat tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan sebagaimana dimaksud Pasal 116 dibuktikan dengan":

a. surat keterangan dokter atas usia kehamilan sesuai dengan kejadian tindak pidana perkosaan atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan, dan
b. keterangan penyidik mengenai adanya dugaan perkosaan dan/atau kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan.

Selanjutnya pada pasal 119:

(1) Pelayanan aborsi yang diperbolehkan hanya dapat dilakukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat lanjut yang memenuhi Sumber Daya kesehatan sesuai standar yang ditetapkan oleh Menteri.

(2) Pelayanan aborsi hanya dapat dilakukan oleh Tenaga Medis dan dibantu oleh Tenaga Kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pasal 119 menyatakan bahwa tindakan aborsi dilakukan secara aman, bermutu, dan bertanggung jawab oleh dokter terlatih yang memiliki sertifikat dari Menteri Kesehatan Indonesia sehingga diharapkan tidak menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan dan keselamatan ibu.

Pada pasal 122 ayat (1) dinyatakan **"Pelayanan aborsi** hanya **dapat dilakukan atas persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan dan dengan persetujuan suami, kecuali korban tindak pidana perkosaan"**. Pada ayat (3) dikatakan **"Dalam hal pelaksanaan pelayanan aborsi dilakukan pada orang yang dianggap tidak cakap dalam mengambil keputusan, persetujuan dapat dilakukan pihak keluarga"**. Pasal 123 **"Dalam pelayanan aborsi harus diberikan pendampingan dan konseling sebelum dan setelah aborsi, yang dilakukan oleh Tenaga Medis, Tenaga Kesehatan, dan/atau tenaga lainnya"**. Selanjutnya pada Pasal 124 ayat (1) berbunyi **"Dalam hal korban tindak pidana perkosaan dan/atau tindak pidana kekerasan seksual lain yang menyebabkan kehamilan memutuskan untuk membatalkan keinginan melakukan aborsi setelah mendapatkan pendampingan dan konseling, korban diberikan pendampingan oleh konselor selama masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan"** (PP, 2024). Keputusan akhir untuk pelaksanaan aborsi tetap dikembalikan kepada si ibu atau korban perkosaan. Seperti kita ketahui bahwa untuk hamil,

melahirkan, atau memiliki anak merupakan hak azazi perempuan, sehingga semua keputusan berada di tangan perempuan. Jika dia memiliki suami maka tentu saja keputusan diambil setelah didiskusikan atau disepakati bersama, namun tetap keputusan akhir berada pada istri. Pada kenyataannya undang-undang aborsi untuk kedaruratan medis dan korban perkosaan masih belum banyak terlaksana, khususnya untuk kehamilan korban tindak pidana perkosaan. Ketidaktahuan masyarakat bahkan tenaga medis sendiri dan adanya batasan usia kehamilan sebagai syarat dilakukannya aborsi, membuat korban perkosaan sulit memenuhi prosedur tersebut. Kebanyakan korban perkosaan menyembunyikan kehamilannya dan ketika diketahui oleh orang lain kondisi kehamilan biasanya sudah cukup besar sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan aborsi karena tidak memenuhi syarat sesuai peraturan yang berlaku dan juga dapat mengancam keselamatan ibu dan bayi yang sudah mampu hidup di luar rahim.

5.2.2 Indikator-indikator Kedaruratan Medis pada Aborsi Legal

Beberapa indikator tindakan aborsi karena kedaruratan medis, antara lain:

1. Menjaga keselamatan ibu

   Sebuah kehamilan dapat mengancam keselamatan ibu. Biasanya kehamilan tersebut dapat memperburuk kondisi ibu yang sedang mengalami penyakit berat. Beberapa penyakit ibu yang diperberat atau bertambah buruk dengan kehamilannya yaitu:

a. Penyakit jantung terutama penyakit jantung bawaan (PJB) dengan lesi jantung (Purwoko, 2021)
b. Disbetes mellitus berat (Wahyuni dan Alkaff, 2013)
c. Penyakit ginjal kronis (PGK)(Prasanto, 2019 dan Gouveia dkk, 2021)
d. Ibu dengan HIV/AIDS (Yu W dkk, 2022)
e. Penyakit kanker stadium lanjut ketika ibu harus segera mendapatkan kemotherapi dan berada pada masa awal kehamilan seperti kanker serviks (Beharee dkk, 2019)
f. penyakit/kondisi yang berhubungan dengan reproduksi ibu (mioma, kista, infeksi berat, perdarahan hebat).
g. Infeksi virus seperti ebola, *rift valley fever virus (RVFV), west nile vrus (WNV)*, dan *covid*-19 (Yu W dkk, 2022).

2. Gangguan kesehatan berat pada janin

Kehamilan juga dapat mengancam janin dalam kandungan, antara lain dapat menimbulkan penyakit berat dan kecacatan. Beberapa penyakit ibu dan infeksi pada janin yang dapat menimbulkan kondisi buruk pada bayi yang akan dilahirkan yaitu:

a. Ibu dengan penyakit jantung (Purwoko, 2021)
b. Ibu dengan penyakit ginjal kronis (PGK) (Prasanto, 2019 dan Gouveia dkk, 2021)
c. Ibu dengan penyakit kanker stadium lanjut yang mendapatkan kemotherapi pada kehamilan trimester satu (Beharee dkk, 2019)

d. Ibu dengan HIV/AIDS (Chilaka dan Konje, 2020)
e. Ibu dengan iinfeksi menular seksual (IMS) parah seperti *neisseria gonorrhoeae* (GO), *syphilis*, *chlamydia trachomatis*, *trichomonas vaginalis*, dan *mycoplasma genitalium*.
f. Infeksi virus seperti *ebola*, *rift valley fever virus (RVFV), west nile vrus (WNV), dan covid*-19 (Yu W dkk, 2022).

Semua diagnosa penyakit yang membahayakan keselamatan ibu dan menimbulkan gangguan kesehatan berat pada janin seperti dijelaskan di atas sebelumnya telah ditangani oleh dokter spesialis dan keputusan aborsi yang dilakukan berdasarkan pertimbangan multidisiplin yang melibatkan beberapa dokter spesialis misalnya dokter penyakit dalam, dokter obstetri dan ginekologi, dokter anak, dan dokter spesialis lainnya yang berhubungan dengan diagnosa ibu atau janin. Diagnosis pada ibu hamil yang karena kondisi penyakitnya atau karena terapi yang akan dilakukan jika kehamilan dilanjutkan maka dapat mengancam nyawa atau keselamatan ibu dan atau menimbulkan penyakit berat atau kecacatan pada bayi yang akan dilahirkan. Jadi tidak semua diagnosa di atas berakhir dengan aborsi, semua tergantung kondisi ibu dan janin. Setiap kehamilan dan penyakit memiliki kondisi ibu hamil dan janin yang berbeda-beda, tidak sedikit ibu hamil dan janin yang memiliki kondisi normal dan tidak membahayakan diri dan janinnya dengan diagnosa tersebut sehingga kehamilan dapat dilanjutkan. Hanya sebagian kecil terjadi aborsi karena kedaruratan medis.

5.3 Pernikahan Usia Dini

1 dari 9 anak perempuan berusia 20-24 tahun menikah sebelum usia 18 tahun pada tahun 2018 di Indonesia, disebut juga dengan perkawinan anak. Diperkirakan angka tersebut menempatkan Indonesia pada 10 negara dengan angka absolut perkawinan anak tertinggi di dunia yaitu mencapai 1.220.900. Usia anak merupakan masa bagi perkembangan fisik, emosional dan sosial sebelum memasuki masa dewasa. Perkawinan anak merupakan salah satu fakta melanggar hak asasi anak, membatasi pilihan serta peluang mereka. Dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dinyatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi (Bappenas, 2020).

Gambar 5. 1. Tren data persentase perempuan usia 20-24 tahun menurut Usia Perkawinan Pertama, 2008-2018
(Sumber : Bappenas, 2020)

Pada Gambar 5.1 terlihat penurunan persentase usia perkawinan pertama pada usia di bawah 15 tahun, namun berbeda pada usia di bawah 18 tahun. Dalam 10 tahun terakhir terjadi penurunan walaupun dangan persentase yang rendah tetapi pada tahun 2017 dan 2018 persentase usia perkawinan pertama mengalami peningkatan terutama di daerah perkotaan. Pada tahun 2018 sebanyak 11,21 persen perempuan 20-24 tahun menikah sebelum mereka berumur 18 tahun. Prevalensi perkawinan anak masih ada di atas rata-rata nasional pada 20 provinsi, provinsi dengan

prevalensi perkawinan anak tertinggi adalah Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Tenggara, lebih dari 1 juta anak perempuan yang menikah pada usia anak. Daerah Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah adalah 3 provinsi yang paling tinggi menurut angka absolut kejadian perkawinan usia anak di Indonesia. Dalam 10 tahun, prevalensi perkawinan anak di daerah pedesaan menurun sebanyak 5,76 poin persen, sementara prevalensi di daerah perkotaan hanya menurun kurang dari 1 poin persen (Bappenas, 2020).

Gambar 5. 2. Persentase perempuan usia 20-24 tahun yang menikah sebelum usia 18 tahun menurut propinsi pada tahun 2018 (Sumber : Bappenas, 2020)

5.3.1 Peraturan Perundang-undangan Tentang Pernikahan

Undang-Undang nomor 16 tahun 2019 yang merupakan perubahan Undang-undang nomor 1 tahun 1974 tentang perkawinan, salah satu pasal yang diubah adalah

pasal 7 ayat (1) yang berbunyi **"Perkawinan hanya diizinkan apabila pria dan wanita sudah mencapai umur 19 (sembilan belas) tahun"**. Undang-Undang ini merubah usia pernikahan pada perempuan yang sebelumnya 16 tahun menjadi 19 tahun. Perubahan undang-undang ini tentu saja dengan tujuan mengurangi angka pernikahan pada anak. Dalam bagian penjelasan undang-undang tersebut disampaikan "Batas usia dimaksud dinilai telah matang jiwa raganya untuk dapat melangsungkan perkawinan agar dapat mewujudkan tujuan perkawinan secara baik tanpa berakhir pada perceraian dan mendapat keturunan yang sehat dan berkualitas. Diharapkan juga kenaikan batas umur yang lebih tinggi dari 16 (enam belas) tahun bagi wanita untuk kawin akan mengakibatkan laju kelahiran yang lebih rendah dan menurunkan resiko kematian ibu dan anak. Selain itu juga dapat terpenuhinya hak-hak anak sehingga mengoptimalkan tumbuh kembang anak termasuk pendampingan orang tua serta memberikan akses anak terhadap pendidikan setinggi mungkin" (PP no 16, 2019).

Peraturan Pemerintah nomor 28 tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan Pasal 54 ayat b yaitu **"mencegah perkawinan anak"** (PP No. 28, 2024). Pasal tersebut ringkas namun maknanya cukup dalam. Mencegah perkawinan anak berarti tugas semua orang khususnya orangtua. Perkawinan pada anak terjadi bisa disebabkan karena pergaulan bebas, hamil di luar nikah, kondisi sosial ekonomi, atau sosial budaya. Pergaulan bebas dan hamil di luar nikah adalah penyebab karena perilaku anak atau remaja itu sendiri. Berbeda dengan perkawinan anak karena

kondisi sosial-ekonomi dan sosial-budaya. Kedua faktor ini pada dasarnya juga tergantung pada keputusan orangtua, namun kondisi ini sangat dipengaruhi oleh situasi hidup dan aturan budaya atau adat setempat.

5.3.2 Indikator-indikator Terjadinya Pernikahan Remaja

Beberapa indikator terjadinya pernikahan pada remaja, antara lain:

1. Pergaulan remaja

   Orangtua memiliki kewajiban mendidik dan mengasuh anak-anaknya dengan nilai agama, pendidikan, dan norma yang baik sebagai cara menghindari perilaku anak yang menyimpang. Peran orangtua sangat besar dalam menjaga pergaulan anak mereka, tentu saja didukung oleh masyarakat dan lingkungan setempat. Jika orangtua berhasil dan disiplin dalam mendidik, mengasuh, dan membesarkan anak-anak mereka, maka angka pergaulan bebas atau hamil di luar nikah pada anak atau remaja akan rendah sehingga angka perkawinan anak yang disebabkan oleh 2 hal tersebut juga rendah. Sebaliknya jika orangtua yang tidak memperhatikan pengasuhan dan tidak peduli kepada anak-anak mereka, cenderung membiarkan anaknya pacaran dan sebagian menganggap itu adalah hubungan yang wajar pada remaja. Orangtua kadang lupa bahwa dengan membiarkan anak mereka pacaran berarti telah memfasilitasi anaknya untuk melakukan hubungan romantis yang seharusnya tidak boleh dilakukan oleh lawan jenis yang belum menikah. Pacaran menjadi sebuah alasan melakukan tindakan romantis yang belum

waktunya pada anak atau remaja. Rasa ingin tahu yang tinggi, pengaruh media sosial atau internet, serta didukung oleh peningkatan hormon pada masa pubertas sangat rentan bagi remaja untuk mencoba dan melakukan hubungan romantis yang tidak wajar bahkan sampai melakukan hubungan seksual. Bagi anak, rumah adalah madrasah atau sekolah pertama dan orangtua adalah guru pertamanya. Nilai kesusilaan dan budi perkerti yang baik berawal dari orangtua dan harus ditekankan sejak dini. Pendidikan selanjutnya didapatkan di sekolah. Orangtua berusaha menyekolahkan anaknya di sekolah yang baik dengan lingkungan yang baik berharap anaknya mendapatkan nilai-nilai yang tetap terjaga bahkan lebih baik. Tidak jarang anak disekolahkan di pesantren, di asrama, atau sekolah dengan kurikulum pendidikan agama sehingga anak remaja mendapatkan tidak saja ilmu dunia tetapi juga ilmu agama yang mumpuni agar dapat mengendalikan diri dan emosi terhadap pergaulan dan perbuatan yang tidak baik.

Tidak semua orangtua berpikiran bahwa remaja adalah seorang manusia yang butuh perhatian penuh. Kadang orangtua sudah maksimal dalam memilihkan sekolah yang baik, namun tidak jarang lupa melihat lingkungan pertemanan anak-anaknya. Lupa memantau perubahan-perubahan kecil yang terjadi pada anak remajanya. Orangtua yang peduli akan mengamati tingkah laku dan kebiasaan anak-anak mereka. Anak yang biasanya penurut menjadi pembantah, yang biasanya minta izin ketika pulang telat tapi malah sering pergi tanpa berpamitan bahkan pulang larut malam, seharusnya menjadi sebuah peringatan bahwa mereka

sedang berada dalam lingkungan yang tidak baik. Apalagi anak-anak yang berada dalam kondisi perceraian orangtua atau orangtua yang super sibuk sehingga jarang berkomunikasi pada anaknya. Kebanyakan anak-anak yang jatuh pada pergaulan bebas dan narkoba adalah anak-anak yang tidak mendapatkan perhatian orangtuanya sehingga salah pergaulan. Anak-anak atau remaja seperti ini yang biasanya melakukan hubungan seksual di luar nikah dan kadang sampai mengalami kehamilan. Solusi yang biasanya diambil orangtua adalah menikahkan mereka sebagai bentuk pertanggungjawaban atas perbuatan mereka dan untuk menutup rasa malu keluarga. Tidak heran angka pernikahan remaja yang seharusnya semakin menurun malah mengalami peningkatan pada daerah perkotaan seperti pada Gambar 5.1.

2. Kondisi sosial-ekonomi

   Kondisi ekonomi yang sulit pada keluarga dengan pendapatan yang rendah dan anak banyak, menjadikan perkawinan anak sebagai salah satu solusinya. Anak perempuan yang sudah remaja akan segera dicarikan jodoh agar dapat segera berumah tangga sehingga tidak lagi menjadi tanggungan orangtuanya. Jika calon menantu adalah orang berada atau dengan kondisi ekonomi lebih baik, diharapkan dapat membantu ekonomi keluarga istrinya. Situasi dan kondisi ini banyak terjadi baik di pedesaan maupun perkotaan. Masalah sosial-ekonomi dan pernikahan remaja saling berkaitan satu sama lain, seperti lingkaran setan yang tiada berakhir. Keluarga dengan ekonomi lemah yang menikahkan anaknya pada usia remaja akan cenderung mengalami ekonomi sulit

juga karena secara pendidikan dan pengalaman hidup yang rendah, faktor pengetahuan dan akses ke pelayanan kesehatan rendah, akibatnya memiliki anak yang cenderung banyak dan tidak mendapatkan pendidikan yang layak. Ketika anaknya mulai remaja maka akan dinikahkan juga, dan begitu seterusnya. Jadi pada dasarnya jika ingin menghilangkan kebiasaan menikahkan anak atau remaja pada masyarakat dengan ekonomi sulit, pemerintah harus berdayakan dulu masyarakat atau keluarga tersebut. Peningkatan kesempatan kerja dan pendidikan yang merata merupakan salah satu solusi pada masyarakat golongan ini.

3. Kondisi sosial-budaya

   Faktor sosial-budaya juga mempengaruhi pernikahan remaja di Indonesia. Tidak jauh berbeda dengan faktor sosial-ekonomi, menjadi momok yang sulit untuk dihilangkan. Biasanya di daerah pedesaan atau pada suku atau budaya yang agak terpinggir, mereka cenderung hidup dengan pendidikan formal yang rendah bahkan tidak mengecam bangku sekolah. Mereka terbiasa menjalani hidup dengan sederhana dan dari sumber daya alam yang tersedia di sekitar mereka.

Gambar 5. 3. Suku Mentawai di Kepulauan Mentawai, Pulau Siberut, Sumbar
(Sumber : goodnewsfromindonesia.id, 2021)

Mereka hidup dengan meneruskan budaya dan adat yang sudah diwariskan secara turun menurun dari generasi ke generasi. Tempat tinggal mereka yang di daerah pedalaman, membuat mereka kurang tersentuh dengan lingkungan modern. Walaupun sudah mulai ada perkembangan kehidupan, misalnya di bidang pendidikan dan mata pencaharian, budaya yang mereka anut masih sangat kental, salah satunya buadaya tentang pernikahan. Anak perempuan yag sudah beranjak remaja biasanya akan segera dinikahkan. Tentu saja selain untuk melanjutkan keturunan, perempuan pada suku pedalaman hidupnya bergantung pada laki-laki. Mereka tidak sekolah apalagi bekerja, semua tanggung jawab merupakan kewajiban laki-laki. Perempuan biasanya bertugas hanya mengurus rumah dan anak, jika memungkinkan membantu suami bercocok tanam untuk

kelangsungan hidup mereka. Bisa dibayangkan betapa sulitnya pemerintah mengubah suatu budaya yang berhubungan dengan pernikahan remaja pada suku-suku pedalaman Indonesia.

Gambar 5. 4. Suku Kubu di pedalaman Jambi
(Sumber : satujam.com, 2023)

Kondisi sosial-budaya hanya dapat diubah secara perlahan melalui pemberian informasi dengan melibatkan tokoh agama dan tokoh adat setempat. Ustadz, pendeta, kepala suku, atau kepala adat adalah orang-orang yang sangat didengarkan dalam kelompoknya. Tugas pertama pemerintah adalah menyampaikan informasi dan pemahaman kepada tokoh-tokoh tersebut secara kompleks kemudian mendampingi mereka ketika menyampaikan kepada masyarakat setempat. Tokoh agama dan tokoh adat sebaiknya memberikan contoh kepada masyarakat melalui anak-anak mereka sendiri. Pejabat di wilayah adat setempat seperti kepala desa

dapat melakukan peningkatan pelatihan-pelatihan keterampilan pada remaja puteri dan putera di desa-desa yang terletak di pedalaman, bantuan pendidikan sampai SLTA, atau dengan memberikan bantuan kepada pasangan yang bersedia menunda pernikahan sampai usia 19 tahun atau lebih. Beberapa strategi tersebut dapat membuat remaja menunda pernikahan sampai usia yang diperbolehkan. Secara perlahan perubahan usia pernikahan remaja tanpa disadari akan mulai naik dan mengikuti peraturan perundang-undangan.

Gambar 5. 5. Suku Baduy di Kab. Lebak, Banten, Jabar (Sumber : suaraekonomi.com, 2021)

5.3.3 Faktor pelindung mengatasi akar masalah pernikahan remaja

Beberapa faktor pelindung yang dapat mengatasi masalah dari pernikahan remaja, antara lain:

1. Faktor pendidikan

   Data Susenas 2018 memperlihatkan tingkat pencapaian pendidikan yang lebih tinggi untuk yang menikah di atas 18 tahun. Sebanyak 45,56% perempuan menikah pada usia dewasa menyelesaikan sekolah menengah atas (SMA). Perempuan maupun laki-laki usia 20-24 tahun yang melangsungkan pernikahan setelah usia 18 tahun, rata-rata lama sekolah lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang melangsungkan pernikahan sebelum usia 18 tahun (Bappenas, 2020). Wajar adanya jika anak yang menyelesaikan pendidikan formal sampai SLTA akan terhindar dengan pernikahan dini, karena remaja yang tamat SLTA rata-rata berusia 18-19 tahun. Pada anak Perempuan pendidikan sampai SLTA merupakan salah satu penyelamat dari pernikahkan dini. Di daerah pedesaan biasanya salah satu alasan menikahkan anak perempuan adalah karena dia tidak melanjutkan sekolah, daripada tidak ada kegiatan dan hanya menambah beban keluarga maka sebaiknya mereka dinikahkan. Berbeda jika anak sekolah cenderung ada keinginan untuk bekerja setelah menamatkan pendidikannya. Bekerja menjadi salah satu solusi dalam meningkatkan ekonomi keluarga. Sering kita mendengar keinginan anak-anak sekolah setelah lulus SLTA mengatakan "bekerja dulu untuk membantu menyekolahkan adik-adik atau membantu orangtua baru setelah itu memikirkan untu menikah". Seiring dengan

kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan, warga di daerah pedesaan menyadari pentingnya pendidikan dalam meningkatkan ekonomi keluarga dan status sosial.

2. Faktor agama

   Indonesia adalah negara berketuhanan Yang Maha Esa artinya semua penduduk Indoesia diwajibkan memeluk agama yang diakui oleh negara. Orangtua zaman sekarang mulai menyadari bahwa satu-satunya cara untuk membentuk anak yang patuh dan taat kepada orangtua serta tidak melakukan perbuatan yang dilarang agama dan hukum adalah dengan mendekatkan anak kepada agama. Pendidikan sekolah sebagai pendidikan formal sangat penting, namun pendidikan agama paling utama karena ketakutan atas dosa dan hukuman Allah SWT atau tuhan sebagai pencipta mampu membuat manusia tidak melakukan perbuatan yang dilarang termasuk berzina. Islam adalah agama mayoritas, dalam Islam setiap hubungan seksual hanya dilakukan oleh pasangan suami istri yang syah secara agama dan atau hukum. Pacaran yang berlebihan sampai melakukan hubungan seksual bahkan hamil seringkali menjadi penyebab pernikahan usia remaja. Dengan pemahaman agama dan moral yang baik pada anak dan remaja, tentu angka pernikahan remaja dapat ditekan. Menurut Islam suatu pernikahan syah bila dilakukan secara agama saja (nikah siri) atau agama dan negara. Agama lain tidak menganut pernikahan siri hanya pernikahan negara atau yang tercatat secara hukum. Walaupun pernikahan siri berarti pernikahan yang syah secara agama dan tidak tercatat secara hukum, namun pelaksanaannya tetap harus memenuhi syarat kemampuan secara fisik dan

mental bagi calon yang akan menikah. Artinya syarat menikah harus memenuhi kemampuan fisik dan batin dari segi umur, dan kemampuan lahiriah dari segi memenuhi kewajiban menafkahi istri bagi calon suami. Usia remaja tidak memenuhi syarat umur dan belum bisa menafkahi dengan baik sehingga tidak bisa menikah walaupun secara siri.

3. Faktor budaya/tradisi

   Penelitian Credos Institute, menunjukkan bagaimana sosialisasi peran gender mempengaruhi penerimaan masyarakat untuk perkawinan anak. Dalam penelitian yang dilakukan di Makassar dan Gowa, anak perempuan yang dianggap terlambat menikah disebut sebagai perawan tua (UIN Alauddin, 2017). Perempuan dianggap siap untuk menikah pada saat mereka dianggap siap untuk mengurus keluarga, sementara untuk laki-laki mandiri secara ekonomi menjadi ukuran kesiapannya (Credos Institute, 2017). Hasil penelitian *Plan International* dan *Coram International* melihat bahwa anak perempuan menginginkan pernikahan karena stigma buruk terhadap perempuan yang belum menikah karena menikah dan menjalankan peran sebagai istri dan ibu dianggap sebagai peran utama perempuan yang patut dipenuhi (Plan International & Coram International, 2015). Hampir semua suku budaya di daerah pedalaman Indonesia memiliki cara pandang yang sama terhadap anak perempuan. Anak perempuan di desa secara mental dianggap lebih siap menghadapi pernikahan karena mereka terbiasa membantu orangtua khususnya ibu dalam mengurus rumah tangga dan adik sejak mereka kecil. Mereka dianggap mampu dan bisa menjalankan

peran sebagai istri jika nanti menikah. Bagi penduduk desa yang paling penting seorang perempuan yang bisa mengurus rumah tangga dan anak tentunya bisa berumah tangga. Mereka tidak memperhatikan bahwa berumah tangga tidak saja dibutuhkan kesiapan fisik, tetapi juga kesiapan mental.

Secara psikologis remaja memiliki kejiwaan yang masih labil, mudah emosi, mudah terpengaruh, dan sering mengambil keputusan tanpa pemikiran rasional. Tidak jarang pernikahan yang dibangun oleh remaja dengan pondasi labil akan penuh dengan pertengkaran bahkan berakhir perceraian. Pernikahan remaja meningkatkan angka perceraian di Indonesia. Propinsi dengan angka pernikahan tertinggi di Indonesia pada tahun 2023 adalah Jawa Barat yaitu 317.715 diikuti posisi kedua Jawa Timur sebanyak 285.189. Untuk angka perceraian pada tahun yang sama di Jawa Barat juga merupakan provinsi dengan angka tertinggi yaitu sebanyak 102.280 dan juga diikuti Jawa Timur pada posisi kedua 88.213 (BPS, 2024). Dari Open Data Jabar pada tahun 2023 tercatat Kabupaten Bogor sebagai daerah dengan pernikahan perempuan usia 16-19 tahun tertinggi sebanyak 11.775 diikuti Kabupaten Bandung sebanyak 11.205. Total pernikahan Perempuan usia 16-19 tahun di Jawa Barat pada tahun 2023 sebanyak 99.406 bila dibandingkan dengan total pernikahan pada tahun yang sama 317.715 berarti pernikahan remaja terjadi sebanyak 31.3%. Angka yang luar biasa untuk pernikahan remaja yaitu hampir 1/3 dari semua pernikahan yang terjadi. Perlu perhatian pemerintah untuk menurunkannya dengan bekerjasama dengan semua lini antara lain departemen agama, pendidikan,

kesehatan, sosial, ekonomi, dan lain sebagainya. Diperlukan penanganan serius agar angka ini tidak semakin tinggi dan menimbulkan dampak yang lebih luas lagi.

4. Faktor ekonomi

   Beberapa penelitian yang dilakukan oleh UNFPA (2012) dan UNICEF dan UNFPA (2018) menunjukkan bahwa kemiskinan merupakan pendorong utama perkawinan anak pada perempuan di negara berkembang (Paul, 2019). Bagi rumah tangga miskin, kebanyakan anak perempuan dianggap sebagai beban ekonomi dan perkawinan dianggap sebagai solusi untuk melepaskan diri dari kemiskinan dan ini sesuai dengan data Susenas 2018 yang memperlihatkan bahwa anak dari keluarga dari kuintil ekonomi terendah paling berisiko pada perkawinan anak. Beberapa provinsi yang perlu mendapat perhatian yang lebih jika persentase penduduk miskin merupakan prevalensi perkawinan anak yaitu meliputi propinsi; Sumatera Selatan, Bengkulu, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat dan Papua (Bappenas, 2020).

   Anak Perempuan merupakan tanggung jawab keluarga sampai dia menikah, berbeda dengan anak laki-laki. Anak laki-laki harus bekerja baik untuk membantu ekonomi keluarga, maupun untuk kehidupannya di masa depan ketika berumah tangga. Kadang pemikiran ini yang membuat orangtua dengan ekonomi lemah lebih mementingkan menyekolahkan anak laki-laki daripada anak perempuan. Anak Perempuan yang dirasa cukup umur akan dinikahkan jika sudah ada yang melamar,

dengan demikian diharapkan dapat mengurangi beban keluarga. Jika beruntung mendapatkan suami dengan ekonomi lebih baik atau dari keluarga berada, bisa membantu menopang kehidupan keluarga si istri. Untuk mengentaskan masalah kemiskinan pemerintah dapat melakukan berbagai cara antara lain; dengan meningkatkan pemberdayaan keluarga melalui peningkatan lapangan kerja dan pinjaman modal untuk usaha, meningkatkan kesempatan mendapatkan pendidikan melalui pendidikan gratis dan beasiswa, mengadakan pelatihan keterampilan sehingga siap menghadapi dunia kerja termasuk membuka usaha sendiri. Dengan berbagai usaha tersebut diharapkan mampu mengatasi faktor ekonomi dalam mencegah pernikahan dini pada remaja. Mengatasi masalah ekonomi keluarga menjadi dasar yang seharusnya menjadi perhatian khusus bagi pemerintah karena dengan pemberdayaan ekonomi, tidak hanya menurunkan angka pernikahan remaja juga dapat mencegah stunting, menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) yang merupakan tolak ukur kemajuan suatu negara.

5. Faktor tempat tinggal

   Faktor risiko lain yang sering ditemukan di berbagai literatur adalah tempat tinggal di perdesaan (Rumble dkk, 2018 & Marshan dkk, 2013). Data Susenas 2018 menunjukkan bahwa anak perempuan di daerah pedesaan dua kali lebih mungkin untuk menikah dibandingkan dengan anak perempuan di daerah perkotaan. Marshan dkk menemukan dibandingkan dengan mereka yang tinggal di daerah perdesaan, anak

perempuan yang tinggal di perkotaan lebih mungkin mendapatkan kesempatan di luar perkawinan dan pengasuhan anak (Marshan dkk, 2013). Seperti kita ketahui di kota sangat banyak peluang kerja yang bisa didapatkan, baik dari pekerjaan kasar sampai pekerjaan di ruangan ber-AC. Kesempatan bekerja pada orang lain atau pada perusahaan, serta membuka usaha sendiri di perkotaan lebih memungkinkan ketimbang di daerah pedesaan. Faktor inilah yang membuat remaja yang ingin bekerja setelah menyelesaikan pendidikan SLTP atau SLTA berbondong-bondong datang dari desa ke kota. Biasanya mereka yang tidak mau terkukung dengan kehidupan desa dan tidak mau menikah pada usia muda. Tinggal di perkotaan juga membuka pola pikir bagi remaja bahwa jalan hidup mereka sangat panjang. Bagi yang beruntung dan memang mempersiapkan diri untuk melanjutkan pendidikan, biasanya menempuhnya di perkotaan. Bersekolah dengan biaya sendiri atau beasiswa tentu meningkatkan kemampuan diri dan serta merta akan berkeinginan melanjutkan untuk mecari pekerjaan. Menyibukkan diri dengan belajar dan bekerja membuat remaja terlupa dan tidak akan memikirkan menikah pada usia muda. Mereka tahu persis bahwa kemapanan diri sangat penting sebelum memutuskan menikah, apalagi jika mereka menjadi tulang punggung keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Beharee N. Shi Z, Wu D, dan Wang J. 2019. *Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant woman*. Cancer Med, 8(12): 5425-5430. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6745864/

BPS. 2024. *Nikah dan Cerai menurut provinsi, 2023*. https://www.bps.go.id/id/statistics-table/3/VkhwVUszTXJPVmQ2ZFRKamNIZG9RMVo2VEdsbVVUMDkjMw==/nikah-dan-cerai-menurut-provinsi--2020

Credos Institute. 2017. *Situation Analysis of Child Marriage, Teenage Pregnancy and Female Genital Mutilation in Rembang*.

Darroch J, Woog V, Bankola A, and Ashford L. 2016. *Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. New York: Guttmacher Institute.

Chilaka VN dan Konje JC. 2020. *HIV in pregnancy – An update.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 256: 484–491. https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30745-4/fulltext

Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. 2017. *Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model*. Lancet, 390(10 110):2372–2381.

Gouveia IF, Silva JR, Santos C, dan Carvalho C. 2021. *Maternal and fetal outcomes of pregnancy in chronic kidney*

disease: diagnostic challenges, surveillance and treatment throughout the spectrum of kidney disease. J Bras nefrol, 43(1): 88–102. https://www.scielo.br/j/jbn/a/yD5SB36v3tFTGD8wmYkv86d/?lang=en

Kementerian PPN/Bappenas, UNICEF. 2020. *Pencegahan perkawinan anak Percepatan yang tidak bisa ditunda. Badan Pusat Statistik*.

Marshan, JN, Rakhmadi MF, and Rizky M. 2013. *Prevalence of Child*

Marriage and Its Determinants among Young Women in Indonesia. Conference Paper on "Child Poverty and Social Protection", UNICEF - Bappenas - SMERU.t.

Open Data Jabar. 2023. *Jumlah perkawinan usia 16-19 tahun berdasarkan jenis kelamin di Jawa Barat*. https://opendata.jabarprov.go.id/id/dataset/jumlah-perkawinan-usia-16-19-tahun-berdasarkan-jenis-kelamin-di-jawa-barat

Paul, Pintu. 2019. *Effects of education and poverty on the prevalence of girl child marriage in India: A district–level analysis.* Children and Youth Services Review 100, 16-21.

Plan International & Coram International. 2015. *Getting the evidence: Asia Child Marriage Initiative*.

Prasanto RH. 2019. *Penyakit ginjal kronis dan kehamilan. Tim Kerja Hukum dan Humas RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. https://sardjito.co.id/2019/08/28/penyakit-ginjal-kronis-dan-kehamilan/

Presiden RI. 1974. Undang-undang No. 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan. www.hukumonline.com

Presiden RI. 2016. Undang-undang No. 3 Tahun 2016 Tentang Pelatihan dan penyelenggaraan Pelayanan Aborsi Atas Indikasi Kedaruratan Medis dan Kehamilan Akibat Perkosaan. https://peraturan.bpk.go.id/Details/112979/permenkes-no-3-tahun-2016

Presiden RI. 2019. Undang-undang No. 16 Tahun 2019 Tentang Perubahan atas Undang-undang No. 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan. https://peraturan.bpk.go.id/Details/122740/uu-no-16-tahun-2019

Presiden RI. 2024. Undang-undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. https://www.kemkes.go.id/id/undang-undang-republik-indonesia-nomor-17-tahun-2023-tentang-kesehatan

Presiden RI. 2024. Peraturan Pemerintah RI No. 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. https://www.kemkes.go.id/id/peraturan-pemerintah-ri-no-28-tahun-2024-tentang-peraturan-pelaksanaan-uu-kesehatan

Purwoko. 2021. *Komplikasi ibu hamil dengan penyakit jantung*. Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia, 4(2). https://www.researchgate.net/publication/355123545_Komplikasi_Ibu_Hamil_dengan_Penyakit_Jantung

Rumble, L., Peterman, A., Irdiana, N., Triyana, M. and Minnick, E. 2018. *An empirical exploration of female child marriage determinants in Indonesia*. BMC Public Health, 18, 407. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5313-0

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. 2014. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. Lancet Glob Health, 2(6):e323–e333. https://research.birmingham.ac.uk/en/publications/global-causes-of-maternal-death-a-who-systematic-analysis

UIN Alauddin. 2017. *Dinamika Perkawinan Anak di Kabupaten Gowa dan kota Makassar Sulawesi Selatan*.

Wahyuni S dan Alkaf RN. 2013. *Diabetes mellitus pada perempuan dengan usia reproduksi di Indonesia tahun 2007*. Jurnal Kesehatan Reproduksi 3 (1):46-51. https://media.neliti.com/media/publications-test/107315-diabetes-mellitus-pada-perempuan-usia-re-348f842b.pdf

Yu W, HU X, dan Cao B. 2022. *Viral Infections During Pregnancy: The Big Challenge Threatening Maternal and Fetal Health.* Maternal-Feta Medicine, 4(1). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8843053/pdf/mfm-4-72.pdf

BAB 6
PERSALINAN DAN POSTPARTUM

Oleh Machfudloh

6.1 Persalinan

6.1.1 Pengertian

Persalinan adalah suatu proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana jalan janin dan ketuban di dorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2014)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu) (Manuaba, 2012)

Persalinan adalah suatu proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran merupakan kejaadian fisiologi yang normal. Persalinan adalah suatu proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah suatu rposes dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada

kehamilan cukup bulan (37-40 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2014).

6.1.2 Persiapan menghadapi persalinan

Menurut (Eni subiastutik, 2022) persiapan menghadapi persalinan meliputi :

a. Memilih dan menentukan tenaga kesehatan dan tempat melahirkan pada waktu memeriksa kehamilan.
b. Mengenali persalinan yang normal dan memahami apa saja persiapan menghadapi persalinan.
c. Mengenali tanda-tanda bahaya dan melaksanakan persiapan menghadapi komplikasi.
d. Mengetahui sistem transportasi, tahu kemana harus pergi apabila terjadi keadaan darurat, serta siapa yang akan tinggal untuk menjaga keluarga.
e. Memiliki tabungan pribadi dan dapat mengaksesnya jika diperlukan

6.1.3 Tanda Gejala Persalinan

a. Tanda Tanda-tanda persalinan sudah dekat
   Menurut (Asrina A , et all, 2024) tanda-tanda persalinan sudah dekat yaitu :
   1) Lightening
      Lightening adalah suatu proses penurunan bagian presentasi bayi ke panggul terjadi pada dua minggu sebelum persalinan atau usia kehamilan diatas 36 minggu. Hal ini membuat

ibu mengalami nyeri perut bagian bawah, sulit untuk berjalan, dan kram pada kaki.

2) Polakisuria
Pada akhir kehamilan kepala janin sudah mulai masuk ke pintu atas panggul (PAP) yang menyebabkan kandung kemih tertekan. Hal ini membuat ibu lebih sering berkemih.

3) False Labor
Pada 3-4 minggu sebelum persalinan ibu akan merasakan kontraksi palsu (*Braxton Hicks*). Kontraksi ini bersifat: tidak teratur, lamanya his pendek, tidak bertambah kuat,jika dibawah jalan nyerinya berkurang.

4) Perubahan Cervix
Awal kehamilan cervix tertutup, panjang dan kurang lunak sedangkan pada awal persalinan cervix akan menjadi lebih lembut/lunak, mengalami pembukaan dan penipisan cervix. Perubahan cervix tergantung individu dan paritasnya.

b. Tanda-tanda persalinan

Menurut (Yulizawati, 2019) terdapat 3 tanda persalinan, antara lain yaitu ;

1) Kontraksi
Ibu merasa kenceng-kenceng pada perut secara teratur dengan nyeri yang menjalar dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu *(Braxton hicks)* dan kontraksi yang sebenarnya.

Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng akan semakin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, diserta mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga akan terasa kencang.

Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (his) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap mengadapi persalinan.

2) Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show.*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir yang bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang mengelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya adalah pecahnya ketuban dimana ibu terkadang tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipis.

Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bisa juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Pecahnya ketuban perlu dilakukan penanganan segera dalam waktu <24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir maka dilakukan penangana selanjutnya seperti SC.

3) Pembukaan serviks

Pada bumil dengan kehamilan pertama terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam *(vaginal toucher).* Selama proses persalinan serviks akan perlahan mengalami pembukaan hingga lengkap sehingga ada tanda-tanda sebagai berikut :

a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan kontraksi
b) Ibu merasakan ada peningkatan tekanan padarektum atau vagina
c) Perinium ibu tampak menonjol
d) Vulva vagina serta spinter ani membuka
e) Meningkatnya pengeluaran lendir darah

6.1.4 Faktor yang berhubungan dengan persiapan persalinan

Menurut (Zuliati, 2023) faktor yang berhubungan dengan persiapan persalinan meliputi :

a. Umur

Umur adalah umur seseorang yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja, sehingga akan termotivasi dalam memeriksakan kehamilan.

Umur yang dianggap paling aman menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Dimana rentang usia ini kondisi fisik wanita dalam keadaan prima. Sedangkan setelah umur 35 tahun, sebagian wanita digolongkan pada kehamilan berisiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan adanya penyulit pada waktu persalinan. Di kurun umur ini, angka kematian ibu melahirkan dan bayi meningkat, sehingga akan meningkatkan kecemasan

b. Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi proses belajar. Pendidikan seseorang yang semakin tinggi makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Tingkat pendidikan turut menentukan rendah tidaknya seseorang menerima dan memakai pengetahuan atau informasi.

c. Pekerjaan

Bekerja dapat mengalihkan perasaan cemas bagi ibu hamil. Bekerja merupakan aktivitas yang menyita waktu dan ibu hamil akan fokus ke pekerjaannya. Ibu hamil yang bekerja akan dapat berinteraksi dengan masyarakat sehingga dapat menambah pengetahuan. Selain itu, bekerja dapat menambah penghasilan keluarga untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan.

d. Pendapatan

Untuk memenuhi kebutuhan hidup seseorang disesuaikan dengan penghasilan yang ada. Keluarga dengan ekonomi yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin, merencanakan persalinan di tenaga kesehatan dan melakukan berbagai persiapan lainnya dengan baik.

e. Dukungan Sosial

Dukungan sosial adalah suatu keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi. Dukungan sosial merupakan bantuan atau dukungan yang positif yang diberikan oleh orang-orang tertentu terhadap individu dalam kehidupannya serta dalam lingkungan sosial tertentu sehingga individu yang menerima merasa diperhatikan, dihargai, dihormati, dicintai.

6.1.5 Fisiologi dan manajemen persalinan

Selama proses persalinan ibu hamil akan mengalami beberapa tahapan menuju bersalin. Menurut (Sukarni, 2019) selama proses tahapan tersebut ibu akan mengalami

perubahan fisik dan sistem metabolisme tubuh antara lain yaitu;

a. Kala I

Kala satu persalinan yaitu dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase antara lain yaitu ;

1) Fase laten persalinan
   Fase ini dimulai yaitu dari sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan serviks dan pembukaan serviks secara bertahap. Pada fase laten pembukaan serviks dari 1 cm hingga 4 cm dan biasanya berlangsung selama kurang dari 8 jam.
2) Fase aktif persalinan
   Dalam fase aktif terbagi menjadi 3 kategori antara lain yaitu ;
   (a) Fase akselerasi : terjadi pembukaan dari 3 cm menuju 4 cm dalam waktu 2 jam
   (b) Fase dilatasi maksimal : terjadinya pembukaan dari 4 cm menuju 9 cm dalam waktu yang sangat cepat yaitu 2 jam
   (c) Fase deselerasi : Pembukaan dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10), waktu proses pembukaan ini akan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam.

Mekaniske pembukaan serviks pada primigravida dan multigravida sangat berbeda. Pada tahap awal ostium uteri interna akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostoium uteri internum dan eksternum serta

penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu bersamaan. Kemudian ketuban saat mendekati pembukaan lengkap akan pecah, namun apabila ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm maka dikatakan Ketuan Pecah Dini (KPD).

Beberapa perubahan yang terjadi selama Kala I persalinan

1) Perubahan hormon
   Ketuban akan meregang vagina bagian atas dan setelah ketuban pecah maka vagina dan dasar panggul akan mengalami penipisan dan tekanan akibat dari penurunan kepala janin dalam panggul ibu menuju jalan lahir.
2) Perubaan serviks
   Terjadi pendataran dan pembukaan pada leher rahim.
3) Perubahan uterus
   Segmen Atas Rahim : akan mengalami kontraksi atau rasa mulas dan dinding uterus akan semakin meneal
   Segmen bawah rahim : Segmen bawah rahim menjadi pasif fan akan semakin tipis.
   Selama kala I bentuk rahim akan bertambah panjang dan otot- otot akan meregang sehingga menarik segmen bawah rahim dan serviks yang kemudian akan menuju pada pembukaan lengkap.

b. Kala Il

Terdapat beberapa perubahan fisik pada ibu bersalin menurut (Sukarni, 2019) yaitu antara lain ;

1) Sistem Cardiovaskuler
Selama proses persalinan kontraksi akan menurunkan aliran darah menuju uterus sehingga jumlah darah sirkulasi ibu akan meningkat. Selain tekanan darah ibu juga akan meningkat karena resistensi perifer meningkat serta kecemasan yang disebabkan karena rasa nyeri, rasa takut dan khawatir serta aktivitas otot rangka. Peningkatan metabolik ditandai dengan peningkatan suhu tubuh, nadi, pernafasan, curah jantung, dan kehilangan cairan. Selain itu oksigen yang menurun selama kontraksi menyebabkan hipoksia namun dengan kadar yang adekuat tidak menimbulkan masalah yang serius.

2) Pengaturan Suhu
Aktivitas otot yang meningkat menyebabkan sedikit kenaikan suhu akibat kehilangan cairan dan meningkatnya kecepatan dan kedalaman rdalam espirasi

3) Urinaria
Terdapat penekanan kepala janin yag menyebabkan tonus vesica kandung kemih menurun, sehingga terdapat penekanan pada kandung kemih berakibat membuat kapasitas urin menurun.

4) Muskuloskeletal
Hormon relaxin menyebabkan pelunakan kartilago di antara tulang, fleksibilitas urin

meningkat dan akan terdapat rasa nyeri punggung saat proses persalinan pada ibu hamil akibat fleksi maksimal janin.

c. kala III

Batasan kala Ill yaitu masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta, tanda-tanda lepasnya plasenta: terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina/vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba. Kala Ill berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusar beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

Plasenta lepas dalam waktu 6 menit - 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir dan tanda gejala tali pusat (Indryani, 2024).

d. Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah: sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir dan sisa plasenta (Indryani, 2024).

6.1.5 Mental Health ibu bersalin

Wanita hamil mengalami perasaan takut dan khawatir tentang keadaan di mana bayinya akan lahir. dikenal sebagai kecemasan menghadapi persalinan. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa wanita hamil sering mengalami kecemasan karena menghadapi kenyataan bahwa mereka akan melahirkan anak. Wanita hamil sering mengalami kecemasan yang terkait dengan pengalaman sebelumnya melahirkan dan dapat berlangsung hingga satu tahun setelah persalinan. Kehidupan pribadi, sosial, dan pekerjaan wanita hamil dapat terganggu oleh kecemasan yang tinggi tentang persalinan, yang dapat mempengaruhi keinginannya untuk hamil dan persepsinya tentang kemampuan mereka untuk melahirkan anak.

Kesiapan proses persalinan membantu dan mendorong ibu hamil untuk meningkatkan kesehatan dan kondisi psikologisnya, membuatnya merasa dicintai dan diperhatikan selama kehamilannya, yang dapat menurunkan respon kecemasan. Pendampingan keluarga sangat penting untuk menurunkan kecemasan karena memiliki sistem yang membantu ibu hamil mengatasi persalinan, mendampinginya, dan memberinya dukungan saat persalinan (Rita T. Amiel Castroa, Claudia Pinard Andermanb, Thomas G. O'Connorc,Vivette Gloverd and Martin Kammererd, 2024).

Perubahan psikologis seorang wanita yang sedang mengalami persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang diterima selama persiapan persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya dan keluarganya. Dukungan keluarga yang diterima oleh ibu di lingkungan ibu melahirkan, termasuk

yang mendampingi saat persalinan, sangat mempengaruhi aspek psikologis ibu (Varney *et all*, 2010).

6.1.6 Jenis-jenis Persalinan

Menurut (Indryani, 2024) jenis-jenis persalinan meliputi :

a. Persalinan Spontan dimana persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir
b. Persalinan Caesar yaitu melahirkan lewat operasi caesar umumnya dilakukan ketika persalinan normal dikatakan tidak mungkin dilakukan. Operasi Caesar dapat dilakukan apabila ada masalah darurat yang dapat mengancam nyawa ibu dan bayi.
c. Persalinan di Air (Water Birth) merupakan persalinan di dalam air merupakan metode melahirkan normal yang mengharuskan ibu berendam di dalam bak atau kolam berisi air hangat.
d. Persalinan Normal, persalinan normal adalah suatu metode melahirkan bayi melalui vagina dengan cara mengejan (ngeden). Setelah kontraksi, otot-otot di sekitar vagina biasanya akan meregang dan melebar sehingga bisa dilewati bayi. Proses melahirkan secara normal umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Meski begitu ibu harus melakukan segala persiapannya sejak dini.
e. Persalinan yang dibantu Alat, jika proses persalinan dengan dibantu alat vakum di sebut ekstraksi vakum yang dilakukan dengan menggunakan cup pengisap untuk menarik bayi keluar secara lembut. Vakum akan dilakukan saat mulut rahim telah terbuka

penuh dan kepala bayi berada di bagian bawah panggul. Cup tersebut menarik bayi keluar dengan bantuan tenaga listrik atau pompa di atas kepala bayi.

f. Persalinan Normal Setelah Caesar (VBAC) merupakan jenis persalinan disebut dengan vaginal birth after caesarean (VBAC). Namun hal ini masih tergantung dari kondisi masing-masing ibu meskipun peluang keberhasilannya cukup besar, tetap saja ada kemungkinan risiko komplikasi yang dapat terjadi.

g. Persalinan *Gentle Birth* adalah salah satu persalinan alternatif yang mengimplementasikan prinsip mengurangi stressor untuk mengurangi rasa sakit. Persalinan gentle birth merupakan sebuah filosofi dalam proses melahirkan, dimana proses melahirkan itu tenang, penuh kelembutan, serta memanfaatkan semua unsur alami dalam tubuh manusia.

h. Persalinan *Cesarean Section*, persalinan normal juga tidak bisa dilakukan untuk jenis persalinan menurut usia kehamilan yang berisiko, misalnya di atas 40 tahun dan kontraksi rahim lemah. Dengan mempertimbangkan berbagai risiko medis lainnya, operasi sesar merupakan operasi bedah yang dilakukan dengan membuat sayatan di dinding perut untuk mengeluarkan bayi. Dan memiliki risiko seperti perdarahan berlebihan, infeksi pada luka, pembekuan darah, hingga kerusakan terhadap area terdekat sayatan.

i. Persalinan Anjuran (Induksi), persalinan anjuran adalah suatu persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaanya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau diberi suntikan

oksitosin. Persalinan anjuran bertujuan untuk merangsang otot 3 rahim berkontraksi sehingga persalinan berlangsung serta membuktikan ketidak seimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir

j. Persalinan Tindakan, persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri karena terdapat indikasi adanya suatu penyulit persalinan. Dilakukan dengan memberikan tindakan dengan alat bantu. Persalinan tindakan pervaginam, apabila persalinan spontan tidak dapat diharapkan dan kondisi bayi baik, maka persalinan tindakan pervaginam dapat dipilih menggunakan bantuan alat forcep atau vakum.

k. Persalinan Tindakan Perabdominal *Sectio Caesaria* (SC), merupakan alternatif terakhir untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi terutama bagi ibu dengan ukuran panggul yang sempit yang dikenal dengan istilah *Cephalopelvic Disproportion* (CPD). Walaupun termasuk kedalam salah satu operasi besar yang memiliki banyak keuntungan, sectio caesaria (SC) mempunyai beberapa resiko seperti efek dari obat anestesi, kerusakan pembuluh darah, bekas luka irisan pada rongga uterus yang tidak menutup sempurna, serta gangguan kandung kemih dan lainnya.

6.1.7 Kebutuhan Ibu Bersalin

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar (Varney, *et all*, 2010)

a. Kebutuhan oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat menganggu kesejahteraan janin.

b. Kebutuhan cairan dan nutrisi

Kebutuhan cairan dan nutrisi merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Asupan makanan yang cukup merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh.

c. Kebutuhan eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Apabila masih memungkinkan, anjurkan ibu untuk berkemih di kamar mandi, namun apabila sudah tidak memungkinkan, bidan dapat membantu ibu untuk berkemih dengan wadah penampung urin. Sebelum memasuki persalinan, sebaiknya pastikan ibu sudah BAB.

d. Kebutuhan hygiene (kebersihan personal)

Kebutuhan hygiene (kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mencegah infeksi dan menjaga kesejahteraan fisik dan psikis. Tindakan

personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya yaitu membersihkan daerah genetalia dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi.

e. Kebutuhan istirahat

Selama proses persalinan berlangsung kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Istirahat selama proses persalinan yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba rileks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Ibu bias berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his untuk melakukan hal yang menyenangkan atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur.

f. Posisi dan ambulasi

Pada kala I, posisi persalinan yang dimaksudkan untuk membantu mengurangi rasa sakit akibat his dan membantu dalam meningkatkan kemajuan persalinan. Pada kala I ini ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, posisi berdansa, duduk, berbaring miring ataupun merangkak.

g. Pengurangan rasa nyeri

Terdapat beberapa cara untuk mengurangi nyeri persalinan yaitu mengurangi rasa nyeri dari sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat serta mengurangi reaksi mental/emosional yang negatif dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit. Adapun pendekatan-pendekatan yang dilakukan bidan untuk mengurangi rasa nyeri pada persalinan adalah pendampingan

persalinan, pengaturan posisi, reaksi dan pelatihan pernafasan, istirahat dan privasi.

Stimulasi yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri persalinan dapat berupa kontak fisik maupun pijatan. Pijatan dapat berupa pijatan/*massage* di daerah lumbosacral, pijatan ganda pada pinggul, penekanan pada lutut dan *counterpressure.*

6.2 Post Partum

6.2.1 Pengertian

Periode pasca persalinan (postpartum) atau masa nifas dimulai segera setelah bayi lahir, biasanya berlangsung selama 6 hingga 8 minggu, dan berakhir saat tubuh ibu hampir kembali ke keadaan sebelum hamil. Minggu-minggu setelah melahirkan merupakan dasar kesehatan dan kesejahteraan jangka panjang bagi ibu dan bayinya. Oleh karena itu, sangat penting untuk menetapkan periode pasca persalinan (setelah melahirkan) yang andal yang harus disesuaikan dengan perawatan yang terus menerus, berkelanjutan, dan menyeluruh. Sebagian besar kematian ibu dan bayi terjadi pada bulan pertama setelah melahirkan. Oleh karena itu, perawatan pasca persalinan yang efektif wajib dilakukan untuk meningkatkan konsekuensi kesehatan jangka pendek dan jangka panjang bagi ibu dan bayi baru lahir (Khasanah, 2017).

6.2.2 Persiapan menghadapi postpartum

a. Waktu Kunjungan Postpartum

Menurut (Khasanah, 2017) frekuensi kunjungan, waktu, dan tujuan kunjungan dipaparkan sebagai berikut ;

1) Kunjungan Pertama, waktu: 6 – 8 jam setelah persalinan

Tujuannya antara lain adalah mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan seperti rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri, pemberian ASI awal, memberi supervisi kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, dan menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi. Bila ada bidan atau petugas lain yang membantu melahirkan, maka petugas atau bidan itu harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama.

2) Kunjungan Kedua, waktu: 3-7 hari setelah persalinan

Tujuannya antara lain adalah memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abdominal, memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit, dan

memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan sayang bayi.

3) Kunjungan Ketiga, waktu: 8-28 hari setelah persalinan, tujuannya sama dengan kunjungan kedua

4) Kunjungan Keempat, waktu: 29-42 hari setelah persalinan. Tujuannya antara lain adalah menanyakan penyulit-penyulit yang ada, memberikan konseling untuk KB secara dini

b. Perubahan Fisik dan Psikologi

1) Perubahan Fisik

Menurut (Khasanah, NA., 2017) perubahan fisik masa nifas yaitu :

a) Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi, di samping itu juga terjadi perubahan-perubahan penting lain yaitu terjadinya hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi. Organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu: Uterus, Afterpains, Lochea, Perineum, Vagina, Vulva, dan Anus

b) Perubahan Sistem Pencernaan

Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila BAB. Dalam buku (Bobak,

2004) dalam (Khasanah, 2017), buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini biasa disebabkan karena tonus otot usus menurun

c) Perubahan sistem perkemihan

Pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

d) Perubahan sistem musculoskeletal

Pada saat post partum sistem musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uterus.

e) Perubahan endokrin

Terjadi perubahan pada hormon plasenta, hormone oksitosin hipotalamik pituitary ovarium, hormone oksitosin, homon estrogen dan progesterone.

f) Perubahan tanda-tanda vital

(1) Suhu badan

Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari 37,2ºC. pasca melahirkan, suhu tubuh

dapat naik kurang lebih 0,5ºC dari keadaan normal.

(2) Nadi

Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh partus, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan.

(3) Tekanan darah

Tekanan darah normal manusia adalah sistolik 90-120mmHg dan diastolic 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

(4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal.

g) Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400cc. jika kelahiran melalui seksio sesarea kehilangan darah dapat dua kali lipat.Pasca melahirkan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatifakan bertambah.

h) Perubahan Hematologi

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hemotokrit dan eritrosit sangat bervariasi.Hal ini

disebabkan karena volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

i) Perubahan Berat Badan

Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa nifas di antaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja di luar rumah, dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak memengaruhi penurunan berat badan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum.

2) Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut (Khasanah, NA., 2017) dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

a) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada bayinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri. Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan Baby Blues, yang disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil, sehingga sulit menerima kehadiran bayinya.

c) Fase *Letting Go*

Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial. Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum

6.2.3 Kebutuhan Dasar

Menurut (Azizah, 2019) macam-macam kebutuhan masa nifas yaitu:

a. Nutrisi dan Cairan

Kualitas dan jumlah makanan yang akan dikonsumsi ibu nifas akan sangat memengaruhi produksi ASI. Selama menyusui, ibu dengan status gizi baik rata-rata memproduksi ASI sekitar 800cc yang mengandung 600 kkal, sedangkan ibu yang status gizinya kurang biasanya akan sedikit menghasilkan ASI. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

b. Ambulasi dini (Early Ambulation)

Ambulasi dini adalah latihan aktifitas ringan membimbing ibu untuk segera pulih dari trauma persalinan, dengan cara membimbing ibu mulai dari gerakan miring kanan miring kiri, latihan duduk, berdiri bangun dari tempat tidur, kemudian dilanjutkan latihan berjalan. Manfaat ambulasi dini yaitu: melancarkan pengeluaran lokia, mempercepat involusi uterus, meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Eliminasi

Biasanya dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah dapat buang air kecil. Semakin lama urine ditahan karena ibu takut akan merasa sakit. Segera buang air kecil setelah melahirkan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi post partum.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar. Buang air besar tidak akan memperparah luka jalan lahir, maka dari itu buang air besar tidak boleh ditahan-tahan. Untuk memperlancar buang air besar, anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat dan minum air putih.

d. Personal Hygiene dan Perineum

Ibu dianjurkan untuk membersihkan daerah vagina dengan arah depan kearah belakang dengan menggunakan sabun dan air untuk mencegah terjadinya infeksi.

e. Istirahat

Istirahat cukup untuk mencegah kelelahan, jika ibu kurang istirahat dapat, memperlambat involusi uterus, memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi, ketidakmampuan untuk merawat diri dan bayinya, dan mempengaruhi jumlah ASI.

f. Keluarga berencana

Menurut WHO, jarak kehamilan sebaiknya 24 bulan atau 2 tahun. Ibu post partum dan keluarga juga harus memikirkan tentang menggunakan alat

kontrasepsi setelah persalinan untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan (Azizah, 2019)

g. Latihan/Senam Nifas

Agar pemulihan organ-organ ibu cepat dan maksimal, hendaknya ibu melakukan senam nifas sejak awal (ibu yang menjalani persalinan normal). Berikut ini ada beberapa contoh gerakan yang dapat dilakukan saat senam nifas:

1) Tidur telentang, tangan di samping badan. Tekuk salah satu kaki, kemudian gerakkan ke atas mendekati perut. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali secara bergantian untuk kaki kanan dan kaki kiri. Setelah itu, rileks selama 10 hitungan.
2) Berbaring telentang, tangan di atas perut, kedua kaki ditekuk. Kerutkan otot bokong dan perut bersamaan dengan mengangkat kepala, mata memandang ke perut selama 5 kali hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan.
3) Tidur telentang, tangan di samping badan, angkat bokong sambil mengerutkan otot anus selama 5 hitungan. Lakukan gerakan ini sebanyak 15 kali. Rileks selama 10 hitungan (Khasanah, 2017).

6.2.4 Masalah Pada Masa Postpartum dan Penanganannya

a. Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah bendungan air susu karena penyempitan duktus laktiferi atau kelenjar yang tidak di kosongkan dengan sempurna atau karena kelainan puting susu. Payudara terjadi karena hambatan aliran

darah vena atau saluran kelenjar getah bening akibat ASI terkumpul dalam payudara. Kejadian ini timbul karena produksi yang berlebihan sementara kebutuhan bayi pada hari pertama hanya sedikit (Azizah, 2019).

Tanda dan gejala bendungan ASI yaitu perlu dibedakan antara payudara bengkak dan payudara penuh/bendungan ASI. Tanda gejala bendungan ASI adalah payudara terasa berat, panas, dan keras, bila ASI dikeluarkan tidak terjadi demam. Penanganan Bendungan ASI Menurut Ahmad Mukhlisiana dalam (Khasanah, 2017) tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi bendungan ASI salah satunya adalah perawatan payudara dengan menjaga kebersihan payudara dan langkah pemeliharaan payudara untuk menghindari terjadinya masalah-masalah yang menghalangi atau menghambat kelancaran proses laktasi.

Teknik dan Cara Perawatan Payudara anta lain melakukan telapak tangan diolesi dengan *baby oil* kemudian kedua tangan diletakkan diantara kedua payudara ke arah atas, samping, bawah, dan melintang sehingga tangan menyangga payudara, lakukan 20 kali. Selanjutnya melakukan pemijatan dengan cara telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan kanan saling dirapatkan sisi kelingking tangan kanan memegang payudara kiri dari pangkal payudara. Kemudian Telapak tangan kiri menopang payudara kiri. Jari tangan kanan dikepalkan, kemudian tulang kepalantangan kanan mengurut payudara dari pangkal ke arah puting susu lakukan 3-5x .

Teknik perawatan payudara lainnya yaitu dengan menggunakan teknik *Cupping massage* adalah jenis bekam kering yang menggunakan metode pemijatan dengan menggunakan minyak pada titik meridian dimana dapat mengembalikan jaringan-jaringan penghubung di dalam tubuh manusia untuk menghantarkan suatu energi metabolisme tubuh pada area titik meridian bagian perut dan punggung dengan tujuan mempercepat kerja saraf parasimpatis (Machfudloh, Chasanah dan Aspan, 2020)

6.2.5 Mental Health Ibu Postpartum.

Seorang ibu dapat mengalami tekanan psikologis yang disebut "*postpartum blues*" selama masa adaptasi pasca persalinan, yang ditandai dengan perasaan sedih, cemas, depresi, kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, dan kurangnya perhatian terhadap bayinya. Walaupun depresi pasca melahirkan seringkali tidak terdeteksi karena jumlah pelaporan yang rendah, ini adalah masalah besar yang telah menjadi perhatian masyarakat sejak lama. Studi menunjukkan bahwa 10-20% wanita yang melahirkan menderita depresi.

Kesehatan mental ibu selama kehamilan dan setelah persalinan sangat penting karena dapat berdampak pada anak, pasangan, dan kualitas hidup ibu secara keseluruhan. Ibu yang baru melahirkan dapat mengalami depresi, yang dapat berdampak pada perkembangan kognitif, emosional, dan perilaku anak, serta hubungan, interaksi, dan praktik perawatan bayi. Ibu yang mengalami depresi pasca persalinan cenderung tidak menyusui dengan baik, tidak memperhatikan keamanan mereka, dan tidak mendapatkan

perawatan yang disarankan. Terdapat korelasi antara pemberian ASI pada bayi dan depresi postpartum, menurut (Setianingsih dan Yuliwati, 2023). Selain itu, depresi pasca persalinan dapat berdampak pada kesehatan mental pasangan dan hubungan mereka (Johansson M., et al., 2020). Selain itu, dalam kasus-kasus yang serius, hal ini dapat meningkatkan kemungkinan percobaan bunuh diri yang akhirnya mengakibatkan kematian (Dagher *et all.*, 2021).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Sinaga dan Jober, 2023) menunjukkan bahwa sepertiga dari total ibu yang melahirkan anak (32,7%) mengalami masalah kesehatan mental. Individu-individu ini didominasi oleh kelompok usia dewasa awal, berpendidikan rendah, status menikah, status ekonomi rendah, multipara, riwayat persalinan normal, dan memiliki anak usia bayi. Gejala somatik adalah yang paling umum (66,5%) dan cemas (56,2%). Sakit kepala sering terjadi (55,5%), mudah lelah (57,8%), dan sulit tidur (41%). Sebanyak 2,4% orang yang menjawab mengatakan mereka berpikir untuk mati.

DAFTAR PUSTAKA

Asrina A, et all (2024) Asuhan Persalinan, Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952. Tersedia pada: http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB 2.pdf.

Bobak (2004) Buku Ajar Keperawatan Maternitas. 4 ed. Jakarta: EGC.

Dagher, R. K. et al. (2021) "Perinatal Depression: Challenges and Opportunities," Journal of Women's Health, 30(2), hal. 154–159. doi: 10.1089/jwh.2020.8862.

Eni subiastutik, et all (2022) Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan. Pekalongan, Jawa Tengah: Naya Expanding Management.

Indryani (2024) Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir, Universitas Nusantara PGRI Kediri. Salnesia (CV. Sarana Ilmu Indonesia).

Johansson, M., Benderix, Y. dan Svensson, I. (2020) "Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study," International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 15(1). doi: 10.1080/17482631.2020.1722564.

Khasanah, NA., S. (2017) Asuhan Nifas dan Menyusui. Diedit oleh R. Perdana. Surakarta: CV Kekata Group.

Machfudloh, S. M., Chasanah, A. N. dan Aspan, S. H. (2020) "Pengaruh cupping massage terhadap pengeluaran lochea post partum," Jurnal Smart Kebidanan, 7(2), hal. 114–119.

Manuaba (2012) "Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan," hal. EGC. Jakarta.

Nurul Azizah, N. A. (2019) Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Buku Ajar Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Diedit oleh T. Sartika, Septi Budi. Multazam. Jawa Timur: UMSIDA Press. doi: 10.21070/2019/978-602-5914-78-2.

Prawirohardjo, S. (2014) Ilmu Kebidanan. 4 ed. Diedit oleh A. B. Saifudin. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.

Rita T. Amiel Castroa, Claudia Pinard Andermanb, Thomas G. O'Connorc,Vivette Gloverd and Martin Kammererd, e (2024) "Maternal and paternal postpartum early mood and bonding," Journal of Reproductive and Infant Psychology, 42(4), hal. 741–752. doi: 10.1080/02646838.2022.2159351.

Setianingsih, A. P. dan Yuliwati, N. (2023) "Hubungan Depresi Post Partum dengan Pemberian ASI pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Carita," Health Sciences Journal, 7(1), hal. 22–32. Tersedia pada: http://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/HSJ.

Sinaga, E. dan Jober, N. F. (2023) "Karakteristik dan Status Kesehatan Mental Ibu Postpartum," Jurnal Keperawatan Silampari, 6(2), hal. 1717–1729. doi: 10.31539/jks.v6i2.5333.

Sukarni, Icesmi. Margareth, Z. (2019) Kehamilan, Persalinan dan Nifas. Cetakan II. Yogyakarta: Nuha Medika.

Varney, Helen. Kriebs, Jan M. Gegor, C. L. (2010) Buku Asuhan Kebidanan Varney. 2 ed. Jakarta: EGC.

Yulizawati., Insani, A. Shinta, L. (2019) "Asuhan Kebidanan Pada Persalinan," in Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Pertama. Sidoarjo: IKAPI, hal. 1.

Zuliati, et all (2023) Buku Ajar Asuhan Persalinan Berbasis Evidence Based. Mahakarya Cit*ra Utama Group.* Jakarta Selatan: Mahakarya Citra Utama.

BAB 7
TUMBUH KEMBANG ANAK BALITA DAN ASI EKSLUSIF

Oleh Ayu Rimanda

7.1 Definisi Tumbuh Kembang

Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup 2 peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu **pertumbuhan** dan **perkembangan**. Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam ukuran baik besar, jumlah, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu. Perkembangan lebih menitikberatkan pada aspek perubahan bentuk atau fungsi pematangan organ ataupun individu, termasuk pula perubahan pada aspek sosial atau emosional akibat pengaruh lingkungan. Dengan demikian proses pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisis sedangkan proses perkembangan berkaitan dengan fungsi pematangan intelektual dan emosional organ atau individu. (Wahyuni, 2018)

Menurut Whaley dan Wong (2009), telah dinyatakan bahwa pertumbuhan merupakan penambahan ukuran serta jumlah sel dan jaringan intraseluler, yang mengindikasikan peningkatan pada struktur fisik dan tubuh secara parsial atau total, yang dapat diobservasi melalui dimensi panjang dan massa. Di sisi lain, perkembangan ditekankan sebagai

transformasi bertahap dari kondisi paling sederhana menuju ke tingkat yang lebih tinggi dan lebih kompleks yang berlangsung melalui proses pematangan dan akuisisi pengetahuan. Hubungan pertumbuhan teridentifikasi melalui modifikasi pada kuantitas yang dimanifestasikan oleh perubahan dalam jumlah dan dimensi sel tubuh, yang tercermin dalam pertumbuhan ukuran dan massa seluruh bagian tubuh. Perubahan yang berkualitas dalam kapasitas berfungsi individu dihasilkan dari interaksi antara pertumbuhan, pematangan, dan proses pembelajaran. Dibandingkan dengan pertumbuhan yang terjadi secara serempak dengan perkembangan, perkembangan itu sendiri adalah hasil dari pengaruh kematangan susunan syaraf pusat terhadap organ-organ yang berhubungan, seperti pada pengembangan sistem neuromuskuler, kemampuan berbicara, emosi, dan kemampuan bersosialisasi. Semua fungsi ini sangat vital bagi kehidupan manusia yang holistik. (Yulizawati *et al.*, 2017)

Tumbuh kembang balita adalah proses pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada anak-anak di bawah usia 5 tahun. Tumbuh kembang balita meliputi:

- Pertumbuhan fisik, seperti tinggi badan, berat badan, dan lingkar kepala
- Perkembangan kemampuan tubuh, seperti kemampuan motorik, penglihatan, pendengaran, dan perabaan
- Perkembangan kemampuan kognitif, seperti kemampuan mengingat, mengenal huruf dan angka, dan mengerti konsep waktu.

7.2 Jenis Jenis Tumbuh Kembang

Tumbuh kembang dibagi menjadi tiga kategori utama, yaitu:

1. Tumbuh kembang fisis

   Perubahan ukuran dan fungsi dalam organisme atau individu ditandai oleh tumbuh kembang fisis. Variasi perubahan fungsi ini meliputi aktivasi enzim pada tingkat molekular yang sederhana hingga diferensiasi sel dan mencakup proses metabolisme yang kompleks serta transformasi bentuk fisik selama masa pubertas dan remaja.

2. Tumbuh kembang intelektual

   Inti dari tumbuh kembang intelektual terletak pada pengembangan kemampuan untuk mengolah dan mengkomunikasikan konsep abstrak serta simbolik, termasuk berbicara, bermain, berhitung, dan membaca.

3. Tumbuh kembang emosional

   Tergantung pada kapasitas balita untuk mengembangkan ikatan emosional, tumbuh kembang emosional melibatkan kemampuan untuk mencintai dan merasakan kasih sayang, mengelola kecemasan yang muncul dari frustrasi, serta menanggapi dorongan agresif.

Beberapa kategori dalam tumbuh kembang anak telah diidentifikasi, antara lain:

1. Perkembangan fisik
   Perkembangan fisik anak ditandai oleh peningkatan berat dan tinggi badan, serta evolusi otak dan kemampuan motorik yang meliputi motorik halus dan kasar.

2. Perkembangan kognitif
   Dalam perkembangan kognitif, anak menunjukkan peningkatan dalam berpikir, belajar, memahami, memecahkan masalah, dan memori.

3. Perkembangan sosio-emosional
   Perkembangan sosio-emosional anak meliputi interaksi anak dengan orang lain dan kemampuan mengekspresikan emosi.

4. Perkembangan kemampuan berbahasa
   Pertumbuhan kemampuan berbahasa pada anak idealnya mengalami percepatan selama periode prasekolah, yang berlangsung dari usia satu hingga lima tahun.

7.3 Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Dua kategori utama dalam tumbuh kembang anak dapat diidentifikasi sebagai berikut:

1. Proses tumbuh kembang bagi anak berusia 0 hingga 6 tahun termasuk dalamnya periode prenatal, yang

diawali pada era embrionik (dimulai dari konsepsi sampai dengan 8 minggu) dan dilanjutkan era fetal (mulai 9 minggu hingga waktu kelahiran). Selanjutnya, periode pascanatal terdiri dari era neonatal (hari ke-0 sampai hari ke-28), era bayi (hari ke-29 hingga tahun pertama), era anak awal (tahun ke-1 hingga tahun ke-2), serta era pra-sekolah (tahun ke-3 hingga tahun ke-6).

2. Proses tumbuh kembang bagi anak usia di atas 6 tahun mencakup era sekolah (tahun ke-6 sampai tahun ke-12) dan era adolesensi (tahun ke-12 sampai tahun ke-18) (Wahyuni, 2018)

Dikemukakan dalam berbagai teori yang dihormati bahwa periode-periode tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa fase, (Depkes, 2006), antara lain:

1. Periode prenatal, yang juga dikenal dengan istilah masa intra uterin (periode keberadaan janin di dalam rahim). Pembagian fase ini mencakup tiga periode:
    a. Periode zigot atau mudigah, yang ditandai dengan berawalnya konsepsi hingga mencapai usia kehamilan dua minggu.
    b. Periode embrio, yang berlangsung mulai dari dua minggu kehamilan sampai dengan delapan hingga dua belas minggu. Dalam periode ini, ovum yang telah dibuahi akan berubah menjadi organisme baru yang berkembang dengan cepat, dengan diferensiasi yang terjadi dengan segera dan pembentukan sistem organ tubuh yang mulai terjadi.

Masa kehamilan dari minggu ke-9 hingga kehamilan mencapai akhir dibagi menjadi dua fase yang jelas. Fase pertama, yang disebut masa fetus awal, terjadi mulai minggu ke-9 hingga trimester kedua dalam kandungan. Dalam fase ini, kenaikan kecepatan pertumbuhan dicatat, di mana organ-organ telah terbentuk dan mulai aktif berfungsi. Fase kedua, yang dikenal sebagai masa fetus lanjut, meliputi trimester ketiga kehamilan. Masa ini ditandai dengan laju perkembangan dan pembesaran fungsi organ yang signifikan. Dalam periode ini, tercatat adanya proses transfer immunoglobulin G (Ig G) dari darah sang ibu menuju janin lewat plasenta, serta terdokumentasikannya penumpukan asam lemak esensial omega 3 (docosa hexanic acid) dan omega 6 (arachidonic acid) di dalam otak serta retina. Tahap tiga bulan awal kehamilan diakui sebagai fase penting untuk kelangsungan hidup janin. Sensitivitas pertumbuhan otak janin pada faktor-faktor lingkungan dalam masa ini mencapai tingkat yang sangat tinggi. Berbagai faktor seperti kekurangan nutrisi pada ibu yang mengandung, paparan infeksi, pengaruh rokok dan asapnya, konsumsi alkohol, penggunaan obat-obatan dan zat berbahaya, metode pengasuhan, depresi akut, serta masalah psikologis termasuk kekerasan yang dialami oleh ibu hamil diketahui berdampak negatif terhadap perkembangan janin dan proses kehamilan. Untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim menjadi anak yang sehat, sejumlah langkah disarankan untuk diikuti oleh ibu selama masa kehamilan, yaitu:

- Kesehatan diri perlu dipelihara dengan serius.
- Keberadaan harus selalu dalam lingkungan yang menggembirakan.
- Nutrisi yang cukup harus diterima untuk mendukung janin yang dikandung.
- Kesehatan dan kehamilan perlu diinspeksi secara rutin di fasilitas kesehatan.
- Stimulasi dini harus diberikan pada janin.
- Dukungan dari pasangan dan keluarga harus diperoleh.
- Stres, baik fisik maupun mental, harus dihindari.

2. Masa kehidupan seorang bayi, yang berumur 0 hingga 11 bulan, terbagi menjadi dua fase utama:
   a. Fase neonatal, yang berlangsung dari hari pertama hingga hari kedua puluh delapan setelah kelahiran. Pada fase ini, bayi mengalami adaptasi dengan lingkungan barunya serta mengalami transisi dalam sistem sirkulasi darah dan mulai beroperasinya berbagai organ. Lebih lanjut, fase neonatal ini terpisah menjadi:
      - Periode awal neonatal, yang mencakup hari pertama hingga hari ketujuh.
      - Periode lanjutan neonatal, mulai dari hari kedelapan hingga hari kedua puluh delapan.

   b. Fase post-neonatal, yang dimulai dari hari ke-29 dan berlanjut hingga bayi berumur 11 bulan. Dalam fase ini, pertumbuhan pesat dan proses kematangan berkelanjutan terjadi pada bayi, terutama dalam peningkatan fungsi dari sistem saraf mereka.

Kebutuhan akan perawatan kesehatan yang memadai menjadi esensial untuk memastikan proses tumbuh kembang yang optimal, termasuk penerapan pemberian ASI eksklusif selama periode enam bulan. Makanan pendamping ASI yang cocok untuk usia tersebut diperkenalkan kepada bayi setelah periode tersebut, diikuti dengan pelaksanaan imunisasi yang dijadwalkan dan penerapan pola asuh yang sesuai. Tahap ini pun diwarnai oleh ikatan intensif antara ibu dengan bayinya, di mana peran signifikan ibu dalam pendidikan anak pada masa ini terlihat jelas.

Proses tumbuh kembang pada bayi dibedakan menjadi empat tahapan. Dalam usia 0-3 bulan, beberapa kemampuan bayi dikembangkan. Kepala bayi dapat terangkat hingga 45°, gerakan kepala dapat berpindah dari sisi kiri atau kanan menuju tengah. Bayi juga mampu mengamati dan memfokuskan pandangan pada wajah, serta merespons dengan ocara spontan atau terkejut saat mendengar suara keras. Tertawa dengan nyaring adalah respons lain yang sering ditunjukkan. Bayi akan membalas dengan senyuman ketika diajak berkomunikasi, dan telah mengenali ibunya melalui penglihatan, penciuman, pendengaran, serta kontak langsung. (Wahyuni, 2018)

Dalam rentang usia 3 hingga 6 bulan, anak memperlihatkan perkembangan kemampuan dalam mengubah posisi dari tengkurap ke terlentang. Kepala dapat diangkat hingga sudut 90°, dengan posisi yang stabil dan tegak. Anak-anak pada fase ini juga mulai menggenggam pensil dan mencapai objek untuk

memegangnya, termasuk tangan mereka sendiri. Pada usia 6 hingga 9 bulan, anak mulai duduk mandiri dalam posisi tripoid dan belajar berdiri dengan menopang sebagian berat badan pada kedua kaki. Mereka sering mengeluarkan rangkaian suara tanpa makna seperti 'mmmama', 'bababa', 'dadada', 'tatata', yang merupakan ekspresi kegembiraan. Anak semakin mahir dalam meraih dan merangkak menuju mainan atau orang terdekat, serta memindahkan objek dari satu tangan ke tangan lain dan memegang dua objek bersamaan di masing-masing tangan. Objek sekecil kacang diambil dengan tangan yang dikepung. Kegiatan seperti menjatuhkan mainan, bertepuk tangan, melempar objek, dan makan kue sendiri menunjukkan peningkatan dalam kemampuan motorik mereka. Perhatian mereka terhadap objek kecil sering diiringi senyum saat mereka melihat mainan atau gambar menarik selama bermain sendiri.

Pada usia 9 hingga 12 bulan, kapasitas anak untuk mencapai dan mempertahankan posisi berdiri selama 30 detik atau bertumpu pada kursi telah berkembang. Anak mulai berjalan dengan bantuan dan meregangkan tangan atau tubuh untuk meraih mainan yang mereka inginkan. Kemahiran memegang pensil sudah jelas terlihat, begitu juga kebiasaan memasukkan objek ke dalam mulut serta mengulang dan menirukan suara yang didengar. Di usia ini, anak juga mulai mengucapkan 2 hingga 3 suku kata yang berulang tanpa arti, mengeksplorasi lingkungan dengan rasa ingin tahu yang besar, merespon suara lembut atau bisikan, dan menunjukkan kebahagiaan ketika bermain 'ciluk ba' serta mengenali anggota

keluarga. Kemunculan rasa takut terhadap orang asing juga menjadi bagian penting dari proses tumbuh kembang mereka (Yulizawati *et al.*, 2017).

7.4 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Hasil yang optimal dari potensi biologik seseorang diperoleh melalui interaksi berbagai faktor yang saling terkait, dan faktor-faktor tersebut secara umum terbagi menjadi tiga kategori:

1. Faktor genetik
   Di dalamnya termasuk variabel genetik yang berkualitas, yang idealnya berinteraksi dengan faktor-faktor eksternal untuk mencapai tumbuh kembang yang maksimal. Modal genetik ini termasuk kondisi bawaan yang dapat normal atau patologis, serta aspek lain seperti jenis kelamin, dan etnis atau ras.

2. Faktor lingkungan
   Tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh kondisi-kondisi lingkungan yang beragam, yang dikategorikan sebagai lingkungan biopsikososial. Ini mencakup aspek-aspek seperti biologi (fisik), psikologis, ekonomi, sosial, politik, dan budaya.
3. Faktor perilaku
   Pola tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh kondisi perilaku yang telah tertanam sejak dini. Perilaku yang dibentuk melalui proses pembelajaran yang menjadi kunci aktualisasi diri, memiliki potensi untuk

> mengalami perubahan yang bisa dipandang sebagai positif atau negatif. Perubahan ini, yang tergantung pada sifat pengalaman yang dialami—baik itu pengalaman yang menyenangkan atau tidak—memiliki efek jangka panjang terhadap proses sosialisasi dan disiplin dalam kehidupan anak (Wahyuni, 2018)

Kualitas tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh dua kategori faktor, internal dan eksternal (Depkes, 2006). Beberapa aspek meliputi faktor-faktor internal sebagai berikut:

1. Bangsa/ras. Balita yang berasal dari bangsa Amerika secara herediter tidak terikat dengan karakteristik genetik bangsa Indonesia, dan sebaliknya.
2. Struktur keluarga. Terdapat tendensi bahwa anggota keluarga yang mempunyai bentuk fisik seperti tinggi atau pendek, gemuk atau kurus, akan mempengaruhi karakteristik fisik yang serupa pada anak.
3. Tahapan umur. Periode-periode pertumbuhan yang signifikan terjadi selama fase prenatal, tahun pertama kehidupan, serta masa remaja.
4. Gender. Pematangan fungsi reproduksi terjadi lebih dini pada anak perempuan dibandingkan anak laki-laki, namun pertumbuhan pada anak laki-laki umumnya berlangsung lebih cepat setelah mereka memasuki periode pubertas.
5. Faktor genetis. Sifat genetis atau heredokonstitusional merupakan ciri bawaan yang menentukan potensi khas pada seorang anak. Beberapa kelainan genetik, seperti

kerdil, berdampak signifikan terhadap tumbuh kembang anak.

6. Kelainan kromosom. Kelainan ini sering kali mengakibatkan gangguan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan, misalnya pada sindrom Down dan sindrom Turner.

7.5 Perkembangan Motorik Kasar, Motorik Halus, Bicara dan Bahasa, Sosial pada Balita

Pada era saat ini, tampak penurunan kecepatan pertumbuhan serta kemajuan dalam perkembangan motorik, baik gerak kasar maupun halus, termasuk juga fungsi ekskresi atau pembuangan. Masa ini sangat penting karena berpengaruh besar dalam menentukan perkembangan anak di masa mendatang. Di tiga tahun pertama kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan neuron otak masih terus berlangsung; proses pertumbuhan serat saraf dan percabangannya menyebabkan terbentuknya jaringan syaraf dan otak yang kompleks. Peran penting dalam setiap aspek fungsi otak, mulai dari kemampuan mengenali huruf, belajar berjalan, hingga bersosialisasi, ditentukan oleh struktur dan konfigurasi dari hubungan antar neuron tersebut.

1. Kemampuan Motorik Selama periode yang dikenal sebagai era paling energik dalam kehidupan, terjadi pertumbuhan dan perkembangan otot besar serta peningkatan kemampuan motorik halus pada anak, terutama ketika mereka berusia lima tahun. Koordinasi antara tangan, lengan, dan tubuh yang lebih unggul dibandingkan dengan mata mencerminkan keadaan ini.

Era ini sering diidentifikasi sebagai waktu yang ideal untuk memperoleh keterampilan dan kemampuan baru karena keingintahuan anak yang mendalam mendorong mereka untuk sering mencoba serta mengulangi berbagai aktivitas(Yulizawati *et al.*, 2017).

Tabel 7. 1. Kemampuan Motorik yang dimiliki Anak

USIA (bulan)	**GERAK KASAR**	**GERAK HALUS**
12-15	• Berjalan tanpa pegangan sambil menarik mainan yang bersuara • Berjalan mundur, • Berjalan naik dan turun tangga • Berjalan sambil berjinjit • Menangkap dan melempar bola	• Bermainan balok dan menyusun balok. • Memasukkan dan mengeluarkan benda kedalam wadah. • Memasukkan benda yang satu ke benda lainnya.
15-18	• Bermain di luar rumah. • Bermain air • Menendang bola	• Meniup, • Membuat untaian.
18-24	• Melompat, • Melatih keseimbangan • Mendorong mainan dengan	• Mengenal berbagai ukuran dan bentuk • Bermain puzzle • Menggambar

USIA (bulan)	GERAK KASAR	GERAK HALUS
	kaki.	wajah atau bentuk • Membuat berbagai bentuk dari adonan kue/lilin mainan.
24-36	• Latihan menghadapi rintangan • Melompat jauh, • Melempar dan menangkap bola besar.	• Membuat gambar tempelan. • Memilih dan mengelompokkan benda-benda menurut jenisnya. • Mencocokan gambar dan benda. • Konsep jumlah • Bermain/menyusun balok-balok.
36-48	• Menangkap bola kecil dan melemparkan kembali. • Berjalan mengikuti garis lurus, • Melompat dengan	• Memotong dengan menggunakan gunting, • Menempel guntingan gambar sesuai dengan cerita. • Menempel gambar

USIA (bulan)	GERAK KASAR	GERAK HALUS
	satu kaki, • Melempar benda-benda kecil ke atas, • Menirukan binatang berjalan • Berjalan jinjit secara bergantian.	pada karton. • Belajar 'menjahit' dengan tali rafia. • Menggambar/menulis garis lurus, bulatan,segi empat, huruf dan angka. • Menghitung lebih dari 2 atau 3 angka. • Menggambar dengan jari, memakai cat, • Mengenal campuran warna dengan cat air, • Mengenal bentuk dengan menempel potongan bentuk.
48-60	• Lomba karung • Main engklek • Melompat tali.	• Mengenal konsep "separuh atau satu" • Menggambar dan atau melengkapi gambar

USIA (bulan)	GERAK KASAR	GERAK HALUS
		• Menghitung benda-benda kecil dan mencocokkan dengan angka. • Menggunting kertas (sudah dilipat) dengan gunting tumpul. • Membandingkan besar/kecil, banyak/sedikit, berat/ringan • Belajar percobaan ilmiah • Berkebun.

2. Kemampuan Bicara dan Bahasa Maturasi otak yang bertambah, dikombinasikan dengan peluang untuk menjelajahi lingkungan sekitarnya, berperan besar dalam menghasilkan kemampuan kognitif pada anak. Berbagai kecakapan, seperti kemampuan membaca, terkait erat dengan stimulasi visual yang diterima mata anak dan ditransfer ke otaknya, di mana sistem otak memproses dan mengonversi ini ke dalam bentuk kode huruf, kata, dan asosiasi kata. Proses ini, pada akhirnya, memunculkan kecakapan berbicara.

Penataan sistem otak yang memfasilitasi anak untuk mengolah ini sebagai bahasa, memungkinkan anak untuk meningkatkan kecakapan berbicaranya seiring dengan kemampuan mereka memahami berbagai hal. Anak biasanya mulai berbicara sendirian sebelum mereka mengembangkan kemampuan untuk melakukan aksi tanpa perlu mengucapkannya, sebuah transisi penting dalam mengembangkan komunikasi sosial mereka (Wahyuni, 2018)

3. Kemampuan Bersosialisasi dan Kemandirian Fondasi sosialisasi yang telah diposisikan selama periode bayi, mulai berkembang pada fase ini. Interaksi dalam lingkungan keluarga, seperti orang tua dengan anak, antarsaudara, dan dengan kerabat lainnya, memainkan peran yang signifikan. Pengasuhan di tahun awal yang semula terfokus pada perawatan, bertransformasi menjadi aktivitas-aktivitas seperti bermain, berbicara, dan penerapan disiplin, yang mendorong anak untuk mulai berpikir kritis tentang berbagai hal. Selama periode yang dikenal sebagai masa bermain ini, anak mulai mengundang teman seusianya untuk terlibat dalam berbagai jenis permainan. Meskipun interaksi yang terjalin melalui permainan ini tidak selalu bersifat sosial, aktivitas tersebut ditujukan untuk kesenangan dan dilakukan semata-mata untuk permainan itu sendiri. Permainan yang dimainkan bisa mencakup aktivitas konstruktif, berpura-pura, sensori motorik, sosial, atau melibatkan orang lain dalam kompetisi.

7.6 ASI Ekslusif

7.6.1 Pengertian

Diawali dari kelahiran hingga menginjak usia 6 bulan, bayi hendaknya diberikan ASI ekslusif. ASI tersebut harus diberikan tanpa campuran apapun, termasuk susu formula, air jeruk, madu, teh, air putih, serta makanan padat lainnya seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan Tim. Stimulasi produksi ASI oleh pelaksanaan pemberian ASI ekslusif memastikan bahwa kebutuhan nutrisi bayi terpenuhi dan perlindungan terhadap berbagai penyakit pada bayi pun terjaga (Sharma and Byrne, 2016)

7.6.2 Manfaat ASI Ekslusif

1. Diketahui bahwa kebutuhan gizi anak terpenuhi secara menyeluruh.
2. Imunitas tubuh mengalami peningkatan.
3. Pertumbuhan kecerdasan, emosi yang stabil, dan kedewasaan spiritual dicapai, mendukung tumbuh kembang sosial yang efektif.
4. Kemampuan pencernaan bayi dalam menyerap dan mengolah nutrisi diperbaiki.
5. Gigi, langit-langit mulut, dan struktur rahang berkembang dengan ideal.
6. ASI mengandung lemak, karbohidrat, kalori, protein, dan vitamin dalam proporsi yang seimbang.
7. Perlindungan terhadap penyakit infeksi seperti otitis media, diare, dan masalah respiratori dicapai.
8. Kehadiran antibodi dalam ASI bertindak mencegah alergi.

9. Rangsangan terhadap perkembangan intelegensi dan saraf disediakan.
10. Kesehatan dan kecerdasan ditingkatkan secara maksimal.
11. Risiko alergi makanan diminimalisir.
12. Kelebihan berat badan yang berlebihan dicegah. (Suhertusi, Desmiwarti and Nurjasmi, 2015)

7.6.3 Manfaat ASI Ekslusif bagi Ibu

1. Terbina kasih antara ibu dan anak.
2. Berperan dalam penundaan konsepsi (Kontrasepsi alami).
3. Mempercepat proses pemulihan kondisi kesehatan.
4. Kecenderungan perdarahan pasca-persalinan dapat diminimalkan.
5. Potensi terjadinya kanker ovarium dan kanker payudara dapat dikurangi.
6. Lebih efisien dari segi biaya dan penghematan.
7. Berkontribusi pada penurunan massa tubuh ibu setelah proses persalinan.
8. Resiko penyakit yang berkaitan dengan jantung dan pembuluh darah dapat dikecilkan.
9. Secara psikologis, kontribusi terhadap peningkatan kepercayaan diri.
10. Efek interaksi antara ibu dan bayi terlihat melalui perilaku ibu.
11. Kebutuhan bayi yang terpenuhi memberikan rasa puas pada ibu. (Idayanti Titik, 2020)

7.6.4 Kapan bayi di beri ASI

1. Sejak satu jam pertama (Inisiasi Menyusu Dini/ IMD)
2. Dilanjutkan sampai 6 bulan setelah lahir tanpa makanan tambahan lain
3. Sampai 2 tahun dengan disertai pemberian makanan tambahan.

7.6.5 Berapa kali bayi diberikan ASI perhari ?

1. Sesering mungkin/ setiap bayi mau minum
2. Apabila dalam 2 jam bayi belum minum segera disusukan (Helda, 2013)

7.6.6 Komposisi ASI

1. Kolostrum

   Pada tiga hari pertama usai melahirkan, kolostrum dihasilkan dan dilepaskan. Ini memiliki warna kekuningan dan tekstur kental. Kolostrum kaya akan nutrisi dan antibodi dibandingkan ASI matang. Komposisinya terdiri atas 8,5% protein, 2,5% lemak, 3,5% karbohidrat, serta 0,4% garam dan mineral, dan sisanya adalah air sebanyak 85,1%.
2. ASI Masa Transisi

   Diketahui bahwa ASI transisi muncul antara hari keempat hingga hari kesepuluh pasca kelahiran. Terjadi penurunan kadar protein, sementara konsentrasi lemak dan karbohidrat meningkat, begitu pula volume ASI.
3. ASI Matur

   Setelah melewati hari kesepuluh pascamelahirkan, ASI Matur mulai dihasilkan. Kandungan karbohidrat dalam ASI cenderung stabil,

dengan laktosa (karbohidrat) menjadi komponen utama yang berfungsi sebagai sumber energi primer untuk otak. (IDAI, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

Helda (2013) *Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi yang Lahir di RSUD M. Yunus dan Bidan Praktek Swasta (BPS): Analisis Kesintasan di Kota Bengkulu pada Juli 2010-Juni 2011*. Universitas INdonesia.

IDAI (2013) *Nilai Nutrisi Air Susu Ibu*. Available at: www.idai.or.id/artikel/klinik/asi/nilai-nutrisi-air-susu-ibu/.

Idayanti Titik, H. (2020) *Pentingnya ASI Ekslusif dan MP-ASI di masa Pertumbuhan Golden Period*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.

Sharma, I. K. and Byrne, A. (2016) 'Early initiation of breastfeeding: A systematic literature review of factors and barriers in South Asia', *International Breastfeeding Journal*. International Breastfeeding Journal, 11(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s13006-016-0076-7.

Suhertusi, B., Desmiwarti and Nurjasmi, E. (2015) 'Pengaruh Media Promosi Kesehatan Tentang Asi Eksklusif Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Begalung Padang Tahun 2014', *Jurnal FK UNAND*, 4 (1).

Wahyuni, C. (2018) *TUMBUH KEMBANG ANAK*. Kediri: Strada Press.

Yulizawati *et al.* (2017) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Edited by Yulizawati. Padang: Erka.

BIODATA PENULIS

Dr. Moudy E.U Djami, Bd., MKM., M.Keb.
Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan
Jakarta

Penulis lahir di So'e, Kabupaten Timor Tengah Selatan, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Keseharian penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan Jakarta. Selain itu penulis juga sebagai praktisi kesehatan di klinik pribadi didaerah Gading Serpong Tangerang serta aktif di Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia sebagai tim teknis PPIBI.

Penulis menyelesaikan Pendidikan D4 Kebidanan di Poltekes Depkes Jakarta III, kemudian melanjutkan pendidikannya ke S2 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi dari Universitas Indonesia, Ilmu Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung, dan menyelesaikan studi S3 pada jurusan Manajemen Pendidikan di Universitas Pakuan Bogor tahun 2019, serta pendidikan profesi bidan dari IIK Strada Kediri.

Penulis menekuni bidang menulis maupun penelitian dan publikasi ilmiah sejak tahun 2011 hingga sekarang, dan sudah banyak karya ilmiah yang dipublikasikan pada tingkat lokal, tingkat nasional terakreditasi maupun pada tingkat internasional yang terindeks Scopus.

BIODATA PENULIS

Nur Khasanah.,S.ST.,M.Kes.
Dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Universitas Respati Yogyakarta

Penulis lahir di Lampung Barat 08 Desember 1992. Penulis menyelesaikan program Diploma III Kebidanan pada tahun 2012, Sarjana Bidan Pendidik pada Tahun 2013 dan S2 Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi pada Tahun 2015. Penulis merupakan Dosen tetap Universitas Respati Yogyakarta pada Program Studi DIV Bidan Pendidik periode 2015 – 2019 dan Program Studi Keperawatan Program Sarjana Periode 2019 hingga sekarang. Ketertarikan penulis terhadap pemberdayaan Perempuan dan remaja, kesehatan reproduksi serta kesetaraan gender menjadikan penulis konsen terhadap ketiga hal tersebut termasuk dalam penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat. Hingga kini penulis telah berhasil memenangkan beberapa hibah penelitian dosen pemula maupun hibah penelitian *fundamental research* serta hibah pengabdian kepada masyarakat dari Kemendikbud Ristekdikti sebanyak 8 kali, serta mendapat penghargaan sebagai inovator women empowerment berbasis wellnes tourism dari Pemerintah Daerah Jawa Tengah. Berbagai riset

dan PKM yang dilaksanakan penulis tertuang dalam bentuk buku, HKI, maupun publikasi jurnal yang dapat diakses pada https://sinta.kemdikbud.go.id/authors/profile/6653703 . Ketertarikan penulis terhadap ilmu keluarga juga mendorong penulis mendirikan NGO yang bergerak dibidang kesehatan ibu dan anak, pemberdayaan perempuan dan kesetaraan gender dalam wadah komunitas *"Family Love International"* yang telah bekerjasama dengan Lembaga Pembangunan Internasional Amerika Serikat (USAID). Buku ini adalah salah satu buku yang ditulis sesuai dengan mata kuliah yang diampu penulis dalam mata kuliah Keperawatan Kesehatan reproduksi, penulis berharap buku ini dapat menjadi bahan referensi belajar mandiri dan meningkatkan literasi para mahasiswa kesehatan di Indonesia.

BIODATA PENULIS

Nabila Amelia Hanisyah Putri, S.Tr.Keb.,M.Keb.
Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha

Nabila Amelia Hanisyah Putri, S.Tr.Keb.,M.Keb merupakan dosen Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha Provinsi Bali sejak tahun 2022 hingga saat ini**.** Penulis lahir di Ujung Pandang pada bulan Juni. Pendidikan terakhir yang ditempuh adalah pada program studi S2 Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus pada tahun 2018 lalu. Penulis mengampu beberapa mata kuliah antara lain konsep kebidanan, anatomi, *evidence based*, Etika dan Hukum Kesehatan, KDPK, pengantar asuhan kebidanan, farmakologi dan juga termasuk asuhan kebidanan komunitas. Penulis juga aktif menghasilkan penelitian dan melaksanakan program pengabdian Masyarakat. Termasuk penelitian dan pengabdian Masyarakat yang didanai oleh Dana DIPA Universitas Pendidikan Ganesha dengan berfokus pada Skim IPTEK. Penulis juga aktif menghasilkan luaran penelitian dan pengabdian berupa artikel yang dipublikasikan pada jurnal terakreditasi hingga media cetak.

Selain itu juga kerap mengikuti prosiding seminar nasional hingga internasional. Salah satu prestasi penulis adalah menjadi best presenter pada prosiding internasional ALHAMDIC 2023.

BIODATA PENULIS

Sri Hernawati Sirait

Penulis lahir di Deli Serdang, Sumatera Utara, tanggal 01 Januari 1977. Pendidikan penulis diawali di Akademi Keperawatan Depkes, selanjutnya melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, kemudian menempuh pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Medan. Penulis merupakan staf dosen tetap di Prodi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan.

BIODATA PENULIS

Nike Sari Oktavia, S. ST., M. Keb
Dosen Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Padang

Penulis lahir di Sawahlunto tanggal 17 November 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Padang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes RI Padang sejak Januari 2003 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes RI Padang tahun 2002, melanjutkan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Universitas Padjajdjaran, Bandung tahun 2004-2005, pendidikan S2 Kebidanan juga di Universitas Padjadjaran, Bandung tahun 2009-2011. Sejak September 2021 sampai sekarang (2024) penulis sedang melanjutkan pendidikan S3 Ilmu Kedokteran di Universitas Airlangga, Surabaya. Penulis aktif melakukan publikasi hasil penelitian, aktif menulis buku kebidanan (ini buku ke 5), dan telah memiliki 12 Hak Cipta yang terdaftar.

BIODATA PENULIS

Machfudloh, S.SiT., MH. Kes., M. Keb.

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan
Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Penulis lahir di Demak tanggal 8 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan. Penulis menekuni bidang kesehatan reproduksi, persalinan dan postpartum dan Pelayanan KB.

BIODATA PENULIS

Ayu Rimanda, SST.,M.K.M
Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan
STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia

Penulis lahir di Tangerang tanggal 02 April 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia. Menyelesaikan Pendidikan D4 Kebidanan di STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia, S2 Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. HAMKA. Selain, menjadi dosen penulis juga mempunyai homecare di daerah Jakarta Utara dan Pelatih Baby Spa dan Mom Massage.

Email : rimandaayu6@gmail.com
Ig : rimandayu