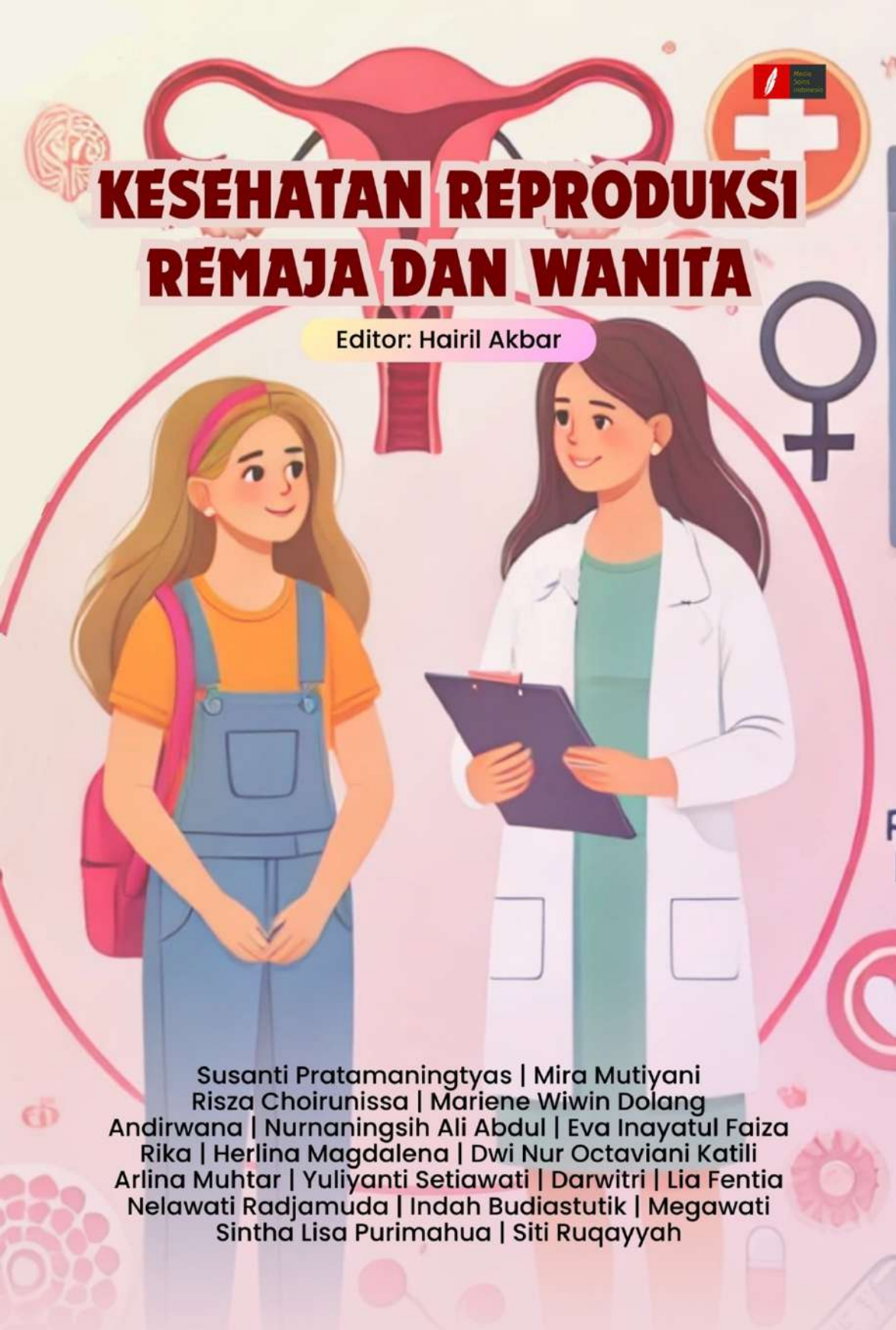




# KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN WANITA

Editor: Hairil Akbar

Susanti Pratamaningtyas | Mira Mutiyani  
Risza Choirunissa | Mariene Wiwin Dolang  
Andirwana | Nurnaningsih Ali Abdul | Eva Inayatul Faiza  
Rika | Herlina Magdalena | Dwi Nur Octaviani Katili  
Arlina Muhtar | Yuliyanti Setiawati | Darwitri | Lia Fentia  
Nelawati Radjamuda | Indah Budiastutik | Megawati  
Sintha Lisa Purimahua | Siti Ruqayyah

BUNGA RAMPAI

**KESEHATAN REPRODUKSI  
REMAJA DAN WANITA**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN WANITA**

Susanti Pratamaningtyas  
Mira Mutiyani  
Risza Choirunissa  
Mariene Wiwin Dolang  
Andirwana  
Nurnaningsih Ali Abdul  
Eva Inayatul Faiza  
Rika  
Herlina Magdalena  
Dwi Nur Octaviani Katili  
Arlina Muhtar  
Yuliyanti Setiawati  
Darwitri  
Lia Fentia  
Nelawati Radjamuda  
Indah Budiastutik  
Megawati  
Sintha Lisa Purimahua  
Siti Ruqayyah

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

# KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN WANITA

Susanti Pratamaningtyas | Mira Mutiyani | Risza Choirunissa  
| Mariene Wiwin Dolang | Andirwana  
Nurnaningsih Ali Abdul | Eva Inayatul Faiza | Rika  
Herlina Magdalena | Dwi Nur Octaviani Katili | Arlina Muhtar  
| Yuliyanti Setiawati | Darwitri | Lia Fentia  
Nelawati Radjamuda | Indah Budiastutik | Megawati  
Sintha Lisa Purimahua | Siti Ruqayyah

Editor:  
**Hairil Akbar**

Tata Letak:  
**Dessy**

Desain Cover:  
**Manda Aprikasari**

Ukuran:  
**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman:  
**xii, 306**

ISBN:  
**978-623-512-179-6**

Terbit Pada:  
**Oktober 2024**

Hak Cipta 2024 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**  
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita”, buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita.

Sistematika buku ini dengan judul “Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita”, mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 19 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Konsep Dasar Remaja; Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja; Menstruasi dan Mimpi Basah; Personal Hygiene Organ Reproduksi; Seksualitas Remaja; Kehamilan pada Remaja; Aborsi pada Remaja; Gender dan Kesehatan Reproduksi Remaja; Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja; Konsep Kesehatan Reproduksi Wanita; Gangguan Menstruasi; Fertilitas dan Fekunditas; Keluarga Berencana; Penyakit Menular Seksual dan Kesehatan Wanita; Tindakan Kekerasan pada Wanita; Kurang Energi Kronis pada Remaja; Menopause; Program Peningkatan Status Kesehatan Wanita; serta Safe Motherhood.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita sesuai dengan update keilmuan. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

## DAFTAR ISI

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| KATA PENGANTAR.....                                                    | i   |
| DAFTAR ISI.....                                                        | iii |
| DAFTAR GAMBAR.....                                                     | xii |
| 1 KONSEP DASAR REMAJA.....                                             | 1   |
| Susanti Pratamaningtyas, M.Keb. ....                                   | 1   |
| Latar Belakang .....                                                   | 1   |
| Definisi Remaja.....                                                   | 2   |
| Klasifikasi Remaja .....                                               | 4   |
| Karakteristik Remaja .....                                             | 5   |
| Ciri-Ciri Remaja .....                                                 | 8   |
| 2 PERTUMBUHAN DAN<br>PERKEMBANGAN REMAJA.....                          | 15  |
| Mira Mutiyani, S.Gz., M.Sc. ....                                       | 15  |
| Pendahuluan .....                                                      | 15  |
| Pubertas, Pertumbuhan dan<br>Perkembangan Fisik .....                  | 16  |
| Tinggi Badan (TB), Berat Badan (BB),<br>dan Body Mass Index (BMI)..... | 20  |
| Komposisi Tubuh.....                                                   | 21  |
| Kebutuhan Gizi.....                                                    | 24  |
| Waktu Istirahat/Tidur .....                                            | 24  |
| Perkembangan Kognitif.....                                             | 24  |
| Perkembangan Psikososial.....                                          | 26  |
| Remaja Awal (11-14 tahun).....                                         | 27  |
| Remaja Pertengahan (15-17 tahun).....                                  | 27  |
| Remaja Akhir (18-21 tahun).....                                        | 28  |

|   |                                                                                                                                         |    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|   | Perkembangan Moral .....                                                                                                                | 28 |
|   | Masalah-Masalah yang Dihadapi dalam<br>Perkembangan Remaja .....                                                                        | 29 |
|   | Kesimpulan.....                                                                                                                         | 29 |
| 3 | MENSTRUASI DAN MIMPI BASAH .....                                                                                                        | 37 |
|   | Risza Choirunissa, S.SiT., MKM.....                                                                                                     | 37 |
|   | Pengantar Tentang Kesehatan Reproduksi dan<br>Pentingnya Pemahaman Tentang Menstruasi<br>dan Mimpi Basah.....                           | 37 |
|   | Siklus Menstruasi: Fase-Fase Utama,<br>Perubahan Hormonal, dan Pengaruhnya<br>Terhadap Tubuh .....                                      | 38 |
|   | Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Menstruasi<br>Sangat Beragam dan Dapat Mencakup<br>Aspek-Aspek Biologis, Lingkungan, dan Perilaku. .... | 41 |
|   | Manajemen Menstruasi yang Sehat dan<br>Aman Penting untuk Kenyamanan dan<br>Kesehatan Wanita.....                                       | 42 |
|   | Mimpi Basah atau Ejakulasi Nokturnal .....                                                                                              | 43 |
|   | Aspek Sosial dan Psikologis: .....                                                                                                      | 44 |
|   | Definisi dan Faktor Penyebab .....                                                                                                      | 44 |
|   | Manajemen Kondisi secara Sehat.....                                                                                                     | 45 |
|   | Aspek Sosial dan Psikologis .....                                                                                                       | 45 |
|   | Dampak Sosial.....                                                                                                                      | 45 |
|   | Dampak Psikologis.....                                                                                                                  | 45 |
|   | Kesimpulan.....                                                                                                                         | 46 |
| 4 | <i>PERSONAL HYGIENE</i> ORGAN REPRODUKSI.....                                                                                           | 53 |
|   | Mariene Wiwin Dolang, S.KM., M.Kes. ....                                                                                                | 53 |
|   | <i>Personal Hygiene Vagina</i> dalam Kondisi Tertentu                                                                                   | 54 |

|   |                                                                           |     |
|---|---------------------------------------------------------------------------|-----|
|   | Penyebab Gangguan Organ Reproduksi Wanita ...                             | 59  |
|   | Praktik <i>Personal Hygiene</i> Organ Reproduksi .....                    | 60  |
|   | Dampak <i>Personal Hygiene</i> Organ Reproduksi<br>yang Tidak Benar ..... | 61  |
| 5 | SEKSUALITAS REMAJA .....                                                  | 65  |
|   | Andirwana, S.Si. M.Kes.....                                               | 65  |
|   | Seksualitas Remaja.....                                                   | 65  |
|   | Faktor-Faktor yang<br>Mempengaruhi Seksualitas Remaja .....               | 66  |
|   | Pendidikan Seksual dalam Konteks Remaja.....                              | 69  |
|   | Perkembangan Identitas Seksual Remaja.....                                | 70  |
|   | Perilaku Seksual Remaja .....                                             | 70  |
|   | Implikasi Kesehatan Seksual dan Reproduksi.....                           | 71  |
|   | Pendekatan dalam Membimbing Remaja.....                                   | 72  |
|   | Determinan Perilaku Seksual Beresiko<br>pada Remaja .....                 | 75  |
| 6 | KEHAMILAN PADA REMAJA .....                                               | 81  |
|   | Nurnaningsih Ali Abdul, S.SiT., M.Keb. ....                               | 81  |
|   | Masa Remaja .....                                                         | 81  |
|   | Perubahan yang Terjadi Pada Remaja.....                                   | 82  |
|   | Seksualitas Pada Remaja .....                                             | 83  |
| 7 | ABORSI PADA REMAJA .....                                                  | 99  |
|   | Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb., SKM., M.Kes. ....                           | 99  |
|   | Situasi Aborsi di Indonesia .....                                         | 99  |
|   | Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)<br>pada Remaja .....                     | 100 |
|   | Faktor Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan<br>Antara Lain:.....           | 102 |

|   |                                                                                                 |     |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|   | Aborsi pada Remaja .....                                                                        | 102 |
|   | Jenis-Jenis Aborsi .....                                                                        | 103 |
|   | Aborsi yang Dilakukan Secara Sengaja<br>( <i>Abortus Provocatus</i> ) Terbagi Menjadi Dua:..... | 103 |
|   | Hambatan Ruang Aborsi Aman.....                                                                 | 106 |
|   | Risiko Aborsi pada Remaja .....                                                                 | 107 |
| 8 | GENDER DAN KESEHATAN<br>REPRODUKSI REMAJA.....                                                  | 115 |
|   | Rika, S.ST., M.Keb. ....                                                                        | 115 |
|   | Konsep Dasar Gender .....                                                                       | 115 |
|   | Pengertian Gender .....                                                                         | 115 |
|   | Peran Gender.....                                                                               | 116 |
|   | Bias dan Kesenjangan Gender.....                                                                | 119 |
|   | Kesehatan Reproduksi Remaja.....                                                                | 123 |
|   | Pengertian Reproduksi Remaja .....                                                              | 123 |
|   | Dampak Kesehatan Reproduksi Remaja .....                                                        | 124 |
|   | Penanganan Masalah Kesehatan<br>Reproduksi Remaja.....                                          | 125 |
|   | Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja....                                                    | 126 |
|   | Peran Gender dalam<br>Kesehatan Reproduksi Remaja.....                                          | 126 |
|   | Tantangan Gender dalam<br>Kesehatan Reproduksi Remaja.....                                      | 127 |
|   | Upaya untuk Meningkatkan<br>Kesenjangan Gender dalam<br>Kesehatan Reproduksi Remaja.....        | 127 |
| 9 | KONSELING KESEHATAN<br>REPRODUKSI REMAJA.....                                                   | 133 |
|   | Herlina Magdalena, S.K.M., M.Kes. ....                                                          | 133 |

|    |                                                             |     |
|----|-------------------------------------------------------------|-----|
|    | Pengertian Konseling .....                                  | 133 |
|    | Kesehatan Reproduksi .....                                  | 134 |
|    | Klasifikasi Usia Remaja.....                                | 134 |
|    | Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja .....                 | 136 |
|    | Prinsip Dasar Konseling Kesehatan Reproduksi.               | 140 |
|    | Proses Konseling Kesehatan Reproduksi.....                  | 140 |
|    | Kebijakan dan Strategi Pengelolaan PIK-R .....              | 141 |
| 10 | KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI WANITA...                       | 145 |
|    | Dwi Nur Octaviani Katili, S.ST., M.Keb. ....                | 145 |
|    | Konsep Dasar .....                                          | 145 |
|    | Tujuan Kesehatan Reproduksi.....                            | 146 |
|    | Sasaran dan Ruang Lingkup<br>Kesehatan Reproduksi .....     | 148 |
|    | Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita<br>di Indonesia ..... | 153 |
|    | Hak-Hak Kesehatan Reproduksi .....                          | 156 |
| 11 | GANGGUAN MENSTRUASI .....                                   | 161 |
|    | Ns. Arlina Muhtar, S.Kep., M.Kes.....                       | 161 |
|    | Menstruasi.....                                             | 161 |
|    | Premenstrual Syndrom .....                                  | 164 |
|    | Amenorea.....                                               | 166 |
|    | Dismenorea.....                                             | 168 |
|    | Oligomenorea.....                                           | 171 |
| 12 | FERTILITAS DAN FEKUNDITAS .....                             | 179 |
|    | Ns. Yuliyanti Setiawati, S.Kep., M.Kes. ....                | 179 |
|    | Tinjauan Tentang Fertilitas dan Fekunditas .....            | 179 |
|    | Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Fertilitas....             | 182 |

|    |                                                              |     |
|----|--------------------------------------------------------------|-----|
|    | Pengukuran Fertilitas .....                                  | 185 |
|    | Study Kasus Tentang Fertilitas .....                         | 188 |
|    | Masalah Penduduk yang Bersifat Kuantitatif.....              | 189 |
|    | Sumber-Sumber Data Kependudukan .....                        | 189 |
| 13 | KELUARGA BERENCANA .....                                     | 193 |
|    | Darwitri, S.ST., Bdn., M.Keb.....                            | 193 |
|    | Pentingnya Perencanaan Kehamilan .....                       | 193 |
|    | Pengertian Keluarga Berencana .....                          | 194 |
|    | Tujuan Program Keluarga Berencana.....                       | 194 |
|    | Ruang Lingkup Keluarga Berencana .....                       | 195 |
|    | Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi .....                   | 196 |
|    | Efektivitas Kontrasepsi .....                                | 197 |
|    | Jenis Metode Kontrasepsi .....                               | 198 |
| 14 | PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN<br>KESEHATAN WANITA .....       | 207 |
|    | Lia Fentia, SST., M.Kes.....                                 | 207 |
|    | Penyakit Menular Seksual .....                               | 207 |
|    | Faktor Risiko Terkena PMS.....                               | 208 |
|    | Pencegahan Penyakit Menular Seksual.....                     | 210 |
|    | Tanda dan Gejala Penderita<br>Penyakit Menular Seksual ..... | 211 |
|    | Kelompok Perilaku Risiko Tinggi.....                         | 212 |
|    | Macam-Macam Penyakit Menular Seksual.....                    | 212 |
|    | PMS Mayor .....                                              | 213 |
|    | PMS Minor .....                                              | 217 |
|    | Konsep Kesehatan Wanita .....                                | 219 |

|    |                                                                        |     |
|----|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 15 | TINDAKAN KEKERASAN PADA WANITA.....                                    | 225 |
|    | Bdn. Nelawati Radjamuda,<br>S.ST., M.Kes., M.Keb. ....                 | 225 |
|    | Definisi Kekerasan pada Wanita .....                                   | 226 |
|    | Jenis Kekerasan terhadap Wanita.....                                   | 226 |
|    | Dampak Kekerasan terhadap Wanita.....                                  | 229 |
|    | Faktor Penyebab Kekerasan terhadap Wanita....                          | 231 |
|    | Faktor Resiko Lain Penyebab Tindakan<br>Kekerasan terhadap Wanita..... | 232 |
|    | Pencegahan dan Penanganan Kekerasan<br>pada Wanita .....               | 232 |
| 16 | KEKURANGAN ENERGI KRONIS<br>PADA REMAJA.....                           | 239 |
|    | Dr. Indah Budiastutik, S.K.M., M.Kes. ....                             | 239 |
|    | Pengertian Kekurangan Energi Kronik (KEK) .....                        | 239 |
|    | Dampak Kekurangan Energi Kronis (KEK) .....                            | 240 |
|    | Faktor Kekurangan Energi Kronis (KEK) .....                            | 245 |
|    | Faktor Penyebab KEK pada Ibu Hamil .....                               | 245 |
|    | Faktor Penyebab KEK pada Remaja Putri: .....                           | 247 |
| 17 | MENOPAUSE .....                                                        | 257 |
|    | Ns. Megawati, S.Kep., M.Kes. ....                                      | 257 |
|    | Definisi Menopause.....                                                | 257 |
|    | Tahapan Menopause.....                                                 | 257 |
|    | Usia Menopause .....                                                   | 259 |
|    | Faktor yang Mempengaruhi Menopause .....                               | 260 |
|    | Perubahan pada Masa Menopause.....                                     | 261 |
|    | Cara Mengatasi Gejala Prikologi<br>Menghadapi Menopause .....          | 267 |

|    |                                                                                                                                                            |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|    | Penyebab Menopause.....                                                                                                                                    | 268 |
| 18 | PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA .....                                                                                                          | 273 |
|    | Dr. Sintha Lisa Purimahua, S.KM., M.Kes. ....                                                                                                              | 273 |
|    | Pendahuluan .....                                                                                                                                          | 273 |
|    | Analisis Masalah Kesehatan Wanita .....                                                                                                                    | 274 |
|    | Faktor Risiko .....                                                                                                                                        | 276 |
|    | Efektifitas Program Pelatihan Perawatan Kesehatan Seksual Menopause dalam Meningkatkan Kompetensi Perawat di Wilayah Provinsi DKI Jakarta .....            | 281 |
|    | Peningkatan Kualitas Hidup Wanita Perimenopause Melalui Pendampingan Program Sehat Fisik dan Jiwa (SEHATI) Posyandu Lansia Puskesmas Antang Perumnas ..... | 282 |
|    | Sustainable Development Goals (SDGs) .....                                                                                                                 | 283 |
|    | Program Kampung Keluarga Berkualitas (KB)...                                                                                                               | 284 |
| 19 | <i>SAFE MOTHERHOOD</i> .....                                                                                                                               | 289 |
|    | Siti Ruqayyah, S.Si., M.Sc.....                                                                                                                            | 289 |
|    | Konsep <i>Safe Motherhood</i> .....                                                                                                                        | 289 |
|    | Target yang Jelas, Namun Tantangan yang Sulit .....                                                                                                        | 292 |
|    | Kebutuhan Akan Tenaga Kesehatan yang Terampil .....                                                                                                        | 292 |
|    | Memungkinkan Hak-Hak Asasi Manusia dan Hak Reproduksi Wanita Secara Menyeluruh .....                                                                       | 293 |
|    | Peran Khusus Para Penyedia Layanan Kesehatan.....                                                                                                          | 294 |
|    | Inisiatif <i>Safe Motherhood</i> .....                                                                                                                     | 294 |
|    | Komponen dan Pilar dalam <i>Safe Motherhood</i> .....                                                                                                      | 296 |

|                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Perawatan Obstetrik dan Bayi Baru Lahir<br><i>(Obstetric and Newborn Care)</i> .....                          | 300 |
| Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap<br>Morbiditas dan Mortalitas selama<br><i>Safe Motherhood</i> ..... | 302 |

## DAFTAR GAMBAR

|             |                                                                                                                                      |     |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gambar 2.1  | Rata-rata usia pubertas, kematangan kognitif, dan psikososial. ....                                                                  | 17  |
| Gambar 2.2  | Urutan perubahan fisiologis selama masa pubertas<br>a) anak perempuan; b) anak laki-laki. ...                                        | 18  |
| Gambar 2.3  | Perubahan massa lemak dan massa tanpa lemak dengan dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) pada pria dan wanita berdasarkan usia..... | 23  |
| Gambar 13.1 | Jenis AKDR Copper.....                                                                                                               | 203 |
| Gambar 18.1 | Cervical Cancer.....                                                                                                                 | 274 |
| Gambar 18.2 | Mamae Cancer.....                                                                                                                    | 275 |
| Gambar 18.3 | Periksa Payudara Sendiri.....                                                                                                        | 278 |
| Gambar 18.4 | Tanaman Obat Keluarga.....                                                                                                           | 280 |
| Gambar 19.1 | Konsep Inisiatif <i>Safe Motherhood</i> (ISM)                                                                                        | 294 |
| Gambar 19.2 | Pilar dalam Prinsip Safe Motherhood (Maternal Health Supplement, -).....                                                             | 300 |

# KONSEP DASAR REMAJA

**Susanti Pratamaningtyas, M.Keb.**  
Poltekkes Kemenkes Malang

## **Latar Belakang**

Masa remaja secara psikologi merupakan masa peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa. Pada masa remaja terjadi kematangan secara kognitif yaitu interaksi dari struktur otak yang telah sempurna dan lingkungan sosial yang semakin luas yang memungkinkan remaja untuk berfikir abstrak. Pada usia remaja inilah berkembang sifat, sikap dan perilaku yang selalu ingin tahu, merasakan dan ingin mencoba hal-hal baru. Sikap dan perilaku tersebut harus di arahkan atau difasilitasi agar tidak berdampak negatif. Fase remaja merupakan segmen perkembangan individu yang sangat penting, yang diawali matangnya organ-organ fisik (seksual) sehingga mampu bereproduksi.

Remaja sebagai individu sedang berada dalam proses berkembang atau menjadi (becoming), yaitu berkembang kearah kematangan atau kemandirian. Remaja memerlukan bimbingan karena mereka masih kurang memiliki pemahaman atau wawasan tentang dirinya dan lingkungannya serta pengalaman dalam menentukan arah kehidupannya untuk mencapai kematangan. Proses perkembangan individu tidak selalu berjalan secara mulus atau sesuai harapan dan nilai-nilai yang dianut karena banyak faktor yang menghambatnya. Faktor penghambat ini bisa bersifat internal atau eksternal. Faktor eksternal adalah yang berasal dari lingkungan seperti ketidakstabilan dalam kehidupan sosial politik,

krisis ekonomi, perceraian orang tua, sikap dan perlakuan orang tua yang otoriter atau kurang memberikan kasih sayang dan pelecehan nilai-nilai moral atau agama dalam kehidupan agama atau masyarakat. Iklim lingkungan yang tidak sehat cenderung memberikan dampak yang kurang baik bagi perkembangan remaja dan sangat mungkin mereka akan mengalami kehidupan yang tidak nyaman, stres atau depresi. Kondisi seperti inilah yang membuat remaja merespon dengan sikap dan perilaku yang kurang wajar dan bahkan amoral, seperti kriminalitas, meminum minuman keras, penyalahgunaan obat terlarang, tawuran dan pergaulan bebas.

### **Definisi Remaja**

Istilah "*adolescence*" atau remaja berasal dari bahasa Latin "*adolescere*" yang berarti tumbuh menjadi dewasa atau dalam perkembangan menjadi dewasa (Desmita, 2010). Menurut Santrock (2007), remaja adalah masa perkembangan transisi antara masa anak dan masa dewasa yang mencakup perubahan biologis, kognitif dan sosial emosional. Dalam bahasa Inggris remaja disebut dengan *adolescence*, berasal dari kata *adolescere* yang artinya tumbuh ke arah kematangan. Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak ke masa dewasa. Pada masa ini, remaja mengalami perkembangan mencapai kematangan fisik, mental, sosial dan emosional. Pada masa ini keadaan emosi remaja masih labil karena erat hubungannya dengan keadaan hormon. Emosi remaja lebih mendominasi dan menguasai diri mereka dari fikiran yang realistis (Mansur, 2009).

Menurut Hurlock (1981) remaja adalah mereka yang berada pada usia 12-18 tahun. Monks, dkk (2000) memberi batasan usia remaja adalah 12-21 tahun. Menurut Stanley Hall (Santrock, 2003) usia remaja berada pada rentang 12-23 tahun. Berdasarkan batasan-batasan yang diberikan para ahli, bisa dilihat bahwa mulainya masa remaja relatif sama, tetapi berakhirnya masa remaja sangat bervariasi. Bahkan ada yang dikenal juga dengan istilah remaja yang diperpanjang, dan remaja yang diperpendek. Hal senada diungkapkan oleh Santrock

(2003) bahwa adolescence diartikan sebagai masa perkembangan transisi antara masa anak dan masa dewasa yang mencakup perubahan biologis, kognitif, dan sosial-emosional.

Beberapa pengertian menurut para ahli:

1. Freud: Menafsirkan masa remaja sebagai suatu masa mencari hidup seksual yang mempunyai bentuk yang definitif. Charlotte Buhler menafsirkan masa remaja sebagai masa kebutuhan isi-mengisi. Spranger memberikan tafsiran masa remaja sebagai masa pertumbuhan dengan perubahan struktur kejiwaan yang fundamental.
2. Hofmann: Menafsirkan masa remaja sebagai suatu masa pembentukan sikap-sikap terhadap segala sesuatu yang dialami individu.
3. G. Stanley Hall: Menafsirkan masa remaja sebagai masa storm and drang (badai dan topan).
4. Erickson: Masa remaja adalah masa terjadinya krisis identitas atau pencarian identitas diri. Gagasan Erickson ini dikuatkan oleh James Marcia yang menemukan bahwa ada empat status identitas diri pada remaja yaitu identity diffusion/ confussion, moratorium, foreclosure, dan identity achieved (Santrock, 2003, Papalia, dkk, 2001, Monks, dkk, 2000, Muss, 1988). Karakteristik remaja yang sedang berproses untuk mencari identitas diri ini juga sering menimbulkan masalah pada diri remaja.
5. Harold Albery: Mengemukakan bahwa masa remaja merupakan suatu periode dalam perkembangan yang dijalani seseorang yang terbentang sejak berakhirnya masa kanak-kanak sampai dengan awal masa dewasa. Conger berpendapat bahwa masa remaja merupakan masa yang amat kritis yang mungkin dapat merupakan *the best of time and the worst of time*.

Dari beberapa pengertian di atas, masa remaja adalah suatu tahap antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Istilah ini menunjuk masa dari awal pubertas

sampai tercapainya kematangan; biasanya mulai dari usia 14 pada pria dan usia 12 pada wanita. Transisi ke masa dewasa bervariasi dari satu budaya ke kebudayaan lain, namun secara umum didefinisikan sebagai waktu dimana individu mulai bertindak terlepas dari orang tua mereka (Ahyani & Astuti, 2018).

### **Klasifikasi Remaja**

#### **1. Remaja awal (12-15 Tahun)**

Pada masa ini, remaja mengalami perubahan jasmani yang sangat pesat dan perkembangan intelektual yang sangat intensif sehingga minat anak pada dunia luar sangat besar dan pada saat ini remaja tidak mau dianggap kanak-kanak lagi namun sebelum bisa meninggalkan pola kekanak-kanakannya. Selain itu pada masa ini remaja sering merasa sunyi, ragu-ragu, tidak stabil, tidak puas dan merasa kecewa (Aini, 2016).

#### **2. Remaja Pertengahan (15-18 Tahun)**

Kepribadian remaja pada masa ini masih kekanak-kanakan tetapi pada masa remaja ini timbul unsur baru yaitu kesadaran akan kepribadian dan kehidupan badaniah sendiri. Remaja mulai menentukan nilai-nilai tertentu dan melakukan perenungan terhadap pemikiran filosofis dan etis. Bermula dari perasaan yang penuh keraguan pada masa remaja awal maka pada rentan usia ini mulai timbul kemantapan pada diri sendiri. Rasa Percaya diri pada remaja menimbulkan kesanggupan pada dirinya untuk melakukan penilaian terhadap tingkah laku yang dilakukannya. Selain itu pada masa ini remaja menemukan diri sendiri atau jati dirinya (Zuhri, 2020).

#### **3. Remaja Akhir (18-21 Tahun)**

Pada masa ini remaja sudah mantap dan stabil. Remaja sudah mengenal dirinya dan ingin hidup dengan pola hidup yang digariskan sendiri dengan keberanian. Remaja mulai memahami arah hidupnya

dan menyadari tujuan hidupnya. Remaja sudah mempunyai pendirian tertentu berdasarkan satu pola yang jelas yang baru ditemukannya (Setyaji, M. F. et al., 2022).

### **Karakteristik Remaja**

Masa remaja ditandai dengan adanya berbagai perubahan, baik secara fisik maupun psikis, yang mungkin saja dapat menimbulkan problema atau masalah tertentu bagi si remaja. Apabila tidak disertai dengan upaya pemahaman diri dan pengarahan diri secara tepat, bahkan dapat menjurus pada berbagai tindakan kenakalan remaja dan kriminal. Sebagai periode yang paling penting, masa remaja ini memiliki karakteristik yang khas jika dibandingkan dengan periode-periode perkembangan lainnya. Adapun rinciannya menurut Ahyani & Astuti (2018) adalah sebagai berikut :

#### **1. Masa remaja sebagai periode yang penting**

Periode ini dianggap sebagai masa penting karena memiliki dampak langsung dan dampak jangka panjang dari apa yang terjadi pada masa ini. Selain itu, periode ini pun memiliki dampak penting terhadap perkembangan fisik dan psikologis individu, dimana terjadi perkembangan fisik dan psikologis yang cepat dan penting. Kondisi inilah yang menuntut individu untuk bisa menyesuaikan diri secara mental dan melihat pentingnya menetapkan suatu sikap, nilai-nilai dan minat yang baru.

#### **2. Masa remaja sebagai periode peralihan**

Peralihan tidak berarti terputus atau berubah dari yang terjadi sebelumnya tetapi peralihan dari tahap perkembangan ke tahap perkembangan berikutnya. Menurut Osterrieth “struktur psikis anak remaja berasal dari masa kanak-kanak dan banyak ciri yang umum dianggap sebagai ciri khas masa remaja sudah ada pada akhir masa kanak-kanak”. Dalam periode peralihan status individu tidak jelas dan terdapat keraguan akan peran yang harus dilakukan. Pada masa ini remaja bukan seorang anak-anak atau

seorang dewasa. Status remaja yang tidak jelas ini menguntungkan karena status memberi waktu kepadanya untuk mencoba gaya hidup yang berbeda dan menentukan pola perilaku, nilai dan sifat yang paling sesuai bagi dirinya.

### 3. Masa remaja sebagai periode perubahan

Perubahan sikap dan perilaku dalam periode remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. 4 perubahan yang sama yang bersifat universal: 1) meningginya emosi : yang intensitasnya bergantung pada perubahan fisik dan psikologisnya. Karena perubahan emosi lebih cepat pada masa awal remaja dan meningginya emosi lebih menonjol pada masa remaja akhir. 2) perubahan tubuh, minat, dan peran yang diharapkan kelompok social. Bagi remaja muda, masalah baru yang timbul tampaknya lebih sulit diselesaikan dibanding masalah sebelumnya. Remaja masih merasa di timbun masalah sampai ia dapat menyelesaikan dengan kepuasannya sendiri. 3) dengan berubahnya minat dan perilaku maka nilai-nilai juga berubah. Apa yang pada masa anak-anak dianggap penting sekarang masa remaja tidak penting lagi. 4) mereka menginginkan dan menuntut kebebasan, tapi mereka sering takut bertanggung jawab akan akibatnya dan meragukan kemampuan mereka untuk dapat mengatasi tanggung jawab tersebut.

### 4. Masa remaja sebagai usia bermasalah

Masa remaja sering menjadi masalah yang sulit diatasi baik oleh anak laki-laki maupun anak perempuan. Terdapat 2 alasan bagi kesulitan itu : 1) sepanjang masa kanak-kanak, masalah anak-anak sebagian diselesaikan oleh orang tua dan guru, sehingga kebanyakan remaja tidak berpengalaman dalam mengatasi masalah. 2) karena para remaja merasa diri mandiri, menolak bantuan orang tua dan guru. Karena ketidakmampuan mereka untuk mengatasi sendiri masalahnya menurut cara yang mereka yakini, banyak remaja akhirnya menemukan

bahwa penyelesaiannya tidak selalu sesuai dengan harapan mereka. Menurut Anna Freud “banyak kegagalan yang sering kali disertai akibat yang tragis, bukan karena ketidakmampuan individu tetapi karena kenyataan bahwa tuntutan yang diajukan kepadanya justru pada saat semua tenaganya telah dihabiskan untuk mengatasi masalah pokok yang disebabkan oleh pertumbuhan dan perkembangan seksual”.

5. Masa remaja sebagai masa mencari identitas

Seorang remaja lambat laun mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi dengan menjadi sama dengan teman-teman dalam segala hal seperti sebelumnya. Salah satu cara untuk mengangkat diri sendiri sebagai individu adalah dengan menggunakan simbol status dengan bentuk mobil, pakaian, dan pemilikan barang-barang lain yang mudah terlihat. Dengan cara remaja menarik perhatian pada diri sendiri dan agar dipandang sebagai individu, sementara pada saat yang sama ia mempertahankan identitas dirinya terhadap kelompok sebaya.

6. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan

Tanggapan stereotip Remaja adalah anak-anak yang tidak rapi, yang tidak dapat dipercaya dan cenderung rusak serta berperilaku merusak menyebabkan orang dewasa yang harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja muda yang takut bertanggung jawab dan tidak bersikap simpatik kepada perilaku remaja yang normal. Stereotip juga mempengaruhi konsep dan sikap diri pada dirinya sendiri.

7. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistic

Cita-cita yang tidak realistis menimbulkan meningginya emosi. Semakin tidak realistis cita-citanya maka semakin ia menjadi marah. Remaja akan sakit hati dan kecewa apabila orang lain mengecewakannya atau jika ia tidak berhasil dalam mencapai tujuan yang ditetapkannya sendiri. Dengan

bertambahnya pengalaman pribadi dan pengalaman sosial dan meningkatnya kemampuan untuk berfikir rasional, remaja yang lebih besar memandang diri sendiri, keluarga, teman-teman dan kehidupan pada umumnya secara realistis. Remaja tidak terlampau mengalami banyak kekecewaan.

#### 8. Masa remaja adalah ambang dari masa dewasa

Pada saat remaja mendekati masa dimana mereka dianggap dewasa secara hukum, mereka merasa cemas dengan stereotype remaja dan menciptakan impresi bahwa mereka mendekati dewasa. Mereka merasa bahwa berpakaian dan berperilaku seperti orang dewasa seringkali tidak cukup, sehingga mereka mulai untuk memperhatikan perilaku atau simbol yang berhubungan dengan status orang dewasa seperti merokok, minum, menggunakan obat-obatan bahkan melakukan hubungan seksual.

### **Ciri-Ciri Remaja**

#### 1. Fisik

Perubahan dramatis dalam bentuk dan ciri-ciri fisik berhubungan erat dengan mulainya pubertas. Aktivitas kelenjar pituitari pada saat ini berakibat dalam sekresi hormon yang meningkat, dengan efek fisiologis yang tersebar luas. Hormon pertumbuhan memproduksi dorongan pertumbuhan yang cepat, yang membawa tubuh mendekati tinggi dan berat dewasanya dalam sekitar dua tahun. Dorongan pertumbuhan terjadi lebih awal pada pria daripada wanita, juga menandakan bahwa wanita lebih dahulu matang secara seksual daripada pria. Pencapaian kematangan seksual pada gadis remaja ditandai oleh kehadiran menstruasi dan pada pria ditandai oleh produksi semen. Hormon-hormon utama yang mengatur perubahan ini adalah androgen pada pria dan estrogen pada wanita, zat-zat yang juga dihubungkan dengan penampilan ciri-ciri seksual sekunder: rambut wajah, tubuh, dan kelamin dan suara yang mendalam pada pria; rambut tubuh dan

kelamin, pembesaran payudara, dan pinggul lebih lebar pada wanita. Perubahan fisik dapat berhubungan dengan penyesuaian psikologis; beberapa studi menganjurkan bahwa individu yang menjadi dewasa di usia dini lebih baik dalam menyesuaikan diri daripada rekan-rekan mereka yang menjadi dewasa lebih lambat (Elfida et al., 2015).

## 2. Kognitif

Kekuatan pemikiran remaja yang sedang berkembang membuka cakrawala kognitif dan cakrawala sosial yang baru. Pemikiran mereka semakin abstrak, logis, dan idealistis; lebih mampu menguji pemikiran diri sendiri, pemikiran orang lain dan apa yang orang lain dan apa yang orang lain pikirkan tentang mereka. Perkembangan anak sangat dipengaruhi oleh stimulus yang di berikan pada anak tersebut, semakin banyak anak mendapatkan stimulus, semakin banyak anak belajar hal baru dan mengakibatkan semakin kuat juga sinapsis neuron yang ada di dalam otak anak, hal tersebut dapat merangsang anak tumbuh dengan kemampuan yang jauh lebih baik dan optimal (Marbun & Stevanus, 2019).

## 3. Pemikiran operasional formal

Piaget yakin bahwa pemikiran operasional formal (formal operational stage), berlangsung antara usia 11-15 tahun. Pemikiran operasional formal lebih abstrak, idealistis, dan logis daripada pemikiran operasional konkret. Piaget yakin bahwa remaja semakin mampu menggunakan pemikiran deduktif hipotesis yaitu konsep operasional formal piaget, yang menyatakan bahwa remaja memiliki kemampuan kognitif untuk mengembangkan hipotesis, atau dugaan terbaik, mengenai cara memecahkan masalah, seperti persamaan aljabar. Kemudian mereka menarik kesimpulan secara sistematis, atau menyimpulkan pola mana yang diterapkan dalam memecahkan masalah. Jadi, pada tahap ini anak sudah mampu meninjau masalah dari berbagai sudut pandang dan mempertimbangkan alternatif atau

kemungkinan dalam memecahkan masalah, bernalar berdasarkan hipotesis, menggabungkan sejumlah informasi secara sistematis, menggunakan rasio dan logika dalam abstraksi, memahami arti simbolik, dan membuat perkiraan di masa depan (Ahyani & Astuti, 2018).

#### 4. Kognisi social

Perubahan-perubahan yang mengesankan dalam kognisi sosial menjadi ciri perkembangan remaja. Remaja mengembangkan suatu egosentrisme khusus, mulai berpikir rentang kehidupan tidak ubahnya seperti cara para ahli teori kepribadian berpikir tentang kepribadian, dan memantau dunia sosial mereka dengan cara-cara canggih. Pemikiran remaja bersifat egosentris. David Elkind (1976) yakin bahwa egosentrisme remaja (*adolescent egocentrism*) memiliki dua bagian: penonton khayalan dan dongeng pribadi. Penonton khayalan (*imaginary audience*) ialah keyakinan remaja bahwa orang lain memperhatikan dirinya sebagaimana halnya dengan dirinya sendiri.

Dongeng pribadi ialah bagian dari egosentrisme remaja yang meliputi perasaan unik seorang anak remaja. Perasaan unik pribadi remaja membuat mereka merasa bahwa tidak seorangpun dapat mengerti bagaimana perasaan mereka sebenarnya. Misalnya: seorang anak perempuan remaja menganggap bahwa ibunya tidak mungkin dapat merasakan sakit yang dia rasakan karena pacarnya memutuskan hubungan dengannya (Rahayu, 2016).

#### 5. Pengambilan Keputusan

Masa remaja ialah masa semakin meningkatnya pengambilan keputusan. Remaja yang lebih tua lebih kompeten dalam mengambil keputusan dibanding remaja yang lebih muda, dimana mereka lebih kompeten daripada anak-anak. Kemampuan untuk mengambil keputusan tidak menjamin kemampuan itu akan diterapkan, karena dalam kehidupan nyata, luasnya pengalaman adalah penting. Remaja perlu

lebih banyak peluang untuk mempraktekkan dan mendiskusikan keputusan yang realistis. Dalam beberapa hal, kesalahan pengambilan keputusan pada remaja mungkin terjadi ketika dalam realitas yang menjadi masalah adalah orientasi masyarakat terhadap remaja dan kegagalan untuk memberi mereka pilihan-pilihan yang memadai (Ahyani & Astuti, 2018).

## 6. Seksual

Perkembangan awal kematangan seksual secara biologis dapat terjadi pada usia 10 tahun hingga 14 tahun. Hal tersebut diiringi perubahan yang terjadi terkait hormonal maupun secara fisik. Selain itu proses perubahan hormonal pada remaja juga mengakibatkan meningkatnya interaksi sosial remaja dengan lawan jenis, serta lebih merani memunculkan ekspresi psikoseksual pada lawan jenisnya. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas bertanggung-jawab atas munculnya dorongan seks. Pemuasan dorongan seks masih dipersulit dengan banyaknya tabu sosial, sekaligus juga kekurangan pengetahuan yang benar tentang seksualitas. Pada umumnya anak mengalami ketertarikan dengan lawan jenis di usia 10 sampai dengan 12 tahun, kemudian mereka mengalami pengalaman fantasi seksual dengan lawan jenis 1 tahun berikutnya (Nurfazriah & Hartati, 2023).

Namun sejak tahun 1960-an, aktivitas seksual telah meningkat di antara remaja; studi akhir menunjukkan bahwa hampir 50 persen remaja di bawah usia 15 dan 75 persen di bawah usia 19 melaporkan telah melakukan hubungan seks. Terlepas dari keterlibatan mereka dalam aktivitas seksual, beberapa remaja tidak tertarik pada, atau tahu tentang, metode Keluarga Berencana atau gejala-gejala Penyakit Menular Seksual (PMS). Akibatnya, angka kelahiran tidak sah dan timbulnya penyakit kelamin kian meningkat.

## 7. Emosional

Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak ke masa dewasa. Pada masa ini, remaja mengalami perkembangan mencapai kematangan fisik, mental, sosial dan emosional. Umumnya, masa ini berlangsung sekitar umur 13-18 tahun, yaitu masa anak duduk di bangku sekolah menengah. Masa ini biasanya di rasakan sebagai masa sulit, baik bagi remaja sendiri maupun bagi keluarga, atau lingkungan. Berada pada masa peralihan antara masa anak-anak dan masa dewasa, status remaja agak kabur, baik bagi dirinya maupun bagi lingkungannya. Conny Semiawan (1989) mengibaratkan : terlalu besar untuk serbet terlalu kecil untuk taplak meja karna sudahbukan anak-anak lagi, tetapi juga belum dewasa. Masa remaja biasanya memiliki energi yang besar, emosi berkobar-kobar, sedangkan pengendalian diri belum sempurna. Remaja juga sering mengalami perasaan tidak aman,tidak tenang, dan khawatir kesepian. masa remaja adalah masa stres emosional, yang timbul dari perubahan fisik yang cepat dan luas yang terjadi sewaktu pubertas (Ahyani & Astuti, 2018).

## **Daftar Pustaka**

- Ahyani, L. N. & Astuti, D. (2018). Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja. Kudus: Badan Penerbit Universitas Muria Kudus.
- Aini, S. Q. 2016. Phenomenon Of School Bullying On Adolescent In Pati Regency. *Jurnal Litbang*, 12(1), 51-60.
- Elfida, Sulistiany, E., & Azwarni. (2015). The Factors That Affect Early Puberty Of Teenager In Fifth Year Of Min Paya Bujok, Langsa City, In 2015. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*, 8(2), 199-206.
- Marbun, S. M. & Stevanus, K. (2019). Pendidikan Seks Pada Remaja. *FIDEI: Jurnal Teologi Sistematika Dan Praktika*, 2(2), 325-343.
- Nurfaizah, I. & Hartati, A. (2023). Efektivitas Promosi Kesehatan dengan Metode Peer Education terhadap Pengetahuan dan Sikap Remaja Putri tentang Dampak Pernikahan Dini di SMPN 5 Cilegon. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Keperawatan*, 1(3), 306-3018.
- Rahayu, Y. M. (2016). Pengaruh Perubahan Kurikulum 2013 Terhadap Perkembangan Peserta Didik. *Jurnal Logika*, 18(3), 22-42.
- Santrock, J. (2016). *Adolescence*. USA: McGraw-Hill
- Setyaji, M. F., Hernawan, & Amin, B. F. (2022). Application Of Group Games To Improve Physical Fitness In Students Of SMK Gita Kirtti 1 South Jakarta. *Journal of Sport Science and Tourism Activity (JOSITA)*, 1(1), 1-14.
- Zuhri, S. (2020). Kehidupan Remaja Muslim Di Surabaya (Analisis Akhlaq Dan Pengaruh Komunikasi Media Sosial Dalam Kehidupan Remaja Muslim di Surabaya). *Murabbi : Jurnal Ilmiah dalam Bidang Pendidikan*, 3(2), 35-53.

## **Profil Penulis**



### **Susanti Pratamaningtyas, M.Keb.**

Penulis di lahirkan di Nganjuk pada tanggal 15 Januari 1976. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 1998 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Program Pendidikan Bidan di SPK RS Baptis Kediri setelah menyelesaikan pendidikan di SPK pada tempat yang sama. Kemudian melanjutkan D3 di Akademi Kebidanan Depkes Kediri lulus tahun 2001. Tahun 2002 mulai mengabdikan menjadi dosen di Poltekkes Kemenkes Malang Kampus IV Kediri sebagai dosen tetap, mengajar mata kuliah Asuhan kebidanan pada Ibu hamil, bersalin, Neonatus, kegawatdaruratan, KWU, PBAK. Kemudian melanjutkan tugas belajar di D4 Kebidanan UNPAD lulus tahun 2005. Pada tahun 2011 penulis berhasil menyelesaikan S2 UNPAD Bandung. Pada tahun 2018-2022 menjabat sebagai ketua program Studi Sarjana Kebidanan Kediri. Penulis aktif dalam kegiatan entrepreneurship di bidang kesehatan dan kecantikan dan aktif dalam bisnis ritel dengan membuka beberapa swalayan. Berbagai judul buku tentang kewirausahaan sudah berhasil diselesaikan, selain itu aktif juga dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis juga aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [santisamuel123.ss@gmail.com](mailto:santisamuel123.ss@gmail.com)

# PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN REMAJA

**Mira Mutiyani, S.Gz., M.Sc.**  
Poltekkes Kemenkes Bandung

## **Pendahuluan**

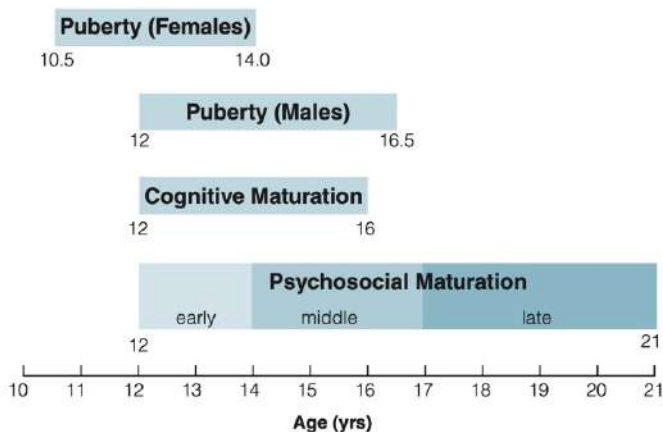
Masa remaja pada umumnya diartikan sebagai periode kehidupan antara usia 11 dan 21 tahun. World Health Organization (WHO, 2024) mendefinisikan masa remaja adalah fase kehidupan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa dari usia 10 hingga 19 tahun. Agar dapat tumbuh dan berkembang dengan kesehatan yang baik, remaja membutuhkan berbagai informasi, termasuk pendidikan seksualitas komprehensif yang sesuai dengan usia mereka; kesempatan untuk mengembangkan keterampilan hidup; layanan kesehatan yang dapat diterima, adil, tepat dan efektif; serta lingkungan yang aman dan mendukung. Remaja juga membutuhkan kesempatan untuk berpartisipasi secara bermakna dalam desain dan pelaksanaan intervensi untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan mereka. Perubahan fisik, psikososial, dan kognitif yang terkait dengan masa remaja memiliki dampak langsung terhadap status gizi. Pertumbuhan fisik yang dramatis dan perkembangan yang dialami oleh remaja, dapat melebihi laju pertumbuhan selama masa bayi, sehingga secara signifikan meningkatkan kebutuhan energi, protein, vitamin, dan mineral. Namun, pencarian jati diri dan penerimaan dari teman sebaya yang menjadi ciri perkembangan psikososial remaja seringkali mengarah pada perilaku makan yang merugikan kesehatan, seperti

sering melewatkan waktu makan dan mengadopsi perilaku yang tidak sehat. Oleh karena itu, pada tahap ini sangat penting untuk meletakkan dasar-dasar kesehatan yang baik.

### **Pubertas, Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik**

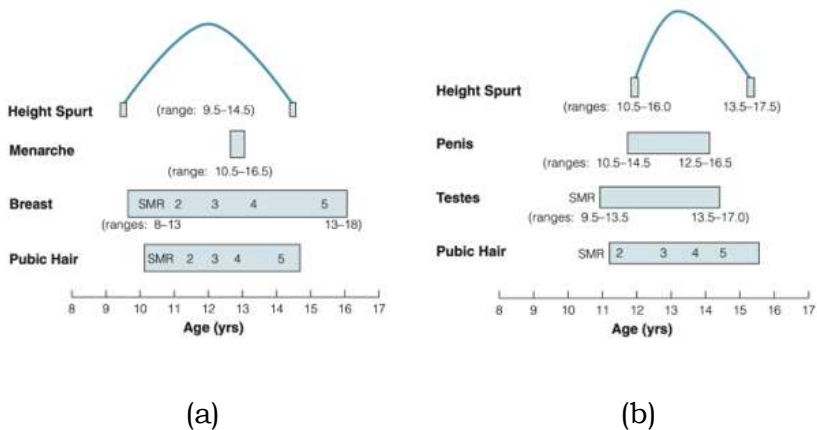
Awal masa remaja mencakup terjadinya pubertas, yang merupakan serangkaian peristiwa kompleks yang berpuncak pada kematangan somatik dan kapasitas reproduksi yang merupakan ciri khas dari perubahan fisik masa remaja. Perubahan biologis yang terjadi meliputi pematangan seksual, peningkatan tinggi dan berat badan, akumulasi massa tulang, dan perubahan komposisi tubuh. Urutan kejadian selama pubertas konsisten di antara remaja, tetapi usia onset, durasi, dan tempo kejadian ini dapat sangat bervariasi antara individu (Judith E. Brown, 2018).

Pubertas dimediasi oleh perubahan fisiologis dalam sistem neuroendokrin, khususnya pada sumbu hipotalamus-pituitari-gonadal (HPG), adrenal, dan hormon pertumbuhan. Sumbu HPG aktif sejak 10 minggu gestasi dan tetap aktif hingga awal masa bayi sebelum memasuki fase kuiesens. Onset pubertas ditandai dengan reemergensi sekresi gonadotropin-releasing hormone (GnRH) secara pulsatif yang merangsang sekresi luteinizing hormone (LH) dan follicle-stimulating hormone (FSH) oleh pituitari anterior (Chulani & Gordon, 2014). Pubertas pada remaja berkembang melalui tahapan yang berbeda. Anak perempuan umumnya memasuki masa puber 1-2 tahun lebih awal daripada anak laki-laki. Pada masa pubertas ini terjadi perubahan fisik yang spesifik, kematangan kognitif, dan psikososial (Gambar 2.1).



Gambar 2.1 Rata-rata usia pubertas, kematangan kognitif, dan psikososial. Sumber: (Judith E. Brown, 2018)

Perkembangan pubertas pada anak perempuan dimulai dengan thelarche (perkembangan payudara) sekitar usia 11 tahun, diikuti oleh pubarche (perkembangan rambut kemaluan) sekitar setahun kemudian. Menarche (permulaan menstruasi) umumnya terjadi sekitar usia 13 tahun, selama tahap pertengahan hingga akhir perkembangan rambut kemaluan (Gambar 2.2 a). Pada anak laki-laki, awal pubertas ditandai dengan pembesaran testis sekitar usia 11 tahun, diikuti dengan pertumbuhan rambut kemaluan, perubahan suara, spermatarche (ejakulasi pertama), dan pertumbuhan rambut di wajah/tubuh (Gambar 2.2 b) (Chulani & Gordon, 2014; Judith E. Brown, 2018; Smith & Coleman, 2021). Perkembangan kematangan seksual pada remaja perempuan dan laki-laki secara lengkap ditampilkan pada Tabel 2.1.



Gambar 2.2 Urutan perubahan fisiologis selama masa pubertas a) anak perempuan; b) anak laki-laki. Sumber: (Judith E. Brown, 2018)

Terdapat lima tahap yang mendefinisikan pubertas, yang dikenal dengan Sexual Maturity Ratings (SMR) atau Tanner stages, yang digunakan untuk menilai perkembangan remaja dari pra-pubertas hingga dewasa (Smith & Coleman, 2021).

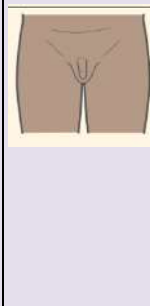
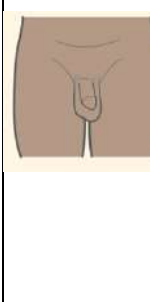
### **Peringkat Kematangan Seksual Perempuan (Female Sexual Maturity Ratings):**

1. Ovarium: membesar dan menghasilkan estrogen serta progesteron.
2. Pembesaran payudara: dimulai sekitar usia 8 tahun dan selesai antara usia 12 hingga 18 tahun.
3. Pertumbuhan linear: tubuh perempuan menjadi lebih melengkung dengan peningkatan produksi lemak di sekitar payudara dan pinggul.
4. Rambut kemaluan: berkembang dalam pola segitiga hingga usia 18 tahun.
5. Menarche: rata-rata dimulai pada usia 12 tahun di Amerika Serikat.

## Peringkat Kematangan Seksual Laki-laki (Male Sexual Maturity Ratings):

1. Pembesaran testis: pembesaran testis dan kantung skrotum adalah tanda pertama pubertas.
2. Rambut kemaluan: berkembang dalam pola berlian dan meluas ke paha.
3. Panjang dan lebar penis: penis tumbuh dalam panjang dan lebar.
4. Fertilitas/Spermarche: setahun setelah pembesaran testis, anak laki-laki mulai memproduksi sperma.
5. Perubahan suara: laring dan pita suara membesar setelah lonjakan pertumbuhan, mengakibatkan perubahan suara.

Tabel 2.1 Perkembangan kematangan seksual (sexual maturation rating/SMR) pada remaja perempuan dan laki-laki. Sumber: (Smith & Coleman, 2021)

| Perkembangan Payudara                                                               |                                                                                                                                        | Perkembangan Rambut Kemaluan Anak Perempuan                                         |                                                              | Perkembangan Alat Kelamin Anak Laki-laki                                            |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <p>Tahap 1: Prapubertas</p> <p>Puting susu mulai meninggi</p>                                                                          |   | <p>Tahap 1: Prapubertas</p> <p>Tidak ada rambut kemaluan</p> |   | <p>Tahap 1: Preadolesen</p> <p>Tidak ada rambut kemaluan; penis dan testis memiliki ukuran dan proporsi yang sama seperti pada masa kanak-kanak</p> |
|  | <p>Tahap 2: Pertumbuhan payudara</p> <p>Peninggian payudara dan puting susu tampak sebagai gundukan kecil dengan pembesaran areola</p> |  | <p>Tahap 2:</p> <p>Rambut jarang, panjang, dan lurus</p>     |  | <p>Tahap 2:</p> <p>Rambut kemaluan jarang; sedikit pembesaran penis dan testis</p>                                                                  |

| Perkembangan Payudara                                                                                                                                                                                                           | Perkembangan Rambut Kemaluan Anak Perempuan                                                                                                                                      | Perkembangan Alat Kelamin Anak Laki-laki                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Tahap 3: P pembesaran lanjutan</p> <p>Payudara dan areola membesar tanpa bukti yang jelas mengenai pemisahan di antara keduanya</p>        |  <p>Tahap 3:</p> <p>Rambut yang lebih gelap, kasar, keriting, dan jarang di atas mons pubis</p> |  <p>Tahap 3:</p> <p>Rambut kemaluan yang lebih gelap dan kasar; pembesaran penis dan testis lebih lanjut</p>                                                    |
|  <p>Tahap 4: Gundukan sekunder</p> <p>Gundukan sekunder terbentuk di luar gundukan payudara yang asli saat areola dan puting susu menonjol</p> |  <p>Tahap 4:</p> <p>Rambut yang lebih gelap, keriting, dan melimpah di atas mons pubis</p>      |  <p>Tahap 4:</p> <p>Rambut kemaluan kasar dan keriting menutupi lebih banyak area; pembesaran penis dan testis lebih lanjut</p>                                 |
|  <p>Tahap 5: Kematangan payudara</p> <p>Puting susu menonjol keluar dan areola menjadi bagian dari kontur payudara</p>                        |  <p>Tahap 5:</p> <p>Pola segitiga dewasa dengan pertumbuhan rambut di paha bagian medial</p>   |  <p>Tahap 5:</p> <p>Rambut menyebar ke permukaan medial paha dan dewasa dalam kualitas dan kuantitas; penis dan testis mencapai ukuran dan proporsi dewasa</p> |

## Tinggi Badan (TB), Berat Badan (BB), dan Body Mass Index (BMI)

Pada masa remaja awal, pertumbuhan fisik sangat cepat akibat perubahan hormonal selama pubertas, namun menurun pada masa remaja tengah dan akhir. Baik anak laki-laki maupun perempuan mengalami perubahan ukuran dan penampilan. Anak perempuan mengalami peningkatan TB sebelum menarche dan mencapai tinggi penuh 2 hingga 2,5 tahun setelahnya. Anak laki-laki

mengalami lonjakan pertumbuhan antara usia 10,5 dan 16 tahun dan berakhir antara usia 13,5 dan 17,5 tahun (Smith & Coleman, 2021). Kecepatan pertumbuhan TB mencapai puncaknya pada usia rata-rata 11,5 tahun pada anak perempuan dan 13,5 tahun untuk anak laki-laki, dengan pertumbuhan tahunan sekitar 8,3 cm untuk perempuan dan 9,5 cm untuk laki-laki (Chulani & Gordon, 2014).

Rata-rata, remaja laki-laki akan mengalami peningkatan BB sebesar 7 hingga 30 kg, sedangkan remaja perempuan akan bertambah 7 hingga 25 kg (Smith & Coleman, 2021). Selama masa remaja, BMI harus dipantau secara ketat dengan kisaran sehat antara persentil ke-5 hingga ke-85. BMI di bawah persentil ke-5 dianggap *underweight*, antara persentil ke-85 dan 95 dianggap *overweight*, dan lebih dari persentil ke-95 dianggap obesitas (Smith & Coleman, 2021).

Prediksi TB orang dewasa berguna dalam pemantauan perkembangan pubertas. Metode yang umum digunakan didasarkan pada perhitungan TB pertengahan orang tua (*mid-parental height*), seperti pada perhitungan berikut (Tanner, Goldstein, & Whitehouse, 1970) dalam (Chulani & Gordon, 2014):

$$\text{Anak perempuan} = \frac{(\text{Tinggi badan ayah (cm)} - 13 \text{ cm}) + \text{tinggi badan ibu (cm)}}{2}$$

$$\text{Anak laki-laki} = \frac{(\text{Tinggi badan ayah (cm)} + 13 \text{ cm}) + \text{tinggi badan ibu (cm)}}{2}$$

## **Komposisi Tubuh**

Ketika seorang anak mendekati kematangan seksual, perubahan hormon pubertas menyebabkan perubahan dalam komposisi tubuh, terutama karena efek steroid gonad pada jaringan seperti otot, lemak, tulang, dan organ. Pada masa ini, penambahan massa lemak dan massa bebas lemak pada anak perempuan akan lebih cepat, sementara anak laki-laki bertambah secara signifikan dalam hal massa tubuh bebas lemak, pengurangan lemak pada bagian ekstremitas, dan

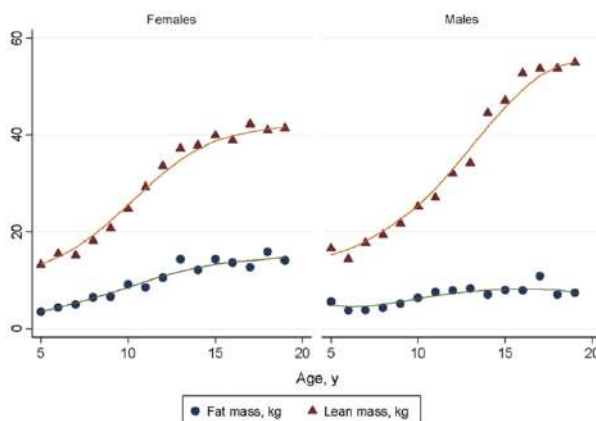
penumpukan lemak di bagian utama tubuh (trunk) (Rodriguez et al., 2004; Zemel, 2012). Meskipun terdapat peningkatan keseluruhan massa tubuh bebas lemak, persentase massa tubuh bebas lemak pada perempuan menurun dari sekitar 80% dari BB pada awal pubertas menjadi sekitar 75% pada saat dewasa, disebabkan oleh peningkatan lebih besar pada massa lemak. Pada laki-laki, massa tubuh tanpa lemak meningkat dari 80% menjadi 85% pada awal pubertas menjadi sekitar 90% pada saat dewasa, mencerminkan peningkatan massa otot dan penurunan adipositas (Chulani & Gordon, 2014).

Percepatan pertumbuhan remaja menyebabkan peningkatan massa tubuh yang cepat, yang akan memengaruhi organ-organ seperti jantung dan otak. Massa lemak dan massa bebas lemak mengalami perubahan baik secara jumlah maupun proporsi. Anak perempuan mendapatkan massa lemak dan massa bebas lemak selama masa kanak-kanak, namun pada masa pubertas peningkatannya jauh lebih cepat. Pertumbuhan jaringan payudara berkontribusi terhadap massa lemak keseluruhan dan juga persentase lemak tubuh. Banyak anak laki-laki mengalami lonjakan lemak pra-pubertas yang mengarah pada peningkatan signifikan massa tubuh tanpa lemak, pengurangan lemak pada ekstremitas, dan peningkatan penumpukan lemak di bagian utama tubuh (trunk) (Zemel, 2012).

Sebuah studi cross-sectional yang meneliti lebih dari 800 remaja di Philadelphia menunjukkan bahwa remaja laki-laki mendapatkan lebih banyak massa bebas lemak daripada perempuan selama lonjakan pertumbuhan remaja, sementara perempuan juga mengalami peningkatan massa lemak seiring bertambahnya usia selama masa kanak-kanak dan remaja. Gambar 2.3 mengilustrasikan pola penampang melintang dari perubahan lemak dan massa bebas lemak yang terkait dengan usia dan masa pubertas (Zemel, 2012).

Masa remaja secara signifikan berdampak terhadap mineralisasi tulang, dimana sekitar 40% puncak massa tulang akan tercapai. Pemantauan komposisi tubuh selama masa pubertas menjadi sangat penting karena

dapat memprediksi sifat-sifat yang akan muncul pada saat dewasa (S. S. Guo et al., 2000; Shumei Sun Guo, Wu, Chumlea, & Roche, 2002), dimana kondisi tersebut berhubungan erat dengan jaringan adiposa, yang secara endokrinologis aktif dan berinteraksi dengan hormon steroid (Holst & Grimaldi, 2002; Horlick et al., 2000).



Gambar 2.3 Perubahan massa lemak dan massa tanpa lemak dengan dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) pada pria dan wanita berdasarkan usia.

Sumber: (Zemel, 2012)

Perubahan komposisi tubuh selama masa pubertas dapat menjadi faktor risiko timbulnya penyakit pada saat dewasa, seperti kardiovaskular, diabetes, obesitas, dan osteoporosis (Chumlea, Wisemandle, Guo, & Siervogel, 2002; Flegal, Ogden, Wei, Kuczmarski, & Johnson, 2001; Nguyen et al., 2001; Siervogel et al., 2000; Wisemandle, Maynard, Guo, & Siervogel, 2000).

Komposisi tubuh anak dipengaruhi oleh multi faktor diantaranya genetik, usia, jenis kelamin, etnis, faktor perinatal, keseimbangan energi, dan status kesehatan (Androutsos & Zampelas, 2022; Kreissl, Jorda, Truschner, Skacel, & Greber-Platzer, 2019). Faktor tersebut dapat memengaruhi aktivitas fisik, produktivitas kerja, dan kesehatan secara keseluruhan (Zemel, 2012). Kelebihan lemak berkaitan dengan tingginya asupan energi, rendahnya asupan buah dan sayuran, dan tingginya konsumsi minuman manis (Gillis, Kennedy, Gillis, & Bar-

Or, 2002). Komposisi tubuh selama masa pubertas menunjukkan perubahan metabolisme dan memberikan informasi kesehatan yang penting, dimana korelasi antar usia terlihat jelas, terutama setelah masa remaja. Jaringan adiposa aktif secara endokrinologis dan memainkan peran penting dalam interaksi adipositokin, insulin, dan hormon seks-steroid, yang memengaruhi proses penyakit kardiovaskular dan metabolik (Siervogel et al., 2003).

### **Kebutuhan Gizi**

Kebutuhan nutrisi meningkat selama masa remaja karena pertumbuhan dan perkembangan yang cepat. Anak laki-laki membutuhkan rata-rata 2.800 kalori per hari, sedangkan anak perempuan membutuhkan 2.200 kalori per hari. Nutrisi yang sehat sangat penting untuk mencegah berbagai kondisi kesehatan dan mendukung perkembangan yang optimal (Judith E. Brown, 2018; Smith & Coleman, 2021).

### **Waktu Istirahat/Tidur**

Remaja membutuhkan setidaknya 8 hingga 10 jam tidur per malam untuk mendukung perkembangan otak dan kesehatan secara keseluruhan. Usahakan untuk selalu menjaga waktu istirahat, seperti menjaga agar jadwal tidur teratur dan membatasi waktu penggunaan layar (screen time) sebelum tidur (Smith & Coleman, 2021).

### **Perkembangan Kognitif**

Perkembangan kognitif selama masa remaja ditandai dengan transisi dari pemikiran anak-anak ke pemikiran dewasa. Remaja mulai berpikir dan bernalar dengan cara yang lebih kompleks, mempertimbangkan berbagai kemungkinan dan pemikiran orang lain, serta membentuk pandangan dunia mereka sendiri. Tahap awal remaja ditandai dengan peningkatan tantangan terhadap aturan dan standar sosial, sementara remaja akhir lebih fokus pada isu-isu yang mempengaruhi dunia dan masa depan sebagai orang dewasa.

Teori perkembangan kognitif (Piaget, 1969) dalam (Chulani & Gordon, 2014) memberikan model tentang perkembangan kognitif yang diterima secara luas pada masa remaja. Remaja awal berada pada tahap operasional konkret dan meskipun mereka menunjukkan peningkatan kapasitas untuk berpikir logis, remaja mengalami kesulitan untuk memahami konsep-konsep hipotetis. Impulsif dan keterbatasan dalam memahami hubungan sebab-akibat merupakan ciri tambahan dari tahap ini. Remaja menunjukkan kemampuan kognitif dan minat intelektual yang berkembang dan memasuki tahap operasional formal pada masa remaja pertengahan hingga akhir. Pada tahap ini, mereka menunjukkan kapasitas untuk penalaran deduktif, pemecahan masalah, dan pemikiran abstrak. Seiring dengan meningkatnya kemampuan untuk mengatur diri sendiri dan perencanaan, perkembangan pemikiran tingkat tinggi ini memungkinkan remaja untuk mempertimbangkan kemungkinan di masa depan, menilai alternatif, dan menetapkan serta mengejar tujuan pribadi (Chulani & Gordon, 2014).

Secara keseluruhan, perkembangan kognitif umumnya terjadi antara usia 12 hingga 18 tahun; namun, kecepatannya berbeda-beda pada setiap remaja. Selama periode pertumbuhan ini, remaja membentuk pandangan dunia mereka sendiri dan secara langsung mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perkembangan kognitifnya. Masa remaja awal ditandai dengan peningkatan tantangan terhadap aturan dan standar Masyarakat, dimana mereka bisa sangat idealis dan melihat nilai dari mengubah "status quo" dan "menantang dengan apa adanya." Mereka mungkin dipengaruhi oleh model peran positif dan negatif, yang menegaskan perlunya pemantauan orang tua terhadap aktivitas dan kontak sehari-hari. Masalah dan pengalaman hidup juga memengaruhi bagaimana remaja bergerak dari pemikiran konkret ke hal yang formal. Hal ini termasuk kemampuan untuk berpikir secara logis dengan melihat situasi dan tidak berpusat pada diri sendiri. Pada akhir masa remaja, ada lebih banyak pemikiran tentang isu-isu yang memengaruhi

dunia, situasi orang lain, dan masa depan sebagai orang dewasa (Smith & Coleman, 2021).

## Perkembangan Psikososial

Perkembangan psikososial selama masa remaja melibatkan perubahan fisik yang cepat, yang dapat menyebabkan peningkatan kesadaran diri dan evaluasi diri. Tugas utama selama periode ini meliputi pencapaian kemandirian, kesadaran dan penerimaan citra tubuh, kemampuan membangun hubungan sehat dengan teman sebaya, dan pengembangan identitas. Titik kritis perkembangan remaja “red flags” dideskripsikan pada Tabel 2.2 berikut.

| Umur                                | Fisik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Kognitif                                                                                                                                                                                  | Sosial/Emosional                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remaja awal<br>(11-14 tahun)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubertas dimulai pada anak perempuan sebelum usia 8 tahun; pada anak laki-laki sebelum usia 9 tahun</li> <li>- Pubertas yang tertunda (anak laki-laki berusia 14 tahun atau lebih atau anak perempuan berusia 13 tahun atau lebih tanpa tanda-tanda pubertas)</li> <li>- Laju pertumbuhan yang tertunda/terganggu</li> <li>- Penurunan atau kenaikan berat badan secara tiba-tiba</li> <li>- Percepatan pertumbuhan/tinggi badan untuk keluarga</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit kepala yang tidak normal</li> <li>- Gagal dalam mengikuti kelas</li> <li>- Terdapat masalah dalam memperhatikan/mengikuti kelas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku berisiko tinggi</li> <li>- Peningkatan kecemasan</li> <li>- Skrining HEADSSS* yang tidak normal</li> <li>- Skrining positif dari kuesioner PHQ-9 yang dimodifikasi untuk depresi</li> </ul> |
| Remaja pertengahan<br>(15-17 tahun) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak perempuan yang belum mengalami <i>menarche</i> dalam waktu 5 tahun sejak tunas payudara muncul</li> <li>- Anak laki-laki yang tidak mencapai Tanner 5 dalam waktu 4,5 tahun sejak awal pubertas</li> <li>- Penurunan atau kenaikan berat badan secara tiba-tiba</li> <li>- Laju pertumbuhan yang tertunda/berkurang</li> <li>- Adanya laporan hubungan seks yang tidak aman</li> </ul>                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit kepala yang tidak normal</li> <li>- Gagal dalam mengikuti kelas</li> <li>- Terdapat masalah dalam memperhatikan/mengikuti kelas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku berisiko tinggi</li> <li>- Skrining HEADSSS yang tidak normal</li> <li>- Skrining positif dari kuesioner PHQ-9 yang dimodifikasi untuk depresi</li> </ul>                                   |

| Umur                          | Fisik                                                                                                                                                                                                                | Kognitif                                                                                                                                                                                                    | Sosial/Emosional                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remaja akhir<br>(18-21 tahun) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laju pertumbuhan yang tertunda/berkurang</li> <li>- Penurunan atau kenaikan berat badan secara tiba-tiba</li> <li>- Adanya laporan hubungan seks yang tidak aman</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit kepala yang tidak normal</li> <li>- Tidak mampu/tidak mau merencanakan masa depan</li> <li>- Terdapat masalah dalam memperhatikan/mengikuti kelas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku berisiko tinggi</li> <li>- Skrining HEADSSS yang tidak normal</li> <li>- Skrining positif dari kuesioner PHQ-9 yang dimodifikasi untuk depresi</li> </ul> |

HEADSSS, home, education/employment, activities, drugs, sexuality, suicide/depression/self-image, safety; PHQ-9, Patient Health Questionnaire.

### **Remaja Awal (11-14 tahun)**

Pada usia ini, remaja cenderung berpikir secara konkret, melihat segala sesuatu dalam kerangka hitam dan putih (misalnya, benar atau salah) (Smith & Coleman, 2021). Perkembangan citra tubuh (body image) dan peningkatan kesadaran akan seksualitas menjadi fokus utama psikososial selama masa ini. Perubahan dramatis dalam bentuk, ukuran, dan komposisi tubuh dapat menyebabkan ambivalensi, mengarah pada citra tubuh yang buruk dan potensi gangguan makan. Pengaruh teman sebaya sangat kuat, memengaruhi pilihan makanan remaja lebih dari preferensi keluarga (Blakemore & Robbins, 2012). Pemikiran konkret, egosentrisme, dan perilaku impulsif juga membatasi pemahaman mereka tentang masalah kesehatan dan gizi yang kompleks, membuat edukasi gizi lebih sulit (Chulani & Gordon, 2014; Judith E. Brown, 2018).

### **Remaja Pertengahan (15-17 tahun)**

Pada masa ini pertumbuhan fisik umumnya sudah selesai, namun perkembangan otak masih berlanjut. Anak laki-laki biasanya lebih unggul dalam aktivitas fisik dibandingkan anak perempuan. Pada masa ini remaja mulai membentuk identitas pribadi dan mencari otonomi (Smith & Coleman, 2021). Kemandirian emosional dan sosial dari keluarga, terutama dari orang tua, menjadi lebih menonjol, dan konflik terkait masalah pribadi seperti perilaku makan dan aktivitas fisik cenderung meningkat.

Pengaruh kelompok teman sebaya menjadi lebih dominan, sering kali berdampak negatif pada pilihan makanan dan memicu perilaku yang kurang sehat, seperti tidak mau makan, penggunaan pil diet dan pencabar, serta konsumsi alkohol. Kemampuan berpikir abstrak mulai muncul, namun remaja dapat kembali ke pemikiran konkret ketika merasa kewalahan atau mengalami stres psikososial (Judith E. Brown, 2018).

### **Remaja Akhir (18-21 tahun)**

Ditandai dengan perkembangan identitas pribadi dan keyakinan moral individu. Pertumbuhan fisik sebagian besar sudah selesai, dan masalah citra tubuh menjadi kurang menonjol. Pada masa ini, remaja mulai menerima dan merasa percaya diri dengan penampilan fisik mereka. Laki-laki dapat terus berkembang hingga usia 21 tahun. Remaja yang lebih tua menjadi lebih percaya diri dalam menangani situasi sosial yang kompleks, dengan berkurangnya perilaku impulsif dan tekanan teman sebaya. Pilihan pribadi mulai mempengaruhi perilaku makan baik secara positif maupun negatif, dengan beberapa menjadi lebih sadar akan kesehatan sementara yang lain lebih memilih makanan cepat saji. Selama fase ini, penggunaan metode konseling motivasi direkomendasikan untuk membantu remaja membuat pilihan kesehatan dan gizi yang lebih baik (Judith E. Brown, 2018; Smith & Coleman, 2021).

### **Perkembangan Moral**

Remaja semakin mampu memahami bahwa tidak selalu ada jawaban pasti untuk setiap pertanyaan dan mampu melihat alasan di balik berbagai pilihan yang dibuat oleh orang berbeda. Mereka lebih menghargai pemikiran logis dan menikmati diskusi dengan orang dewasa yang mereka percayai. Remaja juga lebih mudah memahami aturan setelah aturan tersebut dijelaskan dan mereka diberi kesempatan untuk bertanya (Chulani & Gordon, 2014; Smith & Coleman, 2021).

Teori perkembangan moral Lawrence Kohlberg (Kohlberg, 1987) menggambarkan evolusi penalaran moral yang

tidak terkait dengan usia, tetapi berkembang melalui tiga tingkatan sepanjang hidup. Pada tingkat prakonvensional, otoritas eksternal dan kepatuhan untuk menghindari hukuman menentukan moral seseorang. Pada tingkat konvensional, standar moral dari panutan diinternalisasi dan kesesuaian dengan ekspektasi sosial menjadi penting. Dalam moralitas pasca-konvensional, otoritas bersifat internal dan keputusan didasarkan pada nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang terinternalisasi seperti keadilan dan kepedulian, terlepas dari pendapat Masyarakat (Chulani & Gordon, 2014).

### **Masalah-Masalah yang Dihadapi dalam Perkembangan Remaja**

Remaja cenderung bereksperimen dengan melanggar aturan sebagai bagian dari upaya mandiri yang wajar, meskipun memerlukan manajemen diri. Orang tua sering bingung tentang kapan dan bagaimana intervensi, sehingga penyedia layanan kesehatan menjadi sumber penting bagi mereka. Penggunaan produk tembakau seperti vaping dan rokok elektrik meningkat, dengan 67% remaja SMA dan 49% remaja SMP pernah mencoba (Judith E. Brown, 2018; Smith & Coleman, 2021). Alkohol adalah obat yang paling sering digunakan oleh remaja, dengan 8% siswa kelas delapan dan 29% siswa kelas dua belas melaporkan konsumsi dalam 30 hari terakhir (Johnston et al., 2019). Penggunaan zat oleh remaja berisiko tinggi karena otak mereka yang rentan, dengan akses luas ke opioid, zat terlarang (Inman, El-Mallakh, Jensen, Ossege, & Scott, 2020), dan ganja (Garofoli, 2020) (Inman et al., 2020). Penggunaan kanabinoid sintetis juga menjadi perhatian khusus karena efek toksiknya yang kuat dan tidak dapat diprediksi (Inman et al., 2020).

### **Kesimpulan**

Masa remaja adalah periode penting dalam kehidupan seseorang yang melibatkan perubahan signifikan pada tingkat fisik, kognitif, moral, dan sosial. Untuk tumbuh dan berkembang dengan kesehatan yang baik, remaja membutuhkan informasi, termasuk pendidikan

seksualitas komprehensif yang sesuai dengan usia mereka, kesempatan untuk mengembangkan keterampilan hidup, layanan kesehatan yang dapat diterima, adil, tepat dan efektif, serta lingkungan yang aman dan mendukung. Remaja juga membutuhkan kesempatan untuk berpartisipasi aktif dalam mendesain dan pelaksanaan intervensi untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka. Dengan memperluas kesempatan tersebut, maka hal tersebut dapat menjadi kunci untuk memahami kebutuhan dan hak-hak remaja.

## Daftar Pustaka

- Androutsos, O., & Zampelas, A. (2022). Body Composition in Children: What Does It Tell Us So Far? *Children* (Basel), 9(8). doi:10.3390/children9081199
- Blakemore, S. J., & Robbins, T. W. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nat Neurosci*, 15(9), 1184-1191. doi:10.1038/nn.3177
- Chulani, V. L., & Gordon, L. P. (2014). Adolescent growth and development. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 41(3), 465-487.
- Chumlea, W. C., Wisemandle, W., Guo, S. S., & Siervogel, R. M. (2002). Relations between frame size and body composition and bone mineral status. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(6), 1012-1016. doi:10.1093/ajcn/75.6.1012
- Flegal, K. M., Ogden, C. L., Wei, R., Kuczmarski, R. L., & Johnson, C. L. (2001). Prevalence of overweight in US children: comparison of US growth charts from the Centers for Disease Control and Prevention with other reference values for body mass index. *Am J Clin Nutr*, 73(6), 1086-1093. doi:10.1093/ajcn/73.6.1086
- Garofoli, M. (2020). Adolescent Substance Abuse. *Primary care*, 47(2), 383-394.
- Gillis, L. J., Kennedy, L. C., Gillis, A. M., & Bar-Or, O. (2002). Relationship between juvenile obesity, dietary energy and fat intake and physical activity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26(4), 458-463. doi:10.1038/sj.ijo.0801967
- Guo, S. S., Huang, C., Maynard, L. M., Demerath, E., Towne, B., Chumlea, W. C., & Siervogel, R. M. (2000). Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: the Fels Longitudinal Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24(12), 1628-1635. doi:10.1038/sj.ijo.0801461

- Guo, S. S., Wu, W., Chumlea, W. C., & Roche, A. F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76(3), 653-658. doi:10.1093/ajcn/76.3.653
- Holst, D., & Grimaldi, P. A. (2002). New factors in the regulation of adipose differentiation and metabolism. *Curr Opin Lipidol*, 13(3), 241-245. doi:10.1097/00041433-200206000-00002
- Horlick, M. B., Rosenbaum, M., Nicolson, M., Levine, L. S., Fedun, B., Wang, J., . . . Leibel, R. L. (2000). Effect of puberty on the relationship between circulating leptin and body composition. *J Clin Endocrinol Metab*, 85(7), 2509-2518. doi:10.1210/jcem.85.7.6689
- Inman, D., El-Mallakh, P., Jensen, L., Ossege, J., & Scott, L. (2020). Addressing substance use in adolescents: Screening, brief intervention, and referral to treatment. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(1), 69-73.
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2019). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2018: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use. Institute for Social Research.
- Judith E. Brown, E. L., Maureen A. Murtaugh, Patricia L. Splett, Jaime Strang, Robyn Wong, Ellen K. Bowser, Beth L. Leonberg, Nadine R. Sahyoun. (2018). *Nutrition Through the Life Cycle* (P. Williams Ed.). Wadsworth, USA: Cengage Learning.
- Kohlberg, L. (1987). The psychology of moral development. *Ethics*, 97(2).
- Kreissl, A., Jorda, A., Truschner, K., Skacel, G., & Greber-Platzer, S. (2019). Clinically relevant body composition methods for obese pediatric patients. *BMC pediatrics*, 19(1), 84. doi:10.1186/s12887-019-1454-2

- Nguyen, T. V., Maynard, L. M., Towne, B., Roche, A. F., Wisemandle, W., Li, J., . . . Siervogel, R. M. (2001). Sex differences in bone mass acquisition during growth: the Fels Longitudinal Study. *J Clin Densitom*, 4(2), 147-157. doi:10.1385/jcd:4:2:147
- Piaget, J. (1969). In adolescence: psychological principles. In: Basic Books, New York.
- Rodríguez, G., Moreno, L. A., Blay, M. G., Blay, V. A., Garagorri, J. M., Sarria, A., & Bueno, M. (2004). Body composition in adolescents: measurements and metabolic aspects. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28 Suppl 3, S54-58. doi:10.1038/sj.ijo.0802805
- Siervogel, R. M., Demerath, E. W., Schubert, C., Remsberg, K. E., Chumlea, W. C., Sun, S., . . . Towne, B. (2003). Puberty and Body Composition. *Hormone Research in Paediatrics*, 60(suppl 1)(Suppl. 1), 36-45. doi:10.1159/000071224
- Siervogel, R. M., Wisemandle, W., Maynard, L. M., Guo, S. S., Chumlea, W. C., & Towne, B. (2000). Lifetime overweight status in relation to serial changes in body composition and risk factors for cardiovascular disease: The Fels Longitudinal Study. *Obes Res*, 8(6), 422-430. doi:10.1038/oby.2000.52
- Smith, T. S., & Coleman, E. (2021). Growth and Development During Adolescence. In T. Kyle (Ed.), *Primary Care Pediatrics for the Nurse Practitioner A Practical Approach* (pp. 125-133). New York: Springer Publishing Company.
- Tanner, J. M., Goldstein, H., & Whitehouse, R. H. (1970). Standards for Children's Height at Ages 2-9 Years Allowing for Height of Parents. *Archives of Disease in Childhood*, 45(244), 755. doi:10.1136/ad.45.244.755
- WHO. (2024). Adolescent Health. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

- Wisemandle, W., Maynard, L. M., Guo, S. S., & Siervogel, R. M. (2000). Childhood weight, stature, and body mass index among never overweight, early-onset overweight, and late-onset overweight groups. *Pediatrics*, 106(1), E14. doi:10.1542/peds.106.1.e14
- Zemel, B. S. (2012). Chapter 18 - Body Composition During Growth and Development. In N. Cameron & B. Bogin (Eds.), *Human Growth and Development* (Second Edition) (pp. 461-486). Boston: Academic Press.

### **Profil Penulis**



#### **Mira Mutiyani, S.Gz., M.Sc.**

Penulis menyelesaikan program Diploma D3 Gizi di Akademi Gizi Depkes Banjarmasin tahun 2001. Lulus Diploma 4 Gizi Klinik dan Sarjana Gizi Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya pada tahun 2003 dan 2005. Lulus Magister Nutrition and Health dari Wageningen University, The Netherlands tahun 2012. Saat ini penulis adalah dosen tetap di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Bandung. Sebelumnya, penulis adalah dosen tetap di Jurusan Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dari tahun 2008 sampai dengan 2016.

Email Penulis : [miramutiyani@gmail.com](mailto:miramutiyani@gmail.com)



## MENSTRUASI DAN MIMPI BASAH

**Risza Choirunissa, S.SiT., MKM.**  
Universitas Nasional

### **Pengantar Tentang Kesehatan Reproduksi dan Pentingnya Pemahaman Tentang Menstruasi dan Mimpi Basah**

Pengantar tentang kesehatan reproduksi penting untuk dipahami karena memengaruhi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial individu sepanjang hidup mereka. Kesehatan reproduksi mencakup berbagai aspek, termasuk fungsi dan gangguan dari sistem reproduksi, serta aspek-aspek sosial dan psikologis yang terkait dengan reproduksi manusia (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020). Memahami proses menstruasi dan mimpi basah adalah bagian penting dari kesehatan reproduksi karena keduanya merupakan fenomena fisiologis yang secara langsung terkait dengan kesehatan dan kualitas hidup individu.

Menstruasi adalah proses alami yang dialami oleh perempuan selama siklus hidup reproduktif mereka. Siklus ini dipengaruhi oleh perubahan hormonal yang kompleks yang mengatur pertumbuhan dan pelepasan endometrium serta ovulasi (ACOG, 2020). Memahami menstruasi bukan hanya penting untuk mengelola kesehatan reproduksi secara keseluruhan, tetapi juga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang mungkin timbul, seperti gangguan menstruasi atau masalah hormonal.

Sementara itu, mimpi basah merupakan kejadian fisiologis di mana pria mengalami ejakulasi selama tidur, sering kali terjadi saat masa pubertas dan remaja. Hal ini terkait dengan proses normal perkembangan seksual, namun juga dapat mempengaruhi aspek psikologis individu (APA, 2020). Pemahaman tentang mimpi basah penting untuk mengurangi kecemasan atau ketidaknyamanan yang mungkin dirasakan individu yang mengalaminya.

Pemahaman yang baik tentang menstruasi dan mimpi basah tidak hanya membantu individu untuk mengelola kesehatan reproduksi mereka secara efektif, tetapi juga untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran akan kesehatan seksual secara umum. Dengan mengedukasi masyarakat tentang aspek-aspek ini, kita dapat mempromosikan sikap yang lebih positif terhadap tubuh dan fungsi reproduksi, serta mendorong praktik kesehatan yang lebih baik di kalangan individu (ACOG, 2020; APA, 2020).

### **Siklus Menstruasi: Fase-Fase Utama, Perubahan Hormonal, dan Pengaruhnya Terhadap Tubuh**

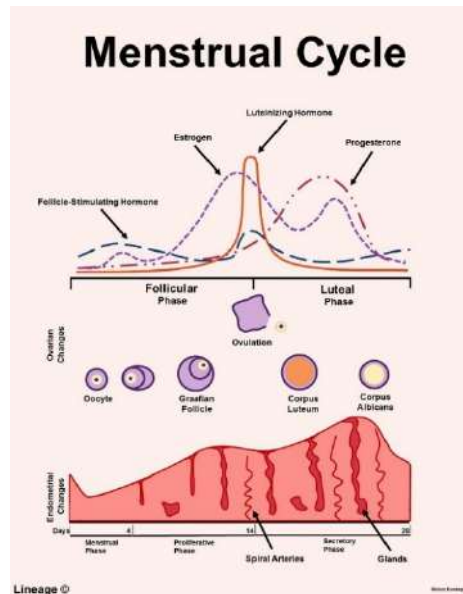
Siklus menstruasi merupakan proses alami yang terjadi pada perempuan sepanjang usia reproduktif mereka. Siklus ini terdiri dari beberapa fase utama yang terkoordinasi oleh perubahan hormonal kompleks dalam tubuh. Fase-fase utama siklus menstruasi meliputi menstruasi, folikuler, ovulasi, dan luteal (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020). Pada fase menstruasi, lapisan endometrium yang tidak dibutuhkan dikeluarkan dari rahim melalui vagina sebagai darah haid. Proses ini dipicu oleh penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh.

Setelah menstruasi, tubuh memasuki fase folikuler di mana hormon estrogen mulai meningkat kembali untuk mempersiapkan rahim untuk menerima telur yang dibuahi. Di saat yang bersamaan, folikel ovarium mulai berkembang dan memproduksi hormon. Peningkatan hormon ini merangsang penebalan kembali endometrium dalam persiapan untuk kemungkinan kehamilan.

Ovulasi adalah fase selanjutnya dalam siklus menstruasi di mana ovarium melepaskan telur matang yang siap dibuahi. Proses ini dipicu oleh lonjakan hormon luteinisasi yang merangsang pelepasan telur dari folikel ovarium. Ovulasi umumnya terjadi sekitar pertengahan siklus menstruasi, yaitu sekitar hari ke-14 dari siklus 28 hari.

Setelah ovulasi, tubuh memasuki fase luteal di mana sisa folikel yang dilepaskan telurnya (disebut korpus luteum) menghasilkan hormon progesteron dalam jumlah besar. Progesteron membantu mempertahankan lapisan endometrium yang tebal dan siap menerima embrio yang baru dibuahi. Jika kehamilan tidak terjadi, kadar hormon secara bertahap menurun, menyebabkan rontoknya endometrium dan memulai siklus menstruasi baru.

Perubahan hormonal yang terjadi selama siklus menstruasi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tubuh perempuan. Hormon estrogen dan progesteron tidak hanya mempengaruhi siklus menstruasi dan persiapan untuk kehamilan, tetapi juga dapat mempengaruhi suasana hati, energi, dan keadaan fisik secara keseluruhan (ACOG, 2020). Pemahaman yang baik tentang siklus menstruasi tidak hanya penting untuk kesehatan reproduksi, tetapi juga untuk membantu perempuan mengidentifikasi dan mengelola masalah kesehatan yang mungkin terjadi selama siklus mereka



<https://step1.medbullets.com/reproductive/116013/menstrual-cycle>

Gambar ini mengilustrasikan siklus menstruasi, dengan menyoroti fase-fase utama, perubahan hormonal yang terjadi, dan struktur anatomi yang terlibat dalam proses menstruasi :

**Hormon dan Fase Siklus:** Bagian atas gambar menunjukkan kurva hormonal yang berkaitan dengan estrogen, progesteron, hormon luteinizing (LH), dan follicle-stimulating hormone (FSH). Dari kiri ke kanan, kurva ini mencerminkan perubahan kadar hormon dari hari pertama hingga hari ke-28 dalam siklus. Estrogen dan progesteron mengalami kenaikan dan penurunan yang mengatur perubahan dalam rahim, khususnya dalam endometrium. LH dan FSH memainkan peran penting dalam merangsang pematangan folikel dan ovulasi (Mayo Clinic, 2021).

**Folikuler ke Ovulasi:** Di bawah grafik hormon, ada ilustrasi yang menunjukkan evolusi dari oosit dalam folikel Graafian menuju ovulasi. Ini dimulai dengan oosit dalam folikel kecil, berkembang menjadi folikel Graafian, dan kemudian melepaskan oosit matang selama ovulasi.

Proses ini dipicu oleh lonjakan LH, seperti yang ditunjukkan pada grafik hormon di atasnya (Mayo Clinic, 2021).

Fase Luteal: Setelah ovulasi, folikel yang tersisa berubah menjadi korpus luteum, yang menghasilkan progesteron untuk mendukung kemungkinan kehamilan. Jika kehamilan tidak terjadi, korpus luteum akan degenerasi menjadi korpus albikan, yang juga digambarkan dalam diagram (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2020).

Endometrium dan Fase Siklusnya: Bagian bawah gambar menunjukkan endometrium dalam rahim yang menunjukkan perubahan selama fase menstruasi, proliferasi, dan sekretori. Fase menstruasi dimulai dengan pendarahan, diikuti oleh regenerasi dan penebalan endometrium selama fase proliferasi, dan akhirnya persiapan untuk implantasi embrio selama fase sekretori, seperti yang ditunjukkan oleh perubahan pada arteri spiral dan kelenjar (ACOG, 2020).

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Menstruasi Sangat Beragam dan Dapat Mencakup Aspek-Aspek Biologis, Lingkungan, dan Perilaku**

Pengaruh ini tidak hanya mempengaruhi regularitas dan durasi siklus menstruasi tetapi juga intensitas dan jenis gejala yang dialami perempuan selama menstruasi.

Faktor Hormonal dan Genetik: Hormon memainkan peran kunci dalam mengatur siklus menstruasi. Ketidakseimbangan dalam hormon seperti estrogen dan progesteron bisa menyebabkan berbagai masalah, termasuk periode yang tidak teratur, nyeri menstruasi yang berlebihan, dan sindrom pramenstruasi (PMS). Faktor genetik juga memiliki peranan penting. Studi menunjukkan bahwa beberapa aspek dari siklus menstruasi, seperti usia menarche dan menopause, cenderung mirip di antara anggota keluarga, menunjukkan adanya komponen genetik yang kuat (Laisk, 2018).

Gaya Hidup dan Faktor Lingkungan: Gaya hidup individu, termasuk pola makan, aktivitas fisik, dan tingkat stres, dapat secara signifikan mempengaruhi siklus menstruasi. Misalnya, olahraga berlebihan atau kurangnya nutrisi dapat menyebabkan amenorea (kehilangan menstruasi), sedangkan stres kronis dapat menyebabkan periode menstruasi yang tidak teratur. Faktor lingkungan seperti paparan bahan kimia tertentu juga dapat mempengaruhi fungsi endokrin dan mengganggu siklus menstruasi (Huhmann, K.,2020).

Kondisi Kesehatan dan Penggunaan Obat: Kondisi medis tertentu seperti sindrom ovarium polistik (PCOS), gangguan tiroid, dan endometriosis dapat mempengaruhi regularitas dan keparahan menstruasi. Selain itu, penggunaan kontrasepsi hormonal dan obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi siklus menstruasi, baik dalam hal frekuensi maupun gejala (Smith, H. A., & Jones, V., 2020).

### **Manajemen Menstruasi yang Sehat dan Aman Penting untuk Kenyamanan dan Kesehatan Wanita**

Berbagai teknik dan produk dapat digunakan untuk mengelola menstruasi secara efektif, sambil mengurangi risiko kesehatan dan mempromosikan kebersihan.

Penggunaan Produk Menstruasi yang Sesuai: Pemilihan produk menstruasi seperti pembalut, tampon, atau menstrual cup sangat penting untuk manajemen menstruasi yang efektif. Pembalut dan tampon harus diganti setiap 4-8 jam untuk menghindari risiko sindrom syok toksik dan infeksi. Menstrual cups, yang dapat digunakan hingga 12 jam, menawarkan alternatif yang lebih tahan lama dan ramah lingkungan (Hee, L., Kettner, L., & Vejtorp, M., 2013).

Pendidikan dan Kesadaran: Pendidikan tentang kesehatan menstruasi penting untuk memecahkan stigma dan memberikan informasi yang benar mengenai pengelolaan menstruasi. Program pendidikan harus mencakup informasi tentang cara penggunaan produk menstruasi dengan benar dan kapan harus mencari

bantuan medis jika terjadi masalah seperti menstruasi sangat berat atau nyeri yang tidak biasa (McLaren, M., & Padhee, M., 2021).

**Pola Hidup Sehat:** Pola makan yang sehat dan kegiatan fisik teratur dapat membantu mengurangi gejala yang terkait dengan menstruasi seperti kram dan mood swings. Nutrisi yang cukup, terutama yang kaya zat besi dan magnesium, penting karena wanita kehilangan darah selama menstruasi. Latihan fisik teratur juga telah terbukti mengurangi keparahan kram dan meningkatkan suasana hati (Fernández-Gaxiola, A., & De-Regil, L., 2019).

### **Mimpi Basah atau Ejakulasi Nokturnal**

Adalah fenomena alami di mana ejakulasi terjadi secara spontan selama tidur, biasanya disertai dengan mimpi erotis. Ini umumnya terjadi pada pria, meskipun wanita juga dapat mengalami fenomena serupa yang disebut emisi nokturnal.

**Definisi dan Faktor Penyebab:** Mimpi basah terjadi sebagai bagian dari proses perkembangan seksual normal, seringkali terkait dengan remaja dan pubertas. Penyebab utama mimpi basah adalah penumpukan sperma yang mengharuskan tubuh untuk melepaskan sperma melalui ejakulasi. Hormon yang berkaitan dengan perkembangan seksual, seperti testosteron, memainkan peran penting dalam frekuensi dan kejadian dari mimpi basah. Faktor lain yang dapat mempengaruhi termasuk pola tidur, kelelahan mental, dan konsumsi bahan tertentu yang dapat mempengaruhi sistem saraf pusat (Pfeifer, J., & Allen, N., 2021).

**Manajemen Kondisi Secara Sehat:** Pendidikan yang tepat adalah kunci dalam mengelola mimpi basah dengan cara yang sehat. Memahami bahwa ini adalah bagian normal dari perkembangan seksual dapat mengurangi kecemasan atau rasa malu. Individu disarankan untuk menjaga kebersihan yang baik dan mengganti pakaian tidur atau seprai jika diperlukan setelah ejakulasi nokturnal. Konsultasi dengan profesional kesehatan mungkin

diperlukan jika kejadian ini menimbulkan stres atau masalah dalam kehidupan sehari-hari (Livingston, G., Barber, J., Kinnunen, K., Webster, L., Kyle, S., Cooper, C., Espie, C., Hallam, B., Horsley, R., Pickett, J., & Rapaport, P., 2018).

### **Aspek Sosial dan Psikologis:**

Mimpi basah dapat menyebabkan berbagai reaksi psikologis, termasuk malu, kebingungan, atau kecemasan, terutama di kalangan remaja yang mungkin tidak memahami bahwa ini adalah fenomena normal. Sosial dan budaya juga mempengaruhi bagaimana mimpi basah dipersepsikan; dalam beberapa budaya, topik ini masih dianggap tabu atau tidak dibicarakan secara terbuka. Edukasi yang efektif dan komunikasi terbuka dalam keluarga dan di sekolah dapat membantu remaja mengatasi stigma sosial dan mendukung pemahaman yang lebih sehat tentang seksualitas mereka (Woods, H., & Scott, H. 2016).

Menstruasi dan Mimpi Basah Adalah Fenomena Biologis yang Memiliki Dampak Signifikan Tidak Hanya Pada Fisik Tapi Juga Pada Aspek Sosial Dan Psikologis Individu. Kedua Proses Ini Adalah Bagian Dari Kesehatan Reproduksi dan Penting Untuk Dipahami Dalam Konteks yang Lebih Luas

### **Definisi dan Faktor Penyebab**

Menstruasi adalah pelepasan lapisan endometrium dari rahim yang terjadi secara berkala. Proses ini diatur oleh siklus hormonal yang kompleks melibatkan hormon seperti estrogen dan progesteron. Mimpi basah, atau ejakulasi nokturnal, adalah ejakulasi yang terjadi saat tidur, umumnya tanpa rangsangan fisik, dan sering dialami oleh remaja laki-laki selama pubertas sebagai bagian dari perkembangan seksual mereka (Juraska, J., Sisk, C., & DonCarlos, L., 2013), Abdel-Hamid, I., & Ali, O. (2017).

## **Manajemen Kondisi secara Sehat**

Penting untuk mengelola dan mendidik tentang menstruasi dan mimpi basah dengan cara yang sehat dan terbuka. Penggunaan produk higienis selama menstruasi, seperti tampon, pembalut, atau menstrual cups, harus sesuai dengan kebutuhan dan kenyamanan individu, serta dijelaskan dengan benar untuk menghindari komplikasi kesehatan seperti sindrom syok toksik (Sommer, M., Caruso, B., Torondel, B., Warren, E., Yamakoshi, B., Haver, J., Long, J., Mahon, T., Nalinponguit, E., Okwaro, N., & Phillips-Howard, P., 2021), (Min, J., & Ahn, S., 2018).

Untuk mimpi basah, pendekatan utamanya adalah pendidikan, menginformasikan bahwa ini adalah bagian normal dari perkembangan dan tidak perlu rasa malu atau kecemasan (Zink, T.J., & Shireman, T.I., 2020).

## **Aspek Sosial dan Psikologis**

### **Dampak Sosial**

Menstruasi sering kali dianggap tabu dalam banyak budaya, yang bisa mengakibatkan stigma dan rasa malu. Ini bisa membatasi akses kepada informasi dan produk kebersihan, dan berpotensi menghambat partisipasi sosial dan pendidikan (Sommer, M., et al., 2021). Mimpi basah juga bisa menyebabkan kebingungan dan rasa malu jika tidak ada pendidikan seks yang cukup selama masa remaja (Osadolor, U., Amoo, E., Azuh, D., Mfonido-Abasi, I., Washington, C., & Ugbenu, O., 2022).

### **Dampak Psikologis**

Menstruasi bisa menyebabkan berbagai gejala psikologis seperti perubahan mood, kecemasan, dan depresi, yang dikenal sebagai sindrom pramenstruasi (PMS) (Naheed, B., Kuiper, J., Uthman, O., O'mahony, F., & O'brien, P., 2017). Mimpi basah, sementara umumnya tidak berbahaya, bisa menimbulkan kecemasan atau rasa bersalah, terutama di masyarakat yang tidak memberikan pendidikan seksual yang memadai (Gourlay, A., Floyd, S.,

Magut, F., Mulwa, S., Mthiyane, N., Wambiya, E., Otieno, M., Kamire, V., Osindo, J., Chimbindi, N., Ziraba, A., Kwaro, D., Shahmanesh, M., & Birdthistle, I.,2022).

### **Kesimpulan**

Pendidikan yang efektif dan sensitif terhadap budaya adalah kunci untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesejahteraan individu terkait dengan menstruasi dan mimpi basah. Hal ini mencakup dialog terbuka di rumah dan sekolah, serta kebijakan yang mendukung kesehatan menstruasi yang aman di tempat kerja dan lembaga pendidikan.

## Daftar Pustaka

- Abdel-Hamid, I., & Ali, O. (2017). Delayed Ejaculation: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *The World Journal of Men's Health*, 36, 22 - 40. <https://doi.org/10.5534/wjmh.17051>.
- American Psychological Association. (2020). Child abuse and neglect. <https://www.apa.org/topics/child-abuse-neglect>
- Asumah, M., Adnani, Q., Dzantor, E., Beig, M., Wuffele, G., Donkor, D., Abdulai, A., Azanu, W., Parsa, A., Kabir, R., & Abubakari, A. (2023). Menstruation-Related School Absenteeism: An Urban Centre Study in the Northern Region of Ghana. *Women*. <https://doi.org/10.3390/women3040038>.
- Carlin, N. (2017). A Psychoanalytic Reading of A Monster Calls: Biblical Congruencies and Theological Implications. *Pastoral Psychology*, 66, 759-777. <https://doi.org/10.1007/S11089-017-0777-X>.
- Dale, A., Wong, C., & Koninck, J. (2013). Gender differences in the dreams of canadian adolescents. *Sleep Medicine*, 14. <https://doi.org/10.1016/J.SLEEP.2013.11.229>.
- Fernández-Gaxiola, A., & De-Regil, L. (2019). Intermittent iron supplementation for reducing anaemia and its associated impairments in adolescent and adult menstruating women.. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1, CD009218 . <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009218.pub3>.
- Gourlay, A., Floyd, S., Magut, F., Mulwa, S., Mthiyane, N., Wambiya, E., Otieno, M., Kamire, V., Osindo, J., Chimbindi, N., Ziraba, A., Kwaro, D., Shahmanesh, M., & Birdthistle, I. (2022). Impact of the DREAMS Partnership on social support and general self-efficacy among adolescent girls and young women: causal analysis of population-based cohorts in Kenya and South Africa. *BMJ Global Health*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006965>.

- Hee, L., Kettner, L., & Vejtorp, M. (2013). Continuous use of oral contraceptives: an overview of effects and side-effects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92. <https://doi.org/10.1111/aogs.12036>.
- Huhmann, K. (2020). Menses Requires Energy: A Review of How Disordered Eating, Excessive Exercise, and High Stress Lead to Menstrual Irregularities.. *Clinical therapeutics*.  
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.01.016>.
- InyaAliu-Ayo, H., Adesina, K., Jimoh, A., Ikwuka, A., ChigozieUdeh, F., Biliaminu, S., & Ayo, O. (2023). Correlation of Thyroid Gland Functions with Menstrual Patterns amongst Infertile and Fertile Women Attending a Tertiary Care Hospital in North-Central Nigeria. *World Journal of Clinical Medicine Research*.  
<https://doi.org/10.31586/wjcmr.2023.787>.
- Jun, J., Sunwoo, J., Byun, J., Shin, J., Kim, T., Schenck, C., & Jung, K. (2022). Emotional and Environmental Factors Aggravating Dream Enactment Behaviors in Patients with Isolated REM Sleep Behavior Disorder. *Nature and Science of Sleep*, 14, 1713 - 1720.  
<https://doi.org/10.2147/NSS.S372823>.
- Juraska, J., Sisk, C., & Doncarlos, L. (2013). Sexual differentiation of the adolescent rodent brain: Hormonal influences and developmental mechanisms. *Hormones and Behavior*, 64, 203-210.  
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.05.010>.
- Laisk, T., Kukuskina, V., Palmer, D., Laber, S., Chen, C., Ferreira, T., Rahmioglu, N., Zondervan, K., Becker, C., Smoller, J., Lippincott, M., Salumets, A., Granne, I., Seminara, S., Neale, B., Mägi, R., & Lindgren, C. (2018). Large-scale meta-analysis highlights the hypothalamic-pituitary-gonadal axis in the genetic regulation of menstrual cycle length. *Human Molecular Genetics*, 27, 4323 - 4332.  
<https://doi.org/10.1093/hmg/ddy317>.

- Livingston, G., Barber, J., Kinnunen, K., Webster, L., Kyle, S., Cooper, C., Espie, C., Hallam, B., Horsley, R., Pickett, J., & Rapaport, P. (2018). DREAMS-START (Dementia RElAted Manual for Sleep; STrAtegies for RelaTives) for people with dementia and sleep disturbances: a single-blind feasibility and acceptability randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 31, 251 - 265. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000753>.
- Mbizvo, M., Kasule, J., Gupta, V., Rusakaniko, S., Kinoti, S., Mpanju-Shumbushu, W., Sebina-Zziwa, A., Mwateba, R., & Padayachy, J. (1997). Effects of a randomized health education intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behaviour among adolescents in Zimbabwe.. *Social science & medicine*, 44 5, 573-7 . [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00204-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00204-3).
- Mclaren, M., & Padhee, M. (2021). A sexual and reproductive health rights approach to menstruation. *Gender & Development*, 29, 131 - 150. <https://doi.org/10.1080/13552074.2021.1885218>.
- Min, J., & Ahn, S. (2018). Effects of Menstrual Self-management Education Program on Knowledge and Behavior of Menstrual Self-management in High School Girls.. *Korean journal of women health nursing*, 24 3, 310-321 . <https://doi.org/10.4069/KJWHN.2018.24.3.310>.
- Naheed, B., Kuiper, J., Uthman, O., O'mahony, F., & O'brien, P. (2017). Non-contraceptive oestrogen-containing preparations for controlling symptoms of premenstrual syndrome.. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, CD010503 . <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010503.pub2>.
- Osadolor, U., Amoo, E., Azuh, D., Mfonido-Abasi, I., Washington, C., & Ugbenue, O. (2022). Exposure to Sex Education and Its Effects on Adolescent Sexual Behavior in Nigeria. *Journal of Environmental and Public Health*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/3962011>.

- Owen, J. (1975). Physiology of the menstrual cycle.. The American journal of clinical nutrition, 28 4, 333-8 . <https://doi.org/10.1093/AJCN/28.4.333>.
- Pereira, V., Trindade, A., Silva, M., Fernandes, A., Castro, J., Souza, R., & Aguiar, R. (2023). Hormonal changes in strength training during the menstrual cycle: a systematic review. Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício. <https://doi.org/10.33233/rbfex.v22i1.5373>.
- Pfeifer, J., & Allen, N. (2021). Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence. Biological Psychiatry, 89, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>.
- Rugvedh, P., Gundreddy, P., & Wandile, B. (2023). The Menstrual Cycle's Influence on Sleep Duration and Cardiovascular Health: A Comprehensive Review. Cureus, 15. <https://doi.org/10.7759/cureus.47292>.
- Schredl, M. (2009). Dreams in patients with sleep disorders.. Sleep medicine reviews, 13 3, 215-21 . <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.06.002>.
- Sommer, M., Caruso, B., Torondel, B., Warren, E., Yamakoshi, B., Haver, J., Long, J., Mahon, T., Nalinponguit, E., Okwaro, N., & Phillips-Howard, P. (2021). Menstrual hygiene management in schools: midway progress update on the “MHM in Ten” 2014–2024 global agenda. Health Research Policy and Systems, 19. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00669-8>.
- Watson, C., Baghdoyan, H., & Lydic, R. (1978). The neuropharmacology of sleep and wakefulness.. Annual review of pharmacology and toxicology, 18, 563-79 . <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PA.18.040178.03023>.

Woods, H., & Scott, H. (2016). #Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem.. *Journal of adolescence*, 51, 41-9 .  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.05.008>.

## **Profil Penulis**



**Risza Choirunissa, S.SiT., MKM.**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih studi untuk masuk ke D3 Kebidanan, dilanjutkan dengan Sarjana Kebidanan, dan Berhasil menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat di tahun 2014, saat ini penulis sedang melanjutkan studi Doktor di Doktor Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, penulis juga sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Nasional Jakarta. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat, Promosi Kesehatan Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis jurnal dan buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [riszaakrama@gmail.com](mailto:riszaakrama@gmail.com)

## *PERSONAL HYGIENE ORGAN REPRODUKSI*

**Mariene Wiwin Dolang, S.KM., M.Kes.**  
STIKes Maluku Husada

Organ genitalia merupakan bagian dari anatomi tubuh manusia yang terlibat dalam sistem reproduksi dan seksual. Organ reproduksi wanita terdiri atas organ genitalia eksternal dan genitalia internal. Sejak dahulu hygiene genetalia sudah menjadi perhatian kaum wanita contohnya penggunaan sirih, ratus vagina, air lemon, air cuka, bawang putih maupun anggur dalam praktek kebersihan vagina sehari-hari. (Gonzales, 2016) Secara alami vagina telah memiliki mekanisme pertahanan vagina dengan adanya asam laktat yang menjaga pH dalam vagina berkisar antara 3,5-4,5, suasana asam ini tidak memungkinkan terjadinya pertumbuhan dari jamur, protozoa dan bakteri patogen lainnya dengan cara produksi hydrogen peroksida ( $H_2O_2$ ) serta substansi bakterisidal (bakteriocins) lainnya (Laksmi, 2022).

Personal Hygiene berasal dari bahasa yunani, personal yang artinya perorangan dan hygiene artinya sehat. Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang guna meningkatkan kesejahteraan secara fisik dan psikis. Personal hygiene organ reproduksi adalah perilaku yang berkaitan dengan tindakan untuk memelihara kesehatan dan upaya menjaga kebersihan pada daerah kewanitaan, perilaku tersebut mencakup; menjaga kebersihan genitalia, seperti membasuh kemaluan dengan air bersih, menggunakan celana yang menyerap keringat, mengganti

celana dalam, mengganti pembalut minimal 4-5 kali sehari, mandi dua kali sehari. Menjaga kesehatan organ reproduksi berawal dari menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan vagina yang bertujuan agar vagina tetap bersih, normal, sehat dan terhindar dari kemungkinan muncul adanya penyakit.

Personal hygiene genitalia merupakan pemeliharaan kebersihan dan kesehatan individu yang dilakukan dalam kehidupan sehari-hari sehingga terhindar dari gangguan genitalia dan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikis serta meningkatkan derajat Kesehatan (Ika, 2016). Kesehatan genitalia pada perempuan perlu di jaga karena sangat rentan terkena infeksi traktus urinarius dan sistem reproduksi dimana vagina merupakan organ yang tidak steril yang berhubungan dengan dunia luar serta berdekatan dengan anus. (Laksmi, 2022) Saat ini banyak wanita diseluruh dunia yang menggunakan berbagai produk kebersihan organ genitalia sebagai bagian dari rutinitas harian yang bertujuan untuk menjaga kebersihan organ genitalia serta mengurangi bau tidak sedap. Pemilihan dan cara pemakaian produk untuk higiene organ genitalia wanita dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu oleh keinginan pribadi, norma budaya, praktek keagamaan, pengaruh sosial serta saran dari praktisi kesehatan (Dasari, 2016).

### ***Personal Hygiene Vagina dalam Kondisi Tertentu***

#### **1. Menstruasi**

Siklus menstruasi menyebabkan perubahan pada lingkungan vagina dimana saat ovulasi, dan menstruasi terjadi perubahan level estrogen dan progesteron sehingga akan mempengaruhi perlekatan bakteri pada epitel vagina, produksi mukus, pH dan level glikogen. Ketika siklus menstruasi, darah menstruasi akan menyebabkan perubahan pH vagina, tetapi jumlah lactobacillus tetap dalam batas normal. Bakterial non lactobasillus meningkat ketika fase proliferasi dari siklus menstruasi dan konsentrasi Candida albican meningkat pada periode menstruasi (Kuhlmann, 2017). Tantangan pada penanganan

menstruasi adalah bagaimana mengatur aliran darah menstruasi dan memberi edukasi pada wanita yang tidak dapat mengatasi hal ini secara baik. Menurut WHO dan UNICEF definisi Menstrual Hygiene Management (MHM) pada wanita dewasa dan remaja adalah penggunaan material menstrual management yang bersih untuk menyerap dan untuk mengumpulkan darah yang dapat diganti sesering mungkin pada saat periode menstruasi. Penggunaan sabun dan air untuk membersihkan bagian genitalia sangat dibutuhkan dan adanya akses ke fasilitas untuk membuang atau mempergunakan material untuk penanganan menstruasi.

Beberapa masalah yang dapat muncul pada penggunaan material penyerap menstruasi adalah bakterial vaginitis, infeksi saluran kemih dan juga infeksi dari candida, hal ini disebabkan oleh rendahnya frekuensi membersihkan material penyerap menstruasi, rendahnya frekuensi mengganti material tersebut serta jarang dilakukannya pembersihan genitalia eksternal ketika menstruasi. Sedangkan infeksi candida sering ditemui pada wanita yang mengeringkan barang penyerap tersebut didalam rumah. (Balls, 2017) Berbagai intervensi dilakukan untuk memperbaiki kebersihan menstruasi pada negara yang belum maju diantaranya edukasi kesehatan menstruasi, melakukan demonstrasi mempergunakan kain yang reusable pads yang bersih dan cara membersihkannya. Beberapa produk yang digunakan untuk menyerap darah menstruasi antara lain sebagai berikut:

- a. *Menstrual cloth* adalah material penyerap darah menstruasi yang dapat dipergunakan kembali, dipergunakan dalam celana dalam atau diikat ke pinggang untuk menyerap cairan menstruasi. Menstrual cloth ini harus sering dicuci kemudian dikeringkan dibandingkan dengan reusable pad, penggunaan menstrual cloth lebih tidak direkomendasikan untuk penanganan kesehatan menstruasi karena penggunaannya berhubungan

dengan banyaknya cairan vagina, iritasi pada kulit dan infeksi urogenital. Keuntungan penggunaan kain ini lebih murah, dapat dibuat sendiri dan dapat dipakai kembali,

- b. *Reusable pad*, dipakai pada celana dalam untuk menyerap darah menstruasi. Reusable pad dibuat dari beberapa bahan alami atau sintesis, setelah digunakan reusable dapat dicuci dan dipakai ulang selama 1 tahun. Ada beberapa studi memperlihatkan hubungan antara pemakain reusable pad dengan infeksi saluran kemih dan bakterial vaginosis,
- c. Pembalut sekali pakai dipergunakan didalam celana dalam, pembalut tersebut dibuang setelah maksimal 8 jam, pembalut memiliki beberapa ukuran dan daya serap, material yang berbeda-beda,
- d. Tampon adalah material yang dapat menyerap darah menstruasi, yang terbuat dari kapas atau rayon yang dimasukkan kedalam vagina untuk menyerap aliran menstruasi. Tampon dapat dipakai selama 8 jam dan terdiri dari berbagai ukuran dan disertai aplikator untuk membantu pemasangan tampon. Beberapa wanita sering merasa ketakutan dan nyeri jika tampon tersebut tidak bisa dikeluarkan.
- e. *Menstrual cup* adalah dari bahan yang tidak diserap berbentuk gel yang dapat diselipkan kedalam vagina untuk menampung cairan menstruasi, terbuat dari medical –grade silicone. Menampung darah 3 x lebih banyak dibandingkan dengan pembalut dan tampon. Pemakaiannya harus diganti setiap 6 hingga 12 jam kemudian dibersihkan dan dapat dipasang kembali. Setelah selesai siklus menstruasi cup tersebut harus direbus (Poirier, 2019).

## 2. Kehamilan

Infeksi saluran kencing adalah tipe infeksi bakterial yang umum didapatkan ketika kehamilan hal ini dapat disebabkan karena perubahan fisiologi pada saluran kencing ketika kehamilan, menurunnya tonus kandung kemih, menurunnya tonus uretra yang berkontribusi terhadap meningkatnya stasis urine dan vesikoureteral refluks. Studi Haghdooست dkk. melakukan studi kasus kontrol 97 wanita hamil dengan simptomatik bakteri urin pada kasus dan 90 orang wanita hamil yang sehat pada kontrol pada studi ini menyebutkan bahwa mencuci daerah genitalia dan kencing setelah hubungan seksual dapat mencegah terjadinya infeksi saluran kencing. Pada studi ini dibuktikan juga wanita yang mengganti pakaian dalam kurang dari 3 kali perminggu meningkatkan risiko infeksi saluran kencing. Cairan vaginal yang banyak oleh karena perubahan hormonal dan fisiologis pada saat kehamilan dapat menyebabkan konsekuensi seperti kelembaban yang tinggi, pertumbuhan kuman dan risiko infeksi urogenital (Haghdooست, 2020).

Prilaku membersihkan vagina dengan cara mempergunakan sabun yang terlalu berlebihan menyebabkan risiko terjadinya infeksi saluran kencing, disarankan untuk membersihkan vagina dengan sabun sehari sekali oleh karena pembersihan vagina yang terlalu sering dapat meningkatkan pH vagina. Beberapa faktor yang menyebabkan insiden BV adalah berbagi penggunaan fasilitas kamar mandi umum dengan tingkat kebersihan yang kurang, tidak mengganti celana dalam setiap hari, mempergunakan celana dalam yang basah, mencuci atau membersihkan genitalia mempergunakan herbal (Sowole, 2015).

## 3. Menopause

Menopause fisiologis terjadi pada wanita yang ditandai dengan berhentinya siklus menstruasi dan hilangnya fungsi dari folikel ovarium. Menopause

rata- rata muncul pada usia 52 tahun tetapi 5% wanita mengalami menopause dini pada usia 40 hingga 45 tahun. Pada menopause terjadi penurunan level estrogen akibat dari penurunan estrogen maka akan timbulnya perubahan struktur dan fungsi dari vagina. Mikrobiota pada vagina beradaptasi terhadap perubahan pH vagina dan kadar hormon. Pada pre menopause terjadi penurunan jumlah laktobasilus pada vagina sehingga terjadi penurunan perlindungan terhadap vagina melawan kolonisasi bakteri. Pada menopause terjadi perubahan pH dari asam ke basa sehingga menghasilkan dominasi dari bakteri patogen di vagina. Bakteri tersebut yaitu *G. vaginalis*, *Urealyticum*, *Prevotella*, *Coliform*, *Bacteroides* dan *E. coli* (Gandhi, 2016).

Penanganan dalam kondisi menopause dengan pemberian lubrikan mengandung gliserin, propilen glycol dan paraben dan pelembab vagina yang mengandung polymers hydrophilic selain mempengaruhi kelembaban, juga dapat menurunkan pH. Penanganan lain kondisi menopause adalah dengan pemberian terapi hormonal. Estrogen terapi adalah penanganan standar terhadap genito urinary syndrome pada menopause. Hal ini sudah terbukti berhasil dalam memperbaiki epitel vagina dalam sekresi vagina, menurunkan pH vagina dan memperbaiki keseluruhan gejala vulvo vaginalis. Salah satu jenis obat yang bersifat selektif estrogen reseptor modulator adalah ospenifen, diberikan pada pasien yang bukan kandidat untuk estrogen terapi. Obat ini terbukti efektif dan aman untuk mengobati atrofi vagina, dispareunia dengan cara memperbaiki struktur vagina dan pH.

Erekson dkk melakukan suatu studi tentang kebersihan perineal pada 114 wanita menopause, sebanyak 50% mempergunakan setidaknya salah satu dari perawatan vulvo vaginal selama 3 bulan termasuk douching, penggunaan panty liner, bedak dan anti jamur. Penggunaan panty liner atau pembalut berfungsi untuk menyerap urin karena keadaan

inkontinensia. Vulvitis yang parah sering terjadi akibat kandungan dari pembalut tersebut. Douching sering digunakan, douching dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada flora normal vagina sehingga dapat meningkatkan BV dan infeksi menular seksual.

### **Penyebab Gangguan Organ Reproduksi Wanita**

Selain rutin melakukan cara yang tepat dalam merawat organ intim wanita, Anda juga harus mewaspadai penyebab gangguan pada vagina berikut ini:

#### **1. Perubahan hormon**

Kadar hormon estrogen yang berkurang saat mendekati masa menopause dapat memengaruhi kondisi organ intim wanita. Hal ini dapat membuat lapisan vagina menipis dan mengurangi cairan vagina yang berfungsi sebagai pelumas alami. Berkurangnya cairan vagina bisa menyebabkan vagina kering, sehingga muncul rasa sakit saat berhubungan seksual.

#### **2. Masalah seks**

Melakukan gerakan seks tertentu yang sifatnya memaksa dan terlalu kuat dapat menyebabkan cedera pada organ intim dan membuat vagina terasa tidak nyaman.. Selain itu, infeksi menular seksual juga dapat menyebabkan rasa nyeri pada area kewanitaan dan panggul serta menyebabkan komplikasi penyakit lain, seperti radang panggul dan kanker serviks.

#### **3. Stress**

Wanita yang sering mengalami stres atau masalah psikologis, seperti cemas atau depresi, akan kurang bergairah untuk berhubungan seksual. Hal ini juga bisa membuat wanita merasa nyeri atau tidak nyaman saat berhubungan intim.

#### **4. Alat kontrasepsi**

Pemakaian alat kontrasepsi, seperti kondom atau spermisida, dapat menyebabkan iritasi pada vagina,

terutama pada wanita yang memiliki kulit sensitif atau alergi terhadap bahan tersebut. Akibatnya, organ intim pun akan terasa tidak nyaman atau sakit.

5. Berbagai langkah perawatan organ intim wanita yang telah disebutkan di atas tidak bisa dilakukannya secara rutin. Selain itu, untuk menjaga kesehatan organ intim wanita, penting juga untuk mempraktekkan seks yang aman, misalnya dengan selalu menggunakan kondom saat berhubungan seks dan tidak berganti pasangan seksual.

### **Praktik *Personal Hygiene* Organ Reproduksi**

Mukosa vagina adalah bagian sensitif dan rentan terkena infeksi. Maka dari itu perlu diperhatikan dalam menjaga kebersihan organ reproduksi terutama genetalia eksterna. Ada beberapa praktik personal hygiene yang bisa dilakukan untuk menjaga kebersihan organ reproduksi:

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh vagina.
2. Mengganti pakaian dalam dua kali sehari.
3. Mengeringkan areaewanitaan sebelum menggunakan celana dengan handuk kering.
4. Hindari menggunakan handuk milik orang lain untuk mengeringkan vagina.
5. Membasuh areaewanitaan dari arah depan ke belakang. Jika membersihkan vagina dari arah belakang ke depan berpotensi memindahkan bakteri yang terdapat di bagian anus ke dalam vagina
6. Memilih celana dalam berbahan katun. Celana katun dapat membantu memperlancar sirkulasi udara di areaewanitaan dan dapat menyerap keringat sehingga areaewanitaan tidak mudah lembab.
7. Kegiatan membersihkan vagina dengan sabun wangi tidak dianjurkan.

8. Jangan memasukkan benda asing ke dalam organ reproduksi, terutama bila benda tersebut tidak ada hubungannya dengan prosedur medis.
9. Menggunakan pantyliner seperlunya. Penggunaan terlalu sering dapat menyebabkan area kewanitaan menjadi lembab serta memicu pertumbuhan bakteri dan jamur.
10. Saat menstruasi, menggunakan pembalut berbahan lembut, tidak mengandung pewangi dan mengganti pembalut minimal 3-4 kali sehari. Pada saat menstruasi, pembuluh darah dalam rahim sangat mudah terkena infeksi karena itu kebersihan wilayah kewanitaan kita harus lebih dijaga karena kuman bisa masuk dan dapat menimbulkan penyakit pada saluran reproduksi. Kebiasaan seorang remaja putri adalah jarang mengganti pembalut pada saat menstruasi. Asumsi mereka bahwa jika belum penuh pembalut yang dipakai mereka malas untuk mengganti pembalut. Padahal menjaga kebersihan disaat menstruasi itu sangatlah penting. Untuk menjaga kebersihan saat menstruasi haruslah mengganti pembalut secara teratur untuk menghindari pertumbuhan bakteri, dan sebaiknya pilih pembalut yang lembut, dapat menyerap dengan baik, tidak mengandung bahan yang membuat alergi (misalnya parfum atau gel) dan dapat melekat dengan baik pada pakaian dalam.

### **Dampak *Personal Hygiene* Organ Reproduksi yang Tidak Benar**

*Personal Hygiene* Organ Reproduksi yang Tidak Benar *Personal hygiene* organ reproduksi bertujuan untuk menjaga kebersihan area kewanitaan agar tetap bersih dan terhindar dari penyakit. *Personal hygiene* organ reproduksi yang tidak benar dapat menyebabkan beberapa masalah kesehatan, seperti:

1. Gatal di daerah vagina yang disebabkan oleh jamur karena tidak menjaga kelembaban daerah vagina. Sehingga mendukung pertumbuhan jamur yang

menyebabkan rasa gatal pada vagina. Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa responden yang memiliki praktik personal hygiene yang baik sebagian besar tidak mengalami gatal di daerah vagina. Responden yang memiliki praktik personal hygiene yang kurang sebagian besar mengeluhkan gatal di daerah vagina.

2. Aroma tak sedap pada vagina sebenarnya tidak begitu mengganggu karena aroma tersebut tidak akan tercium oleh orang-orang disekitar. Bau tidak sedap dapat disebabkan oleh keputihan, gangguan bakteri, hingga Penyebab dari bau yang tak sedap ini berasal dari keputihan, infeksi, kurang menjaga kebersihan daerah kewanitaan atau tidak menggunakan celana dalam berbahan yang menyerap keringat seperti katun atau bisa berasal dari konsumsi makanan yang berbau tajam
3. Vulvitis dan vaginitis yang disebabkan karena zat atau benda yang bersifat iritatif dan adanya infeksi. Zat atau benda bersifat iritatif bisa berupa pembersih kewanitaan, pakaian dalam terlalu ketat dan tidak menyerap keringat.
4. Keputihan yang bersifat fisiologis dan patologis. Semakin baik perilaku personal hygiene organ reproduksi, maka akan semakin memperkecil risiko kejadian keputihan. Hasil penelitian ini mendukung teori yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keputihan adalah perilaku. Perilaku personal hygiene organ reproduksi yang baik menyebabkan responden mampu menjaga kebersihan area kewanitaan, serta menjaga agar vagina tetap kering dan tidak lembab. Vagina yang kering akan memperkecil risiko tumbuhnya parasit yang dapat menyebabkan keputihan. Selain itu perilaku personal hygiene yang baik juga menjaga vagina tetap bersih tetapi flora normal vagina dan keasaman vagina tidak terganggu, sehingga akan mengurangi risiko kejadian keputihan.

## **Daftar Pustaka**

- Balls E. Menstrual Hygiene Management. (2017). Sanitation and Hygiene Applied Research for Equity. 2017; 1-33
- Dasari S, Anandan SK, Rajendra W, Valluru L. (2016). Role of Mikrobial Flora in Female Genital Tract: A Comprehensive Review. Asian Pac J Trop Dis. 2016; 6(11): 909-917
- Gandhi J, Chen A, Dagur G. Suh Y, Smith N. (2016) Genitourinaria Syndrome Of Menopause an Overview Of Clinical Manifestations, Phatophisiology, Etiology, Evaluation And Management. American JournalOf Obsetric and Gynecology.2016; 705-711
- Gonzalez JA, Lemos RV, Cunha-Filho JS, Varghese AC, et al. (2016). Overview Of The Female Reproductive System. Exercise and Human Reproduction: 19-45
- Kuhlmann AS, Henry K, Wall LL. (2017). Menstrual Hygiene Management in Resource-Poor Countries. CME Review Article. 2017; 356-375
- Laksmi, Made Hermina , Ni Made Dwi Puspawati , Aurelia Stephanie ,Putu Gde Hariwangsa. (2022). Personal hygiene genitalia Wanita. Intisari Sains Medis 2022 Vol.12 (3): 542-546
- Poirier p, Editors. (2019). Menstrual Hygiene Material first edition. Unicef USA. 2019;1-40
- Sowole RO, Adegbite AA, Okemakin FY, Sowemimo RO. (2015) Correlation Analysis of Bacterial Vaginosis and Hygiene Practices Among Pregnant Women Attending AnteNatal Clinical at General Hospital Ijebu Ode Ogun Southwestern Nigeria. International Journal of Medical and Health Research. 2015; 1(1): 67-74
- Tristanti, Ika. (2016). Hubungan Perilaku Personal Hygiene Genital Dengan Kejadian Keputihan Pada Siswi Madrasah Aliyah Muhammadiyah Kudus. JIKK Vol. 7 (1): 8-15

### **Profil Penulis**



#### **Mariene Wiwin Dolang, S.KM., M.Kes.**

Penulis di lahirkan di Ujung Pandang pada tanggal 19 November 1990 Tahun 2012 lulus Sarjana dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Biostatistik KKB Universitas Hasanuddin dan pada tahun 2013-2015 menempuh pendidikan Magister Kesehatan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Hasanuddin. Saat ini, Penulis menjabat sebagai Sekretaris di STIKes Maluku Husada Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Dasar Kesehatan Reproduksi/KIA, Biostatistik, rancangan sampel, PBL I, PBL III, Kesehatan Reproduksi Lansia dan Remaja, dan beberapa mata kuliah lainnya Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [marienedolang@gmail.com](mailto:marienedolang@gmail.com)

## SEKSUALITAS REMAJA

**Andirwana, S.Si. M.Kes.**  
STIKES Papua

### **Seksualitas Remaja**

Seksualitas Remaja merupakan tahapan penting dalam kehidupan individu yang ditandai dengan eksplorasi identitas seksual, penyesuaian dengan perubahan fisik setiap individu dan interaksi sosial yang semakin kompleks. Perkembangan seksualitas merupakan perkembangan biologis-psikologi-sosial yang sangat penting, yang akan menuju ke tahapan selanjutnya dan membentuk kedewasaan seseorang. Pada periode ini, pemikiran, persepsi, dan respon setiap insan/individu diwarnai secara seksual. Masa pubertas ini merupakan tonggak penting terjadinya perkembangan seksualitas yang terjadi pada masa remaja, yang menempatkan mereka pada tekanan yang sangat besar, yang mungkin akan mempunyai dampak positif atau bahkan dampak negatif baik secara fisik maupun psikologis. Dari banyak perspektif yang digunakan dalam aktivitas seksual remaja, yang paling jelas adalah masa pubertas sebagai tonggak perkembangan normal dalam kehidupan remaja (Elseikh, 2000).

Masa remaja adalah masa dimana terjadinya persepsi pikiran dan respon seorang individu diwarnai secara seksual. Masa pubertas adalah usia individu untuk mengeksplorasi dan memahami tentang seksualitas. Keingintahuan seksual yang besar mengakibatkan paparan tinggi terhadap pornografi, keingintahuan melakukan aktivitas seksual, dan meningkatkan

kerentanan terjadinya pelecehan seksual. Definisi kesejahteraan seksual remaja bervariasi namun seringkali mencakup harga diri seksual (daya tarik sebagai pribadi seksual), efikasi diri seksual (kendali yang dirasakan dalam aktifitas seksual, termasuk kemampuan untuk menyetujui atau menolak aktifitas seksual), gairah seksual, hasrat, keinginan, kesenangan, tidak ada rasa sakit, kecemasan, dan pengaruh negatif lainnya (Dennis, 2015).

Memahami seksualitas remaja mempunyai implikasi klinis, hukum, sosial, budaya, dan Pendidikan yang penting. Masa remaja atau pubertas adalah masa transisi dimana perkembangan besar seksualitas terjadi. Pubertas adalah tonggak utama terjadinya perkembangan seksualitas. Peran hipotalamus – hipofisis – kelenjar gonad sangat penting untuk perkembangan seksualitas pada masa ini. Masa remaja secara garis besar dapat dibagi menjadi tiga tahapan yaitu usia awal (10-13 tahun), pertengahan (14-16 tahun) dan akhir (17-19 tahun). Perubahan fisik terjadi pada masa awal remaja yang ditandai dengan individu tersebut akan sangat memperhatikan tubuhnya, selama masa remaja berjalan perkembangan kognitif akan terjadi, remaja akan mengembangkan pemikiran dan penalaran abstrak. Masa akhir remaja, individu tersebut melakukan keterlibatan sosial, berinteraksi dengan teman sebaya, serta minat seksual akan berkembang pada fase ini (Anupama, 2022).

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas Remaja**

Beberapa faktor memiliki peran penting dalam perkembangan seksualitas pada usia remaja, terutama sikap orangtua terhadap seksualitas, gaya pengasuhan, hubungan teman sebaya, pengaruh budaya dan faktor sosial memegang peranan penting yang akan memfasilitasi pembelajaran seksual dan akan menentukan sikap seksual dari individu remaja. Selain faktor diatas masih banyak faktor lain yang ikut berperan terhadap seksualitas remaja, seperti nilai-nilai politik, hukum, filosofis, spiritual, etika, dan moral yang secara signifikan mempengaruhi perkembangan seksualitas pada remaja.

## 1. Faktor Psikologis

Perkembangan psikologis remaja berperan penting dalam pembentukan identitas seksual dan pengambilan keputusan terkait perilaku seksual mereka (Misra & Aggarwal, 2018).

## 2. Faktor Sosial

Pengaruh Keluarga, teman sebaya, sekolah, media massa dalam bentuk sikap dan perilaku seksual remaja. Dalam beberapa tahun terakhir, internet telah membawa revolusi baik dalam sikap ataupun persepsi remaja terhadap seksualitas, yang akan menyesatkan dan akan berdampak negatif terhadap perilaku seksual. Media seperti televisi, majalah, internet dipandang sebagai sumber utama informasi mengenai seks pada kalangan remaja (Juping, 2012). Perkembangan media juga sangat mempengaruhi seksualitas remaja. Dalam beberapa dekade terakhir terdapat pertumbuhan eksponensial dalam liputan media diseluruh dunia, remaja dapat dengan bebasnya mengakses literatur terkait dengan seksualitas, kejahatan seksual, dan kekerasan melalui media, sehingga akan mempengaruhi persepsi dan sikap remaja terhadap seksualitas. Sama halnya dengan televisi, internet juga semakin memaparkan remaja pada literatur dan film yang mengandung seksualitas sehingga mempengaruhi persepsi mereka tentang seksualitas (Anupama, 2022). Penggunaan internet untuk bertemu dengan orang baru menjadi lebih umum dilakukan remaja masa kini. Perilaku seperti ini seringkali dianggap beresiko, terutama bagi kalangan remaja. Meskipun demikian ada Sebagian remaja yang bertemu lawan jenis melalui media online dan membentuk hubungan romantic/seksual (Heather, et al. 2016).

Survei divisi penelitian dan pengembangan kesehatan bekerjasama dengan UNESCO tahun 2018 menyatakan bahwa sebanyak 5.6% remaja Indonesia telah melakukan pergaulan bebas berupa seks diluar nikah. Remaja yang telah terpapar dengan internet

memiliki perilaku seksual beresiko lebih besar 2 sampai 3 kali lipat (Hafidhatul, Siti, & Laila, 2020).

### 3. Faktor Budaya

Perbedaan nilai, norma, dan ekspektasi budaya terhadap ekspresi seksual remaja di berbagai konteks sosial (Tolman & McClelland, 2011). Norma dan tradisi sangat penting bagi seksualitas remaja. Misalnya pelecehan seksual kemungkinan besar disebabkan oleh ideologi dan dominasi laki-laki dalam masyarakat.

### 4. Faktor Agama

Agama merupakan faktor penting yang secara signifikan dapat mempengaruhi perilaku seksual individu remaja dengan menunda debut seksual mereka (Semere, et al, 2023)

Pada masa remaja, pertumbuhan fisik, perkembangan psikologis akan mencapai puncaknya. Perkembangan seksualitas remaja dapat dijelaskan dengan baik dengan memahami metode bio-psiko-sosial yaitu faktor biologis, faktor psikologis, serta faktor sosial. Faktor biologis adalah faktor genetik dan neuroendokrin yang menentukan jenis kelamin secara biologis dan juga memiliki pengaruh terhadap jenis kelamin psikologis. Selama masa remaja timbulnya pubertas akan disebabkan oleh hormon gonad, kortisol, dan banyak hormon lainnya, hormon ini akan membentuk karakter seksual sekunder pada individu yang akan diekspresikan atau timbul karena pengaruh dari neuroendokrin ini. Seperti tumbuhnya rambut kemaluan baik pada laki-laki maupun perempuan, tumbuh rambut diarea aksila yang memberikan pola pertumbuhan terhadap jenis kelamin individu. Pada laki-laki terjadi pembesaran pada alat kelamin, munculnya rambut di janggut dan kumis, serta bentuk tubuh yang maskulin karena pengaruh hormon testosterone. Sedangkan pada Perempuan terjadi perkembangan sekunder pada area payudara, siklus menstruasi akan dimulai, disertai perubahan bentuk alat kelamin menjadi dewasa dan perubahan fisik menjadi feminin karena pengaruh hormon estrogen dan

progesterone. Kecenderungan seorang remaja melakukan hubungan seksual juga dipengaruhi oleh hormon yang dihasilkan. Perubahan hormonal memainkan peranan penting yang menjadi penyebab timbulnya pubertas. Kepribadian atau tempramen individu merupakan faktor psikologis yang sangat penting yang menentukan sikap terhadap seksualitas, remaja yang introvert akan menghadapi kesulitan dalam melakukan pendekatan dan respon seksual (Anupama, 2022).

### **Pendidikan Seksual dalam Konteks Remaja**

#### **1. Tujuan Pendidikan Seksual**

Mendorong remaja untuk dapat memahami tentang kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit menular seksual (PMS) dan pengambilan keputusan yang sehat dalam hubungan interpersonal (Schalet, 2011).

#### **2. Metode Pendidikan Seksual**

Pendekatan yang efektif dalam menyampaikan informasi seksualitas kepada remaja melalui sekolah, keluarga dan komunitas (Kirby et al., 2007).

#### **3. Peran Keluarga dan Sekolah**

Kolaborasi antara keluarga dan sekolah dalam menyediakan Pendidikan seksual yang komprehensif dan relevan dengan perkembangan remaja. Anak Remaja perlu mendapatkan Pendidikan seks di lingkungan yang aman, seperti di rumah atau di sekolah, selain itu perawat yang ada di sekolah memainkan peran penting dalam Pendidikan seksual remaja. Hal ini akan mengurangi kebutuhan remaja untuk menggunakan internet dan pornografi sebagai sumber informasi pembelajaran. Perawat di sekolah harus menjadi poros Pendidikan untuk memberikan informasi yang dapat diandalkan anak remaja tentang Pendidikan seks. Kerjasama antara guru, perawat dan siswa serta orang tua akan memberikan kontribusi yang positif untuk mengurangi jumlah situasi beresiko yang dihadapi generasi muda dan akan

mendorong serta meningkatkan sikap sehat terhadap seks dan hubungan antarpribadi (Semere, et al, 2023).

### **Perkembangan Identitas Seksual Remaja**

#### **1. Eksplorasi Identitas Seksual**

Tahapan dimana remaja mulai mengidentifikasi dan merasa nyaman dengan identitas gender mereka, Suasana hati juga tampaknya memberikan motivasi kepada remaja untuk memilih pasangan dengan selektif dan memilih pasangan sosial dengan kualitas interpersonal yang tinggi (Lydia, 2006).

#### **2. Pengaruh Lingkungan Sosial**

Dukungan dari keluarga, teman sebaya, dan komunitas akan membantu remaja untuk bisa mengatasi konflik identitas seksual dan memperkuat identitas diri mereka (Eisenberg & Resnick, 2006).

### **Perilaku Seksual Remaja**

#### **1. Perilaku Seksual yang Aman**

Pentingnya pemberian/penyuluhan edukasi tentang penggunaan alat kontrasepsi, seks aman, dan penundaan kegiatan seksual untuk remaja sebelum melakukan pernikahan (Santelli et al, 2000).

#### **2. Perilaku Seksual Berisiko**

Remaja seringkali terpapar pada berbagai perilaku berisiko. Perilaku berisiko tersebut sangat berkaitan dengan pelecehan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, septik, dan penyalahgunaan obat-obatan. Menurut laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2016 lebih dari 1,1 juta remaja berusia 10-19 tahun meninggal setiap tahunnya, sebagian besar disebabkan oleh beberapa penyebab yang sebenarnya dapat dicegah yang berhubungan dengan perilaku berisiko, selain itu karena perilaku berisiko ini terdapat 1 juta sampai 4,4 juta aborsi setiap tahunnya di kalangan perempuan muda dan sebagian besar disebabkan oleh aborsi yang tidak

aman yang menyebabkan konsekuensi yang serius (Mulualet et al, 2022).

Perilaku seksual beresiko didefinisikan sebagai jenis aktivitas seksual apapun yang dapat membuat individu terpapar dengan resiko Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk Human Immunodeficiency Virus (HIV), kehamilan yang tidak direncanakan, aborsi yang tidak aman, dan masalah psikososial. Besarnya perilaku seksual beresiko tidak selalu terbatas pada gaya hidup beresiko, namun juga dilengkapi dengan perilaku berisiko lainnya seperti prestasi sekolah yang buruk penyalahgunaan narkoba, keterlibatan dalam kekerasan. Perilaku seksual beresiko meliputi berhubungan seks dengan banyak pasangan seksual, tidak menggunakan kondom atau penggunaan kondom yang tidak konsisten, berhubungan seksual dibawah pengaruh penggunaan narkoba. Jika tidak ada intervensi yang tepat, perilaku tidak aman ini dapat membuat mereka beresiko lebih tinggi tertular HIV, Infeksi Menular Seksual Lainnya dan kehamilan yang tidak diinginkan (Esayas et al, 2022).

### **Implikasi Kesehatan Seksual dan Reproduksi**

#### **1. Pencegahan Penyakit Menular Seksual**

Perlunya kesadaran dari pelajar mengenai kesehatan reproduksi dan resiko penyakit menular seksual. Upaya dalam mengurangi penyebaran Penyakit Menular Seksual melalui pemberian Pendidikan seksual yang komprehensif dan akses terhadap layanan kesehatan yang aman (Sionean et al, 2018).

#### **2. Kehamilan Remaja**

Kehamilan remaja adalah kehamilan anak usia 10-19 tahun. Kehamilan pada anak perempuan dibawah usia 19 tahun merupakan permasalahan serius dalam segala aspek dan memerlukan solusi kompleks berjangka panjang. Karena banyak remaja yang tidak siap secara fisik atau mental untuk kehamilan dan persalinan, mereka lebih mungkin akan mengalami

komplikasi yang dapat menimbulkan konsekuensi kesehatan yang serius terkait dengan hasil kelahiran yang buruk, kemiskinan, rendahnya Pendidikan dan tidak memadainya dukungan keluarga. Faktor ini dapat meningkatkan resiko infeksi menular seksual, aborsi tidak aman dan komplikasi kelahiran, yang semuanya diperburuk oleh perawatan prenatal yang tidak memadai. Bagi anak perempuan kehamilan dini dapat menimbulkan konsekuensi sosial seperti rendahnya status rumah tangga dan Masyarakat, stigmatisasi, pelecehan oleh keluarga, teman sebaya dan pasangan. Kehamilan dini pada masa remaja dapat menghambat perkembangan seorang anak perempuan hingga dewasa dan akan berdampak negatif terhadap Pendidikan, finansial dan kesehatannya (Jana et al, 2023).

### **Pendekatan dalam Membimbing Remaja**

#### **1. Pendekatan Holistik**

Pendekatan holistik diperlukan untuk mengurangi faktor-faktor yang menempatkan remaja pada resiko, menyediakan pendidikan seksual yang holistic mencakup aspek fisik, emosional, dan sosial dari kesehatan seksual remaja (Markham et al, 2010) dan untuk meningkatkan faktor yang melindungi remaja dengan memasukkan intervensi yang mencakup persiapan masa dewasa dan pengambilan keputusan yang sehat. Memberikan informasi kepada remaja tentang menunggu untuk berhubungan seks, memahami bagaimana kontrasepsi, mengurangi namun tidak menghilangkan resiko dan memberikan manfaat dari penghindaran resiko seksual (LeBretia, 2018).

#### **2. Pengembangan Keterampilan**

Mendorong remaja untuk dapat mengembangkan keterampilan dalam pengambilan keputusan yang sehat dan bertanggung jawab dalam konteks hubungan interpersonal dan seksual.

Sigmud Freud telah mengemukakan teorinya tentang perkembangan psikoseksual, dia memaparkan tentang fase lisan, fase anal, fase phallic, fase latensi, dan fase genital sebagai tahapan penting dalam perkembangan psikoseksual. Selama tahapan ini setiap bagian tubuh yang berbeda akan berperilaku paling erotogenik dan setiap individu akan berusaha untuk mengeksplorasi zona erotogenik ini untuk memperoleh kepuasan. Tabel 5.1 dibawah ini akan menjelaskan tentang awal mula tahapan perkembangan psikoseksual pada individu.

Tabel 5.1 Tahapan Perkembangan Psikoseksual

| <b>Tahapan Perkembangan Psikoseksual</b> | <b>Seumur Hidup</b>      |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Fase Lisan                               | Lahir sampai 18 bulan    |
| Fase Anal                                | 18 bulan – 3 tahun       |
| Fase Falus                               | 3 – 5 tahun              |
| Fase Latensi                             | 5 tahun menuju pubertas  |
| Fase Genital                             | Pubertas sampai kematian |

Waktu pubertas masing-masing individu berbeda antara satu dengan lainnya. Sebagian dipengaruhi oleh genetika, dan Sebagian besar dipengaruhi oleh nutrisi yang dikonsumsi (Russel, 2017). Masa pubertas antara laki-laki dan perempuan berbeda, anak laki-laki yang mengalami pubertas awal akan menunjukkan perilaku yang lebih percaya diri, mandiri dibandingkan anak laki-laki yang mengalami pubertas akhir. Agresivitas mereka meningkat karena terjadinya lonjakan hormon. Mereka akan cenderung lebih aktif secara seksual dan berpartisipasi dalam perilaku berisiko, sebaliknya pada anak Perempuan yang memasuki masa pubertas awal akan sangat pemalu, tidak percaya diri, dan biasanya mengalami gangguan makan. Anak perempuan pada

masa ini akan lebih mudah menerima rayuan seksual dari laki-laki yang lebih tua, sehingga memungkinkan akan mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, dan boleh jadi terpapar dengan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang. Anak perempuan mempunyai resiko yang lebih tinggi terhadap pelecehan seksual dan perdagangan manusia (Anupama, 2022).

Halpern dkk mempelajari populasi mengenai pola dari perilaku seksual remaja dan mengeksplorasi kemungkinan faktor yang menyebabkan perilaku seksual tersebut. Dalam penelitiannya mereka mempelajari lebih dari 11.000 remaja berusia 18 tahun dan 27 tahun dan mendapatkan ada lebih dari 90% Wanita kehilangan keperawanannya sebelum menikah. Populasi perawan didapatkan berusia lebih muda, indeks massa tubuh yang lebih tinggi, dan beragama dan seringkali orang tuanya tidak menyetujui seks dimasa remaja. Pada akhir masa pubertas usia 20 tahunan Sebagian besar individu mengalami seks oral atau vagina tanpa ikatan pernikahan di Amerika Serikat. Mereka yang melakukan hubungan seks vagina sejak dini ternyata memiliki lebih banyak pasangan seksual yang akan meningkatkan resiko hubungan seksual, seperti penyakit menular (Anupama, 2022).

Sedangkan di Tiongkok para peneliti menemukan bahwa generasi muda terdapat sejumlah kecil remaja yang telah kehilangan keperawanannya atau pernah hamil. Laki-laki remaja lebih besar kemungkinannya telah melakukan hubungan seksual. Temuan ini memperlihatkan beberapa perubahan dalam nilai-nilai seksual perilaku remaja di negara tersebut (Juping, 2012).

Dampak negatif dari hubungan seksual dini telah menjadi masalah kesehatan dan masalah sosial. Respon dari remaja yang mementingkan emosi dalam hubungan seksual, remaja wanita memilih keintiman dan kesetiaan, sedangkan anak laki-laki lebih mementingkan kesenangan fisik. Tiga dari empat responden pernah mengalami pengalaman seksual dan satu dari dua responden pernah melakukan hubungan seksual penetrasi. Persentase penggunaan kondom atau

kontrasepsi oral tergolong sangat tinggi yaitu pada saat pertama kali melakukan hubungan seksual 86,5% menggunakan metode tersebut sedangkan 7,4% tidak menyatakan menggunakan metode kontrasepsi apapun. Persentase lebih rendah saat usia pertamakali melakukan hubungan seksual dibawah 15 tahun (Narring, 2000).

### **Determinan Perilaku Seksual Beresiko pada Remaja**

Masa pubertas adalah tahapan tumbuh kembang individu yang berusia 10 sampai 19 tahun dan belum berstatus istri atau suami. Salah satu perilaku seksual beresiko yang paling banyak dilakukan individu remaja saat ini adalah pacaran. Pacaran saat remaja adalah bagian dari proses sosialisasi, mempelajari keintiman, dan memberikan kesempatan untuk memberikan hubungan yang bermakna dan khas dengan lawan jenisnya, serta menjadi bahan pembelajaran untuk melakukan eksplorasi seksual (Indah, Sri, & Lailatul, 2022).

Proporsi perilaku seksual beresiko sebelum terikat pernikahan di Sumatera Selatan sebesar 62,4%. Remaja yang mempunyai pengetahuan tentang kesehatan reproduksi mempunyai resiko 2,7 kali lebih besar untuk melakukan perilaku seksual sebelum menikah. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seksual sebelum menikah (Indah, Sri, & Lailatul, 2022). Sayangnya pengetahuan tentang seksualitas, reproduksi, dan kontrasepsi seringkali diperoleh setelah melakukan aktivitas seksual, sehingga pencegahan terjadinya kehamilan dan terjangkitnya penyakit menular seksual menjadi terlambat dilakukan. Peran Pendidikan seksual telah menjadi isu yang kontroversial selama bertahun-tahun. Penyuluhan untuk menggunakan kontrasepsi seringkali sulit dilakukan kepada orang tua maupun remaja. Dalam bidang perilaku seksual remaja, Pendidikan seks, kontrasepsi dan konseling harus diperhatikan dan system layanan kesehatan harus focus pada kelompok sasaran ini (Elsheikh, 2000).

## Daftar Pustaka

- Anupama, Hegde., Suhas, Chandran., & Jigyansa, I. P. (2022). Understanding Adolescent Sexuality : A Developmental Perspective. *Journal of Psychosexual Health*. <https://doi.org/10.1177/26318318221107598>
- Dennis, Fortenberry. J. (2015). Adolescent Sexual Well Being in the 21st Century. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 58, Issue 1. P1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.250>
- Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among gay, lesbian and bisexual youth: The role of protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662-668.
- Elsheikh, A. H. (2000). Adolescent sexuality : A Developmental Milestone or Risk-Taking Behavior ? The Role of Health Care in the Prevention of Sexually Trasmitted Diseases. Vol.13 Issue 3, P119-124. [https://doi.org/10.1016/S1083-3188\(00\)00045-0](https://doi.org/10.1016/S1083-3188(00)00045-0)
- Esayas, A.T., Aynalem, A.A., Enyew, G.M., Belayneh, S.W., & Mohammed, S.A. (2022) Determinants of risky sexual behaviour among undergraduate students at the University of Gondar, Northwest Ethiopia. <https://doi.org/10.1017/S0950268821002661>
- Hafidhatul, Aina., Siti, Masyitah., Laila, Ulfa. (2020) Determinan Perilaku Seksual Pada Remaja. Vol. 10, No.2. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*. <https://ejournal.urindo.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/942>
- Heather, D. B., Christopher, W., Mary, McF., Natalie, B., Eric, R. (2016) Assessing Relationship and Sexual Satisfaction in Adolescent Relationships Formed Online and Offline. Vol. 58. Issue1. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.027>
- Indah, P.S., Sri, L.N., & Lailatul, A. (2022) Factors Affecting Premarital Sexual Behavior in Adolescent in South Sumatera. Vol.13 No.1. <https://doi.org/10.26553/jikm.2022.13.1.50-61>

- Jana, Diabelkova., Kvetoslava, Rimarova., Erik, Dorko., Peter, Urdzik., Andrea, Houzvickova., Lubica, Argalasova. (2023). Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. 20(5):4113. <https://doi:10.3390/ijerph20054113>
- Juping, Yu. (2012) Teenage sexual attitudes and behavior in China : a literatur review. <https://doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01054.x>
- Kirby, D. B., Laris, B. A., & Roller, L. A. (2007). Impact of sex and HIV education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Family Health International.
- LeBreton, White. (2018). A Holistic Approach to Adolescent Pregnancy Prevention. <https://doi:10.2105/AJPH.2018.304322>
- Lydia, A.S., Mei, Chiung.S., & William, R.B. (2006). Affect and Sexual Behavior in Adolescent : A Review of the Literature and Comparison of Momentary Sampling With Diary and Retrospective Self-Report Methods of Measurement. 115(5):e573-e581. <https://doi:10.1542/peds.2004-2073>
- Markham, C. M., Lormand, D., Gloppen, K. M., Peskin, M. F., Flores, B., & Low, B. (2010). Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), S23-S41.
- Misra, S., & Aggarwal, R. (2018). Psychological and sexual health of adolescents in India: Current status and future directions. *Indian Journal of Pediatrics*, 85(11), 961-967.
- Mulua, G.B., Awaris, H., Mitku, M.T., Yonas, G.B., Abraham, A., Betregioris, Z. (2022). Assessment of Risky Sexual Behaviours and Associated Factors Among Adolescent in Shewa Robit Town, Northeast, Ethiopia : a cross-sectional study. 41:264. <https://doi:10.11604/pamj.2022.41.264.25846>

- Narring, F., Wydler, H., P A Michaud (2000) First sexual intercourse and contraseption : a cross sectional survey on the sexuality of 16-20 year olds in Switzerland. 7;130(40):1389-98.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059030/>
- Reprod, Hum. J. (2015). Understanding normal development of adolescent sexuality : A bumpy ride. National Library of Medicine.  
<https://doi:10.4103/0974-1208.158594>
- Russel, M.V., Nicholas, B.A., & George, C.P. (2017) Child and Adolescent Helath and Development 3rd edition. Chapter 9. Puberty, Development Processes and Health Intervention.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525269/>
- Santelli, J. S., Ott, M. A., Lyon, M., Rogers, J., Summers, D., & Schleifer, R. (2000). Abstinence and abstinence-only education: A review of U.S. policies and programs. Journal of Adolescent Health, 38(1), 72-81.
- Schalet, A. T. (2011). Beyond abstinence and risk: A new paradigm for adolescent sexual health. Women's Health Issues, 21(3), S5-S7.
- Silvia, N.P., Maria, Isabel. T,G., Maria, Angustias. S.O., Trinidad, L.V., Elisabet, F.G., Adeline, M.S., & Ana, Eugenia, M.J. (2023) Type of Sex Education in Childhood and Adolescent : Influence on Young People's Sexual Experimentation, Risk and Satisfaction : The Necessity of Establishing School Nursing as a Pillar. 11(12):1668.  
<https://doi:10.3390/healthcare11121668>
- Sionean, C., Le, B., Hageman, K., Oster, A. M., Wejnert, C., Hess, K. L., ... & Purcell, D. W. (2018). HIV risk, prevention, and testing behaviors among heterosexuals at increased risk for HIV infection — National HIV Behavioral Surveillance, 20 U.S. Cities, 2013. Morbidity and Mortality Weekly Report, 67(28), 817-824.

- Semere, G. Baraki., & Gloria, B. Thupayagale. (2023) Socio-Cultural Factors Perceived to Influence Sexual Behaviours of Adolescents in Ethiopia. <https://doi:10.4102/phcfm.v15i1.3865>
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.

## **Profil Penulis**



### **Andirwana, S.Si. M.Kes.**

Penulis di lahirkan di Selayar, pada tanggal 15 Agustus 1992. Merupakan anak pertama dari pasangan Bapak H. Amirullah dan Ibu Hj Sitti Nuraeni, S,Pd. Penulis menyelesaikan S1 di Program Studi Biologi di Universitas Negeri Makassar lulus pada tahun 2013. Penulis melanjutkan Magister pada program studi Ilmu Biomedik di Universitas Hasanuddin lulus pada tahun 2016. Penulis pernah bekerja di laboratorium Kesehatan Lingkungan di Kabupaten Kepulauan Selayar pada tahun 2017-2018, penulis pernah menjadi enumerator riset kesehatan dasar di kabupaten kepulauan selayar pada tahun 2018. penulis juga pernah bekerja sebagai tentor Biologi di Jakarta Intensive Learning Center di Kota Makassar pada tahun 2018-2019, penulis juga pernah bekerja sebagai guru mata Pelajaran Farmakologi dan Farmakognosi di Sekolah Menengah Kejuruan 5 selayar pada tahun 2020-2022, sekaligus sebagai dosen luar biasa yang mengampuh mata kuliah Ilmu Biomedik dan Biostatistik di Institute Teknologi Sains dan Bisnis Muhammadiyah Selayar pada tahun 2023 dan pada tahun yang sama sampai sekarang penulis bekerja sebagai dosen yang mengampuh mata kuliah Penyakit Tropis, Toksikologi dan Immunologi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal nasional maupun international, buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [andirwana@gmail.com](mailto:andirwana@gmail.com)

## KEHAMILAN PADA REMAJA

**Nurnaningsih Ali Abdul, S.SiT., M.Keb.**  
Poltekkes Kemenkes Gorontalo

### **Masa Remaja**

Masa remaja adalah masa transisi dalam rentang kehidupan manusia, menghubungkan masa kanak-kanak dan masa dewasa. Masa remaja disebut pula sebagai masa penghubung atau masa peralihan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Pada periode ini terjadi perubahan-perubahan besar dan esensial mengenai kematangan fungsi-fungsi rohaniah dan jasmaniah, terutama fungsi seksual. Masa peralihan dari pubertas ke dewasa yaitu pada umur 11-19 tahun. Masa ini disebut juga masa pancaroba masa pubertas dan masa adolescence. Masa ini banyak masalah atau problem hidup yang harus dihadapi karena jiwanya belum stabil dalam mengambil suatu keputusan dan mudah dipengaruhi hal hal bersifat negatif, misalnya keingintahuan mencoba rokok, narkoba, seks dan lain sebagainya.

Perkembangan biologis, psikologis dan sosial masa ini terbagi menjadi 3 kategori, yaitu: awal remaja (early adolescence), pertengahan masa remaja (mid adolescence) dan masa remaja akhir (adolescence). Pada masa ini mulai terbentuk perasaan indentitas individu, pencapaian emansipasi dalam keluarga, dan usaha untuk mendapatkan kepercayaan dari ayah dan ibu. Tumbuh kembangnya anak menuju dewasa berdasarkan kematangan psikososial dan seksual. Semua remaja akan melewati tahapan berikut:

1. Masa remaja awal (early adolescence) usia 11- 13 tahun
2. Masa remaja pertengahan (mid adolescence) usia 14-16 tahun)
3. Masa remaja akhir (late adolescence ) usia 17-20 tahun).

Pada masa remaja wanita ,masa ini adalah masa saat perkembangan biologis, seperti alat reproduksi ovarium dan uterus untuk siap dibuahi, pertumbuhan fisik, buah dada mulai membesar, pinggul membesar dan tumbuh rambut di daerah ketiak dan kemaluan, perkembangan psikologis antara lain ingin mencari teman dari lawan jenis. Perkembangan sosial ingin lebih dikenal dalam kalangan sesama teman dan lingkungan sekitarnya.

### **Perubahan yang Terjadi Pada Remaja**

Perubahan perubahan pada remaja menurut Winarni yaitu:

#### **1. Perubahan Fisik**

Perubahan fisik ini berhubungan dengan aspek-aspek anatomik maupun aspek-aspek fisiologis. Hal ini di pengaruhi oleh adanya percepatan pertumbuhan karena adanya koordinasi yang baik antara kelenjar/hormon dalam tubuh, diantaranya adalah hormon kelamin, yaitu testoteron pada laki-laki dan estrogen pada wanita.

Perubahan fisik pada laki-laki di tandai dengan terjadinya wet dream (mimpi basah) yaitu mimpi mengadakan senggama yang pertama kali sehingga terjadi polutsio yaitu memancarnya sel mani/sperma yang mulai di produksi, tumbuh bulu di tubuh (misalnya: kumis, jenggot, bulu ketiak, bulu pada kemaluan), bahu bertambah lebar dan terjadi perubahan suara. Perubahan fisik pada wanita ditandai dengan terjadinya menarche (menstruasi yang pertama), tumbuh bulu di ketiak dan kemaluan, panggul bertambah lebar dan tumbuhnya payudara.

## 2. Perubahan Emosi

Mulai memasuki “masa *trotz II*”, dimana anak mulai menunjukkan rasa “aku” nya, melalui tindakan-tindakan yang menurut pendapatnya adalah benar, walaupun kenyataannya mungkin tindakan itu cenderung kearah negatif. Juga pada masa ini mereka sedang mengalami *disequilibrium*, yaitu ketidakseimbangan emosi yang mengakibatkan emosi mereka mudah berubah, mudah bergolak dan tidak menentu.

Tindakan-tindakan yang sering nampak antara lain: merasa rendah diri, menarik diri dari lingkungan, merasa dirinya tidak mampu dan tidak berdiam diri (pasif), suka menentang, ingin menang sendiri dan kadang-kadang agresif. Pada masa remaja ini bentuk manifestasi emosi marah akan dapat berupa sikap agresif baik bersifat verbal (menentang, mendebat) maupun bersifat fisik (membanting, berkelahi).

## 3. Perubahan Sosial

Mengalami dua macam gerak yaitu memisahkan diri dari orang tua dan menuju kearah teman sebaya. Dalam masa remaja, seseorang berusaha untuk melepaskan diri dari orang tuanya dengan maksud untuk menunjukkan dirinya. Hal tersebut sebagai proses mencari identitas ego yaitu pembentukan identitas kearah individualitas.

## **Seksualitas Pada Remaja**

### 1. Seks Pra Nikah

Kata *pranikah* menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, berasal dari kata “*pra*” berarti “sebelum”, sedangkan “*nikah*” berarti perjanjian antara laki-laki dan perempuan untuk bersuami istri dengan resmi. Secara umum “*pranikah*” didefinisikan sebagai hal yang terjadi sebelum adanya perjanjian antara laki-laki dan perempuan untuk bersuami istri dengan resmi.

Sarwono mendefinisikan perilaku seksual pranikah adalah segala tingkah laku yang didorong oleh hasrat seksual, baik dengan lawan jenis maupun dengan sesama jenis. Perilaku ini dilakukan sebelum menikah atau pada saat pacaran. Sementara itu, Soetjiningsih mengatakan perilaku seksual pranikah pada remaja adalah segala tingkah laku seksual yang didorong oleh hasrat seksual dengan lawan jenisnya, yang dilakukan remaja sebelum mereka menikah.

Menurut Simanjuntak perilaku seksual pranikah adalah segala macam tindakan, seperti bergandengan tangan, berciuman, bercumbu, sampangan bersenggama yang dilakukan karena adanya dorongan hasrat seksual yang dilakukan sebelum adanya ikatan pernikahan. Sementara itu, Ariyandini mengatakan perilaku seksual pranikah adalah perilaku yang didorong oleh hasrat seksual yang dilakukan oleh laki-laki dan perempuan mulai dari berkenan, bercumbu, sampai bersenggama tanpa adanya ikatan pernikahan yang resmi berdasarkan agama dan hukum.

Berdasarkan berbagai konsep di atas, maka perilaku seksual pranikah dapat diartikan sebagai tingkah laku yang berhubungan dengan dorongan seksual dengan lawan jenis maupun sesama jenis yang dilakukan sebelum adanya ikatan pernikahan yang sah baik secara hukum maupun agama.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada beberapa negara, maka terdapat beberapa kategori perilaku seksual pranikah pada remaja. Menurut Sarwono, seks pranikah terdiri dari: Berpegangan tangan, berpelukan, berciuman, meraba payudara, meraba alat kelamin, dan bersenggama. Sedangkan menurut Soetjiningsih terdapat beberapa tahap perilaku seksual pranikah pada remaja, yaitu: Berpegangan tangan, memeluk atau dipeluk di bahu, memeluk atau dipeluk di pinggang, ciuman bibir, ciuman bibir sambil pelukan, meraba atau diraba daerah erogen dalam keadaan berpakaian, saling menempelkan alat kelamin dalam keadaan

berpakaian, meraba atau diraba daerah erogen dalam keadaan tanpa berpakaian, mencium atau dicium daerah erogen dalam keadaan tanpa berpakaian, saling menempelkan alat kelamin dalam keadaan tanpa berpakaian, dan berhubungan badan.

Firminia mengatakan beberapa tahap perilaku seksual pranikah yaitu: Berpegangan, berpelukan, cium pipi, berciuman/kissing, bercumbu ringan, bercumbu berat, dan hubungan seks sebelum waktunya. Anesia dan Notobroto menyebutkan tahap perilaku seksual pranikah yaitu: Berpegangan tangan, berpelukan, cium pipi, ciuman bibir, meraba daerah sensitif tubuh, mendekatkan alat kelamin (petting), dan hubungan seks.

## 2. Perubahan Fisik pada Remaja

Masa remaja terjadi ketika seseorang mengalami perubahan struktur tubuh dari anak-anak menjadi dewasa (pubertas). Awal pubertas dipengaruhi oleh bangsa, iklim, gizi dan kebudayaan. Pada masa kini, secara umum ada pergeseran permulaan masa pubertas ke arah umur yang lebih muda, dikarenakan meningkatnya kesehatan umum dan gizi. Pada masa ini terjadi suatu perubahan fisik yang cepat disertai banyak perubahan, termasuk di dalamnya pertumbuhan organorgan reproduksi (organ seksual) untuk mencapai kematangan yang ditunjukkan dengan kemampuan melaksanakan fungsi reproduksinya. Meskipun masa remaja adalah masa produktif namun kehamilan pada usia remaja sangat tidak disarankan.

Masa remaja merupakan masa pertumbuhan fisik dan psikologis yang harus diselesaikan. Jika pada masa ini remaja harus menanggung pertumbuhan lain maka dapat dipasatkan pertumbuhan remaja tersebut baik fisik maupun psikologis akan terhambat. Perubahan yang terjadi pada pertumbuhan badan remaja tersebut diikuti munculnya tanda-tanda seks primer dan sekunder.

Berikut ini merupakan perubahan organ reproduksi pada remaja :

a. Remaja laki-laki

- 1) Tanda-tanda seks primer pada laki-laki adalah gonad atau testes. Organ itu terletak dalam scrotum. Pada usia 14 tahun baru sekitar 10% dari ukuran matang. Setelah itu terjadilah pertumbuhan yang pesat selama satu tahun atau dua tahun sebelum kemudian laju pertumbuhan kembali menurun.
- 2) Testes baru berkembang penuh pada usia 20 atau 21 tahun. Sebagai tanda organ-organ reproduksi pria sudah matang. Mulai berkembangnya organ reproduksi pria biasanya ditandai dengan kejadian mimpi basah. Mimpi basah sebetulnya merupakan salah satu cara tubuh laki-laki ejakulasi. Ejakulasi terjadi karena sperma terus menerus diproduksi dan perlu dikeluarkan. Ini adalah pengalaman yang normal bagi semua remaja laki-laki.

Ciri-ciri seks sekunder pada masa remaja laki-laki adalah sebagai berikut :

- 1) Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.
- 2) Bahu melebar, pundak serta dada bertambah besar dan membidang, pinggul menyempit.
- 3) Pertumbuhan rambut di sekitar alat kelamin, ketiak, dada, tangan dan kaki.
- 4) Tulang wajah memanjang dan membesar tidak tampak seperti anak kecil lagi.
- 5) Tumbuh jakun suara menjadi membesar.
- 6) Penis dan buah zakar membesar, kulit menjadi lebih kasar, tebal dan berminyak.
- 7) Rambut menjadi lebih berminyak.

8) Produksi keringat menjadi lebih banyak.

b. Remaja Wanita

Semua organ reproduksi wanita tumbuh selama masa puber. Namun tingkat kecepatan antara organ satu dengan yang lainnya berbeda. Berat uterus pada anak usia 11 atau 12 tahun kira-kira 5,3 gram, pada usia 16 tahun rata-rata beratnya 43 gram, dan pada wanita dewasa memiliki berat uterus rata-rata 60 gram. Pada perempuan ovarium mulai berfungsi dibawah pengaruh gonadotropin dan hipofisis.

Dalam ovarium folikel mulai tumbuh, namun folikel-folikel tersebut tidak sampai matang, karena sebelumnya mengalami atresia, tetapi folikel-folikel tersebut sudah mampu mengeluarkan estrogen. Sebagai tanda kematangan organ reproduksi wanita adalah ditandai dengan datangnya menstruasi (menarche).

Menstruasi adalah proses peluruhan lapisan dalam atau endometrium yang banyak mengandung pembuluh darah dari uterus melalui vagina. Hal ini berlangsung terus sampai menjelang masa menopause yaitu ketika seorang berumur sekitar 40-50 tahun (Widyastuti, 2011).

Menurut Worthman dan Stallings, 1997 dalam Jayne Blakemore (2010), hormon-hormon yang berperan pada sistem reproduksi remaja masih belum mencapai titik maksimal, dan akan terus meningkat sampai mereka mencapai puncaknya pada usia 20-an dan terus membawa organ-organ reproduksi ke arah kematangan serta memberikan ciri seks sekunder.

Ciri-ciri seks sekunder pada masa remaja perempuan adalah sebagai berikut :

- 1) Lengan dan tungkai kaki bertambah panjang, tangan dan kaki bertambah besar.

- 2) Pinggul lebar, bulat dan membesar.
- 3) Tumbuh bulu-bulu halus di sekitar ketiak dan vagina.
- 4) Tulang-tulang wajah mulai memanjang dan membesar.
- 5) Pertumbuhan payudara, puting susu membesar dan menonjol, serta kelenjar susu berkembang, payudara menjadi lebih besar dan lebih bulat.
- 6) Kelenjar lemak dan kelenjar keringat menjadi lebih aktif.
- 7) Otot semakin besar dan semakin kuat, terutama pada pertengahan dan menjelang akhir masa puber, sehingga memberikan bentuk pada bahu, lengan dan tungkai.
- 8) Suara menjadi lebih penuh dan semakin merdu.

### 3. Bahaya Kehamilan Pada Remaja

Menurut Wahyunigrum menyatakan resiko/bahaya kehamilan di usia remaja yaitu :

#### a. Keguguran

Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja. misalnya : karena terkejut, cemas, stres. Tetapi ada juga keguguran yang sengaja dilakukan oleh tenaga non profesional sehingga dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan

#### b. Persalinan Prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Dan Kelainan Bawaan

Prematuritas terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak

20 tahun. cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan (ANC) kurang, keadaan psikologi ibu kurang stabil. selain itu cacat bawaan juga di sebabkan karena keturunan (genetik) proses pengguguran sendiri yang gagal, seperti dengan minum obat-obatan (gynecosit sytotec) atau dengan loncat-loncat dan memijat perutnya sendiri.

c. Mudah terjadi infeksi

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah, dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.

d. Anemia kehamilan atau kekurangan zat besi

Penyebab anemia pada saat hamil di usia muda disebabkan kurang pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil di usia muda. karena pada saat hamil mayoritas seorang ibu mengalami anemia. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Lama kelamaan seorang yang kehilangan sel darah merah akan menjadi anemia.

e. Keracunan kehamilan (Gestosis)

Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia, makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk pre-eklampsia atau eklampsia. Pre-eklampsia dan eklampsia memerlukan perhatian serius karena dapat menyebabkan kematian.

f. Kematian ibu yang tinggi

Kematian ibu pada saat melahirkan banyak disebabkan karena perdarahan dan infeksi. Selain itu angka kematian ibu karena gugur kandung juga cukup tinggi yang kebanyakan dilakukan oleh tenaga non profesional (dukun). Angka

kematian karena gugur kandung yang dilakukan dukun cukup tinggi, tetapi angka pasti tidak diketahui. Kematian ibu terutama karena perdarahan dan infeksi.

Menurut (Rahayu et al., 2017) Kehamilan pada usia remaja memiliki resiko fisiologis pada diri sendiri, resiko fisiologis pada neonatus maupun resiko sosial ekonomi . Salah satu resiko fisiologis pada ibu akibat kehamilan remaja adalah gizi kurang. Status gizi ibu diukur dengan lingkaran lengan atas (LILA).

Penyebab lain karena perubahan fisiologis selama kehamilan yaitu terjadinya peningkatan plasma yang tidak sebanding dengan peningkatan sel-sel darahnya sehingga terjadi hemodilusi atau pengenceran. Apabila anemia tidak diatasi akan menimbulkan BBLR dan resiko perdarahan pada saat melahirkan maupun setelah melahirkan.

#### 4. Dampak Psikologis Kehamilan Pada Remaja

Kehamilan pada remaja dapat membawa berbagai dampak psikologis yang signifikan. Proses ini mempengaruhi kesehatan mental dan emosional remaja secara kompleks. Berikut adalah pembahasan lengkap mengenai dampak psikologis kehamilan pada remaja:

##### a. Stres dan Kecemasan

Kehamilan pada usia remaja sering kali diiringi dengan perasaan stres dan kecemasan. Stres dapat muncul dari berbagai sumber seperti kekhawatiran tentang masa depan, reaksi dari keluarga dan masyarakat, serta tanggung jawab baru yang harus diemban. Remaja mungkin merasa cemas tentang kemampuan mereka untuk menjadi orang tua yang baik, bagaimana mereka akan mendukung anak mereka secara finansial, dan bagaimana kehamilan akan mempengaruhi pendidikan dan karier mereka di masa depan.

b. Depresi

Depresi adalah dampak psikologis lain yang sering terjadi pada remaja hamil. Depresi dapat disebabkan oleh perasaan isolasi, ketidakpastian tentang masa depan, dan perubahan hormonal yang terkait dengan kehamilan. Remaja hamil mungkin merasa kesepian dan terisolasi karena penolakan dari teman-teman atau keluarga, serta stigma sosial yang negatif terhadap kehamilan remaja. Perasaan tidak berdaya dan putus asa juga dapat meningkat, terutama jika remaja tersebut tidak memiliki dukungan sosial yang memadai.

c. Perubahan Identitas dan Citra Diri

Kehamilan pada remaja dapat mengubah cara mereka memandang diri sendiri. Proses ini sering kali menyebabkan konflik identitas, di mana remaja merasa bingung tentang peran baru mereka sebagai orang tua sambil masih mencoba memahami identitas mereka sebagai individu. Perubahan fisik selama kehamilan juga dapat mempengaruhi citra diri dan kepercayaan diri remaja. Mereka mungkin merasa tidak nyaman dengan tubuh mereka atau merasa malu karena kehamilan mereka.

d. Tanggung Jawab dan Kedewasaan Dini

Menghadapi kehamilan di usia remaja memaksa remaja untuk mengambil tanggung jawab yang sangat besar lebih awal dari yang diharapkan. Hal ini dapat memicu perasaan tidak siap dan tekanan yang berat. Remaja harus belajar untuk menjadi lebih dewasa dan bertanggung jawab lebih cepat, yang bisa menjadi sumber stress tambahan. Perubahan ini juga dapat mempengaruhi hubungan mereka dengan teman sebaya yang mungkin tidak mengalami tanggung jawab yang sama.

- e. Kehamilan pada remaja membawa berbagai dampak psikologis yang signifikan, termasuk stres, kecemasan, depresi, perubahan identitas, dan tantangan dalam tanggung jawab dan kedewasaan dini. Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan komunitas, serta akses terhadap layanan konseling dan dukungan psikologis, sangat penting untuk membantu remaja hamil mengatasi tantangan ini dan memastikan kesejahteraan mereka serta anak mereka di masa depan. Edukasi dan peningkatan kesadaran masyarakat juga diperlukan untuk mengurangi stigma sosial dan memberikan dukungan yang lebih baik bagi remaja hamil.

## 5. Dampak Sosial Kehamilan Pada Remaja

Kehamilan pada remaja tidak hanya berdampak pada aspek psikologis, tetapi juga membawa berbagai dampak sosial yang signifikan. Berikut adalah pembahasan lengkap mengenai dampak sosial kehamilan pada remaja:

### a. Stigma Sosial

Remaja hamil sering kali menghadapi stigma sosial yang kuat dari masyarakat. Pandangan negatif dan penghakiman terhadap remaja hamil dapat mengarah pada diskriminasi dan marginalisasi. Stigma ini dapat berasal dari teman sebaya, keluarga, sekolah, dan komunitas. Dampak stigma sosial meliputi:

### b. Isolasi Sosial

Remaja hamil mungkin merasa diasingkan dari lingkungan sosial mereka, baik di sekolah maupun dalam pergaulan sehari-hari.

### c. Penurunan Status Sosial

Kehamilan dapat menyebabkan penurunan status sosial remaja dalam komunitasnya, mengakibatkan rasa malu dan rendah diri.

### d. Diskriminasi dan Penghakiman

- e. Remaja hamil mungkin menghadapi diskriminasi dalam berbagai aspek kehidupan, seperti pendidikan, pekerjaan, dan layanan kesehatan.
- f. Perubahan dalam Pendidikan

Kehamilan pada remaja sering kali mengganggu pendidikan mereka. Beberapa dampak yang mungkin terjadi meliputi:
- g. Putus Sekolah

Banyak remaja hamil yang terpaksa berhenti sekolah karena tidak adanya dukungan atau fasilitas yang memadai untuk mengakomodasi kondisi mereka.
- h. Penurunan Prestasi Akademik

Stres dan tanggung jawab tambahan dapat mempengaruhi konsentrasi dan kinerja akademik remaja.
- i. Akses Terbatas ke Pendidikan

Remaja hamil mungkin menghadapi hambatan dalam mengakses pendidikan, termasuk kurangnya program pendidikan alternatif atau fleksibel.
- j. Hubungan dengan Keluarga

Kehamilan pada remaja dapat mempengaruhi dinamika keluarga secara signifikan:
- k. Konflik Keluarga

Kehamilan yang tidak diinginkan dapat menyebabkan konflik antara remaja dan orang tua, terutama jika orang tua merasa kecewa atau marah.
- l. Dukungan Keluarga

Sebagian keluarga mungkin memberikan dukungan emosional dan finansial, sementara yang lain mungkin menunjukkan sikap penolakan atau kekecewaan.

m. Peran Keluarga dalam Pengasuhan

Orang tua remaja sering kali harus mengambil peran dalam pengasuhan anak, yang dapat mempengaruhi dinamika dan tanggung jawab dalam keluarga.

n. Hubungan dengan Teman Sebaya

Kehamilan pada remaja juga dapat mempengaruhi hubungan mereka dengan teman sebaya:

o. Perubahan dalam Persahabatan

Remaja hamil mungkin merasa terisolasi dari teman-teman mereka yang tidak mengalami situasi serupa, yang dapat menyebabkan perpecahan dalam persahabatan.

p. Dukungan dari Teman

Dukungan dari teman sebaya sangat penting, tetapi tidak selalu tersedia. Teman-teman mungkin merasa tidak nyaman atau tidak tahu bagaimana mendukung remaja hamil.

q. Tekanan Sosial

Remaja hamil mungkin menghadapi tekanan sosial yang lebih besar dari teman sebaya, termasuk sikap negatif atau pengucilan.

r. Kesejahteraan Anak

Dampak sosial kehamilan pada remaja juga mempengaruhi kesejahteraan anak yang dilahirkan:

s. Kesehatan dan Perawatan Anak

Remaja mungkin mengalami kesulitan dalam memberikan perawatan yang memadai untuk anak mereka karena keterbatasan finansial dan pengalaman.

t. Dukungan Sosial dan Ekonomi

Anak dari orang tua remaja mungkin tumbuh dalam lingkungan dengan dukungan sosial dan ekonomi yang terbatas.

u. Peluang Pendidikan

Anak dari orang tua remaja mungkin menghadapi tantangan dalam mengakses pendidikan dan peluang berkembang yang setara.

## **Daftar Pustaka**

- Alifah, Anisa Putri, Nurliana Cipta Apsari, And Budi Muhammad Taftazani. "Faktor Yang Mempengaruhi Remaja Hamil Di Luar Nikah." *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (Jppm)* 2, No. 3 (2021): 529–37.
- Dyah, Nurina. *Literasi Kesehatan Remaja Putri Pantura*. Semarang: Unimus Press, 2019.
- Hapsari, Anindya. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Malang: Wineka Media, 2019. Haryani, Hana. *Perilaku Seksual Pranikah Remaja: Struktur Model*. Penerbit Nem, 2023.
- Layyin, Mahtiani, Yuliani Rohmah Elvi, And Retno Widyaningrum. *Buku Remaja Dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Stain Ponorogo Press, 2019.
- Mardjan. *Pengaruh Kecemasan Pada Kehamilan Primipara Remaja*, 2016. Meilan, Nessi. *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Yogyakarta: Wineka Media, 2018.
- Nopita, Wanda, And Muh Ilham. "Strategi Kantor Urusan Agama Dalam Meningkatkan Mutu Penyuluh Agama Islam Dalam Bimbingan Pranikah Di Kecamatan Mattiro Sompe Kabupaten Pinrang." *Jurnal Mimbar Kesejahteraan Sosial* 4, No. 2 (2021): 1–20.
- Pratiwi, L., Nawangsari, H., Dianna., Et Al. *Kehamilan Masa Remaja Dan Mengenai Abortus*. Jawa Barat: Cv Jejak, 2024.
- Utami, Fitria Putri, And Suci Musvita Ayu. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja*. Yogyakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2018.
- Wahyuningrum, Ari Damayanti. *Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Prakonsepsi*. Jawa Barat: Media Sains Indonesia, 2024ad.

Widiyastuti, Nurul Eko. Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. Jawa Barat: Media Sains Indonesia, 2020.

Winarni, Sri, Djoko Nugroho, And Farid Agushybana. Dasar Kesehatan Reproduksi.

Semarang: Fkm Undip Press, 2020.

Wulandari, Rr. Catur Leny, Yunita Setiya Aryani, And Arum Meiranny. "Dampak Psikis Pada Remaja Terhadap Kesehatan Mental Selama." Jurnal Kebidanan Kestra (Jkk) 5, No. 2 (2023): 178–84. <https://doi.org/10.35451/Jkk.V5i2.1536>.

## **Profil Penulis**



### **Nurnaningsih Ali Abdul, S.SiT., M.Keb.**

Penulis dilahirkan di Manado, pada tanggal 2 Desember tahun 1978. Saat ini penulis tinggal di Desa Ilotidea, Kecamatan Tilango, Kabupaten Gorontalo. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 1998 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Poltekkes Kemenkes Manado dengan memilih jurusan D-III Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2001. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Universitas Gajah Mada dan berhasil menyelesaikan studi D-IV pada tahun 2005 sebagai Bidan Pendidik. Setelah lulus, penulis mulai bekerja sebagai Dosen di Prodi D-III Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Gorontalo. Beberapa tahun kemudian, penulis kembali melanjutkan pendidikan S-2 Kebidanan di Universitas Padjajaran (UNPAD) dan berhasil lulus pada tahun 2013. Aktivitas penulis saat ini adalah sebagai Dosen tetap di Prodi D-III Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Gorontalo sebagai Dosen Mata Kuliah Dosen Mata Kuliah Asuhan Neonatus Bayi Balita dan anak pra sekolah, Komunikasi Dalam praktek Kebidanan, LTA, Asuhan Kehamilan. Selain itu, penulis juga aktif dalam menulis jurnal, buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [adekoabdul@gmail.com](mailto:adekoabdul@gmail.com)

## ABORSI PADA REMAJA

**Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb., SKM., M.Kes.**  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kenedes Malang

### **Situasi Aborsi di Indonesia**

Aborsi menjadi pro kontra di berbagai negara termasuk Indonesia. Aborsi merupakan kegiatan menghentikan kehamilan dengan cara menghancurkan janin di dalam kandungan. Menurut survei Ipsos didapatkan 52% responden dari seluruh dunia yang menyatakan praktik aborsi harusnya dilegalkan atau diperbolehkan sevara hukum, sedangkan 28% responden menilai praktik aborsi harusnya dilarang atau ilegal. Indonesia menjadi negara paling menentang adanya praktik aborsi. Tercatat sebanyak 74% responden di Indonesia menyatakan bahwa aborsi adalah Tindakan yang ilegal (Ipsos, 2023). Angka kejadian aborsi di Indonesia diperkirakan mencapai 2,3 juta pertahun, sekitar 750.000 dilakukan oleh remaja. Terdapat dua hal yang biasa dilakukan oleh remaja yaitu mempertahankan kehamilan dan mengakhiri kehamilan (aborsi). Semua tindakan tersebut membawa dampak baik fisik, psikis, social dan ekonomi bagi remaja (Marmi, 2013).

Fenomena aborsi menjadi perhatian karena tingginya angka kematian ibu melahirkan tang mencapai 228 per 100 ribu kelahiran hidup, dimana dari angka tersebut sebanyak 30% disebabkan aborsi. Pelaku aborsi leluasa dapat melakukan niatnya karena adanya iklan aborsi baik melalui website, blog dan media sosial. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Worldometer, American Library Association (ALA), kematian karena perbuatan

aborsi mencapai 41,9 juta orang selama 2018, sedangkan kematian akibat penyakit kanker hanya 8,2 juta orang, kemudian lima juta orang meninggal karena asap rokok dan 1,7 juta orang meninggal karena HIV/AIDS. Data tersebut berdasarkan data kerja sama dengan WHO. Jika dikombinasikan dengan kematian akibat kanker, rokok, alcohol bahkan akibat kecelakaan lalu lintas, ternyata kematian akibat aborsi angkanya jauh lebih unggul. Tingkat kematian bayi dan janin akibat aborsi sudah menjadi angka yang mengawatirkan (Mayendri & Prihantoro, 2021).

Situasi aborsi di Indonesia tidak dilaporkan secara sistematis dikarenakan kebijakan di Indonesia sendiri masih mengatur segala aspek aborsi mulai dari perbuatan, pemberian informasi hingga layanan dengan pendekatan pembedaan. Adanya KUHP baru yang disahkan pada 6 Desember 2022 dan diundangkan pada 2 Januari 2023, pengecualian untuk diperbolehkan aborsi hanya terbatas pada kondisi tertentu yaitu, pada kehamilan akibat pemerkosaan dengan Batasan usia kandungan 8 minggu dan kehamilan dengan indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan baik yang mengancam nyawa ibu dan janin, menderita penyakit genetik berat dan atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan (Rahmawati & Budiman, 2023).

### **Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) pada Remaja**

Kehamilan remaja merupakan masalah kesehatan global dalam program *Sustainable Development Goals* (SDGs). Perkembangan program SDGs di Indonesia yaitu kehamilan pada remaja menurun dari 56 per 1000 kehamilan di tahun 2000 menjadi 45 kehamilan di tahun 2019. Walaupun mengalami penurunan, tetapi kehamilan pada remaja masih dianggap menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Berdasarkan data Rencana Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional 2024 diharapkan angka kehamilan rata-rata pada usia remaja 15-19 tahun sebesar 18 kehamilan per 1000 kehamilan.

Kehamilan remaja merupakan masalah yang perlu diperhatikan karena mengakibatkan beberapa dampak negatif baik terhadap fisik, psikologis dan social selain itu juga berdampak pada masalah Kesehatan ibu dan bayi (WHO, 2020).

Kehamilan tidak diinginkan pada remaja merupakan salah satu dampak dari perilaku seks bebas. Berdasarkan survei Badan Pusat Statistik tahun 2012, angka kehamilan remaja pada usia 15-19 tahun mencapai 48 dari 1000 kehamilan (BKKBN, 2014).

Kehamilan tidak diinginkan (unwanted pregnancy) merupakan terminologi yang biasa dipakai untuk memberi istilah adanya kehamilan yang tidak dikehendaki oleh Wanita yang bersangkutan. Kehamilan tidak diinginkan adalah suatu kehamilan yang terjadi dikarenakan suatu sebab sehingga keberadaannya tidak diinginkan oleh salah satu atau calon orang tua bayi tersebut (Kusmiran, 2014). Kehamilan pada usia remaja bisa menyebabkan dalam kondisi serba salah dan dapat memberikan tekana batin yang luar biasa (stress). Planned Parenthood Federation of America menyebutkan bahwa kehamilan remaja memiliki beberapa konsekuensi bagi bayi, remaja dan masyarakat diantaranya keguguran, kematian bayi, bayi lahir dengan berat rendah, bayi sering disalahgunakan atau diabaikan, putus sekolah serta menimbulkan beban bagi masyarakat terkait dengan keuangan untuk perawatan kesehatan anak. Faktor yang menyebabkan terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada remaja antara lain kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, faktor yang berasal dari dalam diri remaja sendiri yang kurang memahami kewajibannya sebagai pelajar, faktor luar seperti pergaulan bebas tanpa kendali dari orang tua yang menyebabkan remaja bebas untuk melakukan apa saja yang diinginkan serta perkembangan teknologi media komunikasi yang semakin canggih yang memperbesar kemungkinan remaja mengakses apa saja yang termasuk hal-hal yang bersifat negatif (Kusmiran, 2014).

### **Faktor Penyebab Kehamilan Tidak Diinginkan Antara Lain:**

1. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada remaja dan seksualitas
2. Pergaulan bebas tanpa kendali orangtua menyebabkan remaja merasa bebas untuk melakukan apa saja yang diinginkan
3. Tidak bisa memanfaatkan secara positif perkembangan teknologi media komunikasi yang canggih
4. Perilaku seksual pranikah yang beresiko
5. Akses media informasi tentang pornografi
6. Sikap orangtua dan perilaku teman dekat (Fatchurrahmi & Sholichah, 2021).

### **Aborsi pada Remaja**

Aborsi menjadi isu yang sangat merugikan bagi pihak perempuan dalam segala aspek. Perempuan dibebankan menjadi pihak yang tidak memiliki kuasa atas tubuh dan kesehatannya sendiri. Salah satu yang menjadi penyebab terjadinya aborsi adalah tindakan kriminalisasi yang dialami oleh perempuan. Banyak dari korban perkosaan yang mengakses layanan aborsi, baik aman maupun tidak, meskipun diperbolehkan menurut Undang-Undang Kesehatan, aborsi bagi korban perkosaan masih dipandang sebagai hal yang ditakuti, dikecam dan dilarang. Berdasarkan Catatan Tahunan Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (CATAHU Komnas Perempuan) mendokumentasikan sebanyak 24.786 kasus kekerasan seksual yang terjadi pada tahun 2016-2020, diantara kasus kekerasan seksual tersebut sebanyak 7344 kasus diantaranya kasus perkosaan dan ada korban dari kasus tersebut yang melakukan aborsi dengan berbagai alasan. Angka ini masih diperkirakan naik setiap tahun dikarenakan fenomena tersebut seperti gunung es sehingga belum mendapatkan data valid tentang jumlah perempuan korban perkosaan yang membutuhkan akses layanan aborsi aman (Komnas Perempuan, 2021). Aborsi

menjadi jalan bagi remaja yang hamil diluar nikah untuk menggugurkan kandungannya secara tidak sah dan melanggar hukum. Remaja tidak kesulitan dalam mengakses informasi seputar cara melakukan aborsi dikarenakan banyaknya informasi yang lengkap dengan link atau website yang memuat perihal aborsi. Media online juga tidak henti-hentinya menyediakan informasi dan menjadi jalan bagi pencarian aborsi (Mayendri & Prihantoro, 2021).

Menurut (Soge, 2000) ada beberapa alasan seseorang melakukan tindak aborsi diantaranya:

1. Kehamilan sebagai akibat kehamilan diluar pernikahan
2. Alasan sosial ekonomi
3. Alasan anak sudah cukup banyak
4. Alasan belum siap punya anak
5. Kehamilan akibat perkosaan

### **Jenis-Jenis Aborsi**

Menurut Proses abortus dapat berlangsung dengan cara:

1. Spontan atau alamiah (terjadi secara alami, tanpa tindakan)
2. Buatan atau sengaja (aborsi yang dilakukan sengaja)
3. Terapeutik atau medis (aborsi yang dilakukan atas tindakan medis karena terdapat permasalahan atau komplikasi)

### **Aborsi yang Dilakukan Secara Sengaja (*Abortus Provocatus*) Terbagi Menjadi Dua:**

1. *Abortus Provocatus Medicinalis*

Aborsi yang dilakukan oleh dokter atas indikasi medis, yaitu apabila tindakan aborsi tidak diambil akan membahayakan jiwa ibu. *Abortus provocatus medicinalis* adalah aborsi yang dilakukan dengan

disertai indikasi medis demi menyelamatkan nyawa ibu.

Adapun syarat-syarat yang ditentukan sebagai indikasi medis adalah:

- a. Dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan kewenangan untuk melakukannya (yaitu seorang dokter ahli kebidanan dan kandungan) sesuai dengan tanggung jawab profesi.
- b. Harus meminta pertimbangan tim ahli (ahli medis lain, agama, hukum, psikologi)
- c. Harus ada persetujuan tertulis dari penderita atau suaminya atau keluarga terdekat
- d. Dilakukan di sarana kesehatan yang memiliki tenaga atau peralatan yang memadai, yang ditunjuk oleh Pemerintah
- e. Prosedur tidak dirahasiakan
- f. Dokumen medik harus lengkap

Dalam dunia kedokteran, abortus provocatus medicinalis juga dapat dilakukan jika anak yang akan lahir diperkirakan mengalami cacat berat dan harapan hidup tipis, misalnya janin menderita kelainan ectopia kordis (janin akan dilahirkan tanpa dinding dada, sehingga terlihat jantungnya), rakiskisis (janin akan dilahirkan dengan tulang punggung terbuka tanpa ditutupi kulit maupun anensefalus (janin akan dilahirkan tanpa otak besar) (Hamdani, 1992).

## 2. *Abortus Provocatus Criminalis*

Aborsi yang terjadi karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis, contoh aborsi yang dilakukan dalam rangka melenyapkan janin akibat hubungan seksual di luar nikah. Secara umum pengertian abortus provocatus criminalis adalah suatu kelahiran dini sebelum bayi itu pada waktunya dapat hidup sendiri diluar kandungan. Pada umumnya janin yang keluar sudah

tidak bernyawa lagi. Sedangkan secara yuridis abortus provocatus criminalis adalah penghentian kehamilan sebelum hasil konsepsi dilahirkan, tanpa memperhitungkan umur bayi dalam kandungan dan janin dilahirkan dalam keadaan mati atau hidup (Sri, 2002).

Berkaitan dengan cara dan pelaku tindakan aborsi, ada beberapa cara yang biasa digunakan dengan resiko yang cukup tinggi karena tidak dilakukan secara standar profesi medis. Berikut beberapa cara tindakan aborsi yang dipraktekkan antara lain:

a. Tindakan sendiri

Biasanya dilakukan akibat kehamilan tidak diinginkan (KTD) dengan melakukan usaha-usaha yang menggugurkan kandungan berdasarkan bacaan atau pengetahuan yang didapatkannya. Teknik yang sering dilakukan antara lain adalah dengan meninum obat-obatan atau ramuan tertentu yang justru tidak diperbolehkan bagi ibu hamil.

b. Menggunakan bantuan orang lain, seperti:

1) Dukun

Pertolongan aborsi secara tradisional bisa sangat beragam. Cara yang paling banyak dilakukan adalah dengan manipulasi fisik, yaitu dengan pijatan pada Rahim agar janin terlepas dengan efek rasa sakit yang luar biasa. Tindakan ini biasanya dimodifikasi dengan ramuan atau dalam beberapa kasus dengan bantuan magic.

2) Akupunktur

Teknik akupunktur juga dapat meluruhkan menstruasi

3) Tindakan tenaga medis

Pada umumnya bidan atau dokter melakukan pengguguran kandungan dengan cara suntik atau obat. Jika cara ini tidak berhasil baru

menggunakan kuretase atau penyedotan (suction) (Wijayati, 2017).

### **Hambatan Ruang Aborsi Aman**

Praktik aborsi tidak aman dan secara diam-diam di Indonesia masih banyak terjadi. Banyak hambatan yang membuat ruang aborsi aman tidak tersedia di Indonesia. Menurut hasil penilaian dan analisis Safe Abortion System (Ekosistem Aborsi Aman) oleh IPAS menemukan beberapa hambatan antara lain:

1. Stigma negatif dari masyarakat dan tenaga kesehatan

Norma sosial dalam masyarakat membawa stigma negatif terhadap aborsi karena perempuan menjadi pihak yang disalahkan dan dicap sebagai pendosa.

2. Informasi layanan kesehatan yang belum memadai

Pengetahuan perempuan dan masyarakat secara umum tentang aborsi masih belum akurat dan sangat minim. Informasi aborsi lebih mengacu pada “Dimana tempat aborsi” yang umumnya melakukan praktik aborsi tidak aman. Selain itu obat penggugur kandungan tanpa resep dokter sehingga keaslian substansinya yang tidak terjamin banyak di internet. Informasi yang tersedia bukan pada aspek legal dan aborsi aman. Banyak informasi yang tidak akurat yang mengantarkan pada aborsi yang tidak aman seperti mengkonsumsi obat-obatan dan jamu yang membahayakan.

3. Sistem pembiayaan untuk aborsi yang belum merata

Prosedur pemberhentian kehamilan yang berdasarkan indikasi medis yang membahayakan ibu dan janin bisa ditanggung oleh asuransi BPJS, tetapi ini tidak berlaku untuk penyintas kekerasan seksual yang ingin melakukan aborsi.

4. Masih menggunakan kuret tajam

Prosedur medis untuk aborsi aman harus merujuk pada definisi dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) yaitu melalui metode konsumsi obat-obatan yang

sesuai anjuran tenaga medis, serta bedah vakum atau disedot. Sementara itu di Indonesia masih sering ditemukan praktik aborsi menggunakan metode kuretase tajam yang mengeruk isi Rahim yang sebenarnya aborsi tidak aman. WHO bersama The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tidak merekomendasikan kuretase atau kuret tajam karena memiliki efek negative jangka Panjang untuk Perempuan, seperti menimbulkan luka dan akan kesulitan untuk hamil dimasa mendatang.

5. Belum ada hukum yang komprehensif

Hukum tentang aborsi diatur pada UU Kesehatan Pasal 75 yang menyebutkan bahwa aborsi boleh dilakukan ibu hamil yang mengalami kondisi medis mengancam nyawa dan janinnya, menderita penyakit genetic berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi hidup di luar kandungan, dan PP N0.61/2014 tentang Kesehatan Reproduksi mengatur bahwa tindakan aborsi akibat pemerkosaan dapat dilakukan maksimal di usia kehamilan 40 hari sejak hari pertama menstruasi (IPAS, 2024).

### **Risiko Aborsi pada Remaja**

Kebanyakan aborsi yang tidak aman di Indonesia dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih dan banyak juga dari remaja yang mengupayakan pengguguran kandungan sendiri, angka dari komplikasi medis dan kematian maternal dari aborsi yang tidak aman dapat diperkirakan cukup tinggi. Aborsi yang dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih cenderung lebih murah harganya bila dibandingkan dengan biaya aborsi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang professional. Remaja dari golongan ekonomi rendah yang mungkin tidak mampu untuk menggunakan tenaga kesehatan yang profesional mempunyai kemungkinan lebih besar mengalami komplikasi yang disebabkan oleh aborsi yang tidak aman (G & H, 2008). Komplikasi aborsi yang paling sering terjadi adalah perdarahan yang berat, infeksi dan keracunan dari bahan yang digunakan untuk

pengguguran kandungan, banyak perempuan yang mengalami kerusakan pada alat kemaluannya, rahim dan perforasi Rahim (David et al., 2006).

Dampak aborsi pada remaja antara lain:

1. Perdarahan vagina berat

Perdarahan hebat sebagai efek aborsi serius umumnya disertai dengan demam tinggi dan gumpalan jaringan janin dari rahim. Perdarahan berat dilaporkan terjadi pada 1 dari 1000 kejadian aborsi. Perdarahan vagina yang sangat hebat bis berujung pada kematian, terutama jika aborsi dilakukan secara ilegal dengan metode yang seadanya.

2. Infeksi

Infeksi adalah dampak dari aborsi yang terjadi pada 1 dari setiap 10 kasus. Dalam studi meta analisis terbitan jurnal Lancet yang mengamati 1.182 kasus aborsi medis dibawah pengawasan ketat tim dokter rumah sakit, 27 persen pasien mengalami infeksi yang berlangsung selama 3 hari atau lebih sebagai efek aborsi. Tanda-tanda infeksi setelah aborsi meliputi sakit kepala, nyeri otot, demam, pusing, atau sensasi “tidak enak badan” pada umumnya.

3. Sepsis

Dalam kebanyakan kasus, infeksi tetap berada di satu area tertentu misalnya rahim, namun dalam beberapa kasus yang lebih parah, infeksi bakteri masuk ke aliran darah dan berjalan ke seluruh tubuh. Pada kondisi yang parah dapat menyebabkan tekanan darah menurun sangat rendah yang disebut dengan styok sepsis. Syok sepsis setelah aborsi termasuk kondisi gawat darurat.

- a) Kerusakan Rahim

Kerusakan rahim terjadi pada sekitar 250 dari 1000 kasus aborsi lewat pembedahan dan 1 dari 1000 pada kasus aborsi dengan penggunaan obat (baik resep maupun non resep) yang dilakukan pada usia kehamilan 12-24 minggu. Kerusakan rahim termasuk

kerusakan leher rahim, perlubangan (perforasi) rahim, dan luka robek pada rahim (laserasi).

5. Infeksi peradangan panggul

Infeksi peradangan panggul (PID) adalah penyakit yang dapat menyebabkan peningkatan risiko kehamilan ektopik dan mengurangi kesuburan Perempuan di masa depan. Kondisi ini berpotensi mengancam nyawa, sekitar 5% Perempuan yang terinfeksi oleh infeksi lain sebelum kehamilan dan selama aborsi dapat mengembangkan PID dalam waktu 4 minggu setelah aborsi pada trimester pertama.

6. Endometritis

Endometritis adalah kondisi peradangan pada lapisan rahim, dan biasanya karena infeksi. Endometritis adalah risiko efek aborsi yang mungkin terjadi pada semua, namun lebih banyak pada remaja. Remaja Perempuan dilaporkan 2,5 kali lebih mungkin untuk mengalami endometritis setelah aborsi dibandingkan Wanita usia 20-29 tahun.

7. Kanker

Perempuan yang pernah sekali menjalankan aborsi menghadapi risiko 2,3 kali lebih tinggi terkena kanker serviks daripada Perempuan yang tidak pernah aborsi. Perempuan yang pernah dua kali atau lebih menjalani aborsi memiliki peningkatan resiko hingga 4,92 kali.

8. Kematian

Perdarahan hebat, infeksi parah, emboli paru, anestesi yang aggal dan kehamilan ektopik yang tidak terdiagnosis merupakan beberapa contoh penyebab utama dari kematian ibu yang terkait aborsi dalam seminggu setelahnya. Studi tahun 1997 di Finlandia melaporkan bahwa Perempuan yang aborsi berisiko empat kali lipat lebih mungkin untuk meninggal akibat kondisi Kesehatan di tahun berikutnya

daripada Wanita yang melanjutkan kehamilan sampai cukup umur (Quamila & Savitri, 2021).

Dalam buku *Facts of Life* yang ditulis oleh Brian Clowes, Ph.d menjelaskan bahwa pada saat dan setelah aborsi ada beberapa resiko yang akan dihadapi oleh perempuan yaitu:

1. Risiko kesehatan dan keselamatan secara fisik

Pada saat dan setelah melakukan aborsi, maka Perempuan ada kemungkinan besar mengalami resiko kesehatan dan keselamatan terhadap tubuh atau fisiknya diantaranya:

- a. Kematian mendadak karena perdarahan hebat
- b. Kematian mendadak karena pembiusan yang gagal
- c. Kematian secara lambat akibat infeksi serius disekitar kandungan
- d. Rahim yang sobek (*uterine perforation*)
- e. Kerusakan leher Rahim (*cervical lacerations*) yang akan menyebabkan cacat pada anak berikutnya
- f. Kanker payudara (karena ketidakseimbangan hormon estrogen pada wanita)
- g. Kanker indung telur (*ovarium cancer*)
- h. Kanker leher Rahim (*cervical cancer*)
- i. Kanker hati (*liver cancer*)
- j. Kelainan pada plasenta atau ari-ari yang akan menyebabkan cacat pada anak berikutnya dan perdarahan hebat pada saat kehamilan berikutnya
- k. Menjadi mandul atau tidak mampu memiliki keturunan lagi
- l. Infeksi rongga panggul
- m. Infeksi pada lapisan rahim

2. Resiko gangguan psikologis atau kejiwaan

Diantara gejala-gejala kejiwaan tersebut antara lain:

- a. Kehilangan harga diri
- b. Teriak-teriak histeris
- c. Mimpi buruk berkali-kali mengenei bayi
- d. Ingin melakukan bunuh diri
- e. Mulai menggunakan obat-obatan terlarang
- f. Tidak bisa menikmati lagi hubungan seksual

## Daftar Pustaka

- BKKBN. (2014). Kajian Profil Penduduk Remaja (10-24 tahun): Ada apa dengan remaja? [https://www.academia.edu/21875578/Policy\\_Brief\\_Policy\\_Brief\\_KAJIAN\\_PROFIL\\_PENDUDUK\\_REMAJA\\_10\\_24\\_THN\\_Ada\\_apa\\_dengan\\_Remaja](https://www.academia.edu/21875578/Policy_Brief_Policy_Brief_KAJIAN_PROFIL_PENDUDUK_REMAJA_10_24_THN_Ada_apa_dengan_Remaja)
- David, G., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., & Okonofu, F. E. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908–1919. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69481-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/abstract)
- Fatchurrahmi, R., & Sholichah, M. (2021). Prevention of unwanted pregnancy in adolescents. *Community Empowerment*, 6(7), 1149–1158. <https://doi.org/10.31603/ce.5013>
- G, S., & H, B. (2008). In Brief: Aborsi di Indonesia. *Guttmacher.Org*, 2, 6. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/aborsi\\_di\\_indonesia.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/aborsi_di_indonesia.pdf)
- Hamdani, N. (1992). *Ilmu Kedokteran Kehakiman (Kedua)*. Gramedia Pustaka Utama.
- IPAS. (2024). Ipas DRC: Supporting the integration of safe abortion services into the health system. <https://www.ipas.org/country-impact/ipas-drc-supporting-the-integration-of-safe-abortion-services-into-the-health-system/>
- Ipsos. (2023). GLOBAL VIEWS ON ABORTION A 29-country Global Advisor survey. August. [www.Ipsos.com/en/global-advisor-abortion-2023](http://www.Ipsos.com/en/global-advisor-abortion-2023)
- Komnas Perempuan. (2021). Komnas Perempuan. <https://komnasperempuan.go.id/siaran-pers-detail/siaran-pers-komnas-perempuan-memperingati-hari-aborsi-aman-internasional-28-september-jakarta-29-september-2021>
- Kusmiran. (2014). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Salemba Medika.

- Marmi. (2013). Kesehatan Reproduksi. Pustaka Pelajar.
- Mayendri, E. T. P., & Prihantoro, E. (2021). Decision Making Remaja Melakukan Aborsi pada Kehamilan di Luar Nikah. *Journal of Servite*, 2(1), 26. <https://doi.org/10.37535/102002120203>
- Quamila, A., & Savitri, T. (2021). 8 Risiko Kesehatan yang Mungkin Terjadi Setelah Aborsi. <https://hellosehat.com/kehamilan/melahirkan/persalinan/8-bahaya-efek-aborsi/>
- Rahmawati, M., & Budiman, A. (2023). Kerangka Hukum tentang Aborsi Aman di Indonesia 2023 Dipublikasikan pertama kali pada : Maret 2023. 1–19.
- Soge, P. (2000). Politik Hukum Dalam Mengantisipasi Perkembangan Teknologi Kesehatan Yang Mengarah Ke Aborsi Aman (Proposal Penelitian). FH UAJ.
- Sri, S. (2002). Masalah Abortus Kriminalis di Indonesia dan Hubungannya dengan Keluarga Berencana Ditinjau dari Kitab Undang-Undang Hukum Pidana. TP.
- WHO. (2020). Adolescent Health. World Health Organization. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
- Wijayati, M. (2017). Aborsi Akibat Kehamilan yang Tak di Inginkan. *ANALISIS: Jurnal Studi Keislaman*, 15(1), 43–62. <https://www.neliti.com/id/publications/57114/aborsi-akibat-kehamilan-yang-tak-diinginkan-ktd-kontestasi-antara-pro-live-dan-p>

### **Profil Penulis**



#### **Eva Inayatul Faiza, AMd.Keb., SKM., M.Kes.**

Penulis di lahirkan di Malang pada tanggal 10 Februari 1984. Penulis menyelesaikan program Diploma III di Perguruan Tinggi Kebidanan di STIKes Widyagama Husada lulus pada tahun 2005. Kemudian melanjutkan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia lulus pada tahun 2008. Pada tahun 2011, penulis menyelesaikan studi S2 di Fakultas Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga lulus pada tahun 2013. Mulai tahun 2008 sampai dengan saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kebidanan Program Sarjana STIKes Kendedes Malang. Penulis saat ini menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Kebidanan dan Kesehatan Masyarakat. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat di bidang kebidanan dan kesehatan masyarakat.

Email Penulis : [evainayatul@gmail.com](mailto:evainayatul@gmail.com)

# GENDER DAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

**Rika, S.ST., M.Keb.**

Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa

## **Konsep Dasar Gender**

### **Pengertian Gender**

Kata “Gender” berasal dari bahasa Inggris, gender yang berarti “jenis kelamin”. Dalam Webster’s New World Dictionary, gender diartikan sebagai perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan dilihat dari segi nilai dan tingkah laku. Didalam Webster’s Studies Encyclopedia dijelaskan bahwa gender adalah suatu konsep kultural yang berupaya membuat perbedaan (distinction) dalam hal peran, perilaku, mentalitas dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang dalam masyarakat (Dian rakyat, 2010).

Pengertian gender menurut Muhtar (2002), bahwa gender dapat diartikan sebagai jenis kelamin sosial atau konotasi masyarakat untuk menentukan peran sosial berdasarkan jenis kelamin. Sementara Fakih (2008: 8) mendefinisikan gender sebagai suatu sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksi secara sosial dan kultural. Istilah gender dibedakan dari istilah seks. Oakley, ahli sosiologi Inggris, merupakan orang yang mula-mula memberikan perbedaan dua istilah itu (Saptari dan Halzner, 1997: 88).

Istilah gender merujuk kepada perbedaan karakter laki-laki dan perempuan berdasarkan konstruksi sosial budaya, yang berkaitan dengan sifat, status, posisi, dan perannya dalam masyarakat. Istilah Seks merujuk kepada perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan secara biologis terutama yang berkaitan dengan prokreasi dan reproduksi. Laki-laki dicirikan dengan adanya sperma dan penis serta perempuan dicirikan dengan adanya sel telur, rahim, vagina, dan payudara. Ciri jenis kelamin secara biologis tersebut bersifat bawaan, permanen, dan tidak dapat dipertukarkan (Abdullah, 2004 : 11).

Selanjutnya, yang dimaksud dengan gender adalah cara pandang atau persepsi manusia terhadap perempuan atau laki-laki yang bukan didasarkan pada perbedaan jenis kelamin secara kodrati biologis. Gender dalam segala aspek kehidupan manusia mengreasikan perbedaan antara perempuan dan laki-laki termasuk kreasi sosial kedudukan perempuan yang lebih rendah dari pada laki-laki. Misalnya, bahwa perempuan itu dikenal lemah lembut, cantik, emosional, atau keibuan. Sementara laki-laki dianggap kuat, rasional, jantan, perkasa. Ciri dari sifat itu sendiri merupakan sifat-sifat yang dapat dipertukarkan. Artinya ada laki-laki yang emosional, lemah lembut, keibuan, sementara juga ada perempuan yang kuat, rasional dan perkasa (Hadiati, 2010 : 15).

Dari berbagai pendapat di atas penulis menyimpulkan bahwa istilah gender merujuk pada nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat berdasarkan jenis kelamin. Nilai-nilai tersebut dapat berubah sesuai dengan perkembangan zaman dan dapat dipertukarkan. Itu terjadi karena gender tidak melekat pada jenis kelamin tetapi pada pelabelan masyarakat.

### **Peran Gender**

Peran gender mengacu pada serangkaian norma, nilai, dan harapan yang ditentukan secara sosial tentang bagaimana individu harus berperilaku berdasarkan jenis kelamin mereka. Pemahaman tentang peran gender penting untuk mengeksplorasi bagaimana masyarakat mempengaruhi identitas dan interaksi individu serta

dampaknya pada berbagai aspek kehidupan seperti keluarga, pekerjaan, dan pendidikan.

Peran gender merupakan serangkaian harapan dan perilaku yang dianggap sesuai untuk laki-laki dan perempuan dalam suatu budaya atau masyarakat tertentu. Ini meliputi aspek-aspek seperti pakaian, pekerjaan, tanggung jawab rumah tangga, dan perilaku sosial.

Peran gender adalah peran yang dilakukan perempuan dan laki-laki sesuai dengan status lingkungan, budaya dan struktur masyarakat. Peran tersebut diajarkan kepada setiap anggota masyarakat, komunitas dan kelompok sosial tertentu yang dipersiapkan sebagai peran perempuan dan laki-laki, jenis peran dalam gender, yaitu:

#### 1. Peran Produktif

Peran Produktif merujuk kepada kegiatan yang menghasilkan barang dan pelayanan untuk konsumsi dan perdagangan (Kamla Bhasin, 2000). Semua pekerjaan di pabrik, kantor, pertanian dan lainnya yang kategori aktivitasnya dipakai untuk menghitung produksi nasional bruto suatu negara. Meskipun perempuan dan laki-laki keduanya terlibat di dalam ranah publik lewat aktivitas produktif, namun masyarakat tetap menganggap pencari nafkah adalah laki-laki. Contoh di sebuah kantor, bila terjadi PHK maka seringkali perempuanlah yang dikorbankan karena dianggap kegiatan laki-laki yang menghasilkan uang. Bila merujuk pada definisi kerja sebagai aktivitas yang menghasilkan pendapatan baik dalam bentuk uang maupun barang maka aktivitas perempuan dan laki-laki baik di sektor formal maupun informal, di luar rumah atau di dalam rumah sepanjang menghasilkan uang atau barang termasuk peran produktif. Contoh peran produktif perempuan yang dijalankan di dalam rumah misalnya usaha menjahit, catering, salon dan yang lain. Contoh peran produktif yang dijalankan di luar rumah, sebagai guru, buruh, pedagang, pengusaha.

## 2. Peran Reproduksi

Peran reproduktif dapat dibagi mejadi dua jenis, yaitu biologis dan sosial. Reproduksi biologis merujuk kepada melahirkan seorang manusia baru, sebuah aktivitas yang hanya dapat dilakukan oleh perempuan. Reproduksi sosial merujuk kepada semua aktivitas merawat dan mengasuh yang diperlukan untuk menjamin pemeliharaan dan bertahannya hidup (Kamla Bhasin, 2000). Dengan demikian, aktivitas reproduksi ialah aktivitas yang mereproduksi tenaga kerja manusia. Merawat anak, memasak, memberi makan, mencuci, membersihkan, mengasuh dan aktivitas rumah tangga lainnya masuk dalam kategori ini.

Walaupun hal-hal tersebut penting untuk bertahannya hidup manusia, aktivitas tersebut tidak dianggap sebagai pekerjaan atau aktivitas ekonomi sehingga tidak terlihat, tidak diakui dan tidak dibayar. Kerja reproduktif biasanya dilakukan oleh perempuan, baik dewasa maupun anak-anak di kawasan rumah domestik. Pertanyaannya mengapa peran reproduktif secara alamiah menjadi tanggung jawab perempuan. Jawaban yang sering muncul adalah karena perempuan melahirkan maka merawat, memelihara anak menjadi tannggung jawabnya. Pelabelan tersebut menjadi sirna bila mengerti apa itu seks/jenis kelamin dan apa itu gender. Laki-laki pun melakukan peran reproduktif, baik reproduktif biologis (membuahi) dan reproduktif sosial kerana memelihara anak dan mengasuh anak tidak menggunakan rahim.

## 3. Peran Sosial (Kemasyarakatan)

Kegiatan kemasyarakatan merujuk kepada semua aktivitas yang diperlukan untuk menjalankan dan mengorganisasikan kehidupan masyarakat. Peran kemasyarakatan yang dijalankan perempuan adalah melakukan aktivitas yang digunakan bersama, misalnya pelayanan kesehatan di Posyandu, partisipasi dalam kegiatan-kegiatan sosial dan

kebudayaan (kerja bakti, gotong royong, pembuatan jalan kampung, dll). Semua kegiatan tersebut biasanya dilakukan secara sukarelawan. Sedangkan peran sosial yang dilakukan laki-laki biasanya pada tingkatan masyarakat yang diorganisasikan, misalnya menjadi RT, RW, Kepala Desa.

## **Bias dan Kesetaraan Gender**

### **1. Bias Gender**

Perbedaan gender antara laki-laki dan perempuan dengan pembedaan peran dan posisi sebagaimana realita yang ada pada dunia dewasa ini tidak akan menjadi masalah selama itu adil. Namun dalam kenyataan yang ada perbedaan peran tersebut membatasi gerak keduanya sehingga melahirkan ketidakadilan. Terlebih kepada perempuan, dalam realita yang ada, penulis banyak sekali menyaksikan kejadian-kejadian yang merujuk pada ketidakadilan terhadap perempuan. Seorang anak perempuan diasumsikan tidak perlu sekolah tinggi, tidak perlu pendidikan lanjut karena pada ujungnya hanya berkutat pada pekerjaan domestik saja.

2. Keadilan gender adalah proses yang adil bagi perempuan dan laki-laki. Agar proses yang adil bagi perempuan dan laki-laki terwujud diperlukan langkah-langkah untuk menghentikan berbagai hal yang secara sosial dan menurut sejarah telah menghambat perempuan dan laki-laki secara berbeda. Oleh karena itu, keadilan gender tidak berfokus pada perlakuan yang sama tetapi lebih mementingkan sebagai hasilnya pada kesetaraan sebagai hasilnya. Menurut Fakih (2008) bias gender tersebut dapat berbentuk subordinasi, marginalisasi, stereotip, kekerasan terhadap perempuan, dan beban kerja ganda. Bentuk-bentuk ketidakadilan gender tersebut saling terkait dan berpengaruh satu dengan lainnya, diantaranya bentuk-bentuk ketidakadilan gender adalah sebagai berikut:

### 3. Subordinasi

Subordinasi artinya suatu penilaian atau anggapan bahwa peran yang dilakukan oleh satu jenis kelamin lebih utama atau lebih penting dari yang lain. Dengan kata lain sebuah posisi atau peran yang merendahkan nilai peran yang lain. Salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting, utama, dan tinggi dibandingkan jenis kelamin lainnya. Misalnya, laki-laki sebagai pemimpin.

### 4. Marjinalisasi (Peminggiran)

Marjinalisasi artinya suatu proses peminggiran atau menggeserkan kepinggiran, teliti maka anak perempuan diarahkan sekolah guru, perawat, sekretaris. Ironis pekerjaan-pekerjaan tersebut dinilai lebih rendah dibandingkan dengan pekerjaan lain yang bersifat maskulin.

### 5. Beban Ganda

Beban ganda artinya beban pekerjaan yang diterima salah satu jenis kelamin lebih banyak dibandingkan jenis kelamin lainnya. Masuknya perempuan di sektor publik tidak senantiasa diiringi dengan berkurangnya beban mereka di dalam rumah tangga. Peran ganda yang tetap harus dijalankan baik di domain publik maupun domestik. Akibat dari perbedaan sifat dan peran, maka semua pekerjaan domestik dibebankan kepada perempuan, tuntutan ekonomi keluarga selain mengerjakan pekerjaan rumah tangga, perempuan juga harus bekerja di kebun, ke pasar mencari nafkah bagi keluarga. Perempuan masuk ke dunia politik akan tetapi beban domestiknya tidak berkurang. Akibatnya perempuan memiliki beban kerja ganda, bahkan sering dituduh mengabaikan tanggung jawab di dalam rumah tangga dan juga tidak berprestasi di dunia publik. Ketidakadilan tampak ketika sekalipun curahan tenaga kerja dan waktu cukup panjang ternyata dihargai rendah dibandingkan pekerjaan publik.

## 6. Stereotipe

Stereotip artinya pemberian label atau cap yang dikenakan kepada seseorang atau kelompok yang didasarkan pada suatu anggapan yang salah atau sesat. Pelabelan atau pandangan terhadap suatu kelompok/seks tertentu yang sering kali bersifat negatif dan secara umum melahirkan ketidakadilan. Pelabelan juga menunjukkan adanya relasi kekuasaan yang timpang atau tidak seimbang yang bertujuan untuk menaklukkan atau menguasai pihak lain. Pelabelan yang sering dijumpai adalah pelabelan negatif yang ditujukan kepada perempuan. Misalnya, perempuan suka berdandan, dianggap untuk menarik perhatian laki-laki. Dengan demikian cocok diberi tugas sebagai penerima tamu. Perempuan sebagai pendamping suami sehingga tidak perlu dipromosi menjadi ketua atau kepala, sebab dianggap bukan pencari nafkah utama yang akan menopang ekonomi keluarga. Perempuan dianggap cengeng suka menggoda, sehingga tidak dapat dipercayakan menduduki jabatan penting/strategis.

## 7. Kekerasan

Kekerasan artinya bentuk perilaku baik verbal maupun nonverbal yang dilakukan seseorang atau sekelompok orang sehingga menyebabkan efek negative secara fisik, emosional dan psikologis terhadap orang yang menjadi sasarannya. Indikasi bahwa perempuan mengalami kekerasan dapat dilihat dari contoh pemukulan terhadap istri, pelecehan seksual, eksploitasi seks terhadap perempuan masih tetap tinggi baik di dalam maupun luar rumah (Masdudi, 2003).

## 8. Kesetaraan Gender

Kesetaraan gender termuat dalam Lampiran Inpres No.9 Tahun 2000, menyatakan keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan. Gender ini dimaksudkan untuk mengatasi ketidakadilan gender yang terjadi yang meliputi marginalisasi, subordinasi, stereotip,

kekerasan, dan beban kerja. Manifestasi ketidakadilan gender tersebut masing-masing tidak bisa dipisah-pisahkan, saling terkait dan berpengaruh secara dialektik.

Adanya studi gender pada dasarnya bertujuan untuk mengurangi dan menghilangkan ketidakadilan gender tersebut. Dengan kata lain studi gender hendak mewujudkan keadilan sosial, dan keadilan sosial tidak dapat diwujudkan tanpa adanya keadilan gender dalam masyarakat. Keadilan gender biasanya merujuk pada aplikasi keadilan sosial dalam hal pemberian kesempatan yang sama antar laki-laki dan perempuan. Keadilan di sini tidak berarti bahwa laki-laki dan perempuan adalah sama dalam segala hal, namun yang dimaksud adalah bahwa pemberian suatu kesempatan atau akses tidak tergantung pada perbedaan jenis kelamin. Keadilan gender dengan demikian, dapat diartikan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kesempatan untuk merealisasikan hak-hak dan potensinya untuk memberikan kontribusi pada perkembangan politik, ekonomi, sosial, dan budaya, serta sama-sama dapat menikmati hasil dari perkembangan itu.

Di antara gambaran dan indikasi adanya upaya untuk mewujudkan keadilan gender adalah (1) menerima dan memandang secara wajar perbedaan pada laki-laki dan perempuan, karena adanya penghormatan pada perbedaan termasuk wujud dari ketidakadilan gender. 2) Mendiskusikan bagaimana cara merombak struktur masyarakat yang membedakan peran dan relasi antara laki-laki dan perempuan, serta berupa menyeimbangkannya. 3) Meneliti kemampuan dan bakat masing-masing warga negara, baik laki-laki maupun perempuan, untuk terlibat dalam pembangunan masyarakat, memecahkan problem-problemnya dan mempersiapkan masa depannya. 4) Memperjuangkan secara terus menerus hak asasi manusia, dimana gender merupakan salah satu dari bagiannya yang tak terpisahkan. 5) Mengupayakan perkembangan dan penegakan demokrasi dan pemerintahan yang baik dalam semua institusi masyarakat, dengan melibatkan perempuan dalam semua levelnya. 6) Pendidikan

merupakan kunci bagi keadilan gender, karena merupakan tempat masyarakat mentransfer norma-norma, pengetahuan, dan kemampuan mereka.

## **Kesehatan Reproduksi Remaja**

### **Pengertian Reproduksi Remaja**

Menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo, kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses, reproduksi.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya. Ini tidak hanya berarti tidak adanya penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup kemampuan untuk memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan serta kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan kapan dan seberapa sering melakukannya.

Kesehatan reproduksi remaja adalah aspek penting dalam perkembangan dan kesejahteraan individu yang berada dalam rentang usia 10-19 tahun. Masa remaja merupakan periode transisi dari anak-anak menuju dewasa, ditandai dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial. Pemahaman yang baik tentang kesehatan reproduksi dapat membantu remaja membuat keputusan yang sehat dan bertanggung jawab terkait dengan kesehatan reproduksi mereka.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Remaja Menurut Pinem kesehatan reproduksi remaja dipengaruhi oleh beberapa hal, yaitu:

1. Faktor demografis, hal tersebut dapat dinilai dari data usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil.

2. Faktor sosial ekonomi, dapat dinilai dari tingkat pendidikan, akses terhadap pelayanan kesehatan, status pekerjaan, tingkat kemiskinan, rasio melek huruf, rasio remaja tidak sekolah atau melek huruf.
3. Faktor budaya dan lingkungan, yaitu mencakup pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak, dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.
4. Faktor psikologi, antara lain rasa rendah diri, tekanan teman sebaya, tindak kekerasan di rumah atau lingkungan, dan ketidakharmonisan orang tua.
5. Faktor biologis, meliputi gizi buruk kronis, kondisi anemia, kelainan bawaan organ reproduksi, kelainan akibat radang panggul, infeksi lain atau keganasan.

### **Dampak Kesehatan Reproduksi Remaja**

Masalah terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi masih banyak dihadapi oleh remaja, antara lain:

1. Pemerkosaan, merupakan kejahatan perkosaan biasanya banyak sekali modusnya. Korban tidak hanya remaja perempuan, tetapi juga laki-laki (sodomi). Remaja perempuan rentan mengalami perkosaan oleh sang pacar, karena dibujuk dengan alasan untuk menunjukkan bukti cinta.
2. Free sex atau seks bebas dilakukan dengan pasangan atau pacar yang berganti-ganti. Seks bebas pada remaja (di bawah usia 17 tahun) secara medis dapat memperbesar kemungkinan terkena infeksi menular seksual dan virus HIV (Human Immuno Deficiency Virus) dan dapat merangsang tumbuhnya sel kanker pada rahim remaja perempuan.
3. Kehamilan tidak diinginkan (KTD), hubungan seks hanya sekali dapat menyebabkan kehamilan selama si remaja perempuan dalam masa subur.

4. Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Aborsi pada remaja terkait kehamilan tidak diinginkan biasanya tergolong dalam kategori abortus provokatus atau pengguguran kandungan yang sengaja dilakukan.
5. Perkawinan dini, remaja yang menikah dini baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan.
6. IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS, sering terjadi sebagai akibat dari seks bebas. Selain itu penularan HIV sendiri bisa menular dengan transfusi darah dan dari ibu kepada janin yang dikandungnya.

### **Penanganan Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja**

1. Upaya promotif dan preventif menurut Leavel dan Clark adalah suatu pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan berupa suatu kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan atau perilakunya, untuk mencapai kesehatan dalam faktor lingkungan. Ada empat tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yaitu health promotion, spesific protection, early diagnosis, and disability limitation. Selain itu remaja juga dapat memperkuat iman, mengisi waktu kosong dengan kegiatan yang positif dan selektif dalam memilih teman.
2. Layanan Kesehatan yang Ramah Remaja merupakan Penyediaan layanan kesehatan yang dapat diakses dan diterima oleh remaja tanpa stigma atau diskriminasi.
3. Kampanye Kesadaran pada Kesehatan remaja yaitu Program dan kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi remaja.

4. Keterlibatan Orang Tua dan Masyarakat yang begitu penting dalam Mendorong keterlibatan orang tua dan komunitas dalam memberikan dukungan dan informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi.

### **Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja**

1. Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja adalah aspek penting dari kesehatan masyarakat yang mencakup pemahaman tentang perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang terjadi selama masa pubertas. Gender memainkan peran krusial dalam kesehatan reproduksi remaja karena mempengaruhi akses terhadap informasi, layanan kesehatan, dan keputusan terkait kesehatan reproduksi. Perbedaan definisi Gender dan Kesehatan Reproduksi:

2. Gender : Serangkaian norma, nilai, dan harapan yang berkaitan dengan perilaku yang dianggap sesuai bagi laki-laki dan perempuan dalam suatu masyarakat.
3. Kesehatan Reproduksi: Keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya.

### **Peran Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja**

Akses terhadap Informasi dan Pendidikan Seksual:

1. Laki-laki : Sering kali mendapat lebih banyak informasi tentang aspek teknis dan biologis seksualitas.
2. Perempuan: Mungkin mendapatkan informasi yang lebih terbatas atau bias yang lebih menekankan aspek moralitas dan kehormatan.

Perubahan Fisik dan Psikologis:

1. Laki-laki: Mengalami perubahan seperti pertumbuhan otot, suara yang semakin berat, dan pertumbuhan rambut wajah.

2. Perempuan: Mengalami menstruasi, perkembangan payudara, dan perubahan hormon yang mempengaruhi mood.
3. Norma Sosial dan Budaya:
4. Laki-laki: Diharapkan untuk menunjukkan maskulinitas dan mungkin mengalami tekanan untuk memulai aktivitas seksual lebih dini.
5. Perempuan: Diharapkan menjaga kehormatan dan kesucian, seringkali menghadapi stigma jika terlibat dalam aktivitas seksual.

### **Tantangan Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja**

1. Ketidaksetaraan Akses: Perempuan sering menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi seperti konsultasi kesehatan, alat kontrasepsi, dan informasi yang akurat.
2. Stigma dan Diskriminasi: Remaja perempuan seringkali menghadapi stigma terkait aktivitas seksual, yang dapat menghalangi mereka untuk mencari bantuan medis atau informasi.
3. Tekanan Sosial: Laki-laki dan perempuan menghadapi tekanan yang berbeda terkait peran gender mereka dalam hubungan dan aktivitas seksual.

### **Upaya untuk Meningkatkan Kesetaraan Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja**

Pendidikan Seksual Komprehensif :

1. Meningkatkan kurikulum pendidikan yang mencakup informasi yang akurat dan tidak bias tentang kesehatan reproduksi bagi semua gender.
2. Menyertakan topik tentang consent, hubungan yang sehat, dan identitas gender dalam pendidikan seksual.

### Layanan Kesehatan yang Inklusif:

1. Menyediakan layanan kesehatan yang ramah remaja dan inklusif gender, memastikan akses yang setara bagi laki-laki dan perempuan.
2. Melatih tenaga kesehatan untuk mengatasi bias gender dan memberikan layanan yang sensitif terhadap kebutuhan remaja.

### Kampanye Kesadaran:

1. Mengadakan kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi bagi remaja.
2. Melibatkan komunitas dan keluarga dalam mendukung pendidikan dan layanan kesehatan reproduksi.

### Kebijakan dan Hukum yang Mendukung:

1. Mengembangkan kebijakan yang mendukung kesetaraan gender dalam akses ke pendidikan dan layanan kesehatan reproduksi.
2. Melindungi remaja dari diskriminasi dan stigma terkait dengan kesehatan reproduksi dan gender mereka.

Gender memainkan peran penting dalam kesehatan reproduksi remaja, mempengaruhi akses terhadap informasi, layanan kesehatan, dan keputusan kesehatan reproduksi. Ketidaksetaraan gender sering mengakibatkan perbedaan dalam pendidikan seksual, akses ke layanan kesehatan, dan penanganan terhadap perubahan fisik dan psikologis yang dialami remaja. Perempuan sering kali menghadapi hambatan lebih besar dalam mengakses informasi dan layanan kesehatan, serta stigma yang lebih kuat terkait aktivitas seksual dibandingkan dengan laki-laki.

Upaya untuk meningkatkan kesetaraan gender dalam kesehatan reproduksi remaja harus mencakup pendidikan seksual yang komprehensif dan inklusif, layanan kesehatan yang ramah remaja dan bebas bias gender, serta kebijakan dan hukum yang mendukung

hak-hak reproduksi remaja. Kampanye kesadaran dan keterlibatan komunitas juga penting untuk mengurangi stigma dan diskriminasi yang dihadapi oleh remaja terkait kesehatan reproduksi.

Dengan mengatasi ketidaksetaraan gender dalam kesehatan reproduksi, remaja dapat membuat keputusan yang sehat dan bertanggung jawab terkait kesehatan mereka. Ini akan berkontribusi pada kesejahteraan fisik, mental, dan sosial mereka, serta menciptakan masyarakat yang lebih adil dan setara.

## **Daftar Pustaka**

- Aisyaroh. N. (2012). Kesehatan Reproduksi Remaja. Jurnal Ilmiah Sultan Agung diterbitkan oleh Unissula. [www.unnisula.ac.id](http://www.unnisula.ac.id)
- Ahmad, Mukhlisiana. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi. Bandung: Media Sains Indonesia, 2020.
- Budisuari, M. A., & Arifin, A. (2005). Pengembangan Model Kesehatan Reproduksi Remaja. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Volume 8.
- Rokhmansyah, Alfian. 2016. Pengantar Gender dan Feminisme. Yogyakarta: Penerbit Garudhawaca.

## **Profil Penulis**



**Rika, S.ST., M.Keb.**

Penulis di lahirkan di Lakawali kecamatan malili kabupaten luwu timur Sulawsi Selatan pada tanggal 27 Mei 1992. merupakan anak Pertama dari pasangan Syarir dan Husnia. Pada tahun 2005 Penulis menyelesaikan Sekolah Dasar di SDN 231 Lakawali Kabupaten Luwu Timur Pada tahun Tahun 2008 penulis menyelesaikan Sekolah Menengah Pertama di SMPN 2 Malili Kabupaten Luwu Timur dan di Tahun 2011 penulis menyelesaikan Sekolah Menengah Atas di SMAN 1 Malili Kabupaten Luwu Timur. Kemudian pada tahun 2011 penulis melanjutkan Studi DIII Kebidanan di AKBID Nusantara Jaya Makassar Lulus tahun 2014 dengan gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb), pada tahun 2016

penulis menyelesaikan Studi D4 Bidan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar dengan gelar Sarjana Sains Terapan (S.ST). Tahun 2017-2019 Bekerja di RSUD Wotu sebagai tenaga Bidan Tahun 2019 melanjutkan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2021 dengan gelar Magister Kebidanan (M.Keb). Saat ini Penulis aktif sebagai Dosen Tetap Program Studi DIII Kebidanan di Universitas Syekh Yusuf Al Makassar Gowa. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Kesehatan Reproduksi Wanita dan Keluarga berencana, Asuhan Kebidanan Persalinaan, Asuhan Kebidanan Nifas, dan Penulis menjabat sebagai sekretaris prodi DIII Kebidanan. Selain itu Penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis: syarika4@gmail.com



## KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

**Herlina Magdalena, S.K.M., M.Kes.**

Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda

### **Pengertian Konseling**

Adapun konseling menurut Shretzer dan Stone (1966: 168) adalah *an interaction proses which facilitate meaningful understanding of self and environment and result in the establishment, and or clarification of goals dan values for future behaviour*. Menurut Prayitno dan Erman Amti (2004) istilah konseling tersebut diartikan sebagai proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang sedang mengalami masalah (klien), yang bermuara teratasinya masalah yang dihadapi oleh klien tersebut. Menurut Winkel (2005) mendefinisikan konseling sebagai serangkaian kegiatan paling pokok dari bimbingan untuk membantu klien secara tatap muka dengan tujuan agar klien dapat mengambil tanggung jawab sendiri terhadap berbagai persoalan.

Dari beberapa pengertian bimbingan dan konseling yang dikemukakan oleh para ahli diatas, dapat penulis kemukakan bahwa bimbingan dan konseling adalah suatu proses pemberian bantuan kepada individu yang dilakukan oleh seorang konselor, dengan tujuan agar individu memahami dirinya, lingkungannya, serta dapat mengarahkan diri dan menyesuaikan diri dengan lingkungan untuk mengembangkan potensi dirinya secara

optimal untuk kesejahteraan dirinya dan kesejahteraan masyarakat.

### **Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi mencakup aspek kesehatan yang berkaitan dengan sistem reproduksi individu, baik pria maupun wanita, serta kesehatan seksual dan kemampuan untuk mengalami kehidupan yang sehat dan produktif. Konsep ini melibatkan berbagai faktor, termasuk fisiologi, psikologi, dan sosial.

Konseling kesehatan reproduksi adalah pendekatan sistematis yang memberikan dukungan dan informasi kepada individu mengenai berbagai aspek kesehatan reproduksi. Konseling ini penting untuk membantu individu membuat keputusan yang bijak mengenai kesehatan mereka, terutama dalam hal-hal yang berkaitan dengan seksualitas, kesehatan reproduksi, dan hubungan interpersonal.

### **Klasifikasi Usia Remaja**

Klasifikasi usia remaja dapat bervariasi sedikit tergantung pada sumber yang digunakan, namun umumnya, usia remaja dibagi menjadi beberapa tahap utama berdasarkan perkembangan fisik, emosional, dan sosial. Berikut adalah pembagian yang umum digunakan:

1. Remaja Awal (*Early Adolescence*)
  - a. Usia: Sekitar 10-14 tahun.
  - b. Ciri-ciri:
    - 1) Perubahan Fisik: Mulai mengalami pubertas dengan perubahan hormonal yang signifikan, seperti pertumbuhan payudara pada gadis dan pertumbuhan rambut tubuh pada kedua jenis kelamin.
    - 2) Perkembangan Emosional dan Sosial: Mulai mengeksplorasi identitas diri, mengalami perubahan suasana hati, dan mungkin

mengalami konflik dengan orang tua atau pengasuh.

2. Remaja Tengah (*Middle Adolescence*)

a. Usia: Sekitar 15-17 tahun.

b. Ciri-ciri:

- 1) Perubahan Fisik: Pertumbuhan tubuh melambat, tetapi karakteristik pubertas semakin jelas. Puncak pertumbuhan tinggi badan biasanya terjadi pada usia ini.
- 2) Perkembangan Emosional dan Sosial: Lebih fokus pada hubungan dengan teman sebaya, mengeksplorasi identitas lebih lanjut, dan sering kali mengalami tekanan untuk mencapai kemandirian dari orang tua.

3. Remaja Akhir (*Late Adolescence*)

a. Usia: Sekitar 18-21 tahun.

b. Ciri-ciri:

- 1) Perubahan Fisik: Kebanyakan individu telah mencapai kematangan fisik sepenuhnya. Perubahan fisik lebih stabil, meskipun masih ada penyesuaian dengan perubahan hormonal.
- 2) Perkembangan Emosional dan Sosial: Proses akhir dari pencarian identitas dan kemandirian, dengan fokus pada perencanaan masa depan, pendidikan tinggi, dan pekerjaan. Mulai mengambil tanggung jawab dewasa dan membangun hubungan jangka panjang.

4. Remaja Dewasa Muda (*Young Adulthood*)

a. Usia: Sekitar 22-24 tahun (meskipun ini sering kali dianggap sebagai awal dewasa muda, bukan bagian dari remaja).

b. Ciri-ciri:

- 1) Perubahan Fisik: Biasanya mencapai kematangan fisik penuh.
- 2) Perkembangan Emosional dan Sosial: Menyelesaikan transisi dari masa remaja ke dewasa, dengan fokus pada karier, hubungan jangka panjang, dan pembangunan kehidupan pribadi dan profesional.

### **Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja**

Konseling kesehatan reproduksi remaja adalah proses dukungan yang membantu remaja memahami dan mengelola kesehatan reproduksi mereka dengan cara yang positif dan informatif. Isi percakapan konseling disesuaikan dengan umur dan permasalahan, perkembangan fisik dan mentalnya, misalnya masalah pacaran, perilaku seksual, penyakit menular seksual dan kehamilan yang tidak diinginkan. Tujuannya adalah untuk memberikan pengetahuan yang akurat dan relevan serta membimbing remaja dalam membuat keputusan yang sehat tentang tubuh dan hubungan mereka.

Berikut adalah beberapa aspek penting dalam konseling kesehatan reproduksi remaja:

1. Edukasi Seksual: Memberikan informasi tentang anatomi reproduksi, perubahan tubuh selama pubertas, dan siklus menstruasi. Edukasi juga mencakup informasi tentang kontrasepsi, infeksi menular seksual (IMS), dan risiko kehamilan.
2. Kesehatan Menstruasi: Membantu remaja memahami siklus menstruasi mereka, serta mengatasi masalah yang mungkin muncul, seperti nyeri haid atau menstruasi yang tidak teratur.
3. Kontrasepsi dan Perlindungan: Menyediakan informasi tentang berbagai metode kontrasepsi dan bagaimana mereka dapat membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan IMS. Juga penting untuk membahas bagaimana menggunakan kontrasepsi dengan benar.

4. Infeksi Menular Seksual (IMS): Edukasi tentang IMS, gejala, cara pencegahan, dan pentingnya pengujian serta pengobatan.
5. Hubungan dan Konsensualitas: Diskusi tentang hubungan yang sehat, komunikasi yang efektif, dan pentingnya konsensualitas dalam hubungan intim.
6. Kesehatan Mental dan Emosional: Membantu remaja mengatasi tekanan emosional atau stres yang mungkin terkait dengan kesehatan reproduksi dan hubungan.
7. Akses ke Layanan Kesehatan: Menyediakan informasi tentang di mana dan bagaimana remaja dapat mengakses layanan kesehatan reproduksi, termasuk klinik dan konselor.
8. Privasi dan Kerahasiaan: Memastikan remaja merasa aman dan nyaman untuk berbicara secara terbuka, serta menjelaskan bagaimana informasi mereka akan dirahasiakan.

Salah satu cara yang dilakukan dan digalakkan oleh pemerintah dalam rangka mensosialisasikan tentang kesehatan reproduksi remaja adalah melalui program Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R). PIK Remaja adalah suatu 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, delapan fungsi keluarga, TRIAD KRR (seksualitas, HIV dan AIDS serta Napza), keterampilan hidup (life skills), genre dan keterampilan advokasi dan KIE.

PIK-R adalah nama generik. Untuk menampung kebutuhan program PKBR dan menarik minat remaja datang ke PIK Remaja, nama generik ini dapat dikembangkan dengan nama-nama yang sesuai dengan kebutuhan program dan selera remaja setempat. Peran PIK-R di lingkungan remaja sangatlah penting dalam membantu remaja untuk mendapatkan Informasi dan pelayanan konseling yang benar tentang KRR, artinya

membantu remaja untuk memperoleh informasi dan konseling yang cukup dan benar tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja.

Melalui wadah PIK Remaja dengan berbagai kegiatannya diharapkan nantinya bisa terbentuk Tegar Remaja, yaitu remaja yang:

1. Berperilaku sehat

Membangun kesadaran remaja untuk berperilaku sehat lebih mengarah bagaimana memberikan pengertian pada para remaja tentang perlunya memelihara kesehatan, dalam hal ini terkait dengan kesehatan reproduksi, sehingga para remaja memahami pentingnya menjaga kesehatan organ reproduksinya hingga tetap terjaga dengan baik (kebersihan dan keamanannya hingga tidak terjadi hubungan seks pranikah).

2. Terhindar dari resiko seksualitas, Napza, IMS, dan HIV/AIDS

Remaja adalah penerus bangsa dan aset yang berharga. Negara memerlukan generasi muda yang sehat tumbuh berkembang menjadi manusia dewasa yang sehat. Orang yang sehat akan memiliki banyak peluang dalam kehidupan dibandingkan dengan orang yang sakit. Salah satu cara menjadi remaja yang sehat adalah dengan melakukan pola hidup sehat, dan menghindari perilaku-perilaku yang merugikan diri sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Sebagai contoh dari perilaku-perilaku tidak sehat adalah seks pranikah, terjerumus dalam narkoba, IMS, dan HIV/AIDS.

3. Menunda usia pernikahan

Pernikahan bukanlah hal yang mudah, di dalamnya terdapat banyak konsekuensi yang harus dihadapi sebagai suatu tahap kehidupan baru individu dan pergantian status dari lajang menjadi seorang istri/suami yang menuntut adanya penyesuaian diri terus-menerus sepanjang pernikahan. Remaja merupakan salah satu fase kehidupan yang belum

memiliki kestabilan baik dari segi emosi maupun perilaku sehari-hari, oleh karena itu pada rentang usia remaja akan sangat berisiko jika harus menjalani sebuah pernikahan. Sehingga perlu dilakukan penyadaran dan konseling kepada remaja tentang lika-liku kehidupan dalam berumah tangga.

4. Bercita-cita mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera

Melalui sebuah konsep masa depan yang jelas, khususnya terkait dengan kehidupan berkeluarga bagi remaja nantinya, perlu ditanamkan sedini mungkin tujuan dari seseorang menikah atau berumah tangga. Dengan adanya penanaman nilai-nilai positif yang dapat dikaji dari konseling tentang kehidupan berumah tangga, maka akan terkonsep sebuah cita-cita untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

5. Menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman-teman sebayanya

Dengan penanaman konsep remaja yang berperilaku sehat dan memiliki pandangan tentang masa depan yang mengarah pada pembentukan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, akan menjadikan remaja tersebut sebagai seorang contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman-teman sebayanya. Predikat tersebut secara tidak sengaja dapat melekat pada pribadi remaja yang bersangkutan dengan senantiasa memberikan teladan dan masukan bagi teman-teman sebayanya dalam bergaul dan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari.

Ruang lingkup PIK Remaja meliputi aspek-aspek kegiatan pemberian informasi PKBR, pendewasaan usia perkawinan, keterampilan hidup (life skills), pelayanan konseling, rujukan, pengembangan jaringan dan dukungan, dan kegiatan-kegiatan pendukung lainnya sesuai dengan ciri dan minat remaja. PIK Remaja tidak mengikuti tingkatan wilayah administrasi seperti tingkat desa, tingkat kecamatan, tingkat kabupaten/ kota atau provinsi. Artinya PIK Remaja dapat melayani remaja

lainnya yang berada di luar lokasi wilayah administrasinya. PIK Remaja dalam penyebutannya bisa dikaitkan dengan tempat dan institusi pembinanya seperti PIK Remaja sekolah, PIK Remaja masjid, PIK Remaja pesantren, dan lain-lain.

### **Prinsip Dasar Konseling Kesehatan Reproduksi**

Menurut Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (2009) prinsip dasar konseling kesehatan reproduksi meliputi:

1. Pemahaman bahwa mendapatkan mendapatkan informasi kesehatan reproduksi adalah kebutuhan dan hak klien.
2. Informasi kesehatan reproduksi yang diberikan lengkap, benar, jujur, dan bertanggung jawab.
3. Mendampingi pengambilan keputusan berdasarkan konsekuensi atas pilihan yang diambil.
4. Empati dan tidak menghakimi.

### **Proses Konseling Kesehatan Reproduksi**

Berikut ini adalah tahapan proses pelaksanaan konseling kesehatan reproduksi dengan klien individu maupun kelompok (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia, 2009):

1. Pembukaan, pengenalan antara konselor dan klien.
2. Rapport atau pendekatan kepada klien untuk mencairkan suasana sehingga klien merasa nyaman dalam mengemukakan masalah.
3. Penggalan masalah, meliputi latar belakang, situasi konflik, nilai-nilai yang dianut, pandangan terhadap konflik, dan usaha pemecahan masalah yang sudah maupun sedang dipertimbangkan untuk dilakukan.
4. Mendiskusikan alternatif solusi, yang diusahakan muncul dari klien dengan bantuan konselor, memberikan informasi mengenai kesehatan reproduksi sesuai dengan kebutuhan klien.

4. Mengajak klien memilih alternatif solusi yang terbaik.
5. Penutup, merangkum hasil diskusi dengan klien, mengajak klien menentukan rencana selanjutnya dan memberikan dukungan bahwa klien mampu mengatasi masalahnya.

Konseling ini bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, atau konselor kesehatan reproduksi yang terlatih. Dukungan yang diberikan tidak hanya membantu remaja dalam hal kesehatan fisik, tetapi juga memfasilitasi perkembangan mereka menjadi individu yang lebih sadar dan bertanggung jawab mengenai kesehatan reproduksi mereka.

### **Kebijakan dan Strategi Pengelolaan PIK-R**

Kebijakan dan strategi dalam pengelolaan PIK Remaja yaitu:

1. Kebijakan
  - a. Pembentukan dan pengembangan PIK Remaja
  - b. Peningkatan kualitas pengelola PIK Remaja
  - c. Penyiapan PIK Remaja yang ramah remaja
2. Peningkatan komitmen dengan stakeholder dan mitra kerja dalam pengelolaan PIK Remaja
3. Penyediaan dan peningkatan kompetensi SDM pengelola
4. PIK Remaja

Strategi:

- a. Melakukan advokasi tentang penumbuhan dan pengembangan PIK Remaja
- b. Melakukan promosi dan sosialisasi tentang PIK Remaja
- c. Menyediakan dukungan anggaran bagi kegiatan PIK Remaja, baik dari dana APBN, APBD, maupun dari sumber dana lainnya

- d. Melaksanakan pelatihan, orientasi, magang dan studi banding bagi SDM pengelola PIK Remaja
- e. Mengembangkan materi substansi PIK Remaja sesuai dengan dinamika remaja
- f. Mengembangkan kegiatan yang menarik minat remaja
- g. Memilih dan mengembangkan PIK Remaja unggulan
- h. Memfasilitasi tersedianya sarana dan prasarana pendukung PIK Remaja
- i. Melakukan pembinaan, monitoring dan evaluasi secara berjenjang
- j. Kegiatan-kegiatan dari pengelolaan PIK Remaja.

## **Daftar Pustaka**

- Afritayeni, A, Penti, DY dan Rizka, A. Analisis perilaku seksual berisiko pada remaja terinfeksi HIV dan AIDS. *Jurnal Endurance*, 2018; 3(1): 69-81.
- BKKBN. 2008. Modul kesehatan reproduksi remaja. Yogyakarta: BKKBN.
- BKKBN. 2012. Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (PIK Remaja/Mahasiswa). Jakarta.
- BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional). 2012. Pedoman pengelolaan Bina Keluarga Remaja (BKR). Jakarta: Direktorat Bina Ketahanan Remaja BKKBN.
- Meitria SN, dkk. 2020. Buku Panduan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja.

### **Profil Penulis**



**Herlina Magdalena, S.K.M., M.Kes.**

Lahir di Kota Tanjung Pura, Langkat, Provinsi Sumatera Utara pada Tanggal 23 April 1972. Penulis menyelesaikan program S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara (USU) lulus tahun 1996 dan menyelesaikan program S2 di Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara lulus tahun 2016. Sampai saat ini penulis masih aktif sebagai dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda. Penulis bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Epidemiologi Penyakit Menular, Epidemiologi Kesehatan Reproduksi, Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Investigasi Wabah, Hiv/Aids, Dasar Kesehatan Ibu dan Anak, Dasar Kependudukan. Pernah terlibat dalam tim SAKERTI yang bekerja sama dengan Lembaga Demografi FEB-UI dan PSKK UGM.

Email Penulis: [herlinamagdalenamagdalena@uwgm.ac.id](mailto:herlinamagdalenamagdalena@uwgm.ac.id)

## KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

**Dwi Nur Octaviani Katili, S.ST., M.Keb.**  
Universitas Muhammadiyah Gorontalo

### **Konsep Dasar**

Definisi sehat adalah suatu kondisi seseorang yang memiliki kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang optimal. Kesehatan merupakan suatu kondisi sehat secara menyeluruh (baik dari segi fisik dan mental, spiritual maupun sosial) sehingga memungkinkan bagi setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Secara khusus, sehat mencakup dalam beberapa aspek kehidupan, yakni:

1. Kesehatan fisik: Tubuh berfungsi dengan baik, bebas dari penyakit, cedera, atau gangguan fisik lainnya. Ini termasuk sistem kekebalan tubuh yang kuat, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari tanpa merasa lelah berlebihan dan kebugaran fisik yang baik.
2. Kesehatan mental: Kesejahteraan psikologis dimana individu mampu mengelola stres, memiliki emosi yang stabil, mampu berpikir jernih, dan memiliki rasa percaya diri serta harga diri yang sehat. Ini juga mencakup kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan dan menghadapi tantangan dalam kehidupan.
3. Kesehatan sosial: Mampu berinteraksi dengan baik dengan orang lain, memiliki hubungan yang sehat dan

suportif, serta berpartisipasi dalam kegiatan sosial. Ini termasuk kemampuan untuk berkomunikasi dengan efektif, memiliki jaringan sosial yang mendukung, dan rasa keterhubungan dengan komunitas.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), reproduksi adalah proses biologis yang memungkinkan terjadinya penciptaan kehidupan baru melalui kombinasi materi genetik dari dua individu dari spesies yang sama. Beberapa ahli berpendapat bahwa reproduksi sebagai proses esensial untuk kelangsungan hidup dan perkembangan spesies, baik melalui mekanisme seksual maupun aseksual.

Dapat disimpulkan kesehatan reproduksi merupakan adalah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang menyangkut sistem reproduksi pada semua tahap kehidupan. Kesehatan reproduksi tidak hanya mengacu pada tidak adanya penyakit atau disfungsi, tetapi mencakup aspek-aspek yang lebih luas dari kesejahteraan seksual dan reproduksi. Hal ini tersirat dalam definisi kesehatan reproduksi menurut WHO yaitu *Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so*, (Tyas, Febriyanti, and Primadewi 2021).

### **Tujuan Kesehatan Reproduksi**

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, terdapat dua tujuan kesehatan reproduksi yaitu:

1. Menjamin pemenuhan hak Kesehatan Reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan.
2. Menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan

berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu, (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia 2014).

4. Setiap orang harus mampu memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman bagi dirinya., juga mampu menurunkan serta memenuhi keinginannya tanpa ada hambatan apapun, kapan dan berapa sering untuk memiliki keturunan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

### **Tujuan Umum**

Memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk pendidikan seksual perempuan dan hak-hak reproduksi, memberikan perempuan lebih banyak kebebasan dan kendali atas fungsi dan proses reproduksi mereka, sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka.

### **Tujuan Khusus**

1. Meningkatkan kemandirian perempuan, terkhususnya pada peran dan fungsi reproduksi.
2. Memperkuat peran dan tanggung jawab sosial perempuan mengenai kapan waktunya hamil, berapa lama jumlah anak yang ingin dimiliki, dan lama jarak antar kehamilan.
3. Penciptaan peran dan tantangan sosial bagi laki-laki.
4. Mendukung laki-laki dalam proses pengambilan keputusan, mencari sumber informasi, dan memberikan layanan yang berdampak pada kebutuhan kesehatan reproduksi wanita, (Akbar et al. 2021).

Secara keseluruhan tujuan kesehatan reproduksi dapat dilihat dari beberapa aspek yakni memastikan kesejahteraan reproduktif, melindungi hak-hak reproduksi, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, dan mengendalikan laju pertumbuhan penduduk melalui perencanaan keluarga yang baik.

## **Sasaran dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi**

Menurut (Kana, Sholihin, and et all 2024) sasaran kesehatan reproduksi terdiri dari sasaran utama dan sasaran antara, yaitu:

1. Sasaran utama
  - a. Remaja: pendidikan seks; mempersiapkan menghadapi menarche secara fisik, psikis, sosial serta higienis.
  - b. Wanita; Wanita Usia Subur (WUS); Pasangan Usia Subur (PUS).
  - c. Lansia; mempersiapkan diri secara benar dan berpikir positif tentang menyongsong masa menopause; dan pola asupan/nutrisi yang banyak mengandung kalsium (Ca) guna mengurangi risiko penyakit osteoporosis.
2. Sasaran antara
  - a. Kader bidang kesehatan
  - b. Dukun melahirkan
  - c. Tokoh masyarakat
  - d. Tokoh Agama
  - e. Lembaga Swadaya Masyarakat

Adapun ruang lingkup kesehatan reproduksi berdasarkan pendekatan siklus hidup dikenal dalam 5 tahap, beberapa pelayanan kesehatan reproduksi dapat diberikan pada tiap tahapan berikut ini:

1. Konsepsi
  - a. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki atau perempuan.
  - b. Pelayanan antenatal, persalinan dan nifas yang aman serta pelayanan bayi baru lahir.
2. Bayi dan anak
  - a. ASI eksklusif dan penyapihan yang layak.

- b. Tumbuh kembang anak dan pemberian makanan dengan gizi seimbang.
  - c. Imunisasi, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).
  - d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan.
  - e. Pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang sama pada laki-laki dan perempuan.
3. Remaja
- a. Gizi seimbang
  - b. Informasi tentang kesehatan reproduksi
  - c. Pencegahan kekerasan sosial
  - d. Pencegahan terhadap ketergantungan narkotik, psikotropika dan zat adiktif
  - e. Perkawinan pada usia yang wajar
  - f. Pendidikan dan peningkatan keterampilan
  - g. Peningkatan penghargaan diri
  - h. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman
4. Usia subur
- a. Kehamilan dan persalinan yang aman.
  - b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi.
  - c. Menjaga jarak kelahiran dari jumlah kehamilan dengan penggunaan kontrasepsi atau KB.
  - d. Pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS.
  - e. Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.
  - f. Pencegahan penanggulangan masalah aborsi secara nasional.
  - g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim.

- h. Pencegahan dan manajemen infertilitas.
- 4. Usia lanjut
  - a. Perhatian terhadap menopause/andropause.
  - b. Perhatian penyakit utama degenerative termasuk rabun, gangguan morbilin dan osteoporosis.
  - c. Deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat.

Secara luas, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir

Kondisi kesehatan seorang ibu hamil mempengaruhi pada kondisi bayi yang dilahirkannya, termasuk didalamnya kondisi kesehatan organ-organ reproduksi bayinya. Kesehatan reproduksi ibu dan bayi baru lahir meliputi perkembangan berbagai organ reproduksi mulai dari sejak kandungan, bayi, remaja, wanita usia subur, klimakterium, menopause hingga meninggal.
2. Pencegahan dan penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) termasuk PMS HIV/AIDS.
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
4. Kesehatan reproduksi remaja

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja termasuk pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa beresiko timbulnya anemia, perilaku seksual yang mana bila kurang pengetahuan dapat tertular penyakit hubungan seksual, termasuk HIV/AIDS. Selain itu juga menyangkut kehidupan remaja memasuki masa perkawinan. Remaja yang menginjak masa dewasa bila kurang pengetahuan dapat mengakibatkan resiko kehamilan muda yang mana mempunyai risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Selain hal tersebut di atas, International Conference on Population and Development (ICPD) juga menyebutkan bahwa kesehatan reproduksi mengimplikasikan seseorang

berhak atas kehidupan seksual yang memuaskan dan aman.

5. Pencegahan dan penanganan infertilitas.
6. Kanker pada usia lanjut dan osteoporosis.
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dll. Seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertulari penyakit infeksi menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan bebas dari paksaan. Hubungan seksual dilakukan dengan memahami dan sesuai etika dan budaya yang berlaku.

Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi oleh Kementerian Kesehatan RI dilaksanakan secara integratif memprioritaskan pada empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia yang disebut paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yaitu: 1) kesehatan ibu dan bayi; 2) keluarga berencana; 3) kesehatan reproduksi remaja; 4) Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk HIV/AIDS. Sedangkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) terdiri dari PKRE ditambah kesehatan reproduksi pada usia lanjut, (Rokayah, Inayanti, and Rusyanti 2021).

#### Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Pada Wanita

Beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita, antara lain:

1. Kemiskinan. Diperkirakan sekitar 40% penduduk Indonesia masih berada di bawah garis kemiskinan sejak terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan. Hal ini menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian.
2. Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat ditentukan oleh banyak hal misalnya keadaan sosial ekonomi, budaya dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat dimana mereka menetap.

Dewasa ini masih banyak ditemukan diskriminasi terhadap perempuan, antara lain:

- a. Perempuan dinomorduakan dalam segala aspek kehidupan, misalnya dalam pemberian makan sehari-hari, kesempatan memperoleh pendidikan, kerja dan kedudukan.
  - b. Perempuan seringkali terpaksa menikah pada usia muda, karena tekanan ekonomi atau orang tua mendorong untuk cepat menikah agar terlepas dari beban ekonomi.
  - c. Keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan untuk kepentingan dirinya. Misalnya dalam ber-KB, dalam memilih bidan sebagai penolong persalinan atau dalam mendapatkan pertolongan segera di RS ketika diperlukan, disamping kurangnya kesempatan mengendalikan penghasilan keluarga.
  - d. Tingkat pendidikan perempuan yang belum merata dan masih rendah menyebabkan informasi yang diterima tentang kesehatan reproduksi sangat terbatas. Seperti diketahui, tingkat pendidikan dapat meningkatkan rasa percaya diri, wawasan dan kemauan untuk mengambil keputusan yang baik bagi diri dan keluarga, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya.
3. Akses ke fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan. Jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan sulit dicapai.
    - a. Kurangnya informasi tentang kemampuan fasilitas kesehatan.
    - b. Keterbatasan biaya.
    - c. Tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas kesehatan.
  4. Kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang memadai, antara lain karena:

- a. Pelayanan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan klien.
  - b. Kemampuan fasilitas kesehatan yang kurang memadai.
5. Beban ganda, tanggung jawab tidak proporsional sehingga kesehatan anak dan perempuan semakin buruk.
6. Akses untuk kesehatan reproduksi rendah karena:
  - a. Pengetahuan tentang seksualitas dan informasi mengenai hak reproduksi masih rendah.
  - b. Menonjolnya perilaku seksual risiko tinggi.
  - c. Diskriminasi sosial.
  - d. Sikap negatif terhadap perempuan dan anak perempuan.
  - e. Rendahnya kemampuan dalam pengendalian kehidupan seksual pada reproduksi.
  - f. Kurangnya penanganan kespro dan seksual pada laki-laki dan perempuan usia lanjut.
  - g. Kebijakan dan program kesehatan masih belum mempertimbangkan perbedaan sosial, ekonomi dan perbedaan antara perempuan dan masih rendahnya kemandirian perempuan, (Jalilah and Puspitasari 2020).

### **Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita di Indonesia**

Indikator kesehatan wanita adalah ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status derajat kesehatan wanita dalam populasi tertentu. Adapun indikator kesehatan ibu dapat ditinjau dari pendidikan, penghasilan, usia harapan hidup, angka kematian ibu dan tingkat kesuburan.

#### **1. Indikator pendidikan**

Pendidikan berpengaruh kepada sikap wanita terhadap kesehatan, rendahnya pendidikan membuat wanita kurang peduli terhadap kesehatan, mereka

tidak mengenal bahaya atau ancaman kesehatan yang mungkin terjadi terhadap diri mereka. Sehingga walaupun sarana yang baik tersedia dapat memanfaatkan secara optimal karena rendahnya pengetahuan yang mereka miliki. Kualitas sumber daya manusia sangat tergantung pada kualitas pendidikan, dengan demikian program pendidikan mempunyai andil besar terhadap kemajuan sosial ekonomi bangsa, dan tentunya berdampak pada kesehatan reproduksi individu.

## 2. Indikator penghasilan

Penghasilan perempuan meningkat, maka pola pemenuhan kebutuhan akan bergeser dari pemenuhan kebutuhan pokok saja menjadi pemenuhan kebutuhan lain, khususnya peningkatan kesehatan perempuan. Penghasilan berkaitan dengan status ekonomi dimana sering kali status ekonomi menjadi penyebab terjadinya masalah kesehatan pada wanita. Misalnya banyak kejadian anemia defisiensi Fe pada wanita usia subur yang sering kali disebabkan kurangnya asupan makanan yang bergizi seimbang. Anemia pada ibu hamil akan lebih memberikan dampak yang bisa mengancam keselamatan ibu maupun bayi.

## 3. Indikator usia harapan hidup

Usia harapan hidup (*Life Expectancy Rate*) merupakan lama hidup manusia di dunia. Usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Harapan hidup penduduk Indonesia mengalami peningkatan jumlah dan proporsi sejak 1980. Harapan hidup perempuan adalah 54 tahun pada tahun 1980, kemudian 64,7 tahun pada 1990 dan 70 tahun pada 2000. Meningkatnya usia harapan hidup penduduk Indonesia membawa implikasi bertambahnya jumlah lansia. Berdasarkan data, wanita Indonesia yang memasuki masa menopause saat ini semakin meningkat setiap tahunnya. Meningkatnya jumlah itu sebagai akibat bertambahnya populasi penduduk usia lanjut dan

tingginya usaha harapan hidup diiringi membaiknya derajat kesehatan masyarakat.

#### 4. Indikator angka kematian ibu

Faktor reproduksi ibu turut menambah risiko kematian maternal. Jumlah paritas satu dan paritas di atas tiga terbukti meningkatkan angka kematian maternal disbanding paritas 2-3, selain itu faktor umur ibu melahirkan juga menjadi faktor risiko kematian ibu, dimana usia muda yaitu <20 tahun dan usia tua  $\geq 35$  tahun pada saat melahirkan menjadi faktor risiko kematian maternal, sedangkan jarak antara tiap kehamilan yang dianggap cukup aman adalah 3-4 tahun. Faktor kematian maternal ini kemudian diidentifikasi sebagai 4 terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu rapat jarak kehamilan dan terlalu banyak). Selain faktor medis dan reproduksi, faktor non medis turut menambah parah risiko kematian maternal. Faktor non medis/tidak langsung tersebut yaitu kondisi sosial budaya, ekonomi, pendidikan, kedudukan dan peran wanita, kondisi geografis dan transportasi. Ini kemudian diidentifikasikan sebagai tiga terlambat (3T).

#### 5. Indikator tingkat kesuburan

Masa subur adalah suatu masa dalam siklus menstruasi perempuan dimana terdapat sel telur yang matang yang siap dibuahi, sehingga bila perempuan tersebut melakukan hubungan seksual maka dimungkinkan terjadi kehamilan. Siklus menstruasi dipengaruhi oleh hormone seks perempuan yaitu estrogen dan progesterone. Hormon-hormon ini menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh perempuan yang dapat dilihat melalui beberapa indikator klinis seperti perubahan suhu basal tubuh, perubahan sekresi lender leher rahim (serviks), perubahan pada serviks, panjangnya siklus menstruasi (metode kalender) dan indikator minor kesuburan seperti nyeri perut dan perubahan payudara, (Akbar et al. 2021).

6. Dengan mengetahui masa subur, ini akan bermanfaat bagi pasangan yang bermasalah dalam mendapatkan keturunan yaitu dengan cara:
  - a. Menilai kejadian dan waktu terjadinya ovulasi.
  - b. Memprediksikan hari-hari subur yang maksimum
  - c. Mengoptimalkan waktu untuk melakukan hubungan seksual untuk mendapatkan kehamilan.
  - d. Membantu mengidentifikasi sebagian masalah infertilitas.

### **Hak-Hak Kesehatan Reproduksi**

Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan: International Conference on Population and Development (ICPD) yang diadakan di Kairo pada tahun 1994 menetapkan berbagai hak-hak kesehatan reproduksi yang penting. Konferensi ini menghasilkan program aksi yang menjadi pedoman internasional dalam bidang kependudukan dan pembangunan, termasuk kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa hak-hak kesehatan reproduksi menurut ICPD:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi.
3. Hak untuk kebebasan berpikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
5. Hak untuk hidup dan terbebas dari risiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah gender.
6. Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.
6. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.

7. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
8. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.
9. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
10. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
11. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

(Rosita et al. 2024)

Beberapa regulasi yang mendukung hak-hak kesehatan reproduksi di Indonesia meliputi:

1. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, (Presiden RI 2023).
2. Undang-Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, (Presiden RI 2009).
3. Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia 2014).

Regulasi ini memberikan kerangka kerja hukum untuk melindungi dan mempromosikan hak-hak kesehatan reproduksi di Indonesia, serta memastikan bahwa setiap individu dapat menikmati hak-hak ini tanpa diskriminasi atau hambatan lainnya, sehingga setiap individu mampu memenuhi hak-hak kesehatan reproduksinya dengan optimal.

## **Daftar Pustaka**

- Akbar, Hairil, Muhammad Qasim, Wuri Ratna Hidayani, and et all. 2021. *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Penerbit Muhamad Zaini.
- Jalilah, Nurul Hidayatun, and Ruly Puspitasari. 2020. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Indramayu, Jawa Barat: CV. Adanu Abimata.
- Kana, Yulianti Nataya Rame, Riza Mazidu Sholihin, and et all. 2024. *Dasar Kesehatan Reproduksi*. Kabupaten Serang Banten: PT. SADA KURNIA PUSTAKA.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. 2014. "Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi." Pp. 1–55 in *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Tentang Kesehatan Reproduksi*. Vol. 61.
- Presiden RI. 2009. "Undang-Undang No. 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga."
- Presiden RI. 2023. "Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan." *Undang-Undang (187315):1–300*.
- Rokayah, Yayah, Eli Inayanti, and Siti Rusyanti. 2021. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana (KB)*. edited by . Pekalongan, Jawa Tengah.
- Rosita, Eva, Dana Daniati, Niluh Nita Silfia, and et all. 2024. *Asuhan Kebidanan Pada Kesehatan Reproduksi Wanita*. Kota Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Tyas, Mayasari Ade, Hellen Febriyanti, and Inggit Primadewi. 2021. *Kesehatan Reproduksi Wanita Di Sepanjang Daur Kehidupan*. edited by A. Banda Aceh: Syiah Kuala University Press.

### **Profil Penulis**



**Dwi Nur Octaviani Katili, S.ST., M.Keb.**

Penulis di lahirkan di Gorontalo pada tanggal 11 Oktober 1990. Penulis menyelesaikan Program Diploma IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan (Poltekkes Kemenkes) Gorontalo pada tahun 2012. Gelar Magister Kebidanan di peroleh dari Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2016. Penulis merupakan dosen pengajar di Program Studi Kebidanan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Gorontalo. Mata kuliah yang diampu adalah Keterampilan dasar Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan Pada Persalinan dan BBL, Evidence Based dalam Pelayanan Kebidanan dll. Sebagai seorang akademisi, penulis aktif mengikuti berbagai pelatihan, memberikan penyuluhan dan melakukan pengabdian kepada masyarakat serta mengembangkan riset-riset ilmiah. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian, selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [dwioctavianikatili@umgo.ac.id](mailto:dwioctavianikatili@umgo.ac.id)

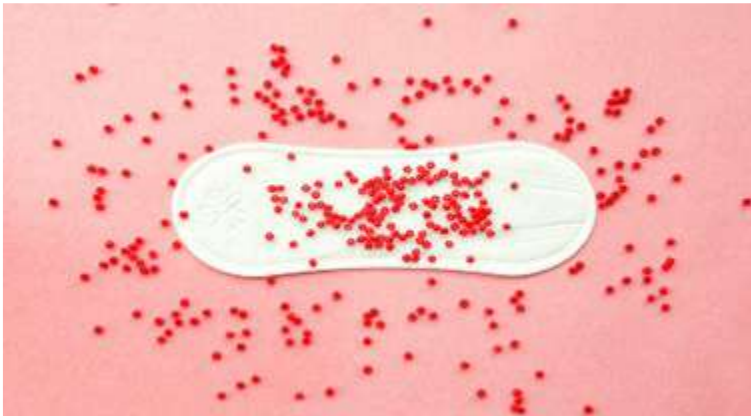


## GANGGUAN MENSTRUASI

**Ns. Arlina Muhtar, S.Kep., M.Kes.**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baramuli Pinrang

### Menstruasi



Gambar 11. 1

Sebagian besar wanita pasti mengalami menstruasi. Menstruasi menjadi tanda apakah seorang wanita memiliki kesuburan reproduksi yang sehat dan bisa hamil atau tidak. Meski demikian, proses menstruasi bisa berbeda-beda pada setiap wanita.

Data World Health Organization di tahun 2014 menyebutkan bahwa lebih dari 75% wanita mengalami haid/menstruasi. Angka di Swedia berkisar 72, sedangkan di Amerika Serikat yang terjadi gangguan menstruasi/haid lebih banyak yakni berkisar 94,9% dialami oleh remaja umur 12 hingga 17 tahun. Korea

selatan melaporkan angka kejadian ketidakteraturan siklus menstruasi/haid berkisar 19,4% (Informed Health, 2020).

Menstruasi merupakan perdarahan akibat luruhnya dinding sebelah dalam rahim (endometrium). Lapisan endometrium dipersiapkan untuk menerima implantasi embrio. Jika tidak terjadi implantasi embrio, lapisan ini akan luruh. Perdarahan ini terjadi secara periodik, jarak waktu antar menstruasi dikenal dengan satu siklus menstruasi hormonal (Susanti, 2022).

Menstruasi atau haid adalah proses keluarnya darah dari dalam rahim yang terjadi karena luruhnya dinding rahim bagian dalam yang mengandung banyak pembuluh darah dan sel telur pada organ wanita yang tidak dibuahi. Proses menstruasi dapat terjadi dikarenakan sel telur pada organ wanita tidak dibuahi, hal ini menyebabkan endometrium atau lapisan dinding rahim menebal dan menjadi luruh yang kemudian akan mengeluarkan darah melalui saluran reproduksi wanita. Normal siklus menstruasi adalah 21 hari sampai 35 hari yang ditandai dengan keluarnya darah sebanyak 10 hingga 80 ml per hari. Menstruasi atau haid yang terjadi dengan siklus lebih dari 35 hari termasuk kategori siklus yang tidak normal, hal ini terjadi karena banyaknya penyebab seperti keadaan hormon yang tidak seimbang, stres, penggunaan KB atau karena tumor (Utami, dkk 2023). Menstruasi atau haid pada wanita terjadi melalui empat fase, yaitu fase menstruasi, fase folikuler, fase ovulasi dan fase luteal.

#### 1. Fase menstruasi (hari ke 1-5)

Fase menstruasi dimulai pada hari pertama menstruasi dan berlangsung hingga hari ke-5 siklus menstruasi. Peristiwa berikut terjadi selama fase ini:

- a. Rahim melepaskan lapisan dalam jaringan lunak dan pembuluh darah yang keluar dari tubuh dan atau dari vagina dalam bentuk cairan menstruasi.
- b. Kehilangan darah 10 sampai 80 ml dianggap normal.

- c. Selama fase ini kram dapat terjadi karena kontraksi rahim dan otot perut untuk mengeluarkan cairan menstruasi.
2. Fase folikular (hari ke 1-13)

Pada fase folikular terjadi pelepasan hormon Follicle Stimulating Hormone (FSH) oleh kelenjar hipofis yang berperan sebagai pembuat folikel pada ovarium sampai menjadi matang. Pada fase ini terjadi peningkatan hormon estrogen.
3. Fase Ovulasi (hari ke 14)

Pada fase ini yang terjadi pada hormon estrogen sedang meningkat dan hormon luteinizing pada sel telur yang telah matang akan dilepaskan menuju tuba fallopi dan bertahan selama kurang lebih 12 sampai 24 jam.
4. Fase Luteal (hari ke 16-23)

Fase luteal adalah fase terakhir yang terjadi pada hari kelima belas siklus menstruasi berakhir. Bekas folikel yang telah ditinggalkan sel telur akan membentuk korpus luteum yang kemudian menghasilkan hormon progesteron.

Siklus menstruasi normal biasanya terjadi pada interval waktu yang sama setiap bulannya. Sedangkan siklus yang dianggap tidak normal adalah bila tidak teratur setiap bulannya atau perdarahan lebih hebat atau lebih ringan dari biasanya.

Lama menstruasi biasanya antara 3-5 hari, ada yang 1-2 hari diikuti darah sedikit-sedikit kemudian ada yang 7-8 hari. Pada setiap wanita biasanya lama menstruasi itu tetap. Jumlah darah yang keluar rata-rata 16 cc, bila lebih dari itu maka darah menstruasi bersifat patologik (N Pangih, 2015).

Adapun beberapa gangguan menstruasi/ haid yang dialami oleh sebagian wanita yaitu:

## **Premenstrual Syndrom**

Premenstrual syndrome (PMS) adalah serangkaian gejala fisik, emosional dan perilaku yang terjadi selama minggu terakhir fase luteal (seminggu sebelum menstruasi) disebagian besar siklus. Gejala dapat didasarkan pada emosi seperti lekas marah atau depresi dan memiliki gejala fisik seperti nyeri pada payudara dan kembung pada perut. Gejala PMS dapat menjadi lebih buruk saat berusia akhir 30-an atau 40-an dan mendekati masa menopause (Utami, dkk; 2023).

Penyebab PMS tidak diketahui secara pasti, namun yang dipercaya adalah dari perubahan hormon yang berkaitan dengan siklus menstruasi. Gejala biasanya muncul setelah ovulasi, saat indung telur melepaskan sel telur. Tingkat hormon estrogen dan progesteron menurun sekitar waktu mendekati waktu ovulasi. Dan gejala berkurang beberapa hari setelah menstruasi, saat kadar hormon pelan-pelan mulai meningkat. Fluktuasi hormon ini kemungkinan dapat menjadi peyebab terjadinya PMS (Dennerstein et al., 2011; Utami et al., 2023).

Efek PMS berkaitan dengan perubahan hormonal yang terjadi selama siklus menstruasi. Pada saat menstruasi hormon estrogen turun dan progesteron naik, pola pergeseran siklus secara fisiologis yang terjadi diseluruh tubuh pada minggu dan hari sebelum menstruasi. Beberapa pola hormonal dan fisiologis dan pengaruhnya terhadap PMS meliputi:

1. Perubahan hormon menyebabkan payudara nyeri dan bengkak
2. Perubahan hormon memicu kontraksi rahim yang menyebabkan kram perut dan uterus.
3. Variasi metabolisme mempengaruhi nafsu makan, berat badan, pembengkakan dan tingkat energi tubuh.
4. Perubahan neurotransmitter mempengaruhi suasana hati, tidur, gejala pencernaan dan dapat memicu migran.

5. Perubahan vasikuler dapat mempengaruhi migran dan dapat menyebabkan pembengkakan pada lengan dan kaki (Rapkin & Akopians, 2012; Utami et al., 2023).

Untuk diagnosis PMS memiliki setidaknya satu gejala yang terjadi dalam 5 hari dari siklus menstruasi dan kemudian hilang dalam 4 hari setelah menstruasi berakhir. Terdapat sejumlah efek fisik, emosional dan kognitif yang terjadi sebagai bagian PMS. Gejala umum meliputi: kram perut pada bagian uterus, perut kembung, nyeri payudara, emosi tidak terkontrol, kesedihan serta kecemasan.

Faktor risiko pada PMS cenderung terjadi dalam anggota keluarga karena memiliki kondisi lingkungan dan genetik yang sama. Pada pengobatan premenstrual syndrom, gejala pada akhirnya hilang begitu mengalami menopause. Adapun obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi gejala yaitu:

1. NSAID: obat antiinflamasi nonsteroid dapat meredakan nyeri payudara dan kram menstruasi jika meminumnya selama menstruasi atau sekitar waktu gejala dimulai.
2. Kontrol hormonal: obat-obatan yang mencegah terjadinya ovulasi ini dapat meredakan gejala fisik seperti nyeri tekan.
3. Obat antidepresan dan anti kecemasan: selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) adalah jenis antidepresan yang paling umum diresepkan seperti fluoxetine, paroxetine, dan setraline.
4. Diuretik dapat meredakan gejala seperti kembung dan nyeri payudara.

Modifikasi gaya hidup untuk menghilangkan rasa sakit dan melawan gejala PMS berhubungan suasana hati meliputi: olahraga teratur, diet sehat, istirahat cukup, latihan relaksasi. Serta ditambahkan dengan mengkonsumsi vitamin dan mineral yang berupa kalsium, magnesium, vitamin B6, omega-3 serta suplemen herbal (Utami dkk, 2023).

## **Amenorea**

Amenorea adalah kondisi saat perempuan berusia subur gagal mendapatkan menstruasi pada jadwal yang seharusnya. Seseorang dikatakan amenorea jika tidak kunjung menstruasi hingga usia 15 tahun atau tidak mengalami menstruasi selama tiga siklus atau lebih secara berturut-turut (Verma et al., 2021).

Menurut WHO, amenorea sebagai penyebab utama keenam terbesar infertilitas wanita dan mempengaruhi 2-5% dari semua wanita usia subur. Amenorea tidak mengancam jiwa seseorang, namun hilangnya siklus menstruasi dikaitkan dengan risiko tinggi adanya patah tulang pinggul. Studi terbaru menunjukkan bahwa obesitas pada masa kanak-kanak dapat berkontribusi pada awal menarche (Nawaz & Rogol, 2023).

Terdapat dua klasifikasi amenorea yang mengacu pada waktu berhentinya menstruasi (Begum et al., 2016)

### **1. Amenorea Primer**

Amenorea primer terjadi ketika seorang wanita tidak mulai menstruasi pada usia 15 tahun. Anak perempuan yang tidak menunjukkan tanda-tanda perkembangan seksual (perkembangan payudara dan rambut kemaluan) pada usia 13 tahun harus dievaluasi.

Penyebab umum amenorea primer meliputi:

- a. Masalah kromosom atau genetik
- b. Masalah hormonal yang berasal dari masalah dengan hipotalamus atau kelenjar pituitari.
- c. Masalah struktural pada organ reproduksi, seperti bagian sistem reproduksi yang hilang.

### **2. Amenorea sekunder**

Amenorea sekunder terjadi ketika menstruasi yang sebelumnya teratur namun berhenti setidaknya selama 3 bulan.

Penyebab umumnya meliputi

- a. Kehamilan (penyebab paling umum dari amenorea sekunder)
- b. Menyusui
- c. Menopause
- d. Beberapa metode KB, seperti Depo Provera, Intrauterine Device (IUD) dan pil KB tertentu
- e. Kemoterapi dan terapi radiasi kanker
- f. Operasi rahim sebelumnya

Gejala utama amenorea yang dialami penderita amenorea meliputi:

(Seaborg, 2017: Verma et al, 2021).

1. Hot flashes (perasaan hangat secara tiba-tiba, biasanya terasa pada bagian wajah, leher dan dada serta mengeluarkan banyak keringat yang disebabkan oleh menopause).
2. Kekeringan vagina
3. Sakit kepala
4. Perubahan penglihatan
5. Jerawat

Tes yang perlu dilakukan untuk diagnosis amenorea adalah:

1. Tes kehamilan
2. Tes darah untuk memeriksa kadar hormon dan mendeteksi kelenjar tiroid adrenal
3. Tes genetik, jika memiliki insufisiensi ovarium primer dan lebih muda 40 tahun
4. MRI, jika dicurigai adanya masalah dengan kelenjar hipofisis dan hipotalamus

Faktor risiko untuk amenorea meliputi:

1. Riwayat keluarga amenorea dan menopause dini
2. Kondisi genetik atau kromosom yang mempengaruhi siklus haid

3. Gangguan makan
4. Berolahraga berlebihan atau kurang
5. Diet yang buruk
6. Stres
7. Penyakit kronis (Mulyani et al., 2020).

Manajemen terapi jika menstruasi berhenti karena menopause atau kehamilan maka tidak perlu mengobatinya. Dalam kasus lain, perawatan diperlukan tergantung pada penyebabnya, termasuk:

1. Menurunkan berat badan melalui diet dan olahraga (jika penyebabnya adalah kelebihan berat badan)
2. Menambah berat badan melalui rencana diet individual (jika penyebabnya adalah penurunan berat badan yang ekstrim)
3. Teknik manajemen stres
4. Perawatan hormonal (obat-obatan\_ seperti yang ditentukan oleh penyedia layanan kesehatan.
6. Pembedahan (dalam kasus yang jarang terjadi), pembedahan direkomendasikan jika memiliki masalah genetik atau kromosom: tumor hipofisis: jaringan parut.
  - a. Terapi ekstrogen untuk meredakan hot flashes dan vagina kering
  - b. Suplemen kalsium dan vitamin D untuk menjaga tulang tetap kuat.

### **Dismenorea**

Dismenorea adalah sensasi kram atau nyeri yang menyakitkan diperut bagian bawah yang sering disertai dengan berkeringat dingin, takikardia, sakit kepala, mual muntah, diare dan gemetar. Hal ini beberapa hari sebelum atau selama menstruasi/ haid (Yesuf et al., 2018).

Dismenorea merupakan nyeri menstruasi yang dapat mengganggu aktivitas normal dan menyebabkan wanita mencari perawatan medis. Hal ini disebabkan karena

peningkatan kadar prostaglandin dan ketidakseimbangan kadar progesteron (Natosba, 2020).

Prevalensi dismenorea secara umum menunjukkan frekuensi yang tinggi dan bervariasi dari berbagai negara di dunia. Di Indonesia 70% wanita mengalami dismenorea (Armour, 2019). Salah satu studi di Ghana melaporkan bahwa kasus dismenorea sebesar 83,6%, yang rasa nyeri dimulai sebelum aliran darah menstruasi keluar dan nyeri berlangsung tiga hari atau sampai masa menstruasi/haid terhenti (Ameade, 2018). Data epidemiologi menunjukkan bahwa tingkat dismenorea yang dialami lebih tinggi pada wanita yang bekerja dibandingkan dengan wanita tidak bekerja dan rata-rata dismenorea dialami oleh wanita yang berumur 20-25 tahun dan sering berkurang setelah kehamilan pertama (Barcikowska, 2020).

Dismenorea dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

1. Dismenorea primer

Dismenorea primer didefinisikan sebagai nyeri menstruasi tanpa adanya patologi ginekologi yang jelas. Pelepasan pada endometrium serta ketidakseimbangan dari prostanoid dan eikosanoid selama siklus menstruasi yang menyebabkan uterus berkontraksi lebih sering dan tidak teratur yang akhirnya menyebabkan nyeri selama menstruasi (Al-Matouq, 2019).

2. Dismenorea sekunder

Hal ini didefinisikan sebagai nyeri menstruasi yang disebabkan oleh adanya patologi yang jelas dan dapat terjadi bertahun-tahun setelah menarche. Patologi terkait dengan penyakit endometriosis, penyakit radang panggul, kista ovarium, adenomiosis dan mioma uteri (Al-Matouq, 2019).

Berdasarkan intensitas nyeri, dismenorea dibagi menjadi tiga, yaitu:

1. Dismenorea ringan yang diartikan sebagai nyeri ringan yang tidak mengganggu aktivitas sehari-hari

dan jarang membutuhkan terapi obat atau penghilang rasa sakit.

2. Dismenorea sedang yaitu nyeri sedang yang dirasakan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, terdapat gejala seperti sakit kepala, kelelahan, mual muntah dan diare. Nyeri dapat dikelola oleh penghilang rasa sakit/nyeri.
3. Dismenorea berat diartikan sebagai nyeri hebat yang mengganggu aktivitas dengan jelas, terdapat gejala seperti sakit kepala, kelelahan, mual muntah dan diare. Dan terkadang memerlukan perawatan yang lebih intensif di rumah sakit.

Disemnorea primer terjadi dengan adanya peningkatan sintesis dan pelepasan prostaglandin secara berlebihan, yang menyebabkan hiperkontraktilitas miometrium yang mengakibatkan iskemia dan hipoksia pada otot rahim dan selanjutnya menimbulkan rasa nyeri (Guemaraes & Povia, 2020).

Presentasi dismenorea sekunder adalah situasi klinis dimana nyeri haid dapat disebabkan oleh penyakit dan kelainan struktural. Hipersekresi prostaglandin dari lapisan dalam rahim, prostaglandin  $F_{2\alpha}$  dan prostaglandin  $PGF_2$  meningkatkan tonus uterus dan juga menyebabkan kontraksi uterus dengan amplitudo tinggi. Vasipresin telah dikaitkan dengan dismenorea primer, vasopresin meningkatkan kontraktilitas uterus dan dapat menyebabkan nyeri iskemik karena efek vasokonstriksi (Nagy & Khan, 2023).

Diagnosis dismenorea primer sebagian besar dibuat berdasarkan pada riwayat medis dan pemeriksaan fisik. Pada dismenorea primer diperoleh pemeriksaan riwayat yang konsisten dan pemeriksaan panggul normal serta tidak ada indikasi pemeriksaan laboratorium. Diagnosis dismenorea sekunder ditandai dengan nyeri menstruasi dimulai setelah beberapa tahun periode menstruasi tanpa rasa sakit. Nyeri konsisten yang dirasakan saat masa menstruasi serta gejala lain yang hadir, termasuk gejala ginekologi lainnya seperti dispareunia, keputihan,

menoragia, perdarahan intermenstruasi dan perdarahan postcoital.

Faktor risiko terkait dengan dismenoreia adalah usia, gaya hidup tidak sehat (merokok), berat badan berlebihan, nuliparitas, genetik serta adanya gangguan sosial.

Manajemen terapi dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pada penderita, diantaranya yaitu:

1. Terapi farmakologis
  - a. Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)
  - b. Pil kontrasepsi oral
  - c. Pil progestin
2. Terapi non farmakologis

Penatalaksanaan dismenoreia dengan terapi ini dengan meminimalkan efek zat kimia yang terkandung dalam obat. Diantaranya yang dapat dilakukan yaitu

- a. Terapi massase
- b. Terapi kompres hangat
- c. Yoga
- d. Senam
- e. Aromaterapi.

### **Oligomenoreia**

Oligomenoria merupakan suatu kondisi dengan siklus menstruasi tidak terjadi (lebih dari 35 hari). Hal ini sangat umum dialami pada masa remaja awal dan biasanya menunjukkan masalah medis (Begun et al., 2016).

Sekitar 12% hingga 15,3 % orang mengalami oligomenoreia di beberapa negara. 10% hingga 20% orang dengan masalah kesuburan. Oligomenoreia sering terjadi bersamaan dengan sindrom ovarium polikistik (PCOS) (Gaete et al., 2010; He et al., 2020; Panidis et al, 2023).

Kondisi yang menyebabkan ketidakseimbangan hormon dalam tubuh sering menjadi penyebab oligomenorea. Organ reproduksi dan kelenjar diotak menghasilkan berbagai hormon yang mengatur siklus menstruasi. Penyebab oligomenorea meliputi:

1. PCOS

PCOS menyebabkan tubuh memproduksi terlalu banyak hormon yang disebut androgen (seperti testosteron) yang dapat mengganggu ovulasi (ketika indung telur melepaskan sel telur).

2. Sindrom *Cushing*

Sindrom *cushing* membuat tubuh memproduksi terlalu banyak hormon kortisol yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon yang mempengaruhi siklus menstruasi.

3. Prolaktinoma

Prolaktinoma merupakan tumor yang menyebabkan kelenjar pituitari memproduksi terlalu banyak hormon prolaktin dan terlalu sedikit hormon seks (hormon ekstrojen) yang dibutuhkan untuk siklus menstruasi normal.

4. Hipertoroidisme

Kelenjar tiroid akan memicu kelenjar pituitari untuk membuat terlalu banyak prolaktin dan hormon ekstrojen.

5. Hiperplasia Adrenal kongenital

Suatu kondisi yang dialami sejak lahir mencegah kelenjar adrenal memproduksi cukup enzim untuk membuat hormon yang dibutuhkan menormalkan siklus menstruasi.

6. Radang panggul

Infeksi menular seksual (IMS) yang tidak diobati dapat menyebabkan radang panggul. Infeksi dan peradangan yang diakibatkannya dapat mengganggu siklus menstruasi.

7. Sidrom Asherman (Perlengketan endometrium)

Jaringan parut pada rahim atau leher rahim setelah melakukan operasi ginekologi, seperti pelebaran dan kuretase dapat mengganggu aliran menstruasi normal.

8. Diabetes

Oligomenorea telah dikaitkan dengan diabetes tipe 1 dan 2. Hal ini terjadi pada orang yang kekurangan berat badan (DM tipe 1) dan kelebihan berat badan (DM tipe 2).

9. Aktivitas fisik yang ekstrim

Memaksakan diri secara berlebihan dalam berolahraga dapat membuat tubuh tegang sehingga tidak dapat melakukan proses rutin yang krusial seperti menstruasi.

10. Obat-obatan termasuk kontrasepsi hormonal seperti KB pil, antipsikotik dan anti epilepsi.

Hormon siklus menstruasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berbeda, namun jika siklus menstruasi tidak segera kembali normal maka perlu untuk diketahui penyebab dengan jangka waktu menstruasi yang abnormal yaitu:

1. Siklus menstruasi akan lebih lama >35 hari tanpa periode
2. Memiliki <9 periode dalam setahun
3. Siklus menstruasi tidak teratur
4. Menstruasi lebih ringan dari biasa

Gejala oligomenorea meliputi timbulnya jerawat, sakit kepala, hot flashes, sakit perut, keputihan gangguan pertumbuhan rambut berlebih pada wajah dan tubuh.

Faktor risiko yang berkaitan dengan oligomenorea adalah:

1. Berat badan

Perubahan berat badan dapat mempengaruhi menstruasi. Hal ini berhubungan erat dengan adanya

gangguan hormon reproduksi wanita yaitu progesteron, estrogen, FSH dan LH. Status gizi pada dasarnya dipengaruhi oleh adanya infeksi dan asupan makanan.

## 2. Umur

Pada usia remaja muda yang mengalami menstruasi sering terjadi ketidakaturan siklusnya yang diakibatkan oleh penyesuaian hormon di dalam tubuh. Setelah 1 sampai 2 tahun setelah menarche, siklus menstruasi pada umumnya akan kembali teratur.

## 3. Stres

Stres menyebabkan perubahan sistemik tubuh berkaitan dengan sistem saraf dan hipotalamus yang dapat mempengaruhi elevasi kortisol basal dan menurunkan hormon LH (Setyawati, 2018).

Pengobatan untuk oligomenorea tergantung dari penyebabnya. Jika oligomenroa diakibatkan gangguan hormon maka yang dilakukan adalah melakukan terapi hormon, pembedahan jika terdapat tumor yang memproduksi hormon berlebihan. Serta perubahan gaya hidup terkait dengan berat badan yang abnormal dan stres yang berlebihan (Davis & Sparzak, 2023).

## Daftar Pustaka

- Ameade, E.P. K., Amalba, A., & Mohammed, B. S (2018). Prevalensi of Dismenorehea among University Students in Nortern Ghana: its Impack and Management Strategies. BMC Women's Health, 18 1-9.  
<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0532-1>.
- Barcikowska, Z., Dysmenorrhea and Associated Factors among Polish Women: A Cross-Sectional Study. Pain Research and Management, 2020, 1-10  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32733624/>
- Begum, M., Das, S., & Sharma, H.K (2016). Menstruasi Disorders; Causes and Natural Remedies. Journal of Pharmaceutical, Chemical an Biological Sciences, 4 (2). 307-320.
- Davis, E., & Sparzak, P.B. (2023). Abnormal Uterine Bleeding. StarPearls Publishing LCC.
- Guimaraes, I., & Povia, A. M. (2020). Primary Dysmenorrhea: Assesment and Treatment. Revisa Brasileira de Ginecologia e Obsetricia.  
<https://www.semanticscholar.org/paper/Primary-Dysmenorrhea%3A-Assessment-and-Treatment-Guimar%C3%A3es-P%C3%B3via/2c664269147bb1904a3656e0488bbe36414c0b1>
- InformedHealth.org. (2020). Heavy Periods: Overview, IQWiG (Institute foor Qualit and Efficiency in Health Care). [https://www.informedhealth.org/heavy-periods\\_20291.html](https://www.informedhealth.org/heavy-periods_20291.html)
- Mulyani, E., Handajani, Safriana, R. E. (2020). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita. Literasi Nusantara.
- Nagy, H., & Khan, M.A. (2023). Dysmenorrhea, Stat Pearls Publishing LLC.

- Natosba, J. (2020). Prevention of Dysmenorrhea. Conference of Medical Sciences Dies Natalis Faculty of Medicine Universitas Sriwijaya, 2(1), 153-184.
- Nawaz, G., & Rogol, A. D. 2023. Amenorrhea. Stat Pearls Publishing LLC.
- Panggih, N. (2015). Hubungan Lama Menstruasi, Stres dan Kebiasaan Olahraga dengan Kejadian Dismenoreia di SMK SWAGAYA 2 Purwokerto. (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Purwokerto).
- Utami Uji, et al (2023). Kenali, Cegah, dan Atasi Gangguan Menstruasi. Pekalongan: Nasya Expanding Management.
- Susanty, S.D., Hutomo, C., Mirania, A.N., Yuniarti (2021) "Kesehatan Reproduksi Masyarakat (J. Simarmata, Ed.) Yayasan Kita Menuli.
- Verma, A., Manea, A., Koci, T.M., & Eckert, K. L. (2021). Primary Amenorrhea and Hyperandrogenism: Presenting Features of a Growth Hormone Producing Pituitary Adenoma in a Female Adolescent. Journal of the Endocrine Society, 5 (Supplement 1), A705-A705.
- Mareti Silvia (2022). Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Di Kota Pangkalpinang. Jurnal Keperawatan Sriwijaya, Volume 9 Nomor 2, Juli 2022 file:///C:/Users/User/Downloads/(04)+SILVIA+MAR ETI.pdf
- Ningsih, E. S. 2021. Kesehatan Reproduksi Remaja. Jakarta: Salemba Medika.
- Setyawati, A. S. (2018). Pengaruh Status Gizi terhadap Oligomenoreia pada Mahasiswa FK Unismuh Angkatan 2015 dan 2016. Universitas Muhammadiyah Makassar.

Tim Direktorat Sekolah Dasar (2020). Buku Panduan Sekolah Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Reproduksi di Sekolah Dasar. Penerbit: Direktorat Sekolah Dasar Direktorat Jenderal PAUD, Pendidikan Dasar dan Pendidikan Menengah Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan  
[https://ditpsd.kemdikbud.go.id/upload/filemanager/download/uks/PANDUAN%20KESPRO%20SD%20-%20FINAL%202020\\_compressed.pdf](https://ditpsd.kemdikbud.go.id/upload/filemanager/download/uks/PANDUAN%20KESPRO%20SD%20-%20FINAL%202020_compressed.pdf)

### **Profil Penulis**



**Ns. Arlina Muhtar, S.Kep., M.Kes.**

Penulis dilahirkan di Pare-Pare pada tanggal 22 Desember 1989. Ketertarikan penulis terhadap pendidikan kesehatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Perguruan Tinggi Kesehatan di Stikes Nani Hasanuddin Makassar pada Tahun 2007. Dilanjutkan profesi Ners tahun 2011 di Stikes Nani Hasanuddin Makassar. Kemudian, penulis melanjutkan studi S2 di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Muslim Indonesia konsentrasi Kesehatan Reproduksi pada tahun 2014. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Ners Stikes Baramuli Pinrang. Penulis pernah menjabat sebagai Sekretaris Program Studi Profesi Ners dan dosen tetap di Kampus Stikes Nani Hasanuddin Makassar tahun 2011-2018. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu ikatan Perawat Maternitas (IPEMI) Sulawesi Selatan. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah keperawatan Maternitas. Selain itu, penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [arlinafr@gmail.com](mailto:arlinafr@gmail.com)

## FERTILITAS DAN FEKUNDITAS

**Ns. Yuliyanti Setiawati, S.Kep., M.Kes.**  
Stikes Baramuli Pinrang

### **Tinjauan Tentang Fertilitas dan Fekunditas**

Fertilitas sebagai istilah demografi diartikan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari seseorang wanita atau sekelompok wanita. Dengan kata lain fertilitas ini menyangkut banyaknya bayi yang lahir hidup. Fekunditas, sebaliknya, merupakan potensi fisik untuk melahirkan anak. Jadi merupakan lawan kata arti kata ferilitas. Natalitas mempunyai arti sama dengan fertilitas hanya berbeda ruang lingkupnya. Fertilitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk sedangkan natalitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk dan reproduksi manusia (Daeng wanda, 2005).

Istilah fertilitas sering disebut dengan kelahiran hidup (live birth) yaitu terlepasnya bayi dari rahim seorang wanita dengan adanya tanda-tanda kehidupan, seperti bernapas, berteriak, bergerak, jantung berdenyut dan lain sebagainya. Sedangkan paritas merupakan jumlah anak yang telah dipunyai oleh wanita. Apabila waktu lahir tidak ada tanda-tanda kehidupan, maka disebut dengan lahir mati (still live) yang di dalam demografi tidak dianggap sebagai suatu peristiwa kelahiran.

Pengukuran fertilitas lebih kompleks dibandingkan dengan pengukuran mortalitas (kematian), karena seorang wanita hanya meninggal sekali, tetapi dapat melahirkan lebih dari seorang bayi. Kompleksnya pengukuran fertilitas ini karena kelahiran melibatkan dua

orang (suami dan istri), sedangkan kematian hanya melibatkan satu orang saja (orang yang meninggal).

Fertilitas atau yang sering dikenal dengan kelahiran dapat diartikan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari penduduk (actual reproduction performance) atau jumlah anak hidup yang dilahirkan oleh seorang atau sekelompok perempuan. Kelahiran yang dimaksud hanya mencakup kelahiran hidup, yaitu bayi yang dilahirkan menunjukkan tanda-tanda hidup meskipun hanya sebentar dan terlepas dari lamanya bayi itu dikandung. Natalitas mempunyai arti sama dengan fertilitas, hanya berbeda ruang lingkupnya, dimana fertilitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk, sedangkan natalitas mencakup peranan kelahiran pada perubahan penduduk dan reproduksi manusia (Rusli, 1985).

Menurut Hatmaji (1981), terdapat konsep-konsep lain yang terkait dengan pengertian fertilitas dan penting untuk diketahui, yaitu:

1. Lahir hidup (live birth), adalah kelahiran bayi tanpa memperhitungkan lamanya di dalam kandungan, dimana si bayi menunjukkan tanda-tanda kehidupan, seperti bernafas, ada denyut jantung, dan gerakan-gerakan otot;
2. Fecunditas, adalah kemampuan secara potensial seorang wanita untuk melahirkan anak;
3. Steril, adalah ketidakmampuan seorang pria atau wanita dalam menghasilkan suatu kelahiran;
4. Natalitas, adalah kelahiran yang merupakan komponen dari perubahan penduduk;
5. Abortus, adalah kematian bayi dalam kandungan dengan umur kehamilan kurang dari 28 minggu. Ada dua macam abortus:
  - a. disengaja (induced),
  - b. tidak disengaja (spontaneus).
6. Abortus yang disengaja lebih sering dikenal dengan istilah aborsi, sedangkan yang tidak disengaja lebih sering dikenal dengan istilah keguguran;

7. Lahir mati (still birth), adalah kelahiran seorang bayi dari kandungan yang kehamilannya berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda- tanda kehidupan
8. Masa Reproduksi (Childbearing age) atau usia subur, masa dimana wanita mampu melahirkan, yaitu usia 15-49 tahun
  - a. Usia 15 tahun: menarche/menstruasi
  - b. Usia 49 tahun: menopause
  - c. Wanita usia subur (WUS): wanita berusia 15-49 tahun
  - d. Pasangan Usia Subur (PUS): pasangan suami isteri, dimana isteri berusia 15-49 tahun.

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), yang dimaksud dengan fertilitas adalah kemampuan untuk menghasilkan keturunan, sedangkan menurut Sembiring (dalam Hendry, 2009) fertilitas adalah taraf kelahiran yang sesungguhnya berdasarkan jumlah kelahiran yang telah terjadi (lahir hidup).

Menurut Leibenstein (dalam Sri Harjati Hatmadji, 1981), anak dapat dilihat dari dua aspek, yaitu aspek kegunaannya (utility), dan aspek biaya (cost). Kegunaannya adalah memberikan kepuasan, dapat memberikan balas jasa ekonomi atau sebagai sumber yang dapat menghidupi orangtua di masa depan, sedangkan aspek biaya adalah pengeluaran untuk membesarkan anak tersebut. Biaya tambahan memiliki anak dapat dibedakan atas biaya langsung dan biaya tidak langsung. Yang dimaksud biaya langsung adalah biaya yang dikeluarkan dalam memelihara anak, seperti memenuhi kebutuhan sandang dan pangan 12 anak sampai ia dapat berdiri sendiri. Adapun yang dimaksud dengan biaya tidak langsung adalah kesempatan yang hilang karena adanya tambahan seorang anak, misalnya, seorang ibu tidak dapat bekerja lagi karena harus merawat anak, kehilangan penghasilan selama masa hamil, atau berkurangnya mobilitas orangtua yang mempunyai tanggungan keluarga besar.

Dari pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa fertilitas adalah suatu ukuran dari hasil reproduksi wanita yang dinyatakan dengan jumlah bayi lahir hidup. Semakin tinggi tingkat pertumbuhan kelahiran, maka akan semakin tinggi jumlah penduduk. Tingginya tingkat fertilitas akan membawa dampak kepada kehidupan sosial ekonomi penduduk.

### **Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Fertilitas**

Menurut Davis dan Blake (dalam Sri Harjati Hatmadji, 1981) terdapat tiga tahap penting dari proses reproduksi, yaitu:

1. Tahap hubungan kelamin (*intercourse*)
2. Tahap konsepsi (*conception*)
3. Tahap kehamilan (*gestation*)

Faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi fertilitas akan melalui faktor-faktor yang langsung ada kaitannya dengan ketiga tahap reproduksi di atas. Faktor-faktor yang langsung mempunyai kaitan dengan ketiga tahap tersebut disebut “Variabel Antara”. Ada 11 variabel antara yang mempengaruhi fertilitas, yang masing-masing dikelompokkan dalam tiga tahap proses reproduksi, yaitu:

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan kelamin (*intercourse*)
  - a. Umur memulai hubungan kelamin
  - b. Selibat permanen, yaitu proporsi wanita yang tidak pernah mengadakan hubungan kelamin
  - c. Lamanya berstatus kawin
  - d. Abstinensi sukarela
  - e. Berpantang (abstinensi) terpaksa (misal: sakit, berpisah sementara)
  - f. Frekuensi hubungan seksual (senggama)
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya konsepsi (*conception*)

- a. Kesuburan (fekunditas) atau kemandulan (infekunditas) yang disebabkan hal-hal yang tidak disengaja
- b. Menggunakan atau tidak menggunakan metode kontrasepsi :
  - 1) Menggunakan cara-cara mekanik dan atau bahan-bahan kimia
  - 2) Menggunakan cara-cara lain

Kesuburan (fekunditas) atau kemandulan (infekunditas) yang disebabkan hal-hal yang disengaja (misal, sterialisasi)
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan :
  - a. Mortalitas janin yang disebabkan oleh faktor-faktor yang tidak disengaja
  - b. Mortalitas janin oleh faktor-faktor yang disengaja

Menurut Davis dan Blake (dalam Mundiharno, 2010), variabel-variabel di atas terdapat pada semua masyarakat, sebab masing-masing variabel memiliki pengaruh (nilai) positif dan negatifnya sendiri-sendiri terhadap fertilitas. Misalnya, jika pengguguran tidak dipraktekkan maka variabel nomor 11 tersebut bernilai positif terhadap fertilitas, artinya, fertilitas dapat meningkat karena tidak ada pengguguran. Dengan demikian ketiadaan variabel tersebut 14 menimbulkan pengaruh terhadap fertilitas, hanya pengaruhnya bersifat positif. Karena di suatu masyarakat masing-masing variabel bernilai negatif atau positif maka angka kelahiran yang sebenarnya tergantung kepada neraca netto dari nilai semua variabel.

Menurut Freedman (dalam Endru Setia Adi, 2013), Variabel antara (intermediate variables) yang berpengaruh langsung terhadap fertilitas pada dasarnya juga dipengaruhi oleh norma-norma yang berlaku di suatu masyarakat. Pada akhirnya perilaku fertilitas seseorang dipengaruhi oleh norma-norma yang ada, yaitu norma tentang besarnya keluarga dan norma tentang “variabel antara”. Selanjutnya norma-norma tentang besarnya

keluarga dan variabel antara dipengaruhi oleh tingkat mortalitas dan struktur sosial ekonomi yang ada di masyarakat.

Menurut Freedman (dalam Rusli, 1985), variabel antara (intermediate variables) yang dikemukakan Davis dan Blake menghubungkan antara “norma-norma fertilitas” yang sudah mapan diterima masyarakat dengan jumlah anak yang dimiliki (outcome). Ia mengemukakan bahwa “norma fertilitas” yang sudah mapan diterima oleh masyarakat dapat sesuai dengan fertilitas yang diinginkan seseorang. Selain itu, norma sosial dianggap sebagai faktor yang dominan.

Freedman (dalam Mundiharno, 2010), secara umum mengatakan bahwa salah satu prinsip dasar sosiologi adalah bahwa para anggota suatu masyarakat akan menghadapi suatu masalah yang timbul berkali-kali dan membawa konsekuensi sosial yang penting. Mereka cenderung menciptakan suatu cara penyelesaian normatif terhadap masalah tersebut. Cara penyelesaian ini merupakan serangkaian aturan tentang bertingkah laku dalam suatu situasi tertentu dan menjadi sebagian dari kebudayaannya serta masyarakat mengindoktrinasikan kepada para anggotanya untuk menyesuaikan diri dengan norma tersebut, baik melalui ganjaran (rewards) maupun hukuman (penalty) yang implisit dan eksplisit. Karena jumlah anak yang akan dimiliki oleh sepasang suami istri itu merupakan masalah yang sangat universal dan penting bagi setiap masyarakat, maka akan terdapat suatu penyimpangan sosiologis apabila tidak diciptakan budaya penyelesaian yang normatif untuk mengatasi masalah ini.

Jadi norma merupakan “resep” untuk membimbing serangkaian tingkah laku tertentu pada berbagai situasi yang sama. Norma merupakan unsur kunci dalam teori sosiologi tentang fertilitas. Dalam artikelnya yang berjudul “Theories of 16 Fertility Decline: a Reappraisal”, Freedman (dalam Mundiharno, 2010), juga mengemukakan bahwa tingkat fertilitas yang cenderung terus menurun di beberapa negara pada dasarnya bukan semata-mata akibat variabel-variabel pembangunan makro seperti

urbanisasi dan industrialisasi, tetapi akibat bertambahnya jumlah penduduk yang melek huruf serta berkembangnya jaringan-jaringan komunikasi dan transportasi.

Menurut Mantra (dalam Ali Rakhmatullah, 2015), terdapat sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi tingkat fertilitas, yaitu

1. faktor demografi yang terdiri dari: komposisi umur, status perkawinan, umur kawin pertama, fekunditas, dan proporsi penduduk yang berstatus kawin, dan
2. faktor non demografi, diantaranya ekonomi penduduk, tingkat pendidikan, perbaikan status wanita, urbanisasi, dan industrialisasi. Faktor-faktor tersebut dapat berpengaruh langsung ataupun tidak langsung terhadap fertilitas. Selain itu faktor sosial juga sangat mempengaruhi, seperti tingkat pendidikan ibu, status ketenagakerjaan ibu, usia kawin pertama ibu, penggunaan alat kontrasepsi dan tingkat pendapatan orang tua.

### **Pengukuran Fertilitas**

Pengukuran fertilitas memiliki dua macam pengukuran, yaitu pengukuran fertilitas tahunan dan pengukuran fertilitas kumulatif. Pengukuran fertilitas tahunan (*vital rates*) adalah mengukur jumlah kelahiran pada tahun tertentu yang dihubungkan dengan jumlah penduduk yang mempunyai resiko untuk melahirkan pada tahun tersebut. Sedangkan pengukuran fertilitas kumulatif adalah mengukur jumlah rata-rata anak yang dilahirkan oleh seorang wanita hingga mengakhiri batas usia subur.

1. Ukuran-ukuran fertilitas tahunan
  - a. Tingkat Fertilitas Kasar (Crude Birth Rate)

Tingkat fertilitas kasar adalah banyaknya kelahiran hidup pada suatu tahun tertentu tiap 1.000 penduduk pada pertengahan tahun. Dalam ukuran CBR, jumlah kelahiran tidak dikaitkan secara langsung dengan penduduk wanita, melainkan dengan penduduk secara keseluruhan.

$$CBR = \frac{B}{P_m} \times 1000$$

dimana:

CBR = Tingkat Kelahiran Kasar

$P_m$  = Penduduk pertengahan tahun

$K$  = Bilangan konstan yang biasanya 1.000

$B$  = Jumlah kelahiran pada tahun tertentu

Adapun kelemahan dalam perhitungan CBR yakni tidak memisahkan penduduk laki-laki dan penduduk perempuan yang masih kanak-kanak dan yang berumur 50 tahun ke atas. Jadi angka yang dihasilkan sangat kasar. Sedangkan kelebihan dalam penggunaan ukuran CBR adalah perhitungan ini sederhana, karena hanya memerlukan keterangan tentang jumlah anak yang dilahirkan dan jumlah penduduk pada pertengahan tahun.

b. Tingkat Fertilitas Umum (General Fertility Rate)

Tingkat fertilitas umum mengandung pengertian sebagai jumlah kelahiran (lahir hidup) per 1.000 wanita usia produktif (15-49 tahun) pada tahun tertentu. Pada tingkat fertilitas kasar masih terlalu kasar karena membandingkan jumlah kelahiran dengan jumlah penduduk pertengahan tahun. Tetapi pada tingkat fertilitas umum ini pada penyebutnya sudah tidak menggunakan jumlah penduduk pada pertengahan tahun lagi, tetapi jumlah penduduk wanita pertengahan tahun umur 15-49 tahun.

$$GFR = \frac{B_{15-49}}{P_{15-49}} \times k$$

Atau

$$GFR = \frac{B_{15-49}}{P_{15-49}} \times k$$

dimana:

GFR = Tingkat Fertilitas Umum

B = Jumlah kelahiran

Pf (15-49) = Jumlah penduduk wanita umur 15-49 tahun pada pertengahan tahun

K = Bilangan konstanta yang bernilai 1.000

Kelemahan dari penggunaan ukuran GFR adalah ukuran ini tidak membedakan kelompok umur, sehingga wanita yang berumur 40 tahun dianggap mempunyai resiko melahirkan yang sama besar dengan wanita yang berumur 25 tahun. Namun kelebihan dari penggunaan ukuran ini ialah ukuran ini cermat daripada CBR karena hanya memasukkan wanita yang berumur 15-49 tahun atau sebagai penduduk yang “exposed to risk”.

c. Tingkat Fertilitas menurut Umur (*Age Specific Fertility Rate*)

Diantara kelompok wanita usia 15-49 tahun terdapat variasi kemampuan melahirkan, karena itu perlu dihitung tingkat fertilitas wanita pada tiap-tiap kelompok umur.

$$ASFR_i = \frac{B_i}{P_{fi}} \times k$$

Dimana :

ASFR<sub>i</sub> = Tingkat Fertilitas menurut Umur

B<sub>i</sub> = Jumlah kelahiran bayi pada kelompok umur

P<sub>fi</sub> = Jumlah wanita kelompok umur pada pertengahan tahun

K = Angka konstanta, yaitu 1.000

Namun dalam pengukuran ASFR masih terdapat beberapa kelemahan diantaranya yaitu :

- 1) Ukuran ini membutuhkan data yang terperinci yaitu banyaknya kelahiran untuk

tiap kelompok umur sedangkan data tersebut belum tentu ada di tiap negara/daerah, terutama negara yang sedang berkembang. Jadi pada kenyataannya sukar sekali mendapatkan ukuran ASFR

- 2) Tidak menunjukkan ukuran fertilitas untuk keseluruhan wanita umur 15-49 tahun.

## 2. Ukuran-ukuran Fertilitas Kumulatif

### a. *Total Fertility Rate (TFR)*

Total Fertility Rate/ TFR adalah rata-rata jumlah anak yang dilahirkan seorang wanita sampai akhir masa reproduksinya. Rumus perhitungan TFR yaitu sebagai berikut.

### b. *Gross Reproduction Rates (GRR)*

Jumlah kelahiran bayi perempuan oleh 1000 perempuan sepanjang masa reproduksinya, dengan catatan tidak ada seorang perempuan yang meninggal sebelum mengakhiri masa reproduksinya

### c. *Net Reproduction Rates*

NRR adalah jumlah kelahiran bayi (pr) oleh sebuah kohor hipotesis dari 1000 (pr) dengan memperhitungkan kemungkinan meninggalkan para (pr) itu sebelum mengakhiri masa reproduksinya.

## **Study Kasus Tentang Fertilitas**

Jumlah penduduk Indonesia menempati urutan keempat di dunia. Tingkat pertumbuhan penduduknya juga tinggi. Sebenarnya jumlah penduduk yang besar dari suatu negara bukanlah suatu masalah, sebab apabila semua penduduknya memiliki kualitas SDM yang baik, maka justru akan memberikan kontribusi kepada negara. Masalah kependudukan di Indonesia sebagai berikut:

## **Masalah Penduduk yang Bersifat Kuantitatif**

Jumlah penduduk besar dalam suatu negara menjadi factor terpenting dalam pelaksanaan pembangunan karena menjadi subjek dan objek pembangunan. Manfaat jumlah penduduk yang besar:

1. Penyediaan tenaga kerja dalam masalah sumber daya alam
2. Mempertahankan keutuhan negara dari ancaman yang berasal dari bangsa lain.
3. Selain manfaat yang diperoleh, ternyata negara Indonesia yang berpenduduk besar, yaitu nomor 4 di dunia menghadapi masalah yang cukup rumit yaitu:
4. Pemerintah harus dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan hidupnya. Dengan kemampuan pemerintah yang masih terbatas masalah ini sulit diatasi sehingga berakibat seperti masih banyaknya penduduk kekurangan gizi makanan, timbulnya pemukiman kumuh.
5. Penyediaan lapangan kerja, sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan serta fasilitas sosial lainnya. Dengan kemampuan dana yang terbatas masalah ini sulit untuk diatasi

## **Sumber-Sumber Data Kependudukan**

Registrasi penduduk merupakan sumber data kependudukan yang sangat penting untuk tujuan keamanan dan perencanaan pembangunan kependudukan. Data ini disamping mencakup wilayah yang luas (lingkup Nasional), juga menyajikan data yang selalu baru dan kontinue sehingga dapat memenuhi kebutuhan data pada suatu saat. Ketersediaan data dan informasi kependudukan yang akurat dan tepat waktu merupakan unsur mutlak dalam perencanaan pembangunan. Data penduduk dari sumber ini disamping dapat digunakan untuk mengevaluasi program-program pembangunan yang telah berjalan, juga dapat digunakan untuk analisis jangka panjang dan yang lebih penting untuk perencanaan pembangunan kependudukan.

Namun demikian, hingga kini sumber data tersebut belum dapat dimanfaatkan secara optimal sehubungan dengan kendala kualitas dan kekomplitannya. Pemerintah telah berupaya meningkatkan kualitas data registrasi agar dapat dimanfaatkan untuk kesejahteraan penduduk.

## **Daftar Pustaka**

- BKKBN. (2001). Remaja Mengenai Dirinya.
- Dartiwen and Aryanti, M. (2022). Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Remaja dan Perimenopause. Digital. Edited by W. N. Cahyo. Yogyakarta.
- Fatkhiyah, N., Masturoh, M. and Atmoko, D. (2020). Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Jurnal Ilmiah Abdimas Mahakam, 45-48.
- Green, L. W. (1980) Health Education Planning. New York: The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co.
- Haryati H. dkk, (2023). Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia. Digital. Edited by I Putu Sudayasa, dkk. Purbalingga.
- Jalilah, N. H. and Prapitasari, R. (2020). Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. Pertama. Edited by Abdul. Indramayu.
- Jurnal Abdimas Mahakam. (2022). Kesehatan Reproduksi Remaja, 156. [Http://doi.org/10.24903/jam.v4i1.776](http://doi.org/10.24903/jam.v4i1.776).
- Kemenkes. (2018). Pentingnya Menjaga Kesehatan Reproduksi Saat Mentruiasi. Jakarta Selatan.
- Maksima et al. (2020). Remaja Sehat (RESEH) Sebagai Upaya Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja. Jurnal Ilmiah 34-43.
- <http://jurnal.unw.ac.id:1254/index.php/semnasbidan/article/view/817>

### **Profil Penulis**



**Ns. Yuliyanti Setiawati, S.Kep., M.Kes.**

Penulis di lahirkan di Makassar pada tanggal 22 Januari 1988 Ketertarikan penulis terhadap pendidikan kesehatan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Perguruan Tinggi Kesehatan di Stikes RSU Daya Makassar pada Tahun 2007. Dilanjutkan profesi Ners tahun 2011 di Stikes Nani Hasanuddin Makassar Kemudian, penulis melanjutkan studi S2 di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Muslim Indonesia konsentrasi Kesehatan Reproduksi pada tahun 2014. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Ners Stikes Baramuli Pinrang. Penulis pernah menjabat sebagai Ketua Program Studi S1 Keperawatan dan dosen tetap di Kampus Stikes RSU Daya Makassar tahun 2014-2017. Penulis juga pernah bekerja sebagai perawat adiksi di BNN Baddoka Makassar sejak tahun 2015-2022. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah keperawatan Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [yulisetiawati1988@gmail.com](mailto:yulisetiawati1988@gmail.com)

## KELUARGA BERENCANA

**Darwitri, S.ST., Bdn., M.Keb.**

Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang

### **Pentingnya Perencanaan Kehamilan**

Merencanakan kehamilan penting untuk dilakukan karena kehamilan bukanlah suatu hal yang mudah untuk dijalani setiap pasangan suami istri. Banyak yang harus dipersiapkan sebelum kehamilan baik itu secara mental, fisik dan finansial. Kehamilan yang tidak direncanakan dengan baik dapat memberi dampak buruk bagi ibu dan bayinya (Kemenkes RI, 2021).

Dalam mempersiapkan kehamilan harus mempertimbangkan risiko dan manfaat kesehatan bersama dengan kondisi lainnya seperti usia, kesuburan, akses ke layanan kesehatan, dukungan pengasuhan anak, keadaan sosial dan ekonomi, dan preferensi pribadi dalam membuat pilihan untuk waktu kehamilan berikutnya. Hal ini penting agar terhindar dari komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Selain itu jarak antar kelahiran perlu diatur demi kesehatan dan kesejahteraan ibu maupun bayi (Kemenkes RI, 2021).

WHO pada tahun 2005 merekomendasikan jarak yang dianjurkan untuk kehamilan berikutnya adalah minimal 24 bulan. Dasar dari rekomendasinya adalah bahwa menunggu selama 24 bulan setelah kelahiran hidup akan membantu mengurangi risiko yang merugikan bagi ibu, perinatal dan bayi. Rekomendasi ini dianggap konsisten dengan rekomendasi WHO/UNICEF untuk menyusui setidaknya selama dua tahun. WHO juga merekomendasikan untuk kehamilan berikutnya setelah

keguguran adalah minimal enam bulan untuk mengurangi risiko yang merugikan pada ibu dan perinatal (Kemenkes RI, 2021).

### **Pengertian Keluarga Berencana**

Menurut WHO (Word Health Organisation) 1970 yang dimaksud dengan keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan tujuan-tujuan tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, menentukan jumlah anak dalam keluarga (Rukiyah, dkk., 2022).

Keluarga Berencana dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes RI, 2021). Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegah kehamilan dan perencanaan kehamilan (Asi, dkk., 2023).

### **Tujuan Program Keluarga Berencana**

Tujuan program Keluarga Berencana adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Asi, dkk., 2023).

Tujuan kebijakan keluarga berencana berdasarkan Undang Undang Nomor 52 tahun 2009, meliputi:

1. Mengatur kehamilan yang diinginkan
2. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak

3. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi
4. Meningkatkan partisipasi dan keikutsertaan laki-laki dalam praktek keluarga berencana
5. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

(Kemenkes RI, 2021).

Sasaran program KB adalah pasangan Usia Subur (PUS) dimana prioritasnya adalah PUS muda dengan paritas rendah, generasi muda dan purna PUS, pelaksana dan pengelola KB, dan sasaran wilayah dengan laju pertumbuhan tinggi serta wilayah khusus seperti sentra industri, pemukiman padat, daerah kumuh, daerah pantai dan daerah terpencil (Prawirohardjo, 2016).

### **Ruang Lingkup Keluarga Berencana**

Ruang lingkup Keluarga Berencana meliputi:

#### **1. Ibu**

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya.
- b. Meningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran anak-anak tersebut memang diinginkan.

#### **2. Suami**

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

- a. Memperbaiki kesehatan fisik

- b. Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya

### 3. Seluruh Keluarga

Pelaksanaan program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orangtuanya.

(Asi, dkk., 2023).

## Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi berdasarkan kategori dalam program pemerintah serta masa perlindungan yang diberikan dibagi menjadi Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan Non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Non MKJP). Selain itu kategori lain yang biasa digunakan yaitu kontrasepsi hormonal dan non hormonal serta kontrasepsi modern dan tradisional (Asi, dkk., 2023).

Tabel 13.1 Kategori Metode Kontrasepsi

| NO | METODE                            | KANDUNGAN |              | MASA PERLINDUNGAN |          | MODERN/TRADISIONAL |             |
|----|-----------------------------------|-----------|--------------|-------------------|----------|--------------------|-------------|
|    |                                   | HORMONAL  | NON HORMONAL | MKJP              | NON MKJP | MODERN             | TRADISIONAL |
| 1  | AKDR Cu                           |           | √            | √                 |          | √                  |             |
| 2  | AKDR LNG                          | √         |              | √                 |          | √                  |             |
| 3  | Implan                            | √         |              | √                 |          | √                  |             |
| 4  | Suntik                            | √         |              |                   | √        | √                  |             |
| 5  | Pil                               | √         |              |                   | √        | √                  |             |
| 6  | Kondom                            |           | √            |                   | √        | √                  |             |
| 7  | Tubektomi/<br>MOW                 |           | √            | √                 |          | √                  |             |
| 8  | Vasektomi/<br>MOP                 |           | √            | √                 |          | √                  |             |
| 9  | Metode<br>Amenore<br>Laktasi/ MAL |           | √            |                   | √        | √                  |             |
| 10 | Sadar Masa<br>Subur               |           | √            |                   | √        |                    | √           |
| 11 | Sanggama<br>Terputus              |           | √            |                   | √        |                    | √           |

## Efektivitas Kontrasepsi

Tabel 13.2 Efektivitas Kontrasepsi

| Metode<br>Keluarga Berencana   | Angka Kehamilan<br>Tahun Pertama <sup>a</sup><br>(Trussell & Aiken <sup>b</sup> ) |                     | Angka Kehamilan<br>12 bulan <sup>c</sup><br>(Polis et al. <sup>d</sup> ) |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                | Penggunaan<br>konsisten dan benar                                                 | Penggunaan<br>biasa | Penggunaan<br>biasa                                                      |
| Implan                         | 0,1                                                                               | 0,1                 | 0,6                                                                      |
| Vasektomi                      | 0,1                                                                               | 0,15                |                                                                          |
| Tubektomi                      | 0,5                                                                               | 0,5                 |                                                                          |
| AKDR Levonorgestrel            | 0,5                                                                               | 0,7                 |                                                                          |
| AKDR Copper                    | 0,6                                                                               | 0,8                 | 1,4                                                                      |
| MAL (6 bulan)                  | 0,9 <sup>e</sup>                                                                  | 2 <sup>e</sup>      |                                                                          |
| Kontrasepsi Suntik Kombinasi   | 0,05 <sup>e</sup>                                                                 | 3 <sup>e</sup>      |                                                                          |
| Kontrasepsi Suntik Progesterin | 0,2                                                                               | 4                   | 1,7                                                                      |
| Kontrasepsi Pil Kombinasi      | 0,3                                                                               | 7                   | 5,5                                                                      |
| Kontrasepsi Pil Progesterin    | 0,3                                                                               | 7                   |                                                                          |
| Kondom Pria                    | 2                                                                                 | 13                  | 5,4                                                                      |
| Sadar Masa Subur               |                                                                                   |                     |                                                                          |
| Metode Hari Standar            | 2                                                                                 | 12                  |                                                                          |
| Metode 2 Hari                  | 4                                                                                 | 14                  |                                                                          |
| Metode Ovulasi                 | 3                                                                                 | 23                  |                                                                          |
| Sanggama Terputus              | 4                                                                                 | 20                  | 13,4                                                                     |
| Kondom Perempuan               | 5                                                                                 | 21                  |                                                                          |
| Tanpa Metode                   | 85                                                                                | 85                  |                                                                          |

|         |                |
|---------|----------------|
| 0 - 0,9 | Sangat Efektif |
| 1 - 9   | Efektif        |
| 10 - 19 | Efektif Sedang |
| 20 +    | Kurang Efektif |

### Keterangan :

a: Angka sebagian besar dari Amerika Serikat, Data dari sumber yang tersedia yang dirasa terbaik oleh penulis.

b: Trussell J and Aiken ARA. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA et al. *Contraceptive Technology, 21st revised edition*. New York, Ardent Media, 2018.

c: Angka dari negara-negara berkembang. Data dari *self-report survey* berbasis populasi.

d: Polis CB et al. Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of Demographic and Health Survey data in 43 countries. New York: Guttmacher Institute, 2016.

e: Hatcher R et al. *Contraceptive technology*, 20th ed, New York, Ardent Media, 2011.

(Kemenkes RI, 2021).

## **Jenis Metode Kontrasepsi**

### **1. Metode Amenore Laktasi (MAL)**

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa bahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- a. Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila pemberian  $\geq 8$  kali sehari
- b. Belum haid
- c. Umur bayi kurang dari 6 bulan

### **2. MAL efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.**

(Affandi, dkk., 2016).

### **3. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)**

#### **a. Metode Kalender/Pantang Berkala**

Sanggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina. Untuk perhitungan masa subur dipakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11, siklus terpendek dikurangi 18. Antara kedua waktu sanggama dihindari (Affandi, dkk., 2016).

#### **b. Metode Suhu Basal**

Seorang perempuan harus mengukur suhu tubuhnya setiap hari agar dapat mengetahui suhu tubuh basalnya (Jingsung, dkk., 2023). Suhu tubuh istirahat seorang perempuan sedikit meningkat setelah melepaskan sel telur (ovulasi). Ia cenderung tidak akan hamil dari 3 hari sejak peningkatan suhu tubuh ini sampai mulainya menstruasi bulan berikutnya. Suhu tetap dalam kondisi tinggi hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya (Kemenkes RI, 2021).

c. Metode Lendir Serviks/Metode Ovulasi Billings (MOB)

Ketika seorang perempuan mengamati atau merasakan sekresi serviks, kemungkinan klien subur (Kemenkes RI, 2021). Hindari senggama setelah ada lendir jenis apapun juga atau perasaan basah muncul (Affandi, dkk., 2016).

4. Metode Symptothermal

Metode Symptothermal merupakan metode kombinasi dari bermacam metode KBA yaitu metode suhu basal dan lendir serviks sehingga metode ini efektif untuk menentukan masa subur/ovulasi (Jingsung, dkk., 2023).

5. Senggama Terputus

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, dkk., 2016).

6. Kondom

a. Kondom Laki-Laki

Kondom laki-laki merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile (Kemenkes RI, 2021).

Kondom ini menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan

HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (Affandi, dkk., 2016).

b. Kondom Perempuan

Kondom perempuan merupakan sarung atau penutup yang lembut, transparan, dan tipis sesuai dengan vagina. Kondom ini mempunyai cincin lentur pada kedua ujung, satu cincin pada ujung tertutup membantu untuk memasukkan kondom, cincin pada ujung terbuka untuk mempertahankan bagian kondom tetap di luar vagina. Kondom terbuat dari berbagai bahan seperti lateks, polyurethane, dan nitrile, di bagian dalam dan luar kondom dilapisi dengan lubrikan berbasis silikon (Kemenkes RI, 2021).

Kondom Perempuan membuat penghalang yang mempertahankan sperma tetap berada di luar vagina, sehingga mencegah kehamilan. Juga dapat mencegah penularan infeksi di semen, penis, atau vagina ke pasangan lain (Kemenkes RI, 2021).

7. Kontrasepsi Pil

a. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah yaitu progestin dan estrogen seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari (Kemenkes RI, 2021). Jenis KPK:

- 1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

- 3) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(Affandi, dkk., 2016).

b. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan. KPP sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Jenis KPP:

- 1) Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (Kontrasepsi Pil Progestin yang disediakan Pemerintah)
- 2) Kemasan 28 pil berisi 75 µgnorgestrel
- 3) Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone.

(Kemenkes RI, 2021).

c. Kontrasepsi Suntik

1) Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon yaitu progestin dan estrogen seperti hormon alami pada tubuh seorang Perempuan (Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2016.). KSK mengandung Medroxyprogesterone Acetate (MPA) / Estradiol Cypionate:

- a) Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.
- b) Suntikan 2 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 60 mg/ml, dan estradiol cypionate 7,5 mg/ml.

- c) Suntikan 3 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 120 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

(Kemenkes RI, 2021).

d. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan. Jenis KSP:

1) Program Pemerintah

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) (Kemenkes RI, 2021). DMPA disuntikkan secara intramuskular dengan kunjungan ulang 12 minggu (Asi, dkk., 2023).

2) Non program:

a) Depo subQ provera 104 suntikan subkutan setiap 3 bulan dengan sistem suntik Uniject dalam prefilled dosis tunggal syring hipodermik.

b) Norethisterone Enanthate (NET-EN) suntikan intra muskuler setiap 2 bulan

(Kemenkes RI, 2021).

8. Kontrasepsi Implan

Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin. Jenis implan:

a. Implan Dua Batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

b. Implan Satu Batang (Implanon): terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi

terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

(Kemenkes RI, 2021).

## 9. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

### a. AKDR Copper

AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya. Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.

AKDR Cu T 380 A



AKDR Nova T 380



Gambar 13.1 Jenis AKDR Copper

(Sumber: Kemenkes RI, 2021)

### b. AKDR Levonorgestrel (AKDR-LNG)

AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari. Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel.

(Kemenkes RI, 2021).

## 10. Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada Perempuan (Affandi, dkk., 2015). Jenis tubektomi:

- Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba fallopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat

- b. Laparoscopi dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba falopi di dalam perut (Kemenkes RI, 2021).

#### 11. Vasektomi

Vasektomi adalah pengikatan atau pemotongan vas deferens, yang merupakan saluran yang mengangkut sperma dari epididimis di dalam testis ke vesikula seminalis. Dengan memotong vas deferens sperma tidak mampu diejakulasikan dan pria menjadi tidak subur setelah vas deferens bersih dari sperma, kira-kira sekitar 3 bulan (Jingsung, dkk., 2023).

## **Daftar Pustaka**

- Affandi, B. J., Adriaansz, G., Gunardi. E.R., & Koesni, H. (2016). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Asi, M., Kurniawan, F., Sutriningsih., Irawati, E., Setiawati, R., Estiyani, A., Satriyandari, Y., Niar., & Mahmudah, S. (2023). Pelayanan Keluarga Berencana. CV. Eureka Media Aksara.
- Jingsung, J., Yuhanah., Marlina, R., Fajrin, Setyowati, E., Rahman, F.I., Sari, N., Pratiwi, D.S., Pati, W.C.B., Devin. Anasari., Nurdiana, A., & Lamana, A. (2023). Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana. CV. Eureka Media Aksara.
- Kemenkes RI. (2021). Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. (2016). Buku Acuan Midwifery Update. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia
- Prawirohardjo, S. (2016). Ilmu Kebidanan (Edisi Keempat). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rukiyah, A.Y., Trisiani, D., Handayani, N., & Armiyanti. (2022). Program Keluarga Berencana bagi Pasangan Usia Subur. Trans Info Media.

### **Profil Penulis**



#### **Darwitri, S.ST., Bdn., M.Keb.**

Penulis dilahirkan di Medan pada tanggal 5 Mei 1984. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Politeknik Kesehatan Pekanbaru dengan memilih Jurusan Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2005. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Universitas Padjadjaran dan berhasil menyelesaikan studi D4 di prodi Kebidanan pada tahun 2011. Penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2018. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang. Sekarang penulis menjabat sebagai Koordinator Pusat Unggulan Ipteks Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Bidan Indonesia. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Maternal Neonatal dan Basic Life Support, Asuhan Kebidanan Komunitas, Anatomi, dan Fisiologi. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal dan book chapter.

Email Penulis : [darwitri@poltekkes-tanjungpinang.ac.id](mailto:darwitri@poltekkes-tanjungpinang.ac.id)

## PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN KESEHATAN WANITA

**Lia Fentia, SST., M.Kes.**

STIKes Tengku Maharatu Pekanbaru

### **Penyakit Menular Seksual**

PMS adalah singkatan dari Penyakit Menular Seksual, yang berarti suatu infeksi atau penyakit yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual baik yang dilakukan secara oral, anal atau lewat vagina. PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin, atau infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. perlu diperhatikan bahwa PMS menyerang sekitar alat kelamin tapi gejalanya dapat muncul dan menyerang mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak, dan organ tubuh lainnya. Contohnya, baik HIV/AIDS dan Hepatitis B dapat ditularkan melalui hubungan seks tapi keduanya tidak terlalu menyerang alat kelamin (Siswandi, 2017). Penyakit menular seksual (PMS) Merupakan penyakit menular yang penularannya dapat secara langsung dari seseorang ke orang lain melalui kontak seks, dan secara tidak langsung seperti transfusi darah, makanan, dan alat suntik.

Penyakit menular seksual akan lebih beresiko bila melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral, maupun anal. PMS dapat menimbulkan infeksi alat reproduksi yang harus dianggap serius. jika tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menjalar dan menyebabkan penderitaan, sakit berkepanjangan, kemandulan, dan bahkan kematian.

Wanita lebih beresiko untuk terkena PMS lebih besar dari pada laki-laki sebab mempunyai alat reproduksi yang lebih rentan. Dan seringkali berakibat lebih parah karena gejala awal tidak segera dikenali, sedangkan penyakit melanjut ke tahap lebih parah. Oleh karena letak dan bentuk kelimannya yang agak menonjol, gejala pada laki-laki lebih mudah dikenali, dilihat dan dirasakan. Sedangkan pada perempuan sebagian besar gejala yang timbul hampir tidak dirasakan (Puspita, 2019).

### **Faktor Risiko Terkena PMS**

Faktor risiko terkena Penyakit menular seksual, dijabarkan sebagai berikut anatra lain:

1. Seks tanpa pelindung, Meski memakai kondom tidak seratus persen dapat melindungi, penggunaan kondom tetap mnjadi cara terbaik untuk menghindarkan dari infeksi. Penggunaan kondom dapat menurunkan laju penularan PMS. Selain selibat, penggunaan kondom yang konsisten adalah proteksi terbaik terhadap PMS. Biasakanlah memakai kondom.
2. Berganti-ganti pasangan tidak perlu belajar matematika untuk mengetahui bahwa semakin banyak pasangan seksual, akan besar kemungkinan terkena suatu PMS. Apalagi, orang yang senang berganti pasangan cenderung memilih pasangan yang suka berganti pasangan pula. Jadi, akan sangat berisiko terkena PMS.
3. Mulai aktif secara seksual pada usia dini, Anak muda lebih besar kemungkinannya untuk terkena PMS daripada orang yang lebih tua. Ada beberapa alasannya, yaitu wanita muda khususnya lebih rentan terhadap PMS karena tubuh mereka lebih kecil dan belum berkembang sempurna sehingga lebih mudah terinfeksi. Anak muda juga tampaknya lebih jarang pakai kondom, terlibat perilaku seksual beresiko dan berganti-ganti pasangan.
4. Penggunaan alkohol atau Konsumsi alkohol dapat berpengaruh terhadap kesehatan seksual. Orang yang

biasa minum alkohol bisa jadi kurang selektif memilih pasangan seksual dan menurunkan batasan. Alkohol dapat membuat seseorang sukar memakai kondom dengan benar maupun sulit meminta pasangannya menggunakan kondom.

5. Penyalahgunaan obat pada dasarnya mirip dengan alkohol, orang yang berhubungan seksual di bawah pengaruh obat lebih besar kemungkinannya melakukan perilaku seksual beresiko/tanpa pelindung. Pemakaian obat terlarang juga memudahkan orang lain memaksa seseorang melakukan perilaku seksual yang dalam keadaan sadar tidak akan dilakukan. Penggunaan obat dengan jarum suntik diasosiasikan dengan peningkatan resiko.
6. Penularan penyakit lewat darah, seperti hepatitis dan HIV, yang juga bisa ditransmisikan lewat seks. Seks untuk obat Orang yang menjual seks untuk mendapatkan sesuatu posisi tawarnya rendah sehingga sulit baginya untuk menegosiasikan hubungan seksual yang aman. Kemudian, pasangan (pembeli jasa) memiliki resiko terinfeksi PMS yang lebih besar. Jadi, baik pembeli maupun penjual sama-sama dirugikan.
7. Hidup di masyarakat yang prevalensi PMS-nya tinggi, Ketika seseorang tinggal di tengah komunitas dengan prevalensi PMS yang tinggi, ketika berhubungan seksual (dengan orang di komunitas itu) ia lebih beresiko terinfeksi PMS.
8. Monogami serial, Monogami serial adalah mengencani/menikahi satu orang saja pada suatu masa, tapi kalau diakumulasi jumlah orang yang dikencani/dinikahi juga banyak. Contoh gampangnya (yang juga banyak terjadi di masyarakat kita) adalah orang yang doyan kawin cerai. Perilaku begini juga berbahaya, sebab orang yang mempraktekkan monogami serial berpikir bahwa mereka saat itu memiliki hubungan eksklusif sehingga akan tergoda untuk berhenti menggunakan pelindung ketika

berhubungan seksual. Sebenarnya monogami memang efektif mencegah PMS, tapi hanya pada monogami jangka panjang yang kedua pasangan sudah dites kesehatan reproduksi.

9. Sudah terkena suatu PMS, jika sudah pernah berkenalan langsung dengan suatu PMS (apalagi sering), akan lebih rentan terinfeksi PMS jenis lainnya. Iritasi atau lepuh pada kulit yang terinfeksi dapat menjadi jalan masuk patogen lain untuk menginfeksi. Karena Anda sudah pernah terinfeksi sekali, bisa jadi ada faktor tertentu dalam gaya hidup Anda yang beresiko.
10. hanya pakai pil KB untuk kontrasepsi, terkadang orang lebih menghindari kehamilan daripada PMS sehingga mereka memilih pil KB sebagai alat kontrasepsi utama. Karena sudah merasa terhindar dari kehamilan, mereka enggan memakai kondom. Ini bisa terjadi ketika orang tidak ingin menuduh pasangannya berpenyakit (sehingga diharuskan memakai kondom) atau memang tidak suka pakai kondom dan menjadikan pil KB sebagai alasan. Yang jelas, perlindungan ganda (pil KB dan kondom) adalah pilihan terbaik meski tidak semua orang melakukannya.

### **Pencegahan Penyakit Menular Seksual**

1. Tidak melakukan Hubungan seksual secara anal atau vagina dengan berganti-ganti pasangan.
2. Tidak lupa menggunakan Kondom, bila harus berhubungan seksual dengan seseorang yang masih meragukan
3. Tidak menerima atau melakukan Kontak / tranfusi darah tanpa screen ( penyaringan) darah.
4. Tidak Memakai jarum suntik secara berganti-gantian aau bekas orang lain
5. Tidak mengkonsumsi alkohol maupun oba terlarang lainnya.

## **Tanda dan Gejala Penderita Penyakit Menular Seksual**

### **1. Perempuan**

- a. Luka dengan atau tanpa rasa sakit di sekitar alat kelamin, anus, mulut atau bagian tubuh ang lain, tonjolan kecil – kecil, diikuti luka yang sangat sakit di sekitar alat kelamin.
- b. Cairan tidak normal yaitu cairan dari vagina bisa gatal, kekuningan, kehijauan, berbau atau berlendir.
- c. Sakit pada saat buang air kecil yaitu PMS pada wanita biasanya tidak menyebabkan sakit atau burning urination.
- d. Tonjolan seperti jengger ayam yang tumbuh disekitar alat kelamin
- e. Sakit pada bagian bawah perut yaitu rasa sakit yang hilang muncul dan tidak berkaitan dengan menstruasi bisa menjadi tanda infeksi saluran reproduksi (infeksi yang telah berpindah kebagian dalam sistemik reproduksi, termasuk tuba fallopi dan ovarium)
- f. Kemerahan yaitu pada sekitar alat kelamin.

### **2. Laki-laki**

- a. Luka dengan atau tanpa rasa sakit di sekitar alat kelamin, anus , mulut atau bagian tubuh yang lain, tonjolan kecil – kecil , diikuti luka yang sangat sakit di sekitar alat kelamin.
- b. Cairan tidak normal yaitu cairan bening atau berwarna berasal dari pembukaan kepala penis atau anus.
- c. Sakit pada saat buang air kecil yaitu rasa terbakar atau rasa sakit selama atau setelah urination.
- d. Kemerahan pada sekitar alat kelamin, kemerahan dan sakit di kantong zakar.

## **Kelompok Perilaku Risiko Tinggi**

Dalam penyakit menular seksual ( PMS ) yang dimaksud dengan perilaku resiko tinggi adalah perilaku yang menyebabkan seseorang mempunyai resiko atau peluang besar terserang penyakit tersebut. Yang tergolong kelompok resiko tinggi sebagai berikut :

1. Usia
  - a. 20 – 34 tahun pada laki – laki
  - b. 16 – 24 tahun pada wanita
  - c. 20 – 24 tahun pada pria dan wanita
2. Pelancong
3. PSK (Pekerja Seks Komersial)
4. Pecandu narkotik
5. Homo seksual.

## **Macam-Macam Penyakit Menular Seksual**

Berdasarkan penyebabnya, Infeksi menular seksual di bedakan menjadi empat kelompok yaitu:

1. PMS yang disebabkan bakteri, yaitu: Gonore, infeksi genital non spesifik, Sifilis, Ulkus Mole, Limfomagranuloma Venerum, Vaginosis bakterial
2. PMS yang disebabkan virus, yaitu: Herpes genetalis, Kondiloma Akuminata, Infeksi HIV, dan AIDS, Hepatitis B, Moluskus Kontagiosum.
3. PMS yang disebabkan jamur, yaitu: Kandidiosis genetalis
4. PMS yang disebabkan protozoa dan ektoparasit, yaitu: Trikomoniasis, Pedikulosis Pubis, Skabies

## **PMS Mayor**

### **1. Gonorea**

#### **a. Definisi**

Gonorea adalah semua penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae* yang bersifat purulen dan bisa menyerang permukaan mukosa manapun di tubuh manusia. Gonorea adalah infeksi menular seksual pada epitel dan umumnya bermanifestasi sebagai cervicitis, urethritis, proctitis, dan conjungtivitis. jika tidak diterapi, infeksi ini dapat menimbulkan komplikasi lokal seperti endometritis, salpingitis, TOA, bartolinitis, peritonitis, dan perihepatitis pada pasien wanita, periurethritis dan epididimitis pada pasien pria, dan oftalmia neonatorum pada neonatus. Gonokokemia diseminata merupakan kejadian yang jarang dan bermanifestasi sebagai lesi kulit, tenosinovitis, arthritis, dan pada kasus jarang endokarditis atau meningitis.

Penyebab utama dari Gonorea adalah adanya kuman *Neisseria gonorrhoeae*, adalah kuman gram negatif bentuk diplokokus yang merupakan penyebab infeksi saluran urogenitalis. Adapun perantara dari kuman ini adalah manusia, tempat kuman keluar berasal dari penis, vagina, anus, mulut, cara penularan dari penyakit ini adalah dengan kontak seksual secara langsung ,tempat kuman ini masuk berasal dari penis, vagina, anus, mulut serta orang yang bisa terkena adalah orang-orang yang berhubungan seks dengan cara yang tidak aman. Kuman ini bersifat fastidious dan untuk tumbuhnya perlu media yang lengkap serta baik. Akan tetapi, ia juga rentan terhadap kepanasan dan kekeringan sehingga tidak dapat bertahan hidup lama di luar host-nya. Penularan umumnya terjadi secara kontak seksual dan masa inkubasi terjadi sekitar 2– 5 hari. *Neisseria Gonorrhoeae* dapat menyebabkan infeksi menular seksual yang biasa disebut dengan Gonorea.

- b. Etiologi Gonorea: *Neisseria gonorrhoeae*, masa inkubasi pada pria

Pria terjadi 2-5 hari, gejala pada wanita sulit diketahui oleh karena sering asimtomatik. Gejala klinis yang ditunjukkan pada Pria pada tubuh uretra, kental, putih kekuningan atau kuning, kadang-kadang mukoid atau mukopurulen; eritema dan atau edema pada meatus. Sedangkan pada wanita seringkali asimtomatik, apabila ada duh tubuh serviks purulen atau mukopurulen, kadangkadang disertai eksudat purulen dari uretra atau kelenjar Bartholini. Pada wanita biasanya datang berobat setelah ada komplikasi antara lain servisitis, bartilinitis, dan nyeri pada panggul bagian bawah.

Diagnosis yang ditegakan atas dasar anamnesis, pemeriksaan klinis, dan beberapa pemeriksaan penunjang yaitu: sediaan langsung, kultur (biakan), tes betalaktamase, tes Thomson. Komplikasi pada pria epididimitis, orkitis (infertilitas), sedangkan komplikasi pada wanita adneksitis, salpingitis (kehamilan ektopik, infertilitas, striktur uretra, konjungtivitis, meningitis, dan endokarditis).

- c. Pencegahan

- 1) Tidak melakukan hubungan seksual baik vaginal, anal dan oral dengan orang yang terinfeksi.
- 2) Pemakaian Kondom dapat mengurangi tetapi tidak dapat menghilangkan sama sekali risiko penularan penyakit ini
- 3) hindari hubungan seksual sampai pengobatan antibiotik selesai.
- 4) Sarankan juga pasangan seksual kita untuk diperiksa guna mencegah infeksi lebih jauh dan mencegah penularan

- 5) wanita tuna susila agar selalu memeriksakan dirinya secara teratur, sehingga jika terkena infeksi dapat segera diobati dengan benar
- 6) Pengendalian penyakit menular seksual ini adalah dengan meningkatkan keamanan kontak seks dengan menggunakan upaya pencegahan.

#### 4. Sifilis

##### a. Etiologi

Etiologi Sifilis adalah *Treponema Pallidum*. Sifilis merupakan penyakit menahun dengan remisi dan ekserbasi, dapat menyerang seluruh organ tubuh. Mempunyai periode laten tanpa manifestasi lesi pada tubuh, dan dapat ditularkan dari ibu kepada janinnya. Sifilis di bagi menjadi sifilis akuisita (di dapat) dan sifilis kongenital. Sifilis akuisita di bagi menjadi 3 stadium sebagai berikut :

- 1) Stadium I : erosi yang selanjutnya menjadi ulkus durum
- 2) Stadium II : dapat berupa roseola, kondiloma lata, bentuk varisela atau bentuk plak mukosa atau alopesia
- 3) Stadium III : bersifat destruktif, berupa guma di kulit atau alat – alat dalam dan kardiovaskuler serta neurosifilis.

##### b. Diagnosis

di tegakan dengan diagnosis klinis di konfirmasi dengan pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan lapangan gelap (pemeriksaan lapangan gelap, mikroskop fluorensi) menggunakan bagian dalam lesi guna menemukan *T.pallidum*. Selain itu menggunakan penentuan antibody dalam serum (tes menentukan anti body nonspesifik, tes menentukan antibodi spesifik, antibody terhadap kelompok antigen yaitu tes Reiter Protein Complement Fixation).

### 3. Ulkus mole

#### a. Etiologi

Etiologi dari ulkus mole adalah *Haemophilus ducreyi* gram negatif streptobacillus, biasa disebut chancroid merupakan penyakit infeksi genitalia akut. Gejala klinis dari penyakit ini adalah Ulkus multipel, bentuk tidak teratur, dasar kotor, tepi bergaung, sekitar ulkus eritema dan edema, sangat nyeri. Kelenjar getah bening inguinal bilateral atau unilateral membesar, nyeri, dengan eritema di atasnya, seringkali disertai tanda-tanda fluktuasi, biasanya tidak disertai gejala sistemik.

#### b. Diagnosis

Diagnosis ulkus mole di tegakan berdasarkan riwayat pasien, keluhan dan gejala klinis, serta pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan langsung bahan ulkus dengan pengecatan gram memperlihatkan basil kecil negatif gram yang berderet berpasangan seperti rantai di intersel atau ekstrasel. Dengan menggunakan kultur *H. ducreyi*, pemeriksaan yang di peroleh lebih akurat. Bahan di ambil dari dasar ulkus yang di peroleh lebih akurat. Bahan di ambil dari dasar ulkus yang purulen atau pus. Selain itu bisa dengan tes serologi ito-Reenstierma ,tes ELISA, presipitin, dan aglutinin. Komplikasi nya adalag Luka terinfeksi dan menyebabkan nekrosis jaringan

#### c. Pencegahan

Tidak berhubungan intim sebelum menikah, setia pada pasangan, dan menggunakan kondom

### 4. Limfogranuloma Venerum

Limfogranuloma Venerum adalah infeksi menular seksual yang mengenai sistem saluran pembuluh limfe dan kelenjar limfe, terutama pada daerah genital, inguinal, anus, dan rectum. Penyebabnya adalah *Clamidia trachomatis*, yang merupakan

organisme dengan sifat sebagian seperti bakteri dalam hal pembelahan sel, metabolisme, struktur, maupun kepekaan terhadap antibiotika dan kemoterapi, dan sebagian lagi bersifat seperti virus yaitu memerlukan sel hidup untuk berkembang biaknya.

Gejala penyakit ini berupa malaise, nyeri kepala, athralgia, anoreksia, nausea, dan demam. Kemudian timbul pembesaran kelenjar getah bening inguinal medial dengan tanda – tanda radang. Penyakit ini dapat berlanjut memberikan gejala – gejala kemerahan pada saluran kelenjar dan fistulasi. Diagnosis penyakit ini dapat ditegakkan berdasarkan gambaran klinis, tes GPR, tes Frei, tes serologi, pengecatan giemsa dari pus bubo, dan kultur jaringan. Komplikasi penyakit ini adalah Elefantiasis genital atau sindroma anorektal Pencegahan yang dapat dilakukan dengan Tidak berhubungan intim sebelum menikah, setia pada pasangan, menggunakan kondom.

#### 5. Granuloma Inguinal

Granuloma Inguinal merupakan penyakit yang timbul akibat proses granuloma pada daerah anogenital dan inguinal. Etiologinya adalah: *Donovania granuloma* (*Calymatobacterium granulomatosis*). Lebih banyak menyerang usia aktif (20 – 40 tahun). Dan lebih sering terdapat pada pria dari pada wanita.

Perjalanan penyakit termasuk keluhan utama dan keluhan tambahan, awalnya timbul lesi bentuk papula atau vesikel yang berwarna merah dan tidak nyeri, perlahan berubah menjadi ulkus granulomatosa yang bulat dan mudah berdarah, mengeluarkan sekret yang berbau amis.

### **PMS Minor**

#### 1. Herpes Genetalis

Herpes genitalis adalah infeksi pada genital yang disebabkan oleh Herpes simpleks virus dengan gejala khas berupa vesikel yang berkelompok dengan dasar eritema dan bersifat rekuren. Hubungan risiko yang

beresiko tinggi dengan seseorang penderita herpes dapat meningkatkan resiko terkena virus herpes simpleks. Manifestasi klinis di pengaruhi oleh faktor hospes, pajanan HSV sebelumnya, episode terdahulu dan tipe virus.

Herpes genital bisa kambuh jika ada faktor pencetus daya tahan menurun, faktor stress pikiran, senggama berlebihan, kelelahan dan lain-lain. Umumnya lesi tidak sebanyak dan seberat pada lesi primer. Komplikasi dapat ditumpangi oleh infeksi bakteri lain. Pencegahannya tidak berhubungan intim sebelum menikah, setia pada pasangan, menggunakan kondom, dan hindari faktor pencetus (Andriani, 2019).

## 2. Non Spesifik Uretritis

Non spesifik uretritis adalah peradangan uretra yang penyebabnya dengan pemeriksaan sederhana tidak dapat di ketahui atau di pastikan. Organisme penyebab uretritis nonspesifik:

- a. Chlamidya trachomatis (30- 50 % )
- b. Ureaplasma urealyticum (10 -40 %)
- c. Lain – lain ( 20 – 30 %) : Trichomonas vaginalis, ragi, virus Herpes simpleks, adenovirus, Haemophylus sp, Bacteroides ureolyticus, Mycoplasma geniculatum, dan bakteri lain.

## 3. Tricomoniasis

Tricomoniasis Merupakan infeksi dari penyakit protozoa yang disebabkan oleh Trichomonas vaginalis, biasanya ditularkan melalui hubungan seksual dan sering menyerang traktus urogenitalis bagian bawah pada pria maupun wanita, namun peranannya pada pria sebagai penyebab penyakit masih diragukan. Gejala pada wanita sering asimptomatik. Bila ada keluhan biasanya berupa sekret vagina yang berlebihan dan berbau. Sekret berwarna kehijauan dan berbusa.

#### 4. HIV AIDS

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* adalah kumpulan gejala yang timbul akibat menurunnya kekebalan suhu tubuh yang di peroleh, disebabkan oleh human immunodeficiency virus ( HIV ). AIDS disebabkan oleh masuknya HIV ke dalam tubuh manusia. Jika sudah masuk dalam tubuh ,HIV akan menyerang sel- sel darah putih yang mengatur system kekebalan tubuh, yaitu sel –sel penolong,” sel T Helper”.

#### 5. Gejala mayor:

- a. Penurunan BB yang mencolok/ pertumbuhan abnormal
- b. Diare kronik lebih dari 1 bulan
- c. Demam lebih menjadi 1 bulan

#### 6. Gejala minor:

- a. Limfadenopati umum
- b. Kandidiasis orofaring
- c. Infeksi umum berulang
- d. Batuk lebih 1 bulan
- e. Dermatitis umum
- f. Infeksi HIV maternal

### **Konsep Kesehatan Wanita**

#### 1. Kesehatan Wanita Sepanjang Siklus Hidup

Pendekatan yang diterapkan dalam menguraikan ruang lingkup Kesehatan Reproduksi ialah pendekatan siklus hidup, yang berarti memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dengan demikian, masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, yang bila tidak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya.

## 2. Perubahan yang Terjadi Di Setiap Fase

### a. Fase Konsepsi

Fase Konsepsi Konsepsi adalah fertilisasi atau pembuahan, dan disebut juga sebagai peristiwa bertemunya sel telur dengan sperma. Peristiwa konsepsi secara formal diartikan sebagai persatuan antara sebuah telur dan sperma, yang menandai awalnya suatu kehamilan, dan peristiwa ini bukan merupakan hal yang terpisah tetapi merupakan rangkaian kejadian yang mengelilinginya

### b. Bayi dan anak

Fase bayi, Pada bayi lahir cukup bulan, pembentukan genitalia internal sudah selesai, jumlah folikel primordial dalam kedua ovarium telah lengkap sebanyak 750.000 butir dan tidak bertambah lagi pada kehidupan selanjutnya. Tuba, uterus, vagina, dan genitalia eksternal, labia mayora menutupi labia minora, tetapi pada bayi premature vagina kurang tertutup dan labia minora lebih keliatan. Pada waktu lahir perbandingan serviks dan korpus uteri 1:1 karena hipertrofi korpus, setelah pengaruh estrogen tidak ada perbandingan lambat laun menjadi 2;1 pada pubertas dengan pengaruh estrogen yang dihasilkan sendiri oleh anak, perbandingan berubah lagi, dan pada wanita dewasa menjadi 1:2.

### c. Fase kanak-kanak, yang khas pada masa kanak-kanak ini adalah bahwa perangsang pada hormon kelamin sangat kecil, dan memang kadar estrogen dan gonadotropin sangat rendah. Karena itu alat-alat genital dalam masa ini tidak memperlihatkan pertumbuhan yang berarti sampai permulaan pubertas. Dalam masa kanak-kanak pengaruh hipofisis terutama terlihat dalam pertumbuhan badan. Pada masa kanak-kanak sudah nampak perbedaan antara anak pria dan wanita, terutama dalam tingkah lakunya, tetapi perbedaan ini

ditentukan terutama oleh lingkungan dan pendidikan.

d. Remaja

Masa remaja atau pubertas adalah usia antara 10 sampai 19 tahun dan merupakan peralihan dari masa kanak-anak menjadi dewasa. Remaja dibagi menjadi 3, yaitu : remaja awal ; umur 11 – 13 tahun, remaja pertengahan ; umur 14 – 16 tahun, dan remaja lanjut ; umur 17 – 19 tahun.

e. Usia subur

Usia dewasa muda, yaitu antara 20 sampai 40 tahun, sering dihubungkan dengan masa subur, karena pada usia ini kehamilan sehat paling mungkin terjadi. Inilah usia produktif dalam menapak karir yang penuh kesibukan di luar rumah. Di usia ini wanita harus lebih memperhatikan kondisi tubuhnya agar selalu dalam kondisi prima, sehingga jika terjadi kehamilan dapat berjalan dengan lancar, dan bayi yang dilahirkan pun sehat. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir. kanker, kegemukan, depresi, dan penyakit serius tertentu mulai menggerogoti tubuhnya.

f. Usia lanjut

Perubahan fisik pada usia lanjut adalah:

- 1) Perubahan kulit, lemak dibawah kulit berkurang sehingga kulit menjadi kendur, tumbuh bintik hitam pada kulit, kelenjar kulit kurang berfungsi sehingga kulit menjadi kering dan keriput
- 2) Perubahan metabolisme tubuh, terjadi perubahan pada pola makan yang mengandung banyak serat

- 3) Perubahan metabolisme genitalia, liang senggama terasa kering sehingga mudah terjadi infeksi
- 4) Perubahan pada tulang, terjadi pengapuran pada tulang sehingga mudah patah, terutama pada bagian sendi paha.

## **Daftar Pustaka**

- Andriani, L. S. (2019). Pengaruh Pemberian Penyuluhan Kesehatan Infeksi Menular Seksual Terhadap Pengetahuan Remaja Di Sma Dharma Wiweka. Skripse Kesehatan Masyarakat.
- Bayangkari, L. P. (2021). Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Infeksi Menular Seksual Di Puskesmas Talise Kecamatan. Skripsi Kesehatan.
- Hidayati, E. (2017). Kesehatan Perempuan Dan Perencanaan Keluarga. Jakarta: Fakultas Kedokteran Dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Puspita, I. M. (2019). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Siswa Terhadap Penyakit Menular Seksual Pada Siswa Sman 9 Semarang.

### **Profil Penulis**



#### **Lia Fentia, SST., M.Kes.**

Penulis di lahirkan di Purworejo pada tanggal 12 November 1989. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke DIII Akademi Kebidanan Internasional Pekanbaru dan lulus tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta dan lulus pada tahun 2011. Tahun 2012 penulis melanjutkan Pendidikan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Hangtuah Pekanbaru dan lulus pada tahun 2014. Saat ini penulis sedang menempuh Pendidikan doktor di Universitas Prima Indonesia Medan. Penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKes Tengku Maharatu. Penulis pernah menjabat sebagai Wakil Ketua II, Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat dan sekarang menjabat sebagai Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal. Penulis juga sebagai pengurus organisasi profesi IAKMI Provinsi Riau. Sehari-harinya penulis bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Pangan dan gizi, Promosi Kesehatan, Penyakit menular seksual dan Kesehatan reproduksi Ibu dan Anak.

Email Penulis : [liafentia336@gmail.com](mailto:liafentia336@gmail.com) / [fentialia@ymail.com](mailto:fentialia@ymail.com)

## TINDAKAN KEKERASAN PADA WANITA

**Bdn. Nelawati Radjamuda, S.ST., M.Kes., M.Keb.**  
Universitas Muhammadiyah Manado

Di era zaman modern sekarang ini masih saja ada kasus-kasus tindakan kekerasan dan yang menjadi masalah krusial adalah tindakan kekerasan dilakukan terjadi pada wanita. Wanita dan anak sering kali dianggap sebagai objek sasaran, karena dinilai lemah, tak berdaya dan terpinggirkan dalam masyarakat. Kekerasan terhadap wanita terus menjadi epidemic global dengan prevalensi yang signifikan. Hal tersebut juga memiliki konsekuensi serius bagi kesehatan dan kesejahteraan wanita global. Pada skala nasionalpun sekarang ini realitas sosial Indonesia memperlihatkan bahwa tindakan kekerasan terhadap wanita masih berlangsung disegala ruang domestik (rumah tangga) maupun publik, disegala waktu dan dilakukan oleh banyak orang dengan berbagai identitas sosial-kultural. Disisi lain, kekerasan terhadap wanita juga dilakukan tidak hanya oleh individu melainkan oleh institusi sosial, politik dan budaya. Orang-orang yang paling dekat dan dipercaya seperti ayah, kakak, adik, paman, dalam beberapa kasus juga terbukti melakukan tindakan kekerasan. Tindakan kekerasan pada wanita melibatkan berbagai bentuk perilaku merugikan fisik, psikologis, dan atau seksual.

## **Definisi Kekerasan pada Wanita**

Kekerasan didefinisikan sebagai penggunaan kekuatan fisik ataupun kekuasaan, yang dilakukan secara sengaja atau tidak disengaja terhadap diri sendiri, orang lain, atau sekelompok orang yang mengakibatkan cacat, kematian, gangguan/kerusakan psikologis (Kumari et al., 2009).

Menurut World Health Organisation, tindakan kekerasan terhadap wanita merupakan bentuk tindakan kekerasan atau perlakuan buruk yang mengakibatkan atau cenderung mengakibatkan bahaya secara fisik, seksual atau psikologis terhadap wanita termasuk ancaman tindakan tersebut dilakukan secara paksaan, perampasan kebebasan baik yang terjadi diranah publik (WHO, 2021).

## **Jenis Kekerasan terhadap Wanita**

Menurut Catatan Kekerasan terhadap Perempuan (Catahu) Tahun 2020, beberapa jenis kekerasan terhadap wanita adalah sebagai berikut :

### **1. Kekerasan fisik**

Bentuk kekerasan fisik berupa tindakan pemukulan, meninju, menampar, menendang, membakar, menggantung (Kumari et al., 2009) dan penyiksaan atau penganiayaan lainnya yang membahayakan tubuh (Fitri, 2013)(Fitriana, 2021). Kekerasan fisik ini adalah bentuk tindakan yang tergolong paling banyak dialami oleh wanita selain kekerasan seksual.

### **2. Kekerasan seksual**

Meningkatnya rilis informasi terkait kekerasan seksual telah memberikan gambaran yang lebih jelas tentang keadaan kekerasan terhadap perempuan saat ini. Beberapa bentuk kekerasan umum dan serius yang dihadapi perempuan termasuk pelecehan seksual, prostitusi paksa, aborsi selektif, dan penelantaran anak perempuan, dengan kekerasan seksual menjadi bentuk yang paling umum terjadi diseluruh dunia. Kekerasan seksual merupakan pemaksaan hubungan seksual atau aktivitas seksual tanpa persetujuan, contohnya: pemerkosaan,

penyerangan, prostitusi paksa, inces, mutilasi organ seksual wanita, eksploitasi seksual dan pelecehan seksual (Li et al., 2023).

### 3. Kekerasan Psikologis

Bentuk kekerasan psikologis terhadap wanita yaitu pelecehan verbal, ancaman atau manipulasi emosi, penghinaan, kontrol, intimidasi, isolasi sosial dan pengawasan dan kontrol yang berlebihan (Fitriana, 2021). Kesejahteraan emosi para wanita tidak tercapai karena adanya tindakan kekerasan dari lelaki (Kumari et al., 2009).

### 4. Kekerasan Ekonomi

Penindasan ekonomi seperti kerja berlebihan, pemotongan atau pengambilan pendapatan, upah yang tidak setara, tidak diizinkan untuk bekerja (Kumari et al., 2009) serta menggunakan kekuasaan dalam mengontrol sumber daya ekonomi korban (Pohan & Rahmayanti, 2021).

### 5. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

KDRT adalah perbuatan terhadap seseorang yang menimbulkan kesengsaraan atau penderitaan, khususnya terhadap wanita (Santoso, 2019). Hasil penelitian membuktikan bahwa sekitar 20%-50% wanita didunia mengalami tindakan kekerasan dalam rumah tangga (Kumar et al., 2013). KDRT mencakup berbagai bentuk kekerasan yang terjadi pada konteks rumah tangga atau hubungan intim (Mahqfiroh, 2019).

### 6. Kekerasan Berbasis Gender di Tempat Kerja

Tindakan kekerasan berbasis gender merupakan masalah kesehatan publik dan pelanggaran hak asasi manusia yang merupakan sifat utama dalam krisis kemanusiaan (Holmes & Bhuvanendra, 2014). Contohnya yaitu pelecehan seksual oleh rekan kerja atau atasan.

7. Perdagangan Manusia dan Eksploitasi Seksual Komersial

Perdagangan manusia bisa disebut juga sebagai perbudakan dan pelanggaran hak asasi manusia. Banyak contoh perempuan dan anak yang seharusnya mendapat perlakuan yang layak justru dieksploitasi demi tujuan-tujuan tertentu (Sumirat, 2020). Begitupun dengan eksploitasi seksual komersial Wanita dan anak perempuan jadi sasaran korban perdagangan manusia untuk tujuan eksploitasi seksual komersial termasuk prostitusi paksa dan pornografi.

8. Kekerasan dalam Situasi Konflik

Wanita sering menjadi sasaran tindakan kekerasan seksual seperti pemerkosaan sebagai senjata perang, pembunuhan dan mutilasi.

9. Kekerasan Berbasis Tradisi dan Budaya

Kekerasan berbasis tradisi dan budaya mencakup praktik-praktik yang merugikan pada wanita masih didukung oleh norma budaya atau adat-istiadat. Berikut beberapa contoh utama kekerasan yang berbasis tradisi dan adat:

10. *Female Genital Mutilation (FGM)*/sunat perempuan

FGM merupakan prosedur pengangkatan sebagian atau seluruh bagian genital perempuan untuk tujuan non medical. FGM terjadi pada lebih dari 230 juta wanita dan anak perempuan hidup di dunia (World Health Organization, 2024). Praktek ini berbahaya dan melanggar hak-hak wanita dan anak.

11. Perkawinan anak (*Child Marriage*)

Praktik ini melibatkan pernikahan anak perempuan dengan laki-laki dewasa, sebelum anak mencapai usia dewasa. Hal ini masih banyak terjadi pada perempuan di dunia yang menikah sebelum usia mereka 18 tahun dan sebagian besar terjadi di Asia dan Afrika. Perkawinan anak dapat mengakibatkan berbagai

dampak buruk seperti kehamilan usia dini, dan resiko kesehatan yang serius bagi anak perempuan.

#### 12. Poligami yang dipaksakan

Poligami adalah perkawinan yang membolehkan seseorang laki-laki menikah lebih dari istri. Di Indonesia, diperbolehkan oleh budaya dan agama tapi harus memenuhi syarat dan persyaratan yang berlaku (Antuli, 2008).

#### 13. Perjudohan dan Perkawinan yang diatur (*Arranged and Forced Marriages*)

Pernikahan atas perjudohan yang diatur merupakan praktik yang dilakukan oleh keluarga atau komunitas yang memilihkan pasangan hidup untuk wanita yang seringkali tidak disetujui oleh mereka. Pernikahan leawt perjudohan dapat menimbulkan berbagai bentuk kekerasan dalam rumah tangga.

#### 14. Kekerasan Berbasis Teknologi

Adanya perkembangan teknologi menambah bentuk baru kekerasan terhadap wanita, salah satu adalah *Cyberbullying*.

Cyberbullying merupakan salah satu bentuk kekerasan terhadap wanita dengan yang dilakukan melalui teknologi digital yang dilakukan dengan sengaja dan dilakukan berulang dalam bentuk postingan, pesan atau gambar yang tidak sopan dengan tujuan untuk mengganggu, menyakiti atau menghina seseorang (UNICEF, 2020).

### **Dampak Kekerasan terhadap Wanita**

Kekerasan terhadap wanita memiliki dampak yang luas dan mendalam berupa gangguan fisik, psikologis, sosial dan ekonomi yang signifikan. Berikut ini beberapa penelitian yang menunjukkan dampak keekrasan terhadap wanita :

1. Dampak fisik seperti :
  - a. Luka dan cacat. Tindakan kekerasan fisik bisa menyebabkan luka ringan hingga parah, seperti memar, patah tulang, luka bakar, dan cedera internal.
  - b. Gangguan Kesehatan reproduksi. Kekerasan seksual Penyakit menular seksual hingga kematian.
2. Dampak psikologis: depresi, kecemasan, PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*), tidak percaya diri, tidak mampu bertindak, merasa tidak berdaya/penurunan kualitas hidup dan kadang berakhir pada bunuh diri. Wanita yang mengalami kekerasan dalam rumah tangga cenderung menyelesaikan masalah rumah tangga bersama pasangannya dengan tetap bertahan menghadapi perilaku pasangannya (Putri et al., 2024).
3. Dampak sosial bagi wanita korban kekerasan sangat luas dan dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan mereka. Dampak sosial yang sering dihadapi oleh korban kekerasan adalah :
  - a. Stigma sosial. Salah satu hambatan yang dihadapi oleh wanita korban kekerasan adalah stigma sosial. Adanya stigma sosial dapat mengakibatkan korban merasa terdiskriminasi, dan mengalami penurunan kesejahteraan mental. Bentuk-bentuk stigma sosial seperti : Victim Blaming (Menyalahkan Korban), Stigma seksual (korban dianggap “kotor” atau “rusak” yang berakibat pada pengucilan dari komunitas), stigma kesehatan mental dan sebagainya.
  - b. Isolasi sosial. Wanita korban kekerasan menarik diri hubungan sosial dan komunitas karena merasa malu atau takut dihakimi.
4. Dampak ekonomi

Korban tindakan kekerasan bisa kehilangan produktivitas kerja karena ketidakmampuan fisik dan

mentalnya dalam bekerja sehingga berdampak pada kehilangan pekerjaan, ketergantungan ekonomi hingga kemiskinan (Anindya et al., 2020).

### **Faktor Penyebab Kekerasan terhadap Wanita**

Kekerasan terhadap wanita dapat disebabkan oleh beberapa aspek, yakni :

1. Ketidaksetaraan gender

Ketimpangan kekuasaan antara pria dan wanita baik dalam hak-hak, peluang, maupun status sosial, dapat menyebabkan dominasi pria atas wanita dan akhirnya kekerasan.

2. Norma dan budaya

Beberapa budaya atau masyarakat memiliki norma yang mendukung atau membenarkan kekerasan terhadap wanita sebagai cara untuk mempertahankan kekuasaan. Pandangan tradisional tentang peran gender dan kekuasaan bahwa adat budaya tidak memandang wanita merupakan subjek yang juga memiliki hak dan kewajiban yang sama dengan laki-laki (Sulaeman et al., 2022).

3. Faktor individu

Riwayat kekerasan dalam keluarga, masalah gangguan kesehatan mental, dan penyalahgunaan zat adiktif. Individu dengan riwayat trauma atau dengan masalah kesehatan mental terganggu, kemungkinan besar lebih rentan terhadap kekerasan baik menjadi korban maupun sebagai pelaku.

4. Faktor Ekonomi (Damayanti, 2022).

Ekonomi rendah atau kemiskinan dapat diartikan sebagai ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan dasar, seperti pangan, pakaian, papan, pendidikan dan kesehatan. Ekonomi yang rendah dan kemiskinan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi tindakan kekerasan terhadap wanita. Dalam hubungan domestik (rumah tangga) misalnya kemiskinan bisa memicu terjadinya destabilisasi

emosi pada pasangan suami-istri, hingga memudahkan terjadinya KDRT (Mappaselleng, 2021) (Damayanti, 2022) (Sulaeman et al., 2022). Ketergantungan wanita kepada suami menjadikan mereka tidak berdaya dalam menghadapi diri sendiri dan perilaku suami kepadanya.

#### 5. Faktor Pernikahan Dini

Zaman sekarang ini pernikahan dini bukan lagi hal yang baru terjadi di tengah masyarakat. Pernikahan dini dikatakan berhubungan dengan tindakan kekerasan karena pasangan menikah usia dini dianggap masih labil dan belum bisa mengontrol emosi (Damayanti, 2022).

### **Faktor Resiko Lain Penyebab Tindakan Kekerasan terhadap Wanita**

Faktor-faktor utama yang menjadikan wanita rentan terhadap tindakan kekerasan yaitu kemiskinan dan alkohol. Kedua faktor ini bukan merupakan penyebab langsung melainkan penyebab tidak langsung yang dapat memicu atau mendukung terjadinya tindakan kekerasan (Kumari et al., 2009).

### **Pencegahan dan Penanganan Kekerasan pada Wanita**

Kekerasan terhadap wanita merupakan masalah yang kompleks sehingga membutuhkan pendekatan yang komprehensif dalam mencegah dan menanganinya. Upaya untuk mengatasi kekerasan tersebut dapat dilakukan dengan pendidikan, perlindungan/penegakan hukum, pemberdayaan ekonomi, dukungan psikososial dan medis bagi korban kekerasan serta adanya kerjasama internasional. Tindakan yang dapat diambil yaitu dengan pencegahan dan penanganan.

#### 1. Tindakan Pencegahan

Pencegahan dilakukan dengan tujuan untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi kaum wanita yakni lingkungan yang bebas dari tindakan

kekerasan, khususnya kekerasan seksual (Kumar et al., 2013). Upaya pencegahan yang dapat dilakukan :

a. Pendidikan

Pendidikan/Edukasi perlu dilakukan kepada masyarakat guna meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat melalui kampanye publik tentang hak-hak wanita. Harapannya dengan adanya edukasi yang diberikan dapat mengubah norma dan sikap masyarakat terhadap tindakan kekerasan.

b. Perlindungan/Penegakkan Hukum.

Perlunya penetapan dan penegakkan undang-undang dan kebijakan yang melindungi wanita dari tindakan kekerasan serta memberikan akses keadilan.

c. Pemberdayaan ekonomi.

Wanita melalui program-program yang dapat mendukung dan meningkatkan pendidikan, kesehatan dan kemandirian ekonomi dan sosial wanita (Sharifi et al., 2022). Kekerasan membuat korban menjadi ketergantungan secara ekonomi kepada pelaku, sehingga perlunya wanita memiliki pekerjaan dan penghasilan sendiri agar tidak merasa ketergantungan ekonomi.

2. Tindakan Penanganan (Kuratif)

Penanganan merupakan strategi yang dapat dilakukan sebagai upaya membantu korban tindakan kekerasan untuk segera pulih dari trauma (Kumar et al., 2013). Berikut upaya penanganan yang dapat dilakukan:

a. Dukungan psikososial dan medis bagi korban kekerasan

Adanya Organisasi non-pemerintah (NGO) yang menyediakan layanan dukungan dan advokasi bagi para korban tindakan kekerasan merupakan aspek penting dalam membantu proses

pemulihan mereka. beberapa bentuk dukungan yang diberikan adalah sebagai berikut:

b. Dukungan Psikososial

Dukungan psikososial untuk wanita korban kekerasan sangat dibutuhkan guna membantu mereka pulih dari trauma dan membangun kembali kehidupan mereka serta mencapai kesejahteraan. Dukungan psikososial dapat diberikan melalui konseling baik secara individu, kelompok dan keluarga. Intervensi psikologis dapat membantu wanita korban tindakan kekerasan dalam mengurangi masalah kesehatan mental yang diakibatkan oleh kekerasan yang dialami mereka (Anindya et al., 2020).

c. Dukungan medis

Dukungan medis seperti perawatan kesehatan fisik; perawatan kesehatan mental (psikoterapi dan psikiatri); Pemeriksaan dan dokumentasi (pemeriksaan forensik dan dokumentasi medis). Dengan memfasilitasi dukungan medis yang komprehensif dapat membantu wanita korban kekerasan segera pulih dari cedera fisik dan trauma psikologis, serta bisa mendukung mereka dalam proses pemulihan jangka panjang.

d. Kerjasama internasional

Dukungan dari organisasi internasional dan pemerintah guna untuk mengatasi permasalahan secara global. Lembaga Internasional dapat memberikan panduan dan dukungan teknis untuk mengawasi kepatuhan terhadap konvensi internasional tentang hak-hak wanita.

## Daftar Pustaka

- Anindya, A., Dewi, Y. I. S., & Oentari, Z. D. (2020). Dampak psikologis dan upaya penanggulangan kekerasan seksual terhadap perempuan. *Terapan Informatika Nusantara*, 1(3), 137–140. <https://ejurnal.seminar-id.com/index.php/tin/article/view/394>
- Antuli, S. A. K. (2008). Poligami dan Permasalahannya Kandungan Hukum Qs. An-nisa' (4): 3 & 29. *Jurnal Ilmiah Al-Syir'ah*, 6(2). <https://doi.org/10.30984/as.v6i2.250>
- Damayanti, R. (2022). Faktor Penyebab Kekerasan Terhadap Perempuan di Kecamatan Salamekko Kab.Bone. *Pro Hukum*, 11, 697–701.
- Fitri, E. L. (2013). Studi Analisis Isi Kekerasan Terhadap Wanita Dalam Film Indonesia Bergenre Religi Periode Tahun 2011. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:193939205>
- Fitriana, T. R. (2021). Perilaku Wanita Terhadap Kekerasan Dalam Novel Alun Samudra Rasa Kajian Feminis Psikoanalisis Juliet Mitchell. *Widyaparwa*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:246539560>
- Holmes, R., & Bhuvanendra, D. (2014). Preventing and responding to gender-based violence in humanitarian crises.
- Kumar, A., Haque Nizamie, S., & Srivastava, N. K. (2013). Violence against women and mental health. *Mental Health & Prevention*, 1(1), 4–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mhp.2013.06.002>
- Kumari, S., Priyamvada, R., Chaudhury, S., Singh, A. R., Verma, A. N., & Prakash, J. (2009). Possible psychosocial strategies for controlling violence against women. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(2), 132–134. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.62275>

- Li, L., Shen, X., Zeng, G., Huang, H., Chen, Z., Yang, J., Wang, X., Jiang, M., Yang, S., Zhang, Q., & Li, H. (2023). Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. *BMC Women's Health*, 23(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8>
- Mahqfiroh, Y. L. M. (2019). Analisis Profil Korban Dan Jenis Kekerasan Terhadap Strategi Koping Pada Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga (Kdrt) Di Pusat Pelayanan Terpadu (Ppt) Jawa Timur. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:214069834>
- Mappaselleng, N. F. (2021). Penanggulangan Tindak Pidana Kekerasan dalam Rumah Tangga di Kota Makassar. *Wawasan Yuridika*.
- Pohan, M., & Rahmayanti, R. (2021). Perlindungan Hukum terhadap Pekerja Wanita yang mendapatkan Kekerasan dalam Bekerja. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:239624968>
- Putri, L. R., Pembayun, N. I. P., & Qolbiah, C. W. (2024). Dampak Kekerasan Seksual terhadap Perempuan: Sebuah Sistematis Review. *Jurnal Psikologi*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:270250497>
- Santoso, A. B. (2019). Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) Terhadap Perempuan: Perspektif Pekerjaan Sosial. *Komunitas*, 10(1), 39–57. <https://doi.org/10.20414/komunitas.v10i1.1072>
- Sharifi, F., Jamali, J., Larki, M., & Roudsari, R. L. (2022). Domestic Violence against Infertile Women: A systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(1), 14–27. <https://doi.org/10.18295/squmj.5.2021.075>

- Sulaeman, R., Febrina Sari, N. M. W. P., Purnamawati, D., & Sukmawati, S. (2022). Faktor Penyebab Kekerasan Pada Perempuan. *Aksara: Jurnal Ilmu Pendidikan Nonformal*, 8(3), 2311. <https://doi.org/10.37905/aksara.8.3.2311-2320.2022>
- Sumirat, I. R. (2020). Perlindungan hukum terhadap perempuan dan anak korban kejahatan perdagangan manusia. *Jurnal Studi Gender Dan Anak*, 7, 19–30.
- UNICEF. (2020). Cyberbullying: What is it and how to stop it 10 things teens want to know about cyberbullying. UNICEF. <https://www.unicef.org/indonesia/child-protection/what-is-cyberbullying>
- WHO. (2021). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs.
- World Health Organization. (2024). Female genital mutilation. 5 February. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

### **Profil Penulis**



**Bdn. Nelawati Radjamuda, S.ST., M.Kes., M.Keb.**

Penulis di lahirkan di Kotamobagu pada tanggal 29 Juli 1989. Penulis menyelesaikan program Diploma IV di Program Studi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado lulus Tahun 2013 dan menyelesaikan pendidikan S2 Program Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Timur lulus tahun 2016 dan kembali menyelesaikan program S2 Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta lulus tahun 2022. Penulis sekarang bekerja di Universitas Muhammadiyah Manado sebagai dosen tetap home base Prodi D3 Kebidanan dan pada tahun 2022 penulis diberi amanah menjadi Ketua Prodi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Manado hingga sekarang. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Bidan Indonesia dan saat ini menjabat sebagai bendahara ranting IBI Universitas Muhammadiyah Manado. Sehari-harinya penulis bekerja sebagai dosen di Prodi D3 dan S1 Kebidanan. Salah satu mata kuliah yang diampuh adalah Asuhan Kebidanan Remaja dan Perimenopause. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal dan book chapter. Penulis juga aktif dalam kegiatan keorganisasian di luar PT, yakni menjadi Anggota Majelis Kesehatan Pimpinan 'Aisyiyah Sulawesi Utara dan Sekretaris Majelis Kesehatan Pimpinan Daerah 'Aisyiyah Kota Manado.

Email Penulis : nelawatiradjamuda89@gmail.com

## KEKURANGAN ENERGI KRONIS PADA REMAJA

**Dr. Indah Budiastutik, S.K.M., M.Kes.**  
Universitas Muhammadiyah Pontianak

### **Pengertian Kekurangan Energi Kronik (KEK)**

Kurang Energi Kronik (KEK) adalah sebuah kondisi di mana tubuh kekurangan asupan kalori dan protein yang cukup lama atau menahun. Seorang perempuan dikatakan mengalami KEK apabila memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)  $<23,5$  cm (Arisman, 2010). Selain itu juga Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan di mana ibu menderita keadaan kekurangan kalori dan protein (malnutrisi) yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada Wanita Usia Subur (WUS) dan pada Ibu Hamil (bumil), kondisi KEK ini merupakan gambaran status gizi ibu di masa kehamilannya (Dr. Demsa Simbolong, SKM., Jumiati, SKM and Antun Rahmadi, SKM, 2018).

Permasalahan KEK ini sering dialami oleh remaja perempuan, Wanita Usia Subur, dan Ibu Hamil. Tentu saja KEK dapat memberikan dampak dini pada fase kehidupan wanita pada usia mudanya. KEK memiliki dampak buruk bagi masa remaja maupun fase kehidupan selanjutnya. Dampak buruk KEK pada masa remaja adalah anemia, perkembangan organ yang kurang optimal, pertumbuhan fisik yang kurang, dan mempengaruhi produktivitas kerjanya (Yulianasari, Nugraheni and Kartini, 2019). Remaja yang mengalami

KEK hingga fase ibu hamil dapat berpengaruh buruk terhadap janin, seperti keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, dan bayi berat lahir rendah, sedangkan saat persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya, dan pendarahan (Maharani, Indriasari and Yustini, 2018).

Pengaruh KEK pada wanita hamil sangat signifikan, karena akan membahayakan kesehatan janin. Anak-anak yang lahir dengan berat badan kurang atau premature memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan seperti pernapasan, infeksi, asfiksia dan bahkan kematian. Selain itu, bayi yang lahir dengan penyakit tertentu akan lebih berpeluang mengalami masalah pertumbuhan dan perkembangan, termasuk masalah perkembangan otak. Tidak hanya itu, KEK pada ibu hamil juga dapat meningkatkan risiko anemia. Anemia pada ibu hamil dapat berdampak negatif pada kesehatan ibu dan janinnya dengan meningkatkan risiko persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), serta kematian ibu dan bayi (Putri and Salsabila, 2023).

### **Dampak Kekurangan Energi Kronis (KEK)**

Remaja Putri dan wanita hamil dengan kondisi KEK, bahkan mengalami anemia mempunyai risiko morbiditas yang lebih tinggi, khususnya pada trimester ketiga, dibandingkan dengan wanita hamil normal, karena akan mungkin terjadi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan dampak kekurangan gizi pada proses persalinan akan dapat menyebabkan persalinan sulit, lamban, persalinan prematur, persalinan dengan operasi caesar, kematian saat melahirkan, dan pendarahan pasca persalinan berlangsung lama karena kondisi ibu hamil lemah serta rentan terhadap masalah kesehatan. KEK pada ibu hamil juga berisiko menyebabkan banyak penyakit baik pada ibu hamil dan anak yang akan dilahirkan, di bawah ini dapat kita lihat dampak beberapa penyakit yang akan timbul pada masa kehamilan:

## 1. Anemia Pada Ibu Hamil

Anemia adalah penyakit kekurangan sel darah merah yang terjadi saat kadar hemoglobin seorang ibu hamil kurang dari 11 gram/dl pada trimester I dan III dan kurang dari 10,5 g/dl pada fase trimester II. Tanda yang terjadi saat ibu hamil mengalami anemia adalah bermuka pucat, stomatitis, dan terdapat edema pada kaki karena hipoproteinemia. Anemia yang dialami juga bermacam-macam mulai dari anemia gizi besi, anemia megaloblastik, anemia hipoplastik, hingga anemia hemolitik. Dampak anemia pada ibu hamil sendiri termasuk fatal karena jika sudah parah, ibu hamil bisa mengalami abortus atau keguguran yang disebabkan oleh darah ibu yang tak cukup mengikat oksigen untuk metabolisme bayi yang dikandungnya. Seorang ibu hamil akan berisiko melahirkan bayi prematur, ketuban pecah dini, perdarahan postpartum dan BBLR.

## 2. Pre-Eklamsia

Pre eklamsia adalah suatu kondisi masalah kehamilan yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi dan tekanan darah yang tinggi dan tidak terkontrol. Pre eklamsia dapat terjadi dengan atau tanpa gejala. Hipertensi biasanya berkembang secara perlahan, sehingga ibu hamil sering kali pertama kali menyadari bahwa mereka memiliki tekanan darah tinggi saat melakukan tes kehamilan rutin oleh dokter kandungan atau dokter (Imelda, 2017). Gejala pre eklampsia antara lain sakit kepala, penglihatan kabur, rasa tidak nyaman pada kuadran kanan atas, mual dan muntah, serta penurunan produksi urin. Gejala eklamsia jangka panjang adalah preeklampsia, yaitu kondisi kehamilan, persalinan, atau nifas yang diawali dengan kejang ringan dan dapat berkembang menjadi koma. Pre eklamsia umumnya terjadi saat usia kehamilan mencapai 20 minggu, namun pada beberapa kasus dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius.

Gejala eklamsia antara lain gangguan penglihatan, oliguria, mual dan muntah, sakit kepala hebat, pembengkakan ekstremitas, nyeri kuadran kanan atas, dan proteinuria. Pengobatan eklampsia dimulai dengan tirah baring sepanjang hari, banyak istirahat, minum obat untuk mengontrol tekanan darah dan vitamin, serta pemeriksaan janin secara teratur oleh dokter. Ibu hamil dengan IBD berisiko lebih tinggi mengalami preeklamsia karena status gizi mempengaruhi tekanan darah. Ibu hamil bisa mengalami eklampsia jika memiliki tekanan darah tinggi atau berat badan rendah, sehingga dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan anak.

### 3. Bayi Lahir Stunting

Stunting adalah suatu kondisi di mana bayi tidak tumbuh dan berkembang dengan baik dan terlalu kecil untuk usianya akibat kekurangan gizi kronis. Malnutrisi dapat terjadi pada masa kehamilan dan beberapa tahun pertama setelah kelahiran, namun dampaknya baru terlihat saat anak mencapai usia 2 tahun. Status gizi ibu dan anak sangat penting bagi tumbuh kembang anak. Pada masa 1000 Hari Pertama Kehidupan disebut "masa emas", sangat penting bagi kualitas hidup anak, karena segala dampak negatif selama periode ini bersifat permanen dan tidak dapat diubah.

Nutrisi yang tidak memadai pada bayi dapat berdampak buruk pada pertumbuhan fisik dan mental serta mengganggu kemampuan dalam belajar. Dampak lainnya adalah penurunan imunitas, peningkatan risiko penyakit, kecacatan, dan peningkatan angka kematian. Periode penting yang harus diperhatikan selama tahun emas (0-2 tahun) adalah periode prenatal (280 hari), ketika ibu hamil berisiko mengalami malnutrisi. Oleh karena itu, penting untuk memberikan nutrisi yang cukup selama kehamilan untuk memastikan nutrisi ibu optimal dan kehamilan aman. Hasilnya adalah lahirnya anak dengan potensi fisik dan mental yang

baik serta energi yang cukup untuk menyusui di kemudian hari.

Upaya penanggulangan stunting meliputi intervensi gizi spesifik yang menysasar 1.000 hari pertama kehidupan (ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0 hingga 23 bulan). Sebab, pencegahan stunting paling efektif dicapai pada masa kritis ini (masa keemasan atau jendela peluang).

Stunting menyebabkan perawakan pendek pada anak sejak dalam kandungan hingga usia 2 tahun. Ketika seorang anak berusia dua tahun, sudah terlambat untuk memperbaiki kerusakan yang terjadi pada masa kanak-kanak. Oleh karena itu, kesehatan dan status gizi ibu hamil berperan penting dalam mencegah stunting. Peningkatan gizi dan kesehatan ibu hamil erat kaitannya dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan sikap terhadap pemenuhan kebutuhan gizi selama kehamilan. Secara umum, sedikit yang diketahui mengenai pentingnya nutrisi selama kehamilan dan dua tahun pertama kehidupan Ibu hamil seringkali tidak menyadari pentingnya pola makannya sendiri.

Kurangnya kesadaran akan pentingnya gizi ibu menghambat upaya pencegahan stunting, suatu kondisi yang terus mempengaruhi anak sejak lahir sepanjang perkembangannya. Anemia, Kekurangan Energi Kronis, hipertensi dalam kehamilan, kekurangan zat besi, kelahiran prematur, dan berat badan lahir rendah merupakan faktor prenatal yang berkontribusi terhadap terhambatnya pertumbuhan. Berdasarkan hasil literature review menunjukkan bahwa secara konsisten yang menjadi factor risiko terjadinya stunting adalah tidak diberikan ASI Eksklusif, pendapatan keluarga rendah, BBLR, panjang lahir, pendidikanibu rendah, dan penyakit infeksi.(Budiastutik and Rahfiludin, 2019).

4. Anemia dapat disebabkan oleh tiga faktor utama yatiu kehilangan darah akut atau kronis, rusaknya sel darah merah, dan produksi sel darah merah yang

tidak mencukupi. (Adriani and Wirjatmadi, 2012). Tanda dan gejala anemia defisiensi besi adalah kehilangan nafsu makan, kelelahan, penurunan kapasitas aktivitas (penurunan produksi ATP), penurunan konsentrasi, kepekaan terhadap dingin, pernapasan cepat saat beraktivitas fisik, kulit kering dan pucat, rambut rontok, termasuk kuku berbentuk sendok dan rapuh.

#### 5. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Ketika seorang ibu hamil menderita gizi buruk atau penyakit kekurangan energi kronis, hal ini akan berdampak serius pada pertumbuhan janin dalam kandungan. Efek ini dapat mempengaruhi berat badan lahir bayi yang mungkin lebih rendah dari yang seharusnya. Berat badan bayi yang rendah ini meningkatkan risiko kematian bayi. Sebuah penelitian yang dilakukan di Guatemala (AS) menunjukkan bahwa berat badan lahir rendah rendah pada bayi baru lahir dikaitkan dengan angka kematian bayi yang lebih tinggi (Banudi, 2013).

Status gizi janin merupakan faktor penting dalam menentukan berat badan bayi baru lahir, dan status gizi janin dipengaruhi oleh status gizi ibu sejak masa kehamilan hingga kelahiran bayi. Pandangan ini juga didukung oleh (Sulistyawati, 2009) dalam penelitian yang dilakukan oleh (Maryunani, 2013), jika pengukuran status gizi ibu berdasarkan lingkaran lengan atas menunjukkan kurang dari 23,5 cm, maka ibu tersebut dapat dikatakan mengalami KEK. Kondisi ketidakseimbangan nutrisi atau disebut malnutrisi ini mengakibatkan volume darah ibu menurun. Jumlah darah yang cukup sangat penting untuk memasok nutrisi dan oksigen ke janin melalui plasenta. Penurunan volume darah menyebabkan curah jantung tidak mencukupi, sehingga mengurangi suplai darah yang mengantarkan nutrisi ke janin melalui plasenta. Hal ini juga mengurangi ukuran plasenta.

6. Komplikasi persalinan dan proses pertumbuhan janin yang terganggu

Kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil dapat memiliki dampak negatif pada proses persalinan. Hal ini dapat menyebabkan persalinan yang sulit, memanjang, persalinan prematur, pendarahan pasca persalinan, serta meningkatkan risiko persalinan melalui operasi. KEK juga dapat mempengaruhi pertumbuhan janin dan berkontribusi pada risiko keguguran, abortus, kelahiran mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum (kematian dalam kandungan), dan kelahiran bayi dengan berat badan rendah (BBLR). Bayi yang lahir dengan BBLR memiliki risiko kematian yang lebih tinggi, mengalami kekurangan gizi, gangguan pertumbuhan, dan gangguan perkembangan.

**Faktor Kekurangan Energi Kronis (KEK)**

Permasalahan kekurangan energi kronis dapat disebabkan dengan berbagai faktor dari keseharian maupun karakteristik pada wanita. Sehingga perlu diperhatikan dengan baik dari segi pola makan, pola aktifitas keseharian yang sehat dan juga baik bagi setiap wanita. Berikut beberapa faktor penyebab yang dapat menjadi pemicu terjadinya KEK pada wanita.

**Faktor Penyebab KEK pada Ibu Hamil**

1. Faktor Usia

Wanita hamil di bawah usia 21 tahun mempunyai risiko yang sangat tinggi untuk hamil. Risiko ini bisa terjadi pada dirinya ibu balita atau pada bayi yang dikandungnya. Risiko tinggi ini dapat timbul akibat pertumbuhan atau tinggi badan yang linier dan biasanya baru berakhir pada usia 16 hingga 18 tahun. Pertumbuhan ini berlanjut hingga pertumbuhan rongga panggul matang beberapa tahun setelah pertumbuhan linier selesai, dan pertumbuhan linier selesai pada usia kurang lebih 20 tahun.

Akibatnya, ibu hamil yang masih berusia di bawah 21 tahun dapat mengalami berbagai komplikasi kelahiran serta hambatan dalam menyelesaikan tumbuh kembang yang optimal (Paramashanti, 2019). Setelah usia 35 tahun, ibu hamil lebih mudah terserang penyakit. Organ rahim wanita menua dan jalan lahir menjadi kaku. Mereka yang berusia di atas 35 tahun berisiko mengalami kecacatan pada anak, persalinan terhambat, dan peningkatan perdarahan pada ibu hamil (Paramashanti, 2019). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Marjan, Aprilia and Fatmawati, 2021) semua ibu hamil dengan usia <20 tahun memiliki risiko KEK.

## 2. Jumlah Anak (Paritas)

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan ibu sebelum kehamilan sekarang atau status seorang wanita sehubungan dengan jumlah anak yang pernah dilahirkan. Riwayat persalinan (paritas) mempunyai hubungan terhadap angka kejadian KEK, paritas lebih dari 3 mudah mengalami KEK. Paritas yang termasuk dalam faktor resiko tinggi dalam kehamilan adalah grandemultipara, dimana hal ini dapat menimbulkan keadaan mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Rahmi, 2017). Paritas yang baik adalah 2 kali karena ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya. Apabila ibu terlalu sering hamil dan melahirkan, hal ini dapat menyebabkan kebutuhan hidup semakin banyak terutama dalam hal kebutuhan gizi karena banyaknya anak yang harus ditanggung (Rahmi, 2017).

## 3. Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah jarak kehamilan ibu yang lalu hingga kehamilan saat ini. Ibu dikatakan terlalu sering hamil bila jaraknya kurang dari 2 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa apabila keluarga dapat mengatur jarak antara kehamilan anaknya lebih dari 2 tahun maka anak akan memiliki probabilitas hidup lebih tinggi dan kondisi anaknya

lebih sehat dibanding anak dengan jarak kehamilan dibawah dua tahun (Aguswilopo, 2014).

Jarak kehamilan harus selalu di perhatikan oleh seorang perempuan yang sudah pernah mengalami kehamilan, khususnya pada anak yang pertama. Mengapa jarak kehamilan menjadi amat penting bagi seorang ibu hamil karena seorang Perempuan yang belum berjarak dua tahun dari kelahiran anak pertamanya, tentu belum siap untuk mengalami kehamilan berikutnya. Selama dua tahun dari kehamilan pertama, seorang perempuan harus benar-benar memulihkan kondisi tubuh serta meningkatkan status gizi yang diasup dalam tubuhnya (Paramashanti, 2019).

### **Faktor Penyebab KEK pada Remaja Putri:**

#### **1. Asupan Zat Gizi**

Lingkar lengan atas dapat menggambarkan ketersediaan zat gizi di otot dan lemak bawah kulit. Energi dapat disimpan sebagai cadangan dalam bentuk jaringan adiposa yang berada di lemak bawah kulit. Oleh karena itu, lingkar lengan atas dapat digunakan sebagai indikator untuk melihat riwayat asupan gizi pada masa lampau (Telisa and Eliza, 2020). Asupan zat gizi makro yang tidak memenuhi kebutuhan dapat disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur seperti melewati waktu makan utama dan mengonsumsi makanan yang mengandung rendah protein (Sitoayu, Pertiwi and Mulyani, 2017). Konsumsi makanan olahan yang meningkat dengan nilai gizi yang kurang dapat menyebabkan remaja rentan kekurangan zat gizi (Telisa and Eliza, 2020). Pada masa remaja, sulit mengubah kebiasaan makan yang dikonsumsi, tetapi remaja mau mengubahnya jika ada keuntungan didalamnya (Ertiana et al., 2019). Asupan energi yang tidak mencukupi kebutuhan menyebabkan tubuh akan mengubah cadangan lemak menjadi energi. Apabila cadangan lemak secara terus menerus digunakan oleh tubuh

sebagai energi hingga habis, maka simpanan protein di hati dan otot akan diubah menjadi energi oleh tubuh. Apabila simpanan protein terus menerus digunakan, maka akan menyebabkan masa otot mengalami deplesi sehingga terjadi kurang energi kronis (KEK). Pada remaja putri, kebutuhan zat besi meningkat karena beberapa zat besi yang hilang selama menstruasi

Zat besi berperan penting dalam membantu hemoglobin mengangkut oksigen dan membantu berbagai enzim mengikat oksigen untuk proses metabolisme tubuh (Agustina and Fridayanti, 2017). Kebutuhan zat besi yang tidak cukup terpenuhi dari diet makanan, maka dapat ditambah suplemen zat besi sesuai dengan konsumsi yang dianjurkan (Listiana, 2017). Namun, kurangnya asupan zat besi pada remaja putri disebabkan oleh remaja putri tidak pernah mengonsumsi suplemen zat besi (Agustina and Fridayanti, 2017). Penyebab lain kurangnya asupan zat besi pada remaja putri adalah seringnya mengonsumsi sumber zat besi non-heme dan zat penghambat absorpsi zat besi (Sholicha and Muniroh, 2019). Zat besi non-heme yang berasal dari sumber nabati memiliki bioavailabilitas zat besi yang rendah (Arima, Mubawani and Wijayanti, 2019).

Beberapa remaja putri menghindari konsumsi hati sapi atau hati ayam karena tidak suka dengan rasanya dan baunya amis dan menghindari konsumsi daging sapi atau keju dengan alasan mengandung lemak yang tinggi (Rahayu and Dieny, 2012). Apabila asupan zat besi yang kurang disertai dengan seringnya konsumsi zat penghambat absorpsi zat besi, maka kadar zat besi di dalam tubuh dapat menjadi rendah (Sholicha and Muniroh, 2019). Asupan zat gizi yang berhubungan dengan KEK pada studi literatur ini adalah energi, protein, lemak, dan zat besi. Diantara asupan zat gizi makro, asupan energi remaja putri yang kurang memiliki risiko yang lebih besar dari pada protein dan lemak sebesar

4,9 kali mengalami KEK. Asupan zat besi yang kurang pada remaja putri berisiko 11 kali lebih besar mengalami KEK

## 2. *Body Image*

Remaja putri seringkali memiliki pandangan yang salah mengenai tubuhnya (Notoatmodjo, 2010). Remaja putri menginginkan bentuk tubuh yang ideal (Yusinta, Pradigdo and Rahfiluddin, 2019). Ketidakpuasan remaja putri terhadap body image yang dimilikinya dapat dipengaruhi oleh media dan tren saat ini. Akibat dari ketidakpuasan remaja putri terhadap bentuk tubuhnya bermacam-macam, salah satunya adalah kepercayaan diri yang rendah (Ifdil, Denich and Ilyas, 2017).

Hal tersebut membuat remaja putri melakukan berbagai upaya untuk mencapai berat badan yang diinginkan (Marlina and Ernalia, 2020). Beberapa usaha yang dilakukan remaja putri untuk memperbaiki penampilannya adalah diet, olahraga, perawatan tubuh, dan konsumsi obat pelangsing agar berat badan berkurang (Wardhani, Agustina and Ery, 2020).

Banyak remaja yang menginginkan berat badan turun dengan cepat melalui diet ketat, tetapi tidak disesuaikan dengan gizi yang dibutuhkan (Yusinta, Pradigdo and Rahfiluddin, 2019). Diet ketat dapat menyebabkan perilaku seperti melewati waktu makan, mengganti makan utama dengan makan selingan, dan memuntahkan makanan yang dikonsumsi (Marlina and Ernalia, 2020). Perilaku tersebut dapat mempengaruhi pemenuhan asupan gizi harian remaja putri. Asupan gizi yang kurang dapat menyebabkan terjadinya KEK.

## 3. *Diagnosis Kekurangan Energi Kronis*

Kekurangan Energi Kronis pada ibu hamil dapat diukur dengan menggunakan pita LILA Lengan Atas (LILA) adalah lingkaran lengan bagian atas pada trisep yang digunakan untuk mengukur tebal

lemak bawah kulit sehingga dapat memperkirakan lemak tubuh total, namun hal ini bergantung pada umur, ras, dan gender. Pengukuran lingkaran lengan atas menggunakan pita LILA sangat penting untuk menentukan apakah ibu hamil mengalami KEK atau tidak. Hasil pengukuran LILA kurang dari 23,5 cm menandakan KEK, sedangkan LILA 23,5 cm atau lebih menandakan bukan KEK. Adapun cara pengukuran LILA menggunakan pita LILA yaitu:

- a. Mencari pertengahan lengan atas, posisikan siku sehingga membentuk sudut 90°.
  - 1) Ujung skala caliper (pita ukuran) yang bertuliskan angka 0 diletakkan di tulang yang menonjol di bagian bahu atau acromion dan ujung lain pada siku yang menonjol atau olecranon
  - 2) Pertengahan lengan diberi tanda
  - 3) Lengan diluruskan dengan posisi telapak tangan menghadap ke paha, dan caliper dilingkarkan (tidak terlalu ketat dan tidak terlalu longgar) pada bagian tengah dan bagian trisep lengan dengan cara memasukkan ujung pita ke dalam ujung yang lain
  - 4) Pembacaan LILA harus dilakukan pada skala yang diarahkan ke luar lengan dan sejajar dengan mata pembaca.
- b. Komplikasi ibu hamil dengan masalah Kekurangan Energi Kronis (KEK)
  - 1) Ibu hamil yang mengalami KEK akan menyebabkan berbagai masalah, baik pada saat hamil, bersalin, dan masa nifas, atau
  - 2) Risiko keguguran
  - 3) Perdarahan pasca persalinan
  - 4) Mudah terkena penyakit infeksi
  - 5) Persalinan akan sulit dan lama.

- 6) Ibu hamil KEK akan berdampak juga pada janin dan anak yang akan berlanjut sampai pada usia dewasa. Adapun komplikasi yang dapat dialami oleh bayi antara lain. Risiko bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).
  - 7) Risiko bayi lahir dengan kelainan kongenital
  - 8) Risiko bayi lahir stunting sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit tidak menular (PTM) pada usia dewasa seperti diabetes mellitus, hipertensi, jantung coroner.
- c. Upaya Pencegahan Kekurangan Energi Kronik Pada Remaja
- 1) Pemberian edukasi gizi dan pengetahuan tentang KEK pada remaja putri memberikan adanya dampak peningkatan pengetahuan remaja putri tentang bahaya anemia dan KEK (M and F, 2022). Meningkatnya pengetahuan dan pemahaman yang benar pada remaja akan mendorong timbulnya sikap positif. Sehingga remaja putri dapat mengetahui dan melakukan perubahan pola makan dan menu untuk asupan makanan yang dikonsumsi sesuai unsur-unsur gizi yang terdapat dalam menu hariannya.
  - 2) Memberikan KIE untuk gizi ibu hamil, memberikan PMT berupa susu, biskuit dan makanan penunjang lainnya kepada ibu hamil. Termasuk pelaksanaan program pemerintah. Mengandung nutrisi seimbang untuk ibu hamil yang mengalami IBD. Selain itu, para ibu disarankan untuk rutin memeriksakan status kehamilannya ke bidan atau puskesmas setempat. PMT dilaksanakan sebulan sekali pada kegiatan Posyandu di kampung ibu (Indriyani and Anggraini, 2024).

## **Daftar Pustaka**

- Adriani, M. and Wirjatmadi, B. (2012) Pengantar Gizi Masyarakat. Edisi pert. Jakarta: Kencana.
- Agustina, E.E. and Fridayanti, W. (2017) 'DETERMINAN RISIKO KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI BERDASARKAN JENJANG PENDIDIKAN DI KABUPATEN KEBUMEN', *Jurnal Bidan Prada*, 8(1).
- Aguswilopo (2014) Ibu hamil dan keluarga berencana. Jakarta: Penerbar Swadaya.
- Arima, L.A.T., Mubawani, E.A. and Wijayanti, H.S. (2019) 'HUBUNGAN ASUPAN ZAT BESI HEME, ZAT BESI NON-HEME DAN FASE MENSTRUASI DENGAN SERUM FERITIN REMAJA PUTRI', *Journal of Nutrition College*, 8(2), pp. 87–94. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.14710/jnc.v8i2.23819>.
- Arisman (2010) Gizi dalam Daur Kehidupan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Banudi (2013) Buku Kesehatan Reproduksi. Buku Saku. Jakarta: EGC.
- Budiastutik, I. and Rahfiludin, M.Z. (2019) 'Faktor Risiko Stunting pada anak di Negara Berkembang Risk Factors of Child Stunting in Developing Countries', *Amerta Nutrition*, pp. 122–126. Available at: <https://doi.org/10.2473/amnt.v3i3.2019.122-129>.
- Dr. Demsa Simbolong, SKM., M., Jumiati, SKM, M.G. and Antun Rahmadi, SKM, M. (2018) Pencegahan dan penanggulangan kurang energi kronik (KEK) dan anemia pada ibu hamil. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Ertiana, D. et al. (2019) 'ASUPAN MAKAN DENGAN KEJADIAN KEK PADA REMAJA PUTRI DI SMAN 2 PARE KABUPATEN KEDIRI (Food Intake with Chronic Energy Deficiency in Young Women in Public Senior High School 2 Pare, Kediri Regency)', *Jurnal Gizi KH*, 1(2), pp. 102–109.

- Ifdil, Denich, A.U. and Ilyas, A. (2017) 'Hubungan Body Image dengan Kepercayaan Diri Remaja Putri', *Jurnal Kajian Bimbingan dan Konseling*, 2(3), pp. 107–113. Available at: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17977/um001v2i32017p107>.
- Imelda, A.D. (2017) 'Penanganan Awal Kejadian Preeklamsia Berat dan Eklamsia di Salah Satu Rumah Sakit Provinsi Lampung', *Jurnal Keperawatan Program Studi Keperawatan Poltekkes Tanjung Karang* [Preprint].
- Indriyani, R. and Anggraini, N.A. (2024) 'Peningkatan Perilaku Pencegahan KEK(Kekurangan Energi Kronik) Pada Ibu Hamil', *Jurnal Abdi Kesehatan dan Kedokteran (JAKK)*, 3(1).
- Listiana, A. (2017) 'Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia Gizi Besi pada Remaja Putri di SMKN 1 Terbanggi Besar Lampung Tengah', *Jurnal Kesehatan*, 7(3), pp. 455–469. Available at: <https://doi.org/10.26630/jk.v7i3.230>.
- M, R. and F, F. (2022) 'Edukasi Anemia dan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Remaja Putri di Kota Metro', 10(2).
- Maharani, N.A., Indriasari, R. and Yustini (2018) 'GAMBARAN ASUPAN GIZI DAN ANEMIA REMAJA PUTRI KEK DI SMA AL-BAHRAH JENEPONTO'.
- Marjan, A.Q., Aprilia, A.H. and Fatmawati, I. (2021) 'Analisis Determinan Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Wilayah Gunung Sindur, Bogor', *Jurnal Kesehatan Terpadu (Integrated Health Journal)*, 12(1). Available at: <https://doi.org/10.32695/jkt.v12i1.117>.
- Marlina, Y. and Ernalia, Y. (2020) 'Hubungan Persepsi Body Image dengan Status Gizi Remaja Pada Siswa SMPN 8 di Pekanbaru', *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 6(2), pp. 183–187. Available at: <https://doi.org/10.25311/keskom.vol6.iss2.540>.

- Maryunani, A. (2013) Buku Saku Asuhan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Jakarta TIM.
- Notoatmodjo, S. (2010) Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Paramashanti (2019) Gizi Ibu dan Anak, Pustaka Baru Press. Yogyakarta.
- Putri, A.A. and Salsabila, S. (2023) 'No Title', Student Scientific Creativity Journal (SSCJ), 1(3), pp. 246–253. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.55606/sscj-amik.v1i3.1525>.
- Rahayu, S.D. and Dieny, F.F. (2012) 'Citra Tubuh, Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Pengetahuan Gizi, Perilaku Makan dan Asupan Zat Besi pada Siswi SMA', Journal article // Media Medika Indonesiana, 46(3), pp. 184–194.
- Rahmi, L. (2017) 'FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS BELIMBING PADANG TAHUN 2016', Jurnal Kesehatan Medika Saintika, 8(1). Available at: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30633/88122017201735-461>.
- Sholicha, C.A. and Muniroh, L. (2019) 'HUBUNGAN ASUPAN ZAT BESI, PROTEIN, VITAMIN C DAN POLA MENSTRUASI DENGAN KADAR HEMOGLOBIN PADA REMAJA PUTRI DI SMAN 1 MANYAR GRESIK', Media Gizi Indonesia, 14(2), pp. 147–153. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.20473/mgi.v14i2.147-153>.
- Sitoayu, L., Pertiwi, D.A. and Mulyani, E.Y. (2017) 'Kecukupan Zat Gizi Makro, Status Gizi, Stres, dan Siklus Menstruasi pada Remaja', Jurnal Gizi Klinik Indonesia, 13(3), pp. 121–128. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/ijcn.17867>.

- Sulistiyawati, A. (2009) *Asuhan Kebidanan Pada masa kehamilan*. Jakarta: Jakarta Salemba Medika.
- Telisa, I. and Eliza (2020) 'Asupan zat gizi makro, asupan zat besi, kadar haemoglobin dan risiko kurang energi kronis pada remaja putri', *Jurnal AcTion: Aceh Nutrition Journal*, 5(1), pp. 80–86. Available at: <https://doi.org/10.30867/action.v5i1.241>.
- Wardhani, P.I., Agustina and Ery, M. (2020) 'HUBUNGAN BODY IMAGE DAN POLA MAKAN DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK) PADA REMAJA PUTRI SMAN DI JAWA BARAT The Correlation Between Body Image and Diet with Chronic Energy Deficiency (Ced) on Female Adolescents in SMAN in West Java', *Jph Record*, 3(2), pp. 127–139.
- Wiknjosastro (2009) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulianasari, P., Nugraheni, S.A. and Kartini, A. (2019) 'Pengaruh Pendidikan Gizi dengan Media Booklet Terhadap Perubahan Perilaku Remaja Terkait Pencegahan Kekurangan Energi Kronis', *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat)*, 7(4), pp. 420–428.
- Yusinta, D.H., Pradigdo, S.F. and Rahfiluddin, M.Z. (2019) 'Hubungan Body Image dengan Pola Konsumsi dan Status Gizi Remaja Putri di SMPN 12 Semarang', *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 7(2), pp. 47–53. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.14710/jkm.v7i2.24712>.

### **Profil Penulis**



#### **Dr. Indah Budiastutik, S.K.M., M.Kes.**

Dosen Gizi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak. Penulis lahir di Kabupaten Bojonegoro Jawa Timur pada tahun 1980, Penulis mulai berkecimpung di bidang Kesehatan sejak tahun 2004 yang lalu, Penulis adalah dosen pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Pontianak. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya, dan menyelesaikan Pendidikan Doktor di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Penulis menekuni bidang Penelitian, pengabdian dan sudah menghasilkan karya beberapa buku dan artikel yang terbit di journal Nasional maupun Internasional. Penulis memiliki riwayat pekerjaan pernah menjabat sebagai Dekan, dan Wakil Dekan. Saat ini sebagai Ketua Ikatan Ahli Gizi Kesehatan Masyarakat tingkat Provinsi, sebagai pengurus Pusat, pengurus IAKMI Kalbar, sebagai Bendahara di Organisasi Perempuan 'Aisyiyah. Aktif menjadi reviewer jurnal tingkat lokal dan nasional, aktif dalam organisasi perempuan, kepenulisan, kemasyarakatan, organisasi kesehatan masyarakat. Sebagai ibu rumah tangga yang dikaruniai 3 orang anak laki-laki, anak pertama kuliah, kedua SMP dan ketiga SD.

Email Penulis : indahbudiastutik@unmuhpnk.ac.id

**Ns. Megawati, S.Kep., M.Kes.**  
Universitas Andi Sudirman

### **Definisi Menopause**

Kata menopause berasal dari Bahasa Yunani, yakni dari kata “men” yang artinya bulan dan kata “peuseis” yang artinya penghentian sementara. Secara linguistik kata lebih yang lebih tepatnya masa berhentinya haid. Menopause merupakan tahap dalam kehidupan Wanita ketika menstruasi berhenti. Wanita dikatakan telah menopause jika tidak mengalami menstruasi selama 12 bulan sejak menstruasi terakhir yang disebabkan oleh penurunan fungsi ovarium (Suryoprajogo, 2019).

Untuk lebih memastikan akan dilakukan pemeriksaan Follicle Stimulating Hormone

(FSH) dan hormon estrogen. Seorang Wanita dikatakan mengalami menopause apabila kadar FSH meningkat, sedangkan kadar estrogen rendah. Selain itu dilakukan juga pemeriksaan Thyroid Stimulating Hormone (TSH) dan hormon tiroid. Pemeriksaan ini untuk memastikan penderita tidak mengalami hipotiroidisme atau penurunan hormon tiroid yang bisa menimbulkan gejala serupa dengan menopause (Jalilah & Prapitasari, 2020).

### **Tahapan Menopause**

Empat tahapan menopause yang terdapat dalam Riyadina (2019) adalah sebagai berikut :

### 1. Pramenopause

Pramenopause adalah masa selama 4-5 tahun sebelum terjadinya menopause. Singkatnya, pramenopause adalah seluruh periode masa subur sebelum menopause yaitu periode dan menarche sampai menopause. Pada fase ini menstruasi sudah mulai tidak teratur, namun belum muncul tanda klasik gejala menopause, seperti hot flashes atau semburan panas, kekeringan vagina dan lain sebagainya. Pramenopause biasanya dialami wanita pada usia 40-an, wanita pada fase ini masih subur yang artinya masih bisa hamil.

### 2. Perimenopause

Perimenopause disebut juga fase peralihan. Perimenopause terjadi sekitar dua tahun sebelum menopause sampai sekitar dua tahun setelahnya. Pada fase ini terdapat gejala khas yakni penurunan fungsi ovarium yang ditandai dengan defisiensi progesterone dan estrogen sehingga tanda klasik gejala menopause mulai muncul. Perimenopause dialami oleh wanita pada usia 50-an.

### 3. Menopause

Menopause adalah keadaan dimana wanita sudah tidak lagi haid yang dihitung dari 12 bulan sejak haid terakhir. Pada awal menopause terkadang kadar estrogen rendah, namun bisa sebaliknya pada wanita gemuk. Pada fase ini sudah muncul tanda klasik gejala masa menopause.

### 4. Pascamenopause

Pascamenopause adalah fase setelah menopause sampai senium. Fase ini merupakan masa lima tahun setelah menopause. Di fase ini tanda klasik gejala menopause sudah mulai menghilang akibat keseimbangan hormon yang telah dicapai tubuh.

## **Usia Menopause**

### **1. Menopause Dini**

Menurut Sastrawinata (2008) dalam lubis (2016) Menopause dini merupakan menopause yang terjadi sebelum usia 40 tahun. Diagnosis ini di buat apabila haid berhenti sebelum waktunya di sertai dengan hot flashes serta meningkatnya kadar hormon gonadotropin. Apa bila kedua gejala ini tidak ada maka perlu dilakukan penyelidikan terhadap sebab lain dari terganggunya fungsi ovarium.

Faktor terjadinya penyebab menopause dini adalah keturunan, gangguan gizi yang cukup berat, penyakit menahun, dan penyakit yang merusak jaringan kedua ovarium. Menopause dini tidak membutuhkan terapi, namun diperlukan pemberian penerapan kepada wanita yang bersangkutan. Faktor lain yang bisa menyebabkan seorang wanita mengalami menopause dini adalah merokok.

### **2. Menopause Normal**

Suparni & Astutik (2016) mengatakan menopause biasanya dialami oleh wanita pada rentang usia 45-55 tahun. Perubahan hormonal selama masa menopause menimbulkan munculnya perubahan fisik dan psikologis yang berakibat pada sensitivitas sehingga wanita menopause menjadi lebih mudah tersinggung, mudah marah, kurang percaya diri, dan mengalami keluhan lainnya.

### **3. Menopause Terlambat**

Sastrawinata (2008) dalam lubis (2016), Menjelaskan batas terjadinya menopause adalah umur 55 tahun. Apabila wanita masih mengalami menstruasi di atas umur tersebut, maka di perlukan penyelidikan lebih lanjut. Adapun sebab-sebab yang dapat di hubungkan dengan menopause terlambat adalah konstitusional, fibromioma uteri, dan tumor ovarium yang menghasilkan estrogen (Lubis, 2016).

## **Faktor yang Mempengaruhi Menopause**

Menurut Mulyani (2013), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi menopause, diantaranya :

### **1. Faktor Psikis**

Keadaan seorang wanita yang tidak menikah dan bekerja akan mempengaruhi perkembangan psikis seorang wanita. Menurut beberapa penelitian, mereka akan mengalami waktu menopause yang lebih muda atau lebih cepat dibandingkan yang menikah dan tidak bekerja dan tidak menikah.

### **2. Usia Pertama Haid**

Semakin muda seorang wanita mengalami menstruasi pertama kalinya, maka akan semakin tua atau lama untuk mengalami masa menopause. Wanita yang mendapatkan menstruasi pada usia 15 atau 17 tahun akan mengalami menopause lebih dini, sedangkan wanita haid lebih dini sering kali akan mengalami menopause sampai pada usia mencapai 50 tahun.

### **3. Usia Melahirkan**

Penelitian yang dilakukan oleh Bert Israel Deacones Medical Center di Boston mengungkapkan bahwa wanita yang masih melahirkan diatas usia 40 tahun akan mengalami usia menopause yang lebih tua lama. Hal ini disebabkan karena kehamilan dan persalinan akan memperlambat system penuan tubuh.

### **4. Merokok**

Seorang wanita yang merokok akan lebih cepat mengalami masa menopause. Merokok mempengaruhi cara tubuh memproduksi atau membuang hormon estrogen. Di samping ini juga, beberapa peneliti menyakini bahwa komponen tertentu dari rokok juga berpotensi membunuh sel telur.

### **5. Pemakaian Kontrasepsi**

Kontrasepsi dalam hal ini yaitu kontrasepsi hormonal. Hal ini dikarenakan cara kerja kontrasepsi yang

menekan kerja ovarium atau indung telur. Pada wanita yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal akan lebih atau tua memasuki masa menopause.

#### 6. Diabetes

Penyakit autoimun seperti diabetes melitus menyebabkan terjadinya menopause dini. Pada penyakit autoimun, antibody yang terbentuk akan menyerang FSH.

### **Perubahan pada Masa Menopause**

Menurut Mulyani (2013), pada masa menopause wanita akan mengalami perubahan-perubahan diantaranya :

#### 1. Perubahan Pola Menstruasi

##### a. Perubahan Pola Menstruasi

Gejala ini biasanya terlihat pada awal permulaan masa klimakterium. Perdarahan akan terlihat beberapa kali dalam rentang beberapa bulan dan akhirnya akan berhenti sama sekali.

##### b. Rasa Panas (*hot flush*)

Gejala ini akan dirasakan mulai dari wajah sampai ke seluruh tubuh. Selain rasa panas juga disertai dengan warna kemerahan pada kulit dan berkeringat.

##### c. Susah Tidur (*insomnia*)

*Hot flush* juga menyebabkan wanita terbangun dari tidurnya. Kesulitan untuk tidur disebabkan karena rendahnya kadar serotonin yang dipengaruhi pada masa premenopause.

##### d. Penurunan Produksi Lendir Serviks

Akan terjadi perubahan pada lapisan dinding vagina, vagina akan terlihat menjadi lebih kering dan kurang elastis. Hal ini terjadi karena penurunan kadar hormon estrogen yang berdampak akan timbulnya rasa sakit pada saat melakukan hubungan seksual. Pada masa klimakterium terjadi involusi vagina dan vagina

kehilangan rugae. Epitel vagina mengalami atrofi dan mudah cedera. Vaskularisasi dan aliran darah ke vagina berkurang sehingga lubrikasi berkurang yang mengakibatkan hubungan seksual menjadi sakit.

e. Gejala Gangguan Motorik

Pada masa klimakterium, aktivitas yang akan dikerjakan semakin berkurang dikarenakan wanita akan mudah merasa lebih dan tidak sanggup untuk melakukan pekerjaan yang terlalu berat.

f. Gejala Gangguan Sistem Perkemihan

Kadar estrogen yang rendah menimbulkan penipisan pada jaringan kandung kemih dan saluran kemih sehingga menyebabkan terjadinya penurunan kontrol dari kandung kemih sehingga sulit untuk menahan buang air kecil.

g. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada masa menopause pasti sering terjadi. Beberapa wanita menemukan perubahan pada gelombang hormonnya serta kebutuhan untuk menyesuaikan dengan perubahan yang terjadi, sehingga membuat menopause menjadi sangat sulit. Perubahan psikologis seseorang sangat tergantung bagaimana pandangan seorang wanita tentang menopause itu sendiri termasuk pengetahuannya tentang menopause. Perubahan psikis ini sangat mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

3. Adapun tanda -tanda perubahan emosi yang mungkin terjadi pada seorang wanita yang mengalami menopause menurut Pieter & Lubis (2010) diantaranya:

a. Ingatan Menurun

Gejala menurunnya ingatan terlihat bahwa sebelum menopause wanita masih begitu mudah untuk mengingat. Akan tetapi, sesudah

mengalami menopause terjadi kemunduran dalam mengingat bahkan mereka sering lupa terhadap hal-hal kecil dan sederhana.

b. Kecemasan

Banyak dari ibu-ibu yang mengalami menopause menjadi seorang yang mudah mengalami rasa cemas. Kecemasan ini timbul sebagai akibat seringnya kekhawatiran yang menghantui dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah mereka khawatirkan. Kecemasan ini biasanya relative, artinya kecemasan itu bisa dihilangkan dan ditenangkan. Namun pada sebagian orang kondisi ini tidak mampu dilakukan. Adapun gejala-gejala psikologis yang sering dialami wanita menopause yaitu :

- 1) Suasana hati yang menunjukkan ketidak tenangan psikis, seperti gampang marah atau rasa tegang.
- 2) Pikiran yang tidak menentu sebagai akibat kekhawatiran yang berkepanjangan sehingga mereka sulit untuk konsentrasi. Bahkan sebaliknya, terkadang pikiran mereka kosong dan merasa tidak berdaya.
- 3) Sangat sensitif dan merasa tidak berdaya.
- 4) Selalu menghindari situasi-situasi yang menimbulkan kecemasan dan mereka selalu lari dari kenyataan.
- 5) Perilaku gelisah seperti gugup, agitasi, dan kewaspadaan yang berlebihan.
- 6) Gangguan psikogenik mencakup bertambahnya rasa gelisah, depresi, mudah cemas, insomnia, dan sakit kepala. Keadaan lain dapat diperberat oleh gejala menopause mencakup masalah psikosomatik yang telah ada diperkuat oleh gejala panas, pola tidur yang diganggu keringat malam, serta

penurunan libido vaginitis atrofikans yang mengakibatkan dispareunion.

7) Mudah Tersinggung

Gejala ini lebih mudah dilihat jika dibandingkan dengan perasaan cemas. Wanita menopause lebih menunjukkan sikap mudah tersinggung dan marah. Hal ini mungkin saja disebabkan adanya Tingkat kesadaran yang luar biasa dialami mereka. Perasaan mereka begitu sangat sensitif terhadap sikap dan perilaku orang-orang di lingkungan sekitarnya. Kondisi ini akan sangat negatif dan menyinggung dirinya.

8) Stress

Respons-respons stress pada wanita menopause begitu beragam dan terkadang bersifat kronis. Secara psikologis sumber-sumber wanita menopause tidak diramalkan begitu saja, namun yang bisa terlihat adalah siklus suasana hati, misalnya reaksi marah atau sedih. Faktor-faktor penyebab stress pada wanita menopause yaitu keadaan emosi personalnya dan sikap orang-orang disekitarnya.

9) Depresi

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita menopause lebih besar dan lebih gampang mengalami depresi dibandingkan dengan kehidupan sebelumnya. Bentuk-bentuk depresi wanita menopause terlihat dari :

- Hilangnya percaya diri atas kemampuan organ reproduksinya.
- Kesedihan akibat ditinggalkan anak-anaknya atau suami yang meninggal.
- Sedih karena sudah menurun daya tariknya.

- Merasa tertekan karena seluruh aktivitas dan perannya sudah di ambil alih.
- Sakit tidak sembuh-sembuh atau penyakit kronis.

#### 4. Keluhan Pada Masa Menopause

##### a. Keluhan Fisik

Menurut kardu (2004) dalam Nurlina (2021) keluhan fisik pada masa menopause adalah sebagai berikut yaitu :

##### 1) *Hot flashes* (semburan panas)

*Hot flashes* merupakan suatu kondisi ketika tubuh mengalami rasa panas yang menyebar dari wajah hingga ke seluruh tubuh. Hot flashes dapat berlangsung selama satu sampai dua tahun setelah menopause atau dalam beberapa kasus dapat berlanjut sampai 10 tahun atau lebih (Riyadina, 2019).

##### 2) Vagina Kering

Penelitian oleh David (2014) dalam Hekmawati (2016). Mengatakan penurunan hormon estrogen pada masa menopause mengakibatkan perubahan pada vagina.

##### 3) Uretra mengering, menipis, kurang elastis

Uretra adalah saluran yang mengeluarkan air seni dari kantung kemih keluar tubuh. Pada masa menopause, kadar estrogen menurun hal ini menyebabkan dinding dan lapisan otot polos uretra mengering, menipis, elastisnya berkurang serta mengalami gangguan pada penutupan uretra sehingga terjadi inkontinensia urine, perubahan pola aliran urine, serta mudah terjadi infeksi pada saluran kemih bagian bawah (Widjayanti, 2016).

##### 4) Penurunan berat badan

Sebanyak 29% wanita pada masa menopause mengalami kenaikan berat badan dan 20%

diantarnya memperlihatkan kenaikan yang mencolok. Hal ini disebabkan penurunan kadar estrogen dan gangguan pertukaran zat dasar metabolisme lemak. Selain itu juga disebabkan oleh kurangnya aktifitas wanita pada menopause.

5) Gangguan pada tulang dan persendian

Hormon estrogen sangat berperan dalam mempertahankan keseimbangan kerja osteoblast (pembentukan tulang) dan osteoklast (penyerapan tulang). Estrogen akan berikatan dengan reseptor estrogen osteoblast yang secara langsung mengatur pembentukan osteoblast yang bertujuan menghambat resorpsi tulang sehingga apabila kadar estrogen turun maka tidak ada yang menghambat resorpsi tulang yang mengakibatkan gangguan pada proses tulang tersebut yang kemudian menyebabkan pengeroposan tulang sehingga timbul rasa tidak nyaman pada tulang dan persendian (Widjayanti,2016).

b. Keluhan Psikologis

Menurut kardu (2004) dalam Nurlina (2021), keluhan psikologis pada masa menopause adalah sebagai berikut :

1) Kecemasan

Menurut Joyce (2014) dalam Hekhmawati (2016), mengatakan sebanyak 51% wanita menopause mengalami kecemasan yang disebabkan oleh perubahan fisik masa menopause yang menimbulkan perasaan tidak berharga yang memicu kekhawatiran akan kemungkinan orang yang dicintai akan berpaling dan meninggalkan.

2) Kurang tidur (insomnia)

Penelitian oleh Tao (2016) dalam Hekhmawati (2016), menemukan sebanyak 42,2% wanita menopause mengalami gangguan tidur. Insomnia pada masa menopause biasanya disebabkan oleh hot flashes yang menimbulkan rasa panas, wajah memerah, serta keringat di malam hari yang menjadikan tidur terasa tidak nyaman.

3) Daya ingat menurun

Penelitian oleh Chow (2013) dalam Hekhmawati (2016) mengatakan Sebagian wanita menopause (48%) mengalami penurunan daya ingat sehingga segala sesuatu yang harus di ingat di ulang-ulang terlebih dahulu. Hal ini disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan system saraf pusat yang mana strogen yang mempengaruhi fungsi kognitif yang artinya berpengaruh terhadap fungsi otak. Selain itu, kemampuan berfikir juga mengalami penurunan.

### **Cara Mengatasi Gejala Psikologi Menghadapi Menopause**

Menurut Psikolog RS Awal Bros Tangerang Cecilia Setiawan ada beberapa cara mengatasi gejala Psikologis menghadapi menopause :

1. Tindakan medis : pemberian suntik hormone estrogen untuk terapi meredakan stress.
2. Memenuhi pikiran dengan bayangan-bayangan positif. Jangan menghantui diri dengan pikiran bahwa proses menopause adalah penghambat Perempuan untuk mencapai kebahagiaan.
3. Mengalihkan pikiran negative dengan bergaul Bersama sahabat, berbagi ide atau cerita dengan orang terkasih.

4. Melakukan perjalanan wisata Bersama keluarga atau sahabat agar tubuh dan pikiran menjadi lebih rileks.
5. Melakukan hobi seperti berkebun, bertamasya, memasak sajian favorit keluarga, yoga, mengikuti kegiatan organisasi, keagamaan, dan bersosial akan meredakan stress menopause.
6. Berolahraga seperti melakukan peregangan setidaknya 10 menit sebelum tidur dapat mengatasi gejala depresi.

### **Penyebab Menopause**

Menurut Baziad (2003) dalam Lubis (2016), oogenesis pada wanita akan berakhir pada saat fetus berusia 5 bulan dan yang tinggal hanya tujuh juta oosit. Mulai usia lima bulan sampai saat lahir terjadi pengurangan jumlah primordial folikel hingga menyisakan 500.000 sampai 1.000.000 dan dalam perjalanan waktu akan terus berkurang jumlahnya. Jumlah folikel yang masih tersedia pada setiap wanita berbeda-beda. Sebagian wanita pada usia 35 tahun memiliki sebanyak 100.000 folikel. Berkurangnya jumlah folikel disebabkan oleh folikel itu sendiri yang mana seperti sel tubuh yang lain oosit yang terkandung dalam folikel primordial juga dipengaruhi oleh stress biologic, kerusakan DNA yang permanen, dan bertumpuknya bahan kimia akibat proses metabolisme tubuh.

Husniawati (2010) dan Suparni & Astutik (2016), menjelaskan bahwa pada tiap siklus haid, 20-30 folikel primordial dalam proses perkembangan dan Sebagian besar diantaranya mengalami atresia atau kerusakan. Selama masa reproduksi kurang lebih 400 oosit mengalami proses pematangan dan Sebagian lagi hilang spontan akibat usia yang bertambah. Pada waktu menopause tinggal beberapa ribu buah. Produksi estrogen pun berkurang. Folikel yang tersisa lebih resistan terhadap rangsangan gonadotropin. Sehingga siklus ovarium yang terdiri dari pertumbuhan folikel, ovulasi, dan pembentukan korpus luteum lama-kelamaan berhenti. Hilangnya folikel secara terus-menerus setelah

kelahiran, hanya menyisahkan kurang lebih beberapa ratus folikel pada menopause yang menimbulkan gejala amenore dan ketidakteraturan haid.

## **Daftar Pustaka**

- Hekmawati. (2016). Gambaran perubahan fisik dan psikologis pada wanita menopause.
- Jalilah, N.H. & Prapitasari, R. (2020). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Kleurga Berencana. Jawa Barat : Penerbit Adab.
- Lubis, N. L. (2016). Psikologi Kespro : Wanita dan Perkembangan Reproduksinya. Jakarta : Kencana.
- Mulyani S. (2013). Menopause Akhir Siklus Menstruasi Pada Wanita di Usia Pertengahan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Nurlia. (2021). Kualitas Hidup Wanita Menopause. Bandung : Media Sain Indonesia.
- Pieter, H.Z., dan Lubis, N.H. (2010). Pengantar Psikologo Dalam Keperawatan. Jakarta : Kencana.
- Riyadina, W. (2019). Hipertensi Pada Wanita Menopause. Jakarta : Lipi Press.
- Suparni, L.E. & Astutik, R.Y.(2016). Menopause Masalah dan Penanganannya. Yogyakarta : Deepublish.
- Suryoprajogo, N. (2019). Tips Menyenangkan Menghadapi Menopause. Jawa Tengah :Desa Pustaka Indonesia.
- Widjayanti, Yethi, (2016). Gambaran akibat penurunan kadar Hormon Estrogen pada masa menopause. Adihusana nursing journal, 2(1), 96 - 101. redrieved from [Https://adihusana.ac.id/jurnal/index/.php/AHNJ/article/view/41/121](https://adihusana.ac.id/jurnal/index/.php/AHNJ/article/view/41/121).

## **Profil Penulis**



### **Ns. Megawati, S.Kep., M.Kes.**

Lahir di Teppoe pada tanggal 4 April 1987, menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di STIK Avicenna Kendari tahun 2011, Profesi Keperawatan (Ners) STIKES Nani Hasanuddin Makassar tahun 2013, Magister Kesehatan di Universities Indonesia Timur tahun 2016 dan sekarang sedang menempuh Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Karya Husada Semarang. Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Universitas Andi Sudirman Kabupaten Bone, Sulawesi Selatan dan juga aktif di struktural akademi sebagai ketua program studi tahun 2018 hingga 2021, 2022 sebagai ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian (LPPM) Akademi Keperawatan Lapatau Bone, 2023 hingga saat ini sebagai Wakil Dekan Fakultas Sains dan Kesehatan Universitas Andi Sudirman. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen professional, Penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, Penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis : [meghaputri@gmail.com](mailto:meghaputri@gmail.com)



## PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA

**Dr. Sintha Lisa Purimahua, S.KM., M.Kes.**  
Universitas Nusa Cendana

### **Pendahuluan**

Kesehatan wanita menjadi isu yang sangat penting dalam konteks kesehatan global. Wanita memiliki kebutuhan kesehatan yang unik, baik yang terkait dengan tubuhnya sendiri maupun peran sosialnya dalam keluarga dan masyarakat. Pengenalan akan pentingnya kesehatan wanita tidak hanya berkaitan dengan aspek fisik, tetapi juga melibatkan dimensi sosial, ekonomi, dan budaya. Kesehatan wanita bukan hanya tentang kesehatan fisik, tetapi juga mencakup kesejahteraan emosional, mental, dan sosial mereka (Sukartiningsih & Amaliah, 2018). Peran kesehatan wanita sangat vital dalam menjaga keluarga yang sehat dan berkelanjutan. Wanita sering kali bertanggung jawab atas kesejahteraan anggota keluarga, termasuk anak-anak, orang tua, dan pasangan mereka. Oleh karena itu, investasi dalam kesehatan wanita tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga pada masyarakat secara keseluruhan. Meskipun ada kemajuan signifikan dalam bidang kesehatan global, wanita masih dihadapkan pada sejumlah tantangan kesehatan yang unik dan kompleks. Berbagai faktor seperti akses terhadap layanan kesehatan yang terbatas, perbedaan biologis, sosial, dan ekonomi, serta ketidaksetaraan gender, semuanya berkontribusi pada masalah kesehatan yang dihadapi oleh wanita. Masalah kesehatan wanita meliputi beragam hal, mulai dari kesehatan reproduksi

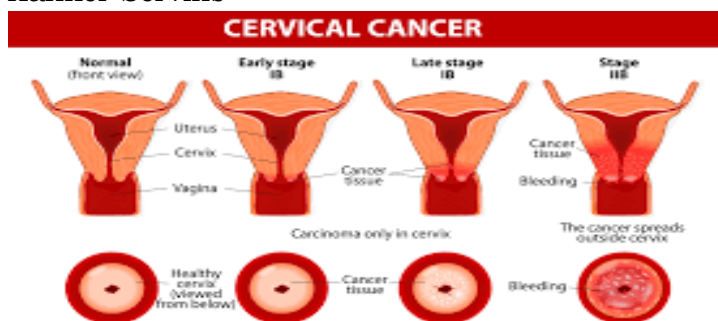
seperti kanker serviks dan payudara, gangguan menstruasi, hingga masalah kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan. Selain itu, perbedaan biologis seperti kehamilan dan persalinan, serta risiko yang terkait dengan itu, menempatkan wanita dalam kondisi rentan terhadap beberapa penyakit dan komplikasi. Penting untuk mengakui bahwa meningkatkan status kesehatan wanita bukan hanya merupakan masalah kesehatan, tetapi juga isu kesejahteraan sosial dan hak asasi manusia. Melalui pemahaman yang mendalam tentang masalah-masalah ini, program-program yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan wanita dapat dirancang dengan lebih efektif dan berkelanjutan (Fadila & Kurniawati, 2018).

### **Analisis Masalah Kesehatan Wanita**

Wanita di seluruh dunia menghadapi berbagai masalah kesehatan yang signifikan, yang dapat berdampak besar pada kualitas hidup mereka. Memahami masalah kesehatan utama yang dihadapi wanita dan faktor-faktor risiko yang berkontribusi terhadap masalah tersebut sangat penting untuk mengembangkan strategi pencegahan dan pengobatan yang efektif. Tinjauan data dan statistik masalah kesehatan wanita sebagai berikut (Siagian & Subroto, 2024):

#### **1. Kesehatan Reproduksi**

##### **a. Kanker Serviks**

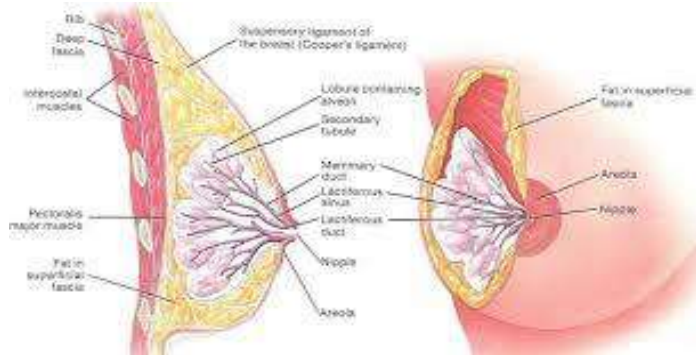


Gambar 18.1 Cervical Cancer

Kanker serviks merupakan salah satu penyebab kematian utama pada wanita di seluruh dunia. Lebih dari 90% kematian akibat kanker serviks terjadi di negara-negara berkembang.

b. Kanker Payudara

Kanker payudara adalah jenis kanker yang paling umum di antara wanita di seluruh dunia. Setiap tahun, jutaan kasus baru didiagnosis.



Gambar 18.2 Mammæ Cancer

2. Kehamilan dan Persalinan

Meskipun ada kemajuan dalam perawatan maternal, setiap tahun ribuan wanita meninggal karena komplikasi kehamilan dan persalinan, terutama di negara-negara berkembang.

3. Penyakit Menular

a. HIV/AIDS

Meskipun prevalensi HIV menurun secara global, wanita masih terkena dampak yang lebih besar, khususnya di wilayah-wilayah dengan tingkat penyebaran tinggi.

b. Infeksi Menular Seksual

IMS seperti gonore, sifilis, dan klamidia tetap menjadi masalah kesehatan yang signifikan bagi wanita, dengan risiko komplikasi jangka panjang jika tidak diobati.

#### 4. Kesehatan Mental

##### a. Depresi

Depresi adalah masalah kesehatan mental yang umum pada wanita, dengan lebih dari 264 juta orang dewasa yang menderita depresi di seluruh dunia.

##### b. *Anxiety* (kecemasan)

Kecemasan sering kali lebih umum pada wanita dibandingkan pria, dengan dampak negatif pada kesejahteraan emosional dan fisik.

### **Faktor Risiko**

Faktor yang mempengaruhi yang menunjukkan kepada faktor penyebab dari suatu masalah kesehatan.

#### 1. Kurangnya Akses terhadap layanan Kesehatan

Wanita di beberapa wilayah masih menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan yang berkualitas, terutama yang terkait dengan kesehatan reproduksi.

#### 2. Ketidaksetaraan gender

Ketidaksetaraan dalam akses terhadap pendidikan, pekerjaan, dan keputusan kesehatan sering kali mengakibatkan wanita memiliki akses yang terbatas terhadap informasi dan layanan kesehatan.

#### 3. Kemiskinan dan ketidakstabilan ekonomi

Wanita yang hidup dalam kondisi ekonomi yang buruk sering kali memiliki akses terbatas terhadap makanan bergizi, layanan kesehatan, dan pemenuhan kebutuhan kesehatan lainnya.

#### 4. Kekerasan dan diskriminasi

Wanita yang mengalami kekerasan fisik, seksual, atau emosional memiliki risiko lebih tinggi terhadap masalah kesehatan fisik dan mental.

Melalui pemahaman yang mendalam tentang masalah-masalah ini, upaya-upaya dapat difokuskan

pada pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan yang efektif, sambil juga menangani faktor-faktor risiko yang mendasarinya.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan wanita
  - a. Faktor sosial-ekonomi dan demografi (terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil).
  - b. Faktor budaya dan lingkungan (misalnya, praktik tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, dsb).
  - c. Faktor psikologis (dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita pada pria yang membeli kebebasannya secara materi, dsb).
  - d. Faktor biologis (cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, dsb)
6. Program peningkatan status kesehatan wanita
  - a. Pelatihan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) untuk Peningkatan Derajat Kesehatan Wanita di Desa Singkil Wetan, Kecamatan Ngombol, Purworejo.
  - b. Masalah mengenai kanker payudara masih menjadi tantangan khusus bagi wanita usia subur di Indonesia. Pencegahan yang digalangkan di Indonesia adalah dengan melakukan SADARI (Periksa Payudara Sendiri).



Gambar 18.3 Periksa Payudara Sendiri

Pemerintah Desa Singkil Wetan berusaha untuk mendapatkan informasi terkait kesehatan wanita untuk meningkatkan kualitas kesehatan wanita diwilayahnya. Salah satunya mengenai pelatihan SADARI sebagai tindak lanjut edukasi kanker payudara yang pernah dilakukan (Witdiawati dkk., 2019). Tujuan pengabdian ini untuk mengetahui tingkat ketrampilan sebelum dan sesudah pelatihan SADARI pada wanita di Desa Singkil Wetan. Hasil kegiatan didapatkan bahwa pelatihan diikuti oleh 26 peserta yang rata rata berusia  $43,07 \pm 9,82$  tahun, berlatar belakang Pendidikan SMA (65,45%) dan memiliki aktivitas sebagai ibu rumah tangga (57,7%). Mayoritas peserta tidak pernah melakukan cek rutin terkait kondisi payudaranya ke dokter (96,2%), tidak dapat melakukan SADARI 61,5%, dan tidak rutin melakukan SADARI (76,9%). Setelah diberikan

pelatihan didapatkan bahwa ada perbedaan yang signifikan ( $p < 0,000$ ) untuk tingkat ketrampilan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan dimana skor ketrampilan sebelum pelatihan untuk para peserta rata – rata adalah  $7,85 \pm 0,97$  dan skor ketrampilan setelah pelatihan para peserta rata rata adalah  $12,2 \pm 1,05$ . Kategorisasi tingkat ketrampilan dalam melakukan SADARI didapatkan sebelum dilakukan pelatihan semua peserta (100%) berada pada kategori sedang, sedangkan pada hasil kategorisasi setelah dilakukan pelatihan didapatkan bahwa sebanyak 84,6% peserta sudah berada dalam kategori tinggi dan hanya 15,4% yang masih berada dalam kategori sedang.

Pelatihan SADARI yang diberikan telah memberikan hasil berupa peningkatan ketrampilan wanita di Desa Singkil Wetan dalam melakukan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) sebagai upaya preventif untuk kanker payudara. Antusiasme yang tinggi dari peserta dapat menjadi peluang untuk melakukan pengabdian yang lain demi sekaligus sebagai upaya monitoring untuk motivasi wanita di Desa tersebut dalam melakukan SADARI kedepannya dengan memanfaatkan hasil pelatihan yang sudah didapatkan saat ini (Rukmi dkk., 2022).

- c. Pendampingan Penanaman dan Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga (TOGA) Dalam Program Peningkatan Peranan Wanita menuju Keluarga Sehat Sejahtera (P2WKSS) di Desa Sakerta Timur Kabupaten Kuningan.

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat salah satu yang dapat dilakukan adalah penanaman dan pemanfaatan TOGA (tanaman obat keluarga).



Gambar 18.4 Tanaman Obat Keluarga

Pengembangan TOGA juga dapat dijadikan program unggulan bagi warga di Desa Sakerta Timur (Saktim) Kecamatan Darma Kabupaten Kuningan selain untuk peningkatan kesehatan sekaligus menjadi produk unggulan meningkatkan nilai ekonomi masyarakat melalui pengolahan pasca panen. Pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan warga masyarakat khususnya anggota kelompok sadar wisata (Pokdarwis) di Desa Saktim dalam pemanfaatan dan pengolahan tanaman obat menjadi bentuk sediaan obat yang lebih ekonomis. Kegiatan pengabdian masyarakat dalam program Peningkatan Peranan Wanita menuju Keluarga Sehat Sejahtera (P2WKSS) dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang khasiat tanaman obat, dan pelatihan pembuatan kebun TOGA dan proses pembuatan obat tradisional.

Pelaksanaan kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini berjalan dengan baik dan lancar, hal ini terbukti dari antusias peserta dan jumlah peserta yang hadir sesuai dengan target. Dari hasil kunjungan lapangan diketahui bahwa beberapa ibu rumah tangga telah menanam TOGA, namun demikian jumlah TOGA yang ditanam jumlahnya masih terbatas. Sehingga dengan adanya pendampingan dan pelatihan ini harapannya masyarakat terutama peserta dapat

memanfaatkan dan mendapat keterampilan dalam hal menanam tanaman obat keluarga (TOGA) yang baik dan pengolahannya menjadi suatu produk sediaan obat tradisional yang bernilai ekonomis (Marini dkk., 2023).

### **Efektifitas Program Pelatihan Perawatan Kesehatan Seksual Menopause dalam Meningkatkan Kompetensi Perawat di Wilayah Provinsi DKI Jakarta**

Proses aging dialami perempuan menopause sebagai akibat defisiensi hormon estrogen yang akan menimbulkan masalah Kesehatan seksual seperti rentan terjadi infeksi pada vagina, dispareunia, lecet setelah berhubungan, hingga penurunan libido. Bantuan pelayanan tenaga kesehatan profesional amat sangat dibutuhkan perempuan menopause dalam mengatasi permasalahan seksual masa menopause, untuk itu profesi keperawatan memiliki peluang dan tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas program pelatihan perawatan kesehatan seksual menopause dalam meningkatkan kompetensi perawat di wilayah provinsi DKI Jakarta. Desain penelitian ini adalah Quasi Eksperimental dengan uji pre dan post, dengan pengumpulan data dilakukan secara kuantitatif. Besar sampel dalam penelitian ini berjumlah 5 orang pada kelompok intervensi dan 5 orang pada kelompok kontrol. Analisa data menggunakan uji Uji Chi-Square.

Hasil penelitian sebelum diberikan Model Tatalaksana Aging kemampuan perawat dalam perawatan kesehatan seksual untuk perempuan menopause Hasil uji Chi Square pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa Model Tatalaksana Aging berpengaruh pada peningkatan kemampuan perawat dalam perawatan kesehatan seksual untuk perempuan menopause seksual ( $p=0,000$ ). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terlihat berpengaruh seksual ( $p=0,340$ ). Rekomendasi Model Tatalaksana Aging dalam program pelatihan perawatan kesehatan seksual agar diaplikasikan pada perempuan

menopause demi meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pengelolaan diri selama masa menopause.

### **Peningkatan Kualitas Hidup Wanita Perimenopause Melalui Pendampingan Program Sehat Fisik dan Jiwa (SEHATI) Posyandu Lansia Puskesmas Antang Perumnas**

Penurunan kualitas hidup pada wanita menopause dapat berdampak negatif terhadap psikologis dan fisiknya. Dampak negatif secara psikologis yaitu wanita menopause akan mengalami depresi dan secara fisik akan terjadi gangguan pada fungsi fisiknya serta peningkatan risiko untuk terkena penyakit osteoporosis dan penyakit kardiovaskuler. Salah satu bentuk upaya dalam memelihara Kesehatan masyarakat yang telah lanjut usia adalah melalui Posyandu Lansia. Peserta posyandu lansia Puskesmas Antang saat ini sebanyak 2545 orang. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di wilayah kerja Posyandu lansia Puskesmas Antang pada bulan Maret 2023 didapatkan data bahwa jumlah wanita berusia 40-45 tahun sekitar 1287 orang.

Tujuan dari program sehat fisik dan jiwa (SEHATI) ini dilakukan untuk memberikan edukasi, melakukan skrining Kesehatan dan memberikan Latihan fisik kepada Wanita premenopause untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Metode yang di gunakan yaitu menggunakan dengan memberikan pre-test dan post-test dan memberikan materi terkait perimenopause. kegiatan ini di lakukan dengan pemberian Senam SEHATI kemudian pemberian edukasi terkait tanda, gejala dan solusi dari perimenopause dan skrining Kesehatan yaitu pemeriksaan glukosa darah, kolesterol dan asam urat. Hasil dari kegiatan ini terdapat peningkatan pengetahuan dimana rata-rata nilai quisioner pre-test diperoleh nilai jawaban yang benar 87,12 setelah penyuluhan berubah menjadi 90,96. dengan nilai  $p < 0,000$ . yang berarti terjadi peningkatan pengetahuan tentang perimenopause (Passe dkk., 2023).

## **Sustainable Development Goals (SDGs)**

Terhitung 2016 program MDGs dilanjutkan dengan program baru yaitu Sustainable Development Goals (SDGs), dengan aksi 17 tujuan. Satu diantaranya adalah dalam rangka meningkatkan kesehatan ibu. Kaitannya dengan kesehatan ibu, kesehatan seorang remaja putri sebagai calon seorang ibu dan sekaligus sebagai penerus bangsa perlu menjadi perhatian utama. Dalam siklus hidup, tahap masa remaja sangat penting, karena terjadi proses tumbuh kembang. Bila proses ini berlangsung optimal, akan menghasilkan remaja putri serta calon ibu yang sehat. Kesehatan seorang remaja putri sebagai calon seorang ibu dan sekaligus sebagai penerus bangsa perlu menjadi perhatian utama. Hal ini berkaitan juga dengan target SDGs yang masih memerlukan upaya keras untuk pencapaiannya, yaitu kesehatan ibu melahirkan. Dalam siklus hidup, tahap masa remaja terutama remaja putri sangat penting, karena pada masa ini terjadi proses tumbuh kembang, sehingga bila proses ini berlangsung secara optimal akan menghasilkan remaja putri yang sehat dan pada akhirnya akan menghasilkan calon ibu yang sehat pula. United Nations Population Fund (UNFPA) menyatakan bahwa ketika remaja perempuan diberi kesempatan untuk mengakses pendidikan dan kesehatan mereka, termasuk kesehatan reproduksi, akan menciptakan peluang bagi remaja untuk merealisasikan potensi, maka remaja dapat mengelola dengan baik masa depan diri mereka, keluarga, dan masyarakat (Fadila & Kurniawati, 2018).

Telah banyak hasil penelitian yang menunjukkan prevalensi anemia remaja yang masih tinggi dan faktor-faktor yang berhubungan, diantaranya adalah hasil penelitian (Saidin, 2002), (Permaesih & Herman, 2005), dan (Lenginem, 2002), masing-masing 41%, 25% dan 88%. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan prevalensi anemia remaja masih di atas 20%, keadaan ini menunjukkan bahwa anemia pada remaja masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Hasil penelitian (Fadila & Kurniawati, 2017) menunjukkan hasil bahwa distribusi frekuensi kadar Hb remaja putri, nilai

minimum adalah 6.9 dan nilai maksimum 15.5 dengan rata-rata 12.0. Walaupun remaja putri yang tergolong anemia masih cukup tinggi yaitu sebesar 43,4%, namun distribusinya mayoritas mendekati nilai kadar Hb dari mulai 10 sampai dengan 11,99. Prevalensi anemia 43,4% ini masih lebih tinggi dari Data Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2012 yang menyatakan bahwa prevalensi anemia pada remaja putri sebesar 39.5% dan masih jauh di atas prevalensi anemia pada kisaran umur 15-24 tahun sebesar 18,4% (Kemenkes RI, 2014).

### **Program Kampung Keluarga Berkualitas (KB)**

Program kampung Keluarga Berkualitas (KB) merupakan program pemerintah yang dilaksanakan dalam upaya pencapaian Program Kependudukan, Keluarga Berencana, dan Pembangunan Keluarga. Pelaksanaan kampung KB di Kabupaten Banyumas telah diinisiasi di wilayah Desa Sumbang dan Kelurahan Karangpucung. Kegiatan kampung KB salah satunya adalah pelibatan khalayak sasaran yaitu Wanita Usia Subur (WUS). Tujuan penelitian ini yaitu mengidentifikasi faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi program kampung KB. Populasi dalam penelitian ini yaitu Wanita Usia Subur di Kabupaten Banyumas. Sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 71 orang. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik.

Hasil penelitian dapat dijelaskan bahwa ada pengaruh antara sikap pelaksanaan kampung KB, dukungan suami dan akses kegiatan kampung KB terhadap partisipasi program kampung KB, serta tidak ada pengaruh antara pengetahuan tentang kampung KB. Simpulan dalam penelitian ini yaitu faktor yang paling berpengaruh dalam penelitian ini yaitu sikap pelaksanaan kampung KB. Rekomendasi penelitian ini yaitu pentingnya pendekatan program dalam faktor terkait dalam upaya peningkatan partisipasi program kampung KB (Priyanti & Syalfina, 2017).

## Daftar Pustaka

- Fadila, I., & Kurniawati, H. (2017). Analisis Pengetahuan Gizi Terkait Pedoman Gizi Seimbang dan Kadar Hb Remaja Puteri. *Jurnal Biotika*, 16(1).
- Fadila, I., & Kurniawati, H. (2018). Upaya Pencegahan Anemia Pada Remaja Puteri Sebagai Pilar Menuju Peningkatan Kesehatan Ibu. *Prosiding Seminar Nasional Matematika Sains dan Teknologi*, 78–89.
- Kemenkes RI. (2014). *Prevalensi Anemia di Indonesia*.
- Lenginem. (2002). Faktor-faktor yang berhubungan dengan status anemi pada mahasiswa Akedemi Bidan di kota Banda Aceh 2002. *Universitas Indonesia*.
- Marini, M., Maesaroh, I., Darotulmutmainnah, A., & Oktavia, N. (2023). Pendampingan Penanaman dan Pemanfaatan Tanaman Obat Keluarga ( TOGA ) Dalam Program Peningkatan Peranan Wanita menuju Keluarga Sehat Sejahtera ( P2WKSS ) di Desa Sakerta Timur Kabupaten Kuningan Assistance in Planting and Utilizing Family Medicinal Plants. *Jurnal Besemah*, 2, 9–16.
- Passe, R., Janwar, M., & Wahyuningsih. (2023). Peningkatan Kualitas Hidup Wanita Perimenopause Melalui pendampingan Program Sehat Fisik dan Jiwa (SEHATI) Posyandu Lansia Puskesmas Antang Perumnas. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Nusantara*, 4(3), 2848–2855.
- Permaesih, D., & Herman, S. (2005). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Anemia Pada Remaja. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 33(4).
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana* (I. Boangmanalu (ed.); 1 ed.). Kekata Group.
- Rukmi, D. K., Hidayati, R. W., Nirmalasari, N., & Sari, I. W. W. (2022). Pelatihan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) untuk Peningkatan Derajat Kesehatan Wanita di Desa Singkil Wetan, Kecamatan Ngombol, Purworejo. *Journal of Innovation in Community Empowerment*, 4(1), 7–13. <https://doi.org/10.30989/jice.v4i1.684>

- Saidin, M. (2002). Efektifitas Penambahan Vitamin A dan Zat Besi Pada Garam Beryodium Terhadap Status Gizi dan Konsentrasi Belajar Anak Sekolah Dasar. Laporan Penelitian DIP tahun 2001. Pusat Penelitian Gizi dan Makanan.
- Siagian, J. P., & Subroto, M. (2024). Perempuan Sebagai Kelompok Rentan. *Jurnal Educatio*, 10(1), 173–178.
- Sukartiningsih, M. C. E., & Amaliah, M. (2018). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di Wilayah Kerja Puskesmas Kambaniru Kabupaten Sumba Timur. *Jurnal Kesehatan Primer*, 3(1), 16–29.
- Witdiawati, Rahayuwati, L., & Purnama, D. (2019). Pendidikan Kesehatan Deteksi Dini Kanker Payudara sebagai Upaya Promosi Kesehatan Wanita Pasangan Usia Subur. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 119–127. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22616>

## **Profil Penulis**

### **Dr. Sintha Lisa Purimahua, S.KM., M.Kes.**



Dosen Tetap Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana. Penulis lahir di Kendari pada tanggal 13 Maret 1976. Merupakan anak ke- 1 dari 5 bersaudara. Memulai karir sebagai dosen tetap sejak tahun 2003 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang. Penulis menempuh pendidikan S-1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2002. Melanjutkan studi Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Hasanuddin Makassar, lulus tahun 2007. Melanjutkan studi Program Doktorat Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Hasanuddin, lulus tahun 2023. Hingga kini menjadi Pengurus Daerah Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) Propinsi Nusa Tenggara Timur periode 2022-2025 (Koordinator Sub Bidang Pengabdian Masyarakat). Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Epidemiologi Lingkungan, Analisis Kualitas Lingkungan, Manajemen Sumber Daya Manusia Kesehatan, Sanitasi Tempat-tempat umum, Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan book chapter.

Email Penulis : [sintha.purimahua@staf.undana.ac.id](mailto:sintha.purimahua@staf.undana.ac.id)



## SAFE MOTHERHOOD

**Siti Ruqayyah, S.Si., M.Sc.**  
Universitas Islam Al-Azhar

### **Konsep *Safe Motherhood***

Sejak akhir tahun 1980-an, komplikasi kehamilan dan persalinan mulai mendapatkan perhatian serius dalam bidang kesehatan internasional, meskipun komplikasi ini merupakan penyebab utama kematian prematur dan kecacatan terbesar di kalangan wanita usia reproduksi. Ini adalah kenyataan yang menggetarkan dan memilukan ketika setiap menit dalam setiap harinya, terdapat seorang perempuan meninggal di suatu tempat di dunia akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Setiap tahunnya, lebih dari setengah juta perempuan meninggal disebabkan oleh komplikasi ini, dengan 99 persen dari kejadian tersebut berlangsung di negara-negara berkembang. Menurut the United Nations Population Fund, kesenjangan antara negara-negara kaya dan miskin sangat mencolok; misalnya di Afrika, risiko seumur hidup terhadap kematian maternal adalah 1 dari 22 perempuan, di Asia 1 dari 120 perempuan, dan di negara-negara maju hanya 1 dari 7.300 perempuan yang menghadapi risiko tersebut (Serour, 2015).

"Inisiatif Kesehatan Ibu yang Aman (Safe Motherhood Initiatives)," yang berfokus pada kematian maternal, diluncurkan pada tahun 1987. Morbiditas mulai mendapatkan perhatian lebih sebagai bagian dari kampanye kesehatan reproduksi yang muncul dari Konferensi Internasional Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) tentang pembangunan penduduk dan

pengembangan yang diadakan di Kairo pada tahun 1995 (Maine & McGinn, 2000). Keselamatan dan kesejahteraan ibu saat hamil dan melahirkan dihadapkan pada risiko komplikasi kehamilan, persalinan, dan praktik aborsi yang tidak aman. Penyebab utama kematian ibu meliputi sepsis, pendarahan, gangguan hipertensi saat hamil, persalinan tersumbat, dan komplikasi aborsi, dengan anemia sebagai penyebab yang paling mendasar dari kebanyakan kematian ibu. Infeksi, asfiksia, dan prematuritas merupakan penyebab utama kematian pada bayi baru lahir terutama dalam minggu pertama kehidupan. Kematian neonatal akhir disebabkan oleh infeksi yang diperoleh setelah kelahiran, banyak di antaranya berasosiasi dengan kebersihan yang buruk, kurangnya informasi mengenai perawatan bayi baru lahir yang memadai, dan/atau praktik pemberian makan neonatal yang buruk. Kesehatan ibu dan bayi tetap menjadi prioritas bagi sektor kesehatan, dan Program Kesehatan Ibu yang Aman (Safe Motherhood) bertujuan untuk meningkatkan kesehatan wanita secara umum, khususnya untuk mengurangi angka kematian dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir. Strategi utama program ini adalah meningkatkan cakupan, meningkatkan kualitas layanan kesehatan, dan meningkatkan kesadaran tentang masalah kesehatan ibu dan bayi baru lahir di masyarakat.

*Safe Motherhood* memperhatikan untuk menjaga kesehatan perempuan dan bayinya sepanjang proses pra-kehamilan, kehamilan, persalinan, dan periode pasca-persalinan. Ini berarti menciptakan kondisi di mana seorang perempuan memiliki kesempatan untuk memilih apakah ia akan hamil atau tidak, dan jika ia hamil, memastikan bahwa ia menerima perawatan optimal untuk mencegah dan mengobati komplikasi kehamilan. Hal ini juga berarti memiliki akses kepada tenaga bantu persalinan yang terlatih, perawatan obstetri darurat jika dibutuhkan, dan perawatan pasca-persalinan, sehingga kematian atau kecacatan akibat komplikasi kehamilan dan persalinan dapat dihindari baik untuk ibu maupun bayinya (WHO, 2014). Tujuan dari program *Safe Motherhood* adalah untuk meningkatkan kesehatan

perempuan dan bayi baru lahir secara umum, dan khususnya untuk berkontribusi dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

Komponen-komponen dalam program *Safe Motherhood* diantaranya (WHO, 2014):

1. Perawatan pra-kehamilan
2. Perawatan antenatal
3. Perawatan persalinan dan kelahiran
4. Perawatan postnatal
5. Perencanaan keluarga
6. Perawatan aborsi komprehensif
7. Pendidikan kesehatan dan konseling

Perawatan pra-kehamilan adalah konseling dan perawatan yang diberikan kepada perempuan yang merencanakan kehamilan. Hal ini melibatkan deteksi dan pengelolaan masalah kesehatan yang mungkin mempengaruhi perempuan dan bayinya nanti, serta memastikan bahwa perempuan dengan penyakit medis seperti diabetes dan hipertensi berada dalam kondisi terkontrol sebelum hamil. Ini juga mencakup sejumlah langkah untuk mengurangi risiko cacat lahir dan masalah lainnya seperti pemberian suplemen asam folat kepada calon ibu untuk mencegah cacat tabung saraf.

Perawatan antenatal, persalinan, dan postnatal adalah layanan yang diberikan sejak kehamilan terkonfirmasi hingga enam minggu setelah persalinan. Perencanaan keluarga dan perawatan pasca-aborsi ditangani dalam protokol manajemen terpisah.

Pendidikan kesehatan dan konseling adalah aspek penting dari semua komponen lainnya, dan memberikan kesempatan untuk mempromosikan konsep *safe motherhood* dalam pengaturan formal seperti fasilitas kesehatan dan sekolah, serta pengaturan informal seperti kelompok masyarakat terorganisir dan pertemuan berbasis keagamaan. Media massa juga menyediakan saluran komunikasi yang hemat biaya untuk merangkul

pembuat kebijakan, masyarakat sipil, dan masyarakat umum.

Angka kematian ibu di seluruh negara berkembang cenderung masih sangat tinggi. Meskipun sebagian besar kematian ibu dapat dicegah, tujuan Millennium Development Goal 5 (MDGs) untuk mencapai peningkatan kesehatan ibu masih sangat sulit. Langkah-langkah yang dilakukan untuk melindungi kesehatan ibu dan bayi di negara-negara yang kurang terlayani dengan sumber daya rendah dan menengah masih belum memadai. Pada dasarnya, perempuan dengan golongan ekonomi menengah ke bawah menerima perawatan yang lebih sedikit.

### **Target yang Jelas, Namun Tantangan yang Sulit**

Target pertama dari MDGs adalah mengurangi tiga perempat rasio kematian ibu antara tahun 1990 dan 2015; yang kedua adalah mencapai akses universal terhadap kesehatan reproduksi pada tahun 2015. Target-target tersebut cukup jelas dan telah menjadi agenda global selama bertahun-tahun. Keselamatan ibu di seluruh dunia adalah isu hak asasi manusia yang besar. Prioritas penting ini dalam pembangunan internasional dapat dirangkum dalam persyaratan krusial berikut ini: semua perempuan harus dapat mengakses kontrasepsi, termasuk kontrasepsi darurat, untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan; semua perempuan hamil memerlukan akses ke perawatan profesional saat melahirkan; dan semua perempuan hamil yang mengalami komplikasi memerlukan akses segera ke perawatan obstetri darurat yang berkualitas (Serour, 2015).

### **Kebutuhan Akan Tenaga Kesehatan yang Terampil**

Sebagian besar kematian maternal disebabkan oleh sepsis, pendarahan parah, persalinan terhambat, eklamsia, dan akibat dari aborsi yang tidak aman. Solusi-solusi untuk mengatasi masalah ini sebenarnya sudah ada, namun masih banyak kendala yang menghalangi upaya pencegahan yang efektif dan tepat waktu, yang

dapat bervariasi antar budaya. Salah satu hambatan utama di negara-negara dengan sumber daya terbatas adalah kurangnya akses kepada tenaga kesehatan terampil yang dapat melakukan intervensi-intervensi penting. Hampir semua kematian maternal bisa dicegah jika akses terhadap perawatan profesional selama kehamilan, persalinan, dan beberapa minggu setelah persalinan tersedia dengan mudah (Serour, 2015).

### **Memungkinkan Hak-Hak Asasi Manusia dan Hak Reproduksi Wanita Secara Menyeluruh**

Selain dari kurangnya perawatan spesialis yang sesuai selama dan segera setelah kehamilan, terdapat banyak isu lain yang perlu diperhatikan yang bisa disebut sebagai "faktor-faktor sebelum kehamilan". Konferensi Internasional tentang Pembangunan Penduduk dan Pengembangan tahun 1994, konferensi antarpemerintah terbesar yang pernah diadakan mengenai populasi dan pembangunan, dalam Program Aksinya telah mencakup tujuan untuk membuat perencanaan keluarga tersedia secara universal pada tahun 2015. Kurangnya akses terhadap kontrasepsi memang merupakan masalah utama. Bahkan, laporan terbaru dari Institut Guttmacher dan Dana Penduduk Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyarankan bahwa perencanaan keluarga dapat membantu mengurangi kematian maternal hingga 70 persen, jika didukung dengan investasi global yang tepat.

Penyebab lain yang menghambat kemampuan wanita untuk merasakan hak-hak reproduksi secara penuh dan keamanan dalam persalinan meliputi kemiskinan, ketidakadilan gender, buta huruf, tabu gizi, dan terpapar praktik-tradisi berbahaya seperti mutilasi genital perempuan dan pernikahan anak. Secara keseluruhan, jelas bahwa lingkungan sosial-budaya di banyak negara berkembang sangat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi baru lahir secara serius. Kerangka hukum dan politik yang kuat dan terakar dapat membatasi kemampuan wanita untuk membuat pilihan yang informasional dan aman mengenai kesehatan reproduksi mereka, yang dapat mengakibatkan konsekuensi yang tidak menguntungkan

seperti aborsi yang tidak aman dan penularan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

### **Peran Khusus Para Penyedia Layanan Kesehatan**

Federasi Internasional Obstetri dan Ginekologi (FIGO), satu-satunya badan global yang mewakili dokter spesialis obstetri dan ginekologi di seluruh dunia, dengan anggota dari 124 wilayah dan negara, melakukan pekerjaan yang kuat untuk memajukan keselamatan ibu dalam persalinan. Tujuan utama FIGO adalah untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan perempuan di seluruh dunia serta meningkatkan praktik obstetri dan ginekologi. Federasi Internasional Obstetri dan Ginekologi (FIGO) bekerja sama dengan mitra global untuk mengatasi masalah-masalah kritis dan terabaikan terkait kematian dan morbiditas maternal yang dapat dicegah. Solusi medis untuk masalah ini sudah dikenal dan sesuai dengan kapabilitas penyedia layanan kesehatan (Serour, 2015).

### **Inisiatif *Safe Motherhood***



Gambar 19.1 Konsep Inisiatif *Safe Motherhood* (ISM)

*Safe Motherhood* adalah inisiatif PBB yang diluncurkan pada tahun 1987 untuk memastikan bahwa perempuan dapat menjalani kehamilan dan persalinan secara aman

dan melahirkan anak yang sehat, diperkuat dengan pengurangan kematian ibu dalam Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) dari tahun 2000 hingga 2015. Meskipun begitu, setiap tahunnya terdapat ratusan ribu perempuan meninggal atau mengalami komplikasi serius akibat kehamilan dan persalinan. *Safe Motherhood* dimulai sebelum konsepsi dengan nutrisi yang tepat dan gaya hidup sehat. Kehamilan yang direncanakan, perawatan prenatal yang tepat, pencegahan komplikasi bila memungkinkan, dan pengobatan dini serta efektif terhadap komplikasi adalah semua hal penting dalam perawatan maternal. Persalinan pada saat yang tepat dengan perawatan yang memadai, diikuti dengan kelahiran bayi yang sehat dan lingkungan postpartum yang sehat, sangat penting untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional wanita, bayi, dan keluarga. Proses ini memerlukan dukungan dari beragam sektor di dalam negara, keluarga, pendidik, pengusaha, penyedia layanan kesehatan, kelompok-kelompok masyarakat, dan lain-lain (Tulchinsky et al., 2023).

Perawatan maternal yang baik akan diinvestasikan dalam bentuk kesejahteraan fisik, emosional, sosial, dan ekonomi perempuan, anak-anak mereka, keluarga mereka, dan secara luas, bangsa mereka. Mengurangi ketimpangan dalam akses terhadap perawatan profesional merupakan kunci untuk mencapai tujuan kesehatan maternal yang berkualitas. Tantangannya adalah memberikan pelayanan dan meningkatkan skala intervensi, terutama kepada mereka yang rentan, sulit dijangkau, terpinggirkan, dan tereksklusi. Di Amerika Serikat dan negara-negara berkembang, tantangan yang dihadapi adalah mengurangi ketimpangan antara kaya dan miskin dalam perawatan persalinan profesional untuk mencapai *Safe Motherhood* dan mencapai MDGs untuk kesehatan maternal (Tulchinsky et al., 2023).

Sejak tahun 2013, Inisiatif *Safe Motherhood* (ISM) telah bekerja sama dengan rumah sakit obstetri di Negara Bagian New York untuk mengembangkan dan menerapkan pendekatan standar dalam penanganan kegawatdaruratan obstetri yang terkait dengan kematian

dan morbiditas ibu. Inisiatif *Safe Motherhood* berfokus pada empat penyebab utama kematian ibu yaitu sepsis maternal, perdarahan obstetri (perdarahan hebat), tromboembolisme vena (pembekuan darah), dan hipertensi berat pada kehamilan (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2024). Saat ini, ISM telah mengumpulkan tim klinis multidisiplin dari daerah pedesaan di negara bagian hingga pusat medis akademik metropolitan utama untuk mengembangkan dan menerapkan protokol klinis standar mengenai penyebab kematian ibu seperti perdarahan, hipertensi berat, dan tromboemboli vena. Dengan keterlibatan aktif dari tim rumah sakit ini, ISM terus mendidik para penyedia layanan kesehatan, meningkatkan praktik klinis, dan mengubah budaya. Meskipun masih banyak pekerjaan yang harus dilakukan untuk melanjutkan pelaksanaan kegiatan ini, komitmen rumah sakit terus ditingkatkan dalam keterlibatan pada ISM untuk membuat perawatan lebih aman. Inisiatif *Safe Motherhood* tidak dipimpin oleh satu orang atau satu lembaga saja, tetapi dipimpin oleh setiap rumah sakit peserta dan anggota tim obstetri (D'Alton et al., 2023).

Inisiatif *Safe Motherhood* (ISM) mengandalkan pendekatan multifaset dengan berbagai teknik implementasi untuk mengajarkan langkah-langkah proses kepada para klinisi dalam mengurangi dan mengelola kejadian obstetri yang buruk. Proses implementasi paket ISM ini bersifat komprehensif dan beragam. Melalui kepemimpinan klinis yang terpercaya dan agen perubahan di tingkat lokal, negara bagian, dan nasional, ISM dipresentasikan dan didukung melalui kunjungan ke rumah sakit dan sesi pertemuan besar. Berbagai sumber daya dapat diakses secara mudah baik melalui online, cetak, maupun melalui mitra terkemuka (Karakash, 2023).

### **Komponen dan Pilar dalam *Safe Motherhood***

Tujuan dari *safe motherhood* adalah untuk memastikan bahwa wanita memiliki kehamilan yang aman dan melahirkan anak-anak yang sehat. Di sepanjang perjalanan program *safe motherhood*, faktor-faktor kritis

yang dilakukan intervensi meliputi gaya hidup, perilaku kesuburan, dan kesehatan; mengakses perawatan kehamilan dan layanan terbaik yang sesuai; serta menyediakan lingkungan yang sehat untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional ibu dalam status sosial dan ekonomi yang sesuai (Moghassemi et al., 2024).

Prinsip dasar kesehatan ibu yang aman (safe motherhood) didasarkan pada enam pilar dari safe motherhood. Enam pilar ini membentuk kerangka kerja untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi dengan pendekatan yang komprehensif mulai dari sebelum kehamilan hingga pasca persalinan (Maternal Health Supplement, -; WHO, 2014).

1. Perencanaan Keluarga (*Family Planning*)

Perencanaan keluarga merupakan komponen penting dalam safe motherhood. Perencanaan keluarga memastikan bahwa individu dan pasangan memiliki informasi dan layanan untuk merencanakan waktu, jumlah, dan jarak kehamilan.

2. Perawatan Antenatal (*Antenatal Care*)

Perawatan antenatal (ANC) adalah perawatan kesehatan dan pendidikan/konseling yang diberikan selama kehamilan. Layanan antenatal merupakan bagian penting dari perawatan kesehatan preventif dan promotif.

3. Tujuan dari perawatan antenatal meliputi:

- a. Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial ibu dan bayi dengan memberikan informasi dan pengetahuan kepada ibu hamil mengenai gizi, istirahat, kebersihan pribadi, perencanaan keluarga, imunisasi, infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV, tanda bahaya, persiapan kelahiran, dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- b. Mendeteksi dan mengelola kondisi berisiko tinggi yang muncul selama kehamilan, baik yang bersifat medis, bedah, maupun obstetrik.

- c. Memastikan kelahiran bayi yang sehat pada usia kehamilan penuh dengan stres atau cedera minimal bagi ibu dan bayi.
- d. Membantu mempersiapkan ibu secara fisik, psikologis, dan sosial untuk menyusui dengan sukses, mengalami puerperium (setelah melahirkan) normal, dan merawat bayi dengan baik.

Untuk mempromosikan perawatan yang berkualitas, layanan antenatal harus diorganisir sedemikian rupa sehingga memberikan perawatan komprehensif dan bersifat individual. Sebisanya mungkin, semua kegiatan perawatan untuk ibu hamil seperti pengambilan riwayat, pemeriksaan fisik, dan pengobatan, seharusnya dilakukan oleh penyedia perawatan yang sama (Perawatan Antenatal Terfokus).

Rutinitas manajemen dalam konteks ANC mencakup serangkaian langkah yang dilakukan secara teratur dan sistematis untuk memantau dan mengelola kesehatan ibu hamil serta perkembangan kehamilan. Berikut ini beberapa komponen utama dalam manajemen rutin ANC (WHO, 2016; Kemenkes RI, 2020):

1. Pengambilan Riwayat Medis: Meliputi riwayat kesehatan umum, riwayat kehamilan sebelumnya, riwayat obstetrik (seperti riwayat kelahiran sebelumnya), riwayat ginekologis, riwayat penyakit kronis, dan riwayat keluarga.
2. Pemeriksaan Fisik: Meliputi pemeriksaan umum (seperti pengukuran tekanan darah, pemeriksaan berat badan), pemeriksaan abdomen (untuk menilai pertumbuhan janin dan posisi plasenta), pemeriksaan panggul (untuk mengevaluasi ukuran panggul), serta pemeriksaan lain yang diperlukan berdasarkan kondisi spesifik.
3. Pemeriksaan Laboratorium: Termasuk pemeriksaan darah rutin (seperti hitung darah lengkap), pemeriksaan urin (untuk mendeteksi infeksi atau kondisi lain), serta pemeriksaan spesifik seperti tes

gula darah (untuk deteksi diabetes gestasional) dan tes penyakit menular tertentu sesuai indikasi.

4. Skrining untuk Kondisi Berisiko Tinggi: Melakukan skrining untuk kondisi seperti hipertensi kehamilan, diabetes gestasional, penyakit menular seksual, dan anemia.
5. Pendidikan dan Konseling: Memberikan informasi kepada ibu hamil dan keluarganya terkait nutrisi dan suplemen vitamin yang tepat, olahraga yang aman, persiapan persalinan, perawatan bayi baru lahir, pentingnya menyusui, serta tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai.
6. Imunisasi: Memberikan imunisasi yang dianjurkan selama kehamilan, seperti vaksin influenza dan vaksinasi tetanus.
7. Monitoring Pertumbuhan dan Perkembangan Janin: Melakukan pemeriksaan untuk mengevaluasi pertumbuhan dan perkembangan janin secara berkala dengan menggunakan teknik tertentu seperti ultrasonografi.
8. Perencanaan Kelahiran dan Kesiapan Menghadapi Komplikasi: Membantu ibu hamil dan keluarganya merencanakan proses kelahiran yang aman dan mempersiapkan mereka untuk menghadapi kemungkinan komplikasi.
9. Manajemen Khusus: Untuk ibu hamil dengan kondisi medis atau obstetrik tertentu, melakukan manajemen yang disesuaikan dengan kondisi tersebut.
10. Konseling Psikososial: Memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada ibu hamil untuk mengatasi stres atau kecemasan yang mungkin timbul selama kehamilan.

Manajemen rutin ini penting untuk memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan perawatan yang komprehensif, aman, dan sesuai dengan kebutuhan kesehatannya serta perkembangan kehamilannya.

## **Perawatan Obstetrik dan Bayi Baru Lahir (*Obstetric and Newborn Care*)**

Perawatan obstetrik dan bayi baru lahir mengacu pada semua jenis perawatan dan inisiatif kesehatan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir untuk mengurangi angka kematian dan morbiditas ibu dan bayi baru lahir. Pilar perawatan ini memastikan bahwa semua penolong persalinan memiliki pengetahuan, keterampilan, dan peralatan untuk melakukan persalinan yang bersih dan aman (clean and safe delivery), serta memastikan bahwa perawatan darurat untuk kehamilan berisiko tinggi dan komplikasi tersedia bagi semua wanita dan bayi baru lahir yang membutuhkannya. Ini mencerminkan pendekatan terstruktur untuk memastikan proses kelahiran berjalan lancar dan tepat waktu, serta untuk mengatasi dengan cepat setiap komplikasi yang mungkin timbul demi kesehatan ibu dan bayi.



Gambar 19.2 Pilar dalam Prinsip Safe Motherhood  
(Maternal Health Supplement, -)

### **1. Perawatan Postnatal (*Postnatal Care*)**

Perawatan postnatal (PNC) memastikan bahwa perawatan postpartum diberikan kepada ibu dan bayi, termasuk konseling ibu terkait penanganan bayi, bantuan laktasi, penyediaan layanan perencanaan

keluarga, dan penanganan tanda bahaya yang muncul baik pada ibu maupun bayi.

Periode postpartum dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir enam minggu (42 hari) setelah persalinan. Tujuan dari perawatan postpartum adalah:

- a. Memelihara kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi.
- b. Melakukan skrining komprehensif untuk mendeteksi, mengobati, dan/atau merujuk komplikasi baik pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi, tanda bahaya, perencanaan keluarga, pemberian air susu ibu (ASI) dan makanan bayi, dan imunisasi bagi bayi.

## 2. Perawatan Pasca Aborsi (*Postabortion Care*)

Perawatan pasca aborsi dibutuhkan untuk mencegah komplikasi sejauh mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dari aborsi dideteksi secara dini dan diberi penanganan yang tepat. Hal ini dapat merujuk pada masalah kesehatan reproduksi lainnya, serta menyediakan metode perencanaan keluarga sesuai kebutuhan.

## 3. Kontrol Penyakit Menular Seksual (PMS)/HIV/AIDS (STD/HIV/AIDS Control)

Kontrol berbagai penyakit menular seksual dilakukan melalui skrining, pencegahan, dan pengelolaan penularan kepada bayi; menilai risiko untuk terjadinya infeksi di masa depan; menyediakan layanan konseling dan pengujian sukarela; mendorong pencegahan; dan jika memungkinkan, memperluas layanan untuk mengatasi penularan dari ibu ke anak.

## **Faktor-Faktor yang Berkontribusi terhadap Morbiditas dan Mortalitas selama *Safe Motherhood***

### **1. Penyebab langsung dari sebagian besar kematian ibu**

Faktor-faktor berikut ini menyumbang hampir 75% dari semua kematian maternal. Mengatasi penyebab-penyebab ini dapat dilakukan melalui akses perawatan kesehatan yang lebih baik, perawatan obstetrik berkualitas, dan intervensi tepat waktu untuk mengurangi angka kematian ibu secara global. Penyebab langsung dari sebagian besar kematian ibu umumnya diklasifikasikan menjadi beberapa kategori sebagai berikut (Wagle, 2018):

- a. Perdarahan hebat: Pendarahan berlebihan selama kehamilan, persalinan, periode postpartum, aborsi, dan kehamilan ektopik.
- b. Gangguan hipertensi: Termasuk pre-eklamsia dan eklamsia, yang melibatkan tekanan darah tinggi selama kehamilan.
- c. Infeksi: Termasuk infeksi pada rahim, saluran tuba, sistem kemih, dan infeksi janin, terutama infeksi berat seperti sepsis. Penyebab timbulnya infeksi dapat berasal dari tempat persalinan yang tidak higienis dan praktik yang tidak sehat, yang dapat terjadi selama atau setelah persalinan.
- d. Komplikasi dari persalinan: Beberapa komplikasi dapat timbul selama kehamilan baik kondisi kehamilan remaja, usia ibu yang lanjut, paritas, maupun faktor lain seperti persalinan tersumbat ketika bayi tidak dapat melewati jalan lahir secara normal, yang dapat menyebabkan komplikasi
- e. Aborsi tidak aman: Komplikasi yang timbul akibat praktik aborsi yang tidak aman dan menjadi penyebab umum dari kematian maternal. Praktik ini memiliki angka yang tinggi di negara-negara di mana aborsi tidak dilegalkan.

## 2. Penyebab tidak langsung dari kematian ibu

Penyebab tidak langsung dari kematian ibu dapat mencakup berbagai kondisi yang tidak langsung terkait dengan proses kehamilan, persalinan, atau postpartum. Penyebab tidak langsung ini sering kali membutuhkan manajemen khusus dan perawatan yang berfokus pada kesehatan umum ibu selama masa kehamilan dan setelahnya. Beberapa di antaranya meliputi (Wagle, 2018):

- a. Penyakit kardiovaskular: Misalnya, penyakit jantung atau stroke yang terjadi selama kehamilan atau postpartum.
- b. Penyakit infeksi: Seperti malaria, tuberkulosis, atau infeksi HIV/AIDS yang mempengaruhi kesehatan ibu.
- c. Komplikasi non-obstetrik yang sudah ada: Seperti diabetes, hipertensi kronis, atau penyakit autoimun yang dapat mempengaruhi kehamilan.
- d. Komplikasi terkait dengan kehamilan multipel: Seperti risiko yang meningkat untuk perdarahan atau infeksi.
- e. Tiga keterlambatan (three delays) yang umumnya merujuk pada:
  - 1) Keterlambatan dalam keputusan untuk mencari perawatan (seeking care): Ini terjadi ketika ada penundaan dalam membuat keputusan untuk mencari bantuan medis, misalnya karena kurangnya pengetahuan tentang tanda bahaya atau pentingnya perawatan medis selama kehamilan.
  - 2) Keterlambatan dalam kedatangan di fasilitas kesehatan (reaching care): Ini terjadi ketika ada hambatan atau kesulitan dalam mencapai fasilitas kesehatan yang tepat dalam waktu yang tepat. Hal ini bisa disebabkan oleh jarak yang jauh, transportasi yang tidak memadai, atau kendala sosio-ekonomi lainnya.

- 3) Keterlambatan dalam memperoleh perawatan yang memadai (receiving care): Ini terjadi ketika ada penundaan dalam mendapatkan perawatan yang diperlukan setelah mencapai fasilitas kesehatan, misalnya karena kekurangan sumber daya atau kelangkaan tenaga medis yang terlatih.
- 4) Tiga keterlambatan ini berkontribusi pada peningkatan komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Namun, keterlambatan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti status pendidikan, status finansial, aksesibilitas layanan kesehatan, dan lain-lain.
- 5) Faktor aksesibilitas: Misalnya layanan dan fasilitas kesehatan yang masih belum tersedia di setiap sudut dan pelosok banyak negara, serta mengakses fasilitas kesehatan seringkali lebih berisiko di beberapa tempat.
- 6) Faktor sosioekonomi dan lingkungan: Misalnya, akses terbatas terhadap perawatan kesehatan yang berkualitas atau lingkungan yang tidak aman bagi ibu hamil. Kemiskinan adalah faktor penting lain yang menyumbang terhadap kematian maternal. Penduduk di daerah pedesaan sering kali tidak memiliki minat terhadap layanan kesehatan. Mencari layanan kesehatan sering kali bukan prioritas bagi mereka yang harus memikirkan kebutuhan sehari-hari.
- 7) Praktik budaya: Praktik budaya sering kali mencegah individu untuk mencari perawatan kesehatan. Praktik budaya juga menentukan perawatan yang diberikan kepada wanita hamil, praktik makanan, dan sebagainya. Aborsi tidak aman juga merupakan contoh dari praktik budaya.

## Daftar Pustaka

- D'Alton, M. E., Kulbida, N., Chazotte, C., Fleischer, A. (2023). 2013-16 Safe Motherhood Initiative. The American Congress of Obstetricians & Gynecologists (ACOG) District II. New York. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/reports/2013-16-smi-report.pdf>
- Karakash, S. (2023). 2013-16 Safe Motherhood Initiative. The American Congress of Obstetricians & Gynecologists (ACOG) District II. New York. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/reports/2013-16-smi-report.pdf>
- Kementeriaan Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Edisi Ketiga. Jakarta: Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. ISBN 978-602-416-974-9
- Maine, D., McGinn, T. (2000). Chapter 31 - Maternal Mortality and Morbidity. Women and Health, Academic Press. Pages 395-403. ISBN 9780122881459. <https://doi.org/10.1016/B978-012288145-9/50036-X>
- Maternal Health Supplement. Maternal Health Handout III.2.1: The "Six Pillars" of Safe Motherhood. Section III The Advocacy Strategy Unit 2 Issues, Goals, and Objectives. The Policy Project. [http://www.policyproject.com/pubs/advocacy/MaternalHealth/AM\\_MH\\_16Sec3-2.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/advocacy/MaternalHealth/AM_MH_16Sec3-2.pdf)
- Moghassemi, S., Moghaddam, E. A., Arab, S. (2024). Safe Motherhood in Crisis; Threats, Opportunities, and Needs: A Qualitative Study. BMC Pregnancy and Childbirth 24:4. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06202-3>.
- Serour, G. (2015). Policy Trends in Advancing Safe Motherhood. United Nations Chronicle. <https://www.un.org/en/chronicle/article/policy-trends-advancing-safe-motherhood>

- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2024). Program and Resources Safe Motherhood Initiative. Washington DC. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/files/pdfs/reports/2013-16-smi-report.pdf>
- Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A., Cohen, M. J. (2023). Chapter 6 - Family Health and Primary Prevention. The New Public Health (Fourth Edition). San Diego: Academic Press. pp. 467-549. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822957-6.00007-7>
- Wagle, K. (2018). Pillars of Safe Motherhood. Public Health Notes. Sexual and Reproductive Health. [https://www.publichealthnotes.com/pillars-of-safe-motherhood/#Direct\\_cause\\_for\\_the\\_majority\\_of\\_maternal\\_deaths\\_are](https://www.publichealthnotes.com/pillars-of-safe-motherhood/#Direct_cause_for_the_majority_of_maternal_deaths_are)
- World Health Organization. (2014). Second Edition of the National Safe Motherhood Service Protocol. The Ghana Health Service. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/GHA-CC-10-02-OPERATIONALGUIDANCE-eng-National-Safe-Motherhood-Protocol.pdf>
- World Health Organization. (2016). WHO Recommendations on Antenatal Care for A Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154991-2

### **Profil Penulis**



#### **Siti Ruqayyah, S.Si., M.Sc.**

Penulis dilahirkan di Kajang, Malaysia pada tahun 1988, merupakan anak ketiga dari enam bersaudara. Penulis memiliki passion dalam bidang Ilmu Kedokteran Dasar dan membuat penulis memilih untuk masuk ke Program Studi Ilmu Kedokteran Dasar & Biomedis di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Penulis tertarik dengan bidang keilmuan Fisiologi yang digeluti saat menempuh studi S2 pada tahun 2011. Saat ini, penulis bekerja sebagai dosen tetap pada Program Studi S1 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Islam Al-Azhar (UNIZAR), Mataram. Penulis pernah diamanahi sebagai Manajer Sumber Daya di Fakultas Kedokteran UNIZAR pada tahun 2017, dan sejak tahun 2020 hingga saat ini diamanahi sebagai Wakil Rektor II Bidang Keuangan, Sumber Daya Manusia, Administrasi, dan Umum. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan ilmiah. Selain itu, penulis juga aktif dalam menulis artikel ilmiah yang berkaitan dengan bidang fisiologi serta aktif menulis buku ajar.

Email Penulis: [sitiruqayyah@unizar.ac.id](mailto:sitiruqayyah@unizar.ac.id)

- 1 KONSEP DASAR REMAJA  
Susanti Pratamaningtyas
- 2 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN REMAJA  
Mira Mutiyani
- 3 MENSTRUASI DAN MIMPI BASAH  
Risza Choirunissa
- 4 PERSONAL HYGIENE ORGAN REPRODUKSI  
Mariene Wiwin Dolang
- 5 SEKSUALITAS REMAJA  
Andirwana
- 6 KEHAMILAN PADA REMAJA  
Nurnaningsih Ali Abdul
- 7 ABORSI PADA REMAJA  
Eva Inayatul Faiza
- 8 GENDER DAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA  
Rika
- 9 KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA  
Herlina Magdalena
- 10 KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI WANITA  
Dwi Nur Octaviani Katili
- 11 GANGGUAN MENSTRUASI  
Arlina Muhtar
- 12 FERTILITAS DAN FEKUNDITAS  
Yuliyanti Setiawati
- 13 KELUARGA BERENCANA  
Darwitri
- 14 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN KESEHATAN WANITA  
Lia Fentia
- 15 TINDAKAN KEKERASAN PADA WANITA  
Nelawati Radjamuda
- 16 KEKURANGAN ENERGI KRONIS PADA REMAJA  
Indah Budiastutik
- 17 MENOPAUSE  
Megawati
- 18 PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA  
Sintha Lisa Purimahua
- 19 SAFE MOTHERHOOD  
Siti Ruqayyah

*Editor:*

Hairil Akbar

Untuk akses **Buku Digital**,  
Scan **QR CODE**



**Media Sains Indonesia**  
Melong Asih Regency B.40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : [penerbit@medsan.co.id](mailto:penerbit@medsan.co.id)  
Website : [www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)



ISBN 978-623-512-179-6 (PDF)



9 786235 121796