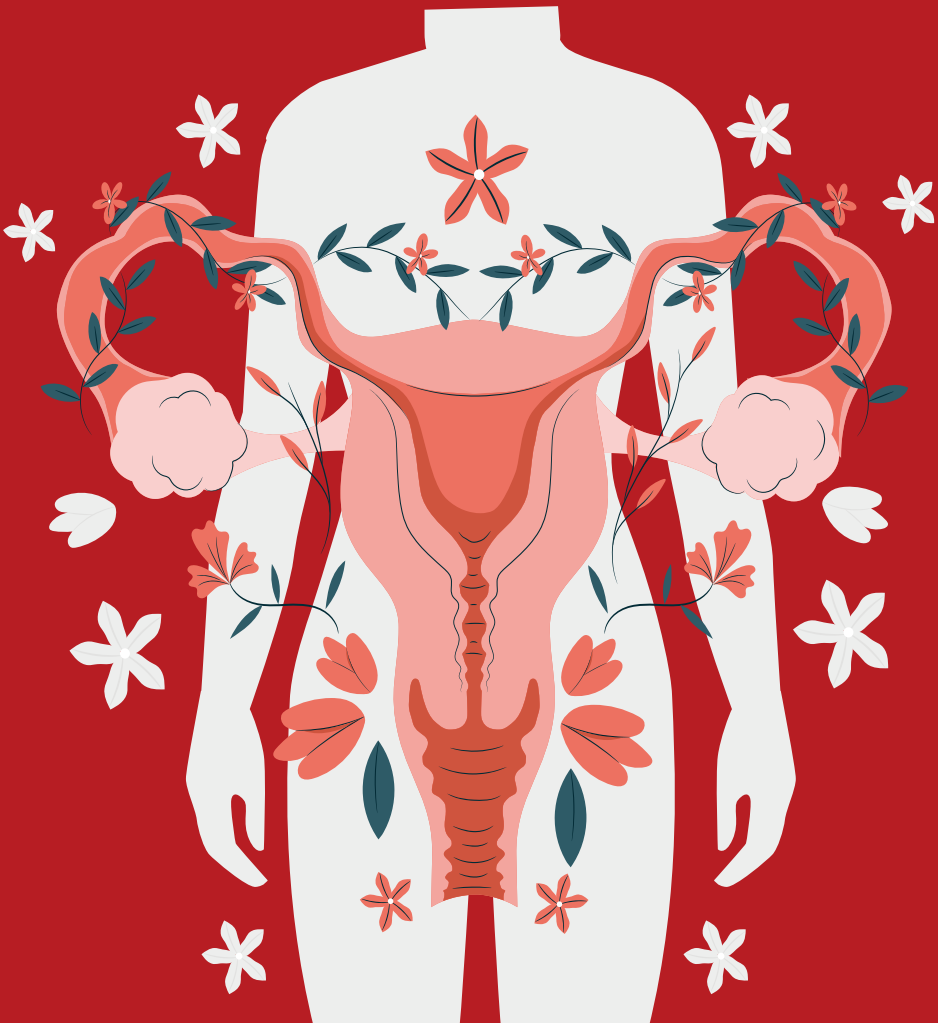




Nana Nofianti | Mayang Sari Ayu | Taya Elsa Savista
Ramlan Nasution | Herika Yulisa | Herawati Harahap
Tri Ratnaningsih | Kurnia Indriyanti Purnama Sari
Khoirotun Najihah | Zafira Ainillah Rachman | Novita Sari
Cipta Pramana | Agustiawan | Nurmala Dewi

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

**Nana Nofianti, Mayang Sari Ayu, Taya Elsa Savista,
Ramlan Nasution, Herika Yulisa, Herawati Harahap,
Tri Ratnaningsih, Kurnia Indriyanti Purnama Sari,
Zafira Ainillah Rachman, Novita Sari, Khoirotun Najihah,
Cipta Pramana, Agustiawan, dan Nurmala Dewi**



Kesehatan Reproduksi Remaja

Indramayu © 2025 PT. Adab Indonesia

Penulis: Nana Nofianti, Mayang Sari Ayu, Taya Elsa Savista, Ramlan Nasution,
Herika Yulisa, Herawati harahap, Tri Ratnaningsih, Kurnia Indriyanti Purnama Sari,
Zafira Ainillah Rachman, Novita Sari, Khoirotun Najihah, Cipta Pramana,
Agustiawan, dan Nurmala Dewi
Editor: Silviera Emalyanur Pradini
Desain Cover: Difiyani Puspitasari
Layouter : Arie Fahmi Luthfi

Diterbitkan oleh **PT. Adab Indonesia**

Anggota IKAPI: 514/JBA/2024

Jl. Intan Blok C2 Pabean Udik Indramayu Jawa Barat

Kode Pos 45219 Telp : 081221151025

Surel : penerbitadab@gmail.com

Web: <https://adabindonesiagrup.com>

Referensi | Non Fiksi | R/D

viii + 160 hlm. 15,5 x 23 cm

No. ISBN: 978-634-235-540-4

No. E-ISBN: 978-634-235-541-1 (PDF)

Cetakan Pertama, September 2025

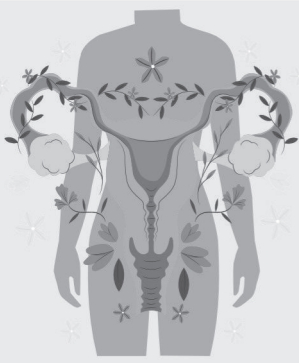
Edisi Digital, September 2025



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, secara elektronik maupun mekanis termasuk fotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa izin tertulis dari penerbit.

All right reserved



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi ini dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)**.

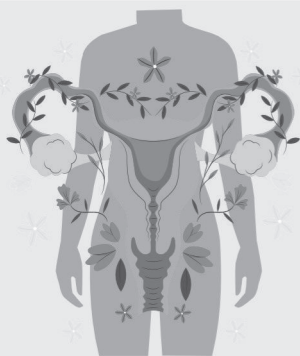
Sistematika buku **Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)** ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Buku ini terdiri atas 13 BAB yang dibahas secara rinci, diantaranya: definisi dan permasalahan remaja, ruang lingkup kesehatan reproduksi, anatomi reproduksi, infeksi menular seksual, perundungan, NAPZA, dan media sosial.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

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 Adab. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Pekanbaru, April 2025

Tim Penulis



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Definisi Remaja	2
B. Ruang Lingkup Remaja.....	2
C. Insiden Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja	3
D. Hak Reproduksi Remaja	7
BAB 2 RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI.....	11
A. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Secara Global	13
B. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi di Indonesia...	15
C. Akses terhadap Layanan Kesehatan Reproduksi	16
D. Peran Tenaga Kesehatan dalam Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	21
E. Kebijakan Terkait Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	23

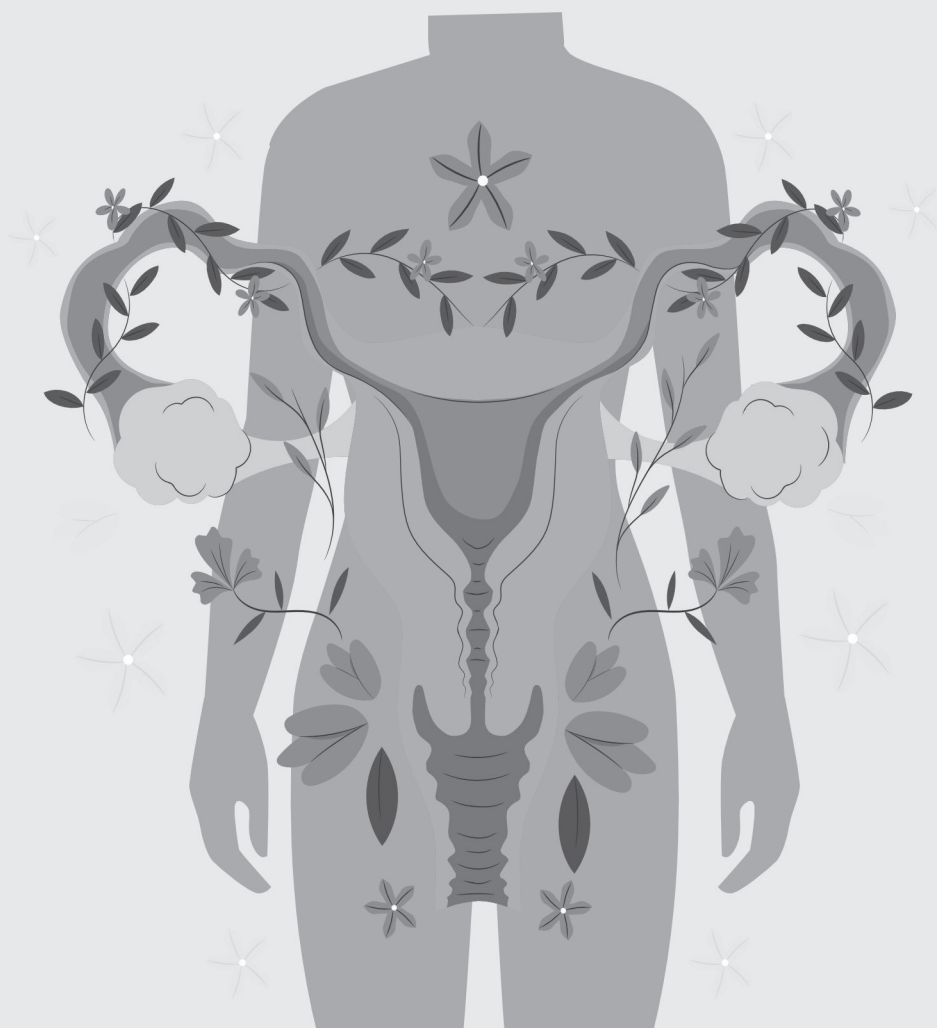
BAB 3	ANATOMI SISTEM REPRODUKSI	25
	A. Anatomi Sistem Reproduksi Pria	26
	B. Anatomi Sistem Reproduksi Wanita	29
	C. Menstruasi	34
	D. Tanda Menstruasi	36
	E. Siklus Menstruasi Tidak Teratur.....	37
BAB 4	NILAI, KONSEP DIRI DAN BATASAN DIRI	39
	A. Nilai	40
	B. Konsep Diri	40
	C. Batasan Diri	41
	D. Jenis-Jenis Batasan Diri.....	41
	E. Pentingnya Batasan Diri	42
	F. Cara Membentuk dan Menjaga Batasan Diri.....	43
	G. Tanda Batasan Diri Tidak Sehat	44
	H. Privasi	44
	I. Hak Atas Tubuh	44
	J. Persetujuan.....	45
	K. Hubungan Antara Nilai, Konsep Diri, dan Batasan Diri	45
BAB 5	PUBERTAS	47
	A. Definisi dan Konsep Dasar	48
	B. Perubahan Fisik pada masa Pubertas	50
	C. Perubahan psikis pada masa pubertas.....	52
	D. Pubertas yang abnormal.....	54
BAB 6	KEHAMILAN REMAJA.....	57
	A. Faktor Penyebab Kehamilan Remaja.....	58
	B. Dampak Kehamilan Remaja	60
	C. Upaya Pencegahan Kehamilan Remaja	61
	D. Dukungan Keluarga dan Masyarakat.....	63

BAB 7	INFEKSI MENULAR SEKSUAL	65
	A. Definisi Infesi Menular Seksual.....	67
	B. Penyebab IMS	67
	C. Jenis IMS yang umum ditemukan adalah:	68
	D. Gejala IMS	69
	E. Komplikasi IMS	69
	F. Cara Penularan.....	69
	G. Dampak Jangka Panjang IMS yang Mematikan	70
	H. Faktor yang Mempengaruhi Angka Kematian.....	70
	I. Faktor Risiko	70
	J. Pencegahan IMS	71
	K. Pengobatan IMS	72
BAB 8	PERMASALAHAN GENDER.....	73
BAB 9	HIV DAN AIDS	81
	A. CD4 dan Viral Load	84
	B. Dampak HIV pada Reproduksi	85
	C. Skrining HIV	86
	D. Diagnosis.....	87
	E. Test diagnostik HIV	87
	F. Tatalaksana Ibu Hamil dengan HIV.....	88
BAB 10	MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI :	
	PORNOGRAFI.....	91
	A. Definisi	93
	B. Tingkatan Kecanduan Pornografi	95
	C. Ciri – Ciri seseorang yang kecanduan pornografi.....	95
	D. Dampak Pornografi terhadap Kesehatan Reproduksi	96
	E. Pencegahan dan Pengobatan	101

BAB 11 PERUNDUNGAN DI KALANGAN REMAJA	103
A. Definisi Perundungan di Kalangan Remaja.....	104
B. Faktor yang Mempengaruhi Perundungan	105
C. Bentuk Penyebab Perundungan	107
D. Penyebab Perundungan di Kalangan Remaja.....	108
E. Dampak Perundungan	115
F. Solusi Menyelesaikan Masalah Perundungan	118
BAB 12 NAPZA.....	119
A. Definisi	120
B. Narkotika.....	120
C. Psikotropika	123
D. Zat Adiktif	124
E. Dampak NAPZA Terhadap Kesehatan Reproduksi ...	125
F. Peran Keluarga pada Penyalahgunaan NAPZA.....	127
BAB 13 ETIKA MENGGUNAKAN MEDIA SOSIAL.....	133
A. Dampak Positif Media Sosial.....	135
B. Dampak Negatif Media Sosial.....	135
C. Gangguan Psikologis Akibat Penggunaan Media Sosial.....	136
D. Etika Dalam Menggunakan Media Sosial.....	138
DAFTAR PUSTAKA.....	143
PROFIL PENULIS	151

BAB 1 PENDAHULUAN

Nana Nofianti



A. Definisi Remaja

Istilah remaja dikenal dengan "*adolescence*" yang berasal dari kata dalam bahasa latin "*adolescere*" (kata bendanya *adolescencia* = remaja), yang berarti tumbuh menjadi dewasa atau dalam perkembangan menjadi dewasa. Karena tingginya minat dan keinginan untuk mencoba hal-hal baru, remaja merupakan kelompok populasi yang memerlukan perhatian besar karena dianggap dapat membahayakan kesehatan seksual dan reproduksinya.

WHO mendefinisikan remaja adalah seseorang yang berusia antara 10 dan 24 tahun. Sebaliknya, Kementerian Kesehatan Indonesia menyatakan bahwa remaja harus berusia antara 10 dan 19 tahun dan belum menikah. Remaja sedang melalui masa pertumbuhan dan perkembangan yang luar biasa dalam segala hal sebelum mereka menjadi dewasa.

Masa remaja merupakan masa perkembangan intelektual, psikologis, dan fisik yang pesat. Remaja dikenal memiliki rasa ingin tahu yang kuat, menikmati tantangan dan petualangan, serta berani mengambil risiko tanpa terlalu memikirkan diri sendiri. Keputusan yang diambil untuk menyelesaikan perselisihan yang tidak tepat akan mengarah pada perilaku berbahaya dan mungkin mempunyai dampak langsung dan jangka panjang pada berbagai masalah kesehatan fisik dan mental.

B. Ruang Lingkup Remaja

Masa remaja merupakan fase transisi penting dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan. Tahap ini tidak hanya mencakup perkembangan fisik, tetapi juga aspek psikologis, sosial, dan kognitif. Zakiah Daradjat mendefinisikan masa remaja sebagai periode antara masa anak-anak dan dewasa, yang sering kali diwarnai dengan ketidakpastian dan pencarian identitas. Periode ini dikenal sebagai masa "badai dan tekanan" menurut G. Stanley Hall, mengacu pada konflik internal dan eksternal yang dialami individu seiring dengan perubahan signifikan dalam tubuh dan emosi mereka. Masa remaja

biasanya terbagi dalam dua fase utama:

1. Masa Remaja Awal (11-14 tahun): Individu mulai melepaskan peran anak dan mencari kemandirian. Mereka fokus pada penyesuaian fisik dan mencari penerimaan di kalangan teman sebaya.
2. Masa Remaja Pertengahan (14-17 tahun): Ditandai dengan perkembangan kemampuan kognitif baru dan pencarian identitas yang lebih kuat. Pada tahap ini, pertemanan menjadi semakin penting, disertai dengan peningkatan kemandirian dan pengaturan emosi.

C. Insiden Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Di banyak negara, termasuk Indonesia, permasalahan kesehatan reproduksi remaja semakin mendesak. Karena transisi biologis dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan, remaja mempunyai tuntutan unik terhadap kesehatan reproduksi yang seringkali tidak terpenuhi. Meningkatnya prevalensi masalah kesehatan reproduksi disebabkan oleh beberapa hal, antara lain ketidaktahuan, kurangnya akses terhadap informasi yang dapat dipercaya, dan kurangnya fasilitas perawatan medis khusus bagi remaja. Beberapa masalah remaja dalam berbagai topik, yaitu:

1. Permasalahan remaja terkait pergaulan bebas

Remaja sering berpartisipasi dalam aktivitas seksual selama masa remaja. Setiap tindakan yang dimotivasi oleh hasrat seksual, baik dengan sesama jenis atau lawan jenis, disebut sebagai perilaku seksual. Simkin mendefinisikan perilaku seksual sebagai tindakan apa pun yang dimotivasi oleh hasrat seksual, baik dengan sesama jenis maupun lawan jenis. Perasaan tertarik, berkencan, bemesraan, dan aktivitas seksual adalah contoh perilaku seperti ini. Perilaku seksual anak-anak tertentu menimbulkan banyak masalah. Kehamilan dan aborsi adalah akibat dari permasalahan ini, yang biasanya dimulai dari perilaku seksual pranikah. Oleh karena itu, diperlukan

pemahaman yang lebih mendalam mengenai permasalahan yang dihadapi remaja saat ini. Permasalahan remaja yang memerlukan perhatian antara lain sebagai berikut::

a. Seks bebas

Permasalahan dan fenomena sosial yang semakin marak di masyarakat pada saat yang bersamaan. Intinya, seks pranikah adalah segala perilaku seksual yang dilakukan seseorang dengan orang lain sebelum menikah. Berganti-ganti pasangan atau pacar dimanfaatkan untuk seks bebas. Selain meningkatkan risiko infeksi HIV dan penyakit menular seksual lainnya, hubungan seks remaja tanpa pengawasan medis juga dapat mendorong berkembangnya sel kanker di rahim remaja putri. karena sel-sel serviks mengalami perubahan dinamis pada remaja putri berusia antara 12 dan 17 tahun.

Seks aktif pra nikah pada remaja berisiko terhadap kehamilan remaja dan penularan penyakit menular seksual. Kehamilan yang tidak direncanakan pada remaja perempuan dapat berlanjut pada aborsi dan pernikahan remaja. Keduanya akan berdampak pada masa depan remaja tersebut, janin yang dikandung dan keluarganya.

b. Pernikahan dini

Indonesia adalah negara ke-37 di ASEAN dengan tingkat pernikahan muda tertinggi kedua, setelah Kamboja, menurut Pembangunan Ekonomi dan Sosial PBB. Usia minimum bagi perempuan di Indonesia adalah 16 tahun, namun di 158 negara lain pada tahun 2010, usia minimum adalah 18 tahun. Pernikahan muda berbahaya karena kurangnya persiapan di bidang kesehatan, mental, emosional, sosial ekonomi, dan pendidikan reproduksi. Karena jumlah anak yang dilahirkan berkorelasi dengan lamanya masa reproduksi seorang wanita, maka

pendewasaan usia perkawinan juga berkorelasi dengan pengendalian kelahiran.

Usia ideal pernikahan pertama bagi perempuan menurut sebagian besar (37%) remaja perempuan usia 15-19 tahun adalah usia 24-25 tahun, sedangkan menurut sebagian besar remaja laki-laki (33%) adalah 20-21 tahun. Usia ideal pernikahan pertama bagi laki-laki menurut sebagian besar remaja laki-laki (49%) maupun perempuan adalah kurang dari 20 tahun, terutama bagi Perempuan.

c. Kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi pada remaja

Kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja (KTD) akan berdampak buruk terhadap kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan spiritual seseorang. Entah sang ibu akan mencoba melakukan aborsi, yang dapat mengakibatkan kematian, atau dampak fisiknya dapat melukai ibu dan janin yang dikandungnya. Dari sudut pandang psikologis, ibu akan berusaha menghindari tanggung jawab atau dengan sengaja melanjutkan kehamilannya. Sementara itu, masyarakat akan mengejek dan menjauhi mereka karena dampak sosialnya.

Kehamilan pada usia muda atau remaja antara lain berisiko kelahiran prematur, berat badan bayi lahir rendah (BBLR), perdarahan persalinan, yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja juga terkait dengan kehamilan tidak dikehendaki dan aborsi tidak aman. Angka kematian neonatal, postneonatal, dan angka kematian bayi dan balita dari ibu yang berusia kurang dari 20 tahun lebih tinggi dibandingkan pada ibu usia 20-39 Tahun.

2. Permasalahan remaja terkait budaya dan gender

Menurut Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD), kesehatan reproduksi adalah suatu kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh yang mencakup seluruh aspek sistem dan fungsi reproduksi, tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan reproduksi remaja merupakan permasalahan yang rumit. Faktor sosial seperti budaya dapat berdampak pada bagaimana perilaku seksual atau perilaku reproduksi remaja berkembang di masyarakat. Perempuan muda memiliki sangat sedikit pilihan untuk melanjutkan pendidikan dan bekerja di sektor publik karena keyakinan sosiokultural yang membedakan antara laki-laki dan Perempuan.

Contoh yang paling parah adalah keyakinan bahwa perempuan akan selalu kembali ke dapur, sumur, dan tempat tidur, berapa pun tingkat kecerdasannya (bahasa Jawa: *koncowinging, neroko katut swargo nunut*). Pengenalan suatu budaya juga dapat mengubah nilai-nilai, seperti yang terlihat dalam kasus komunikasi internasional dan kemajuan teknologi. Salah satu contohnya adalah masuknya budaya lain ke Indonesia. Gender juga dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi karena perempuanlah yang paling terkena dampaknya. Ilustrasi hubungan budaya dengan kesehatan reproduksi remaja disajikan di bawah ini.

Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi serta kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya.

D. Hak Reproduksi Remaja

Hak kesehatan reproduksi mengacu pada konvensi ICPD di Kairo tahun 1994 yang mencakup 12 hak reproduksi yaitu:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi
3. Hak untuk kebebasan berfikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
5. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah jender.
6. Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.
8. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
9. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

Diatas telah dijelaskan hak-hak reproduksi menurut ICPD tahun 1994, sedangkan Hak– Hak Kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain:

1. Setiap orang berhak mendapatkan layanan kesehatan reproduksi berkualitas tinggi. Hal ini berarti bahwa untuk menjamin keselamatan dan keamanan kliennya, penyedia layanan harus memberikan layanan kesehatan reproduksi

- yang berkualitas tinggi dan juga memenuhi kebutuhan mereka.
2. Setiap laki-laki dan perempuan (secara individu atau bersama-sama) berhak atas pengetahuan komprehensif tentang seksualitas, reproduksi, serta kelebihan dan kekurangan obat-obatan, peralatan medis, dan prosedur yang digunakan untuk menangani atau memberikan layanan terhadap masalah kesehatan reproduksi.
 3. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan KB yang baik, wajar, dapat diterima, berdasarkan pilihan pribadi, bebas dari paksaan, dan sah.
 4. Setiap perempuan berhak atas pelayanan kesehatan yang diperlukannya agar aman dan sehat selama kehamilan dan persalinannya serta mempunyai anak yang sehat.
 5. Setiap anggota tim suami istri berhak atas hubungan saling menghormati.
 6. Terhadap masing-masing pasangan dan dilakukan dalam keadaan dan suasana yang disepakati kedua belah pihak, bebas dari aspek kekerasan, ancaman, atau paksaan.
 7. Untuk dapat menjalankan kehidupan seksual yang bertanggung jawab dan berperilaku sehat, setiap remaja baik laki-laki maupun perempuan berhak memperoleh pengetahuan yang akurat dan benar mengenai reproduksi.
 8. Semua laki-laki dan perempuan berhak mendapatkan informasi yang sederhana, lengkap dan akurat mengenai HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya.
 9. Untuk menjamin bahwa semua pasangan dan individu yang menginginkan layanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual terlayani, pemerintah, organisasi donor, dan masyarakat luas harus mengambil tindakan yang diperlukan.
 10. Kebijakan dan undang-undang yang berkaitan dengan masalah kualitas dan reproduksi harus dikembangkan dan

diberlakukan untuk menghentikan kekerasan, pemaksaan, dan prasangka.

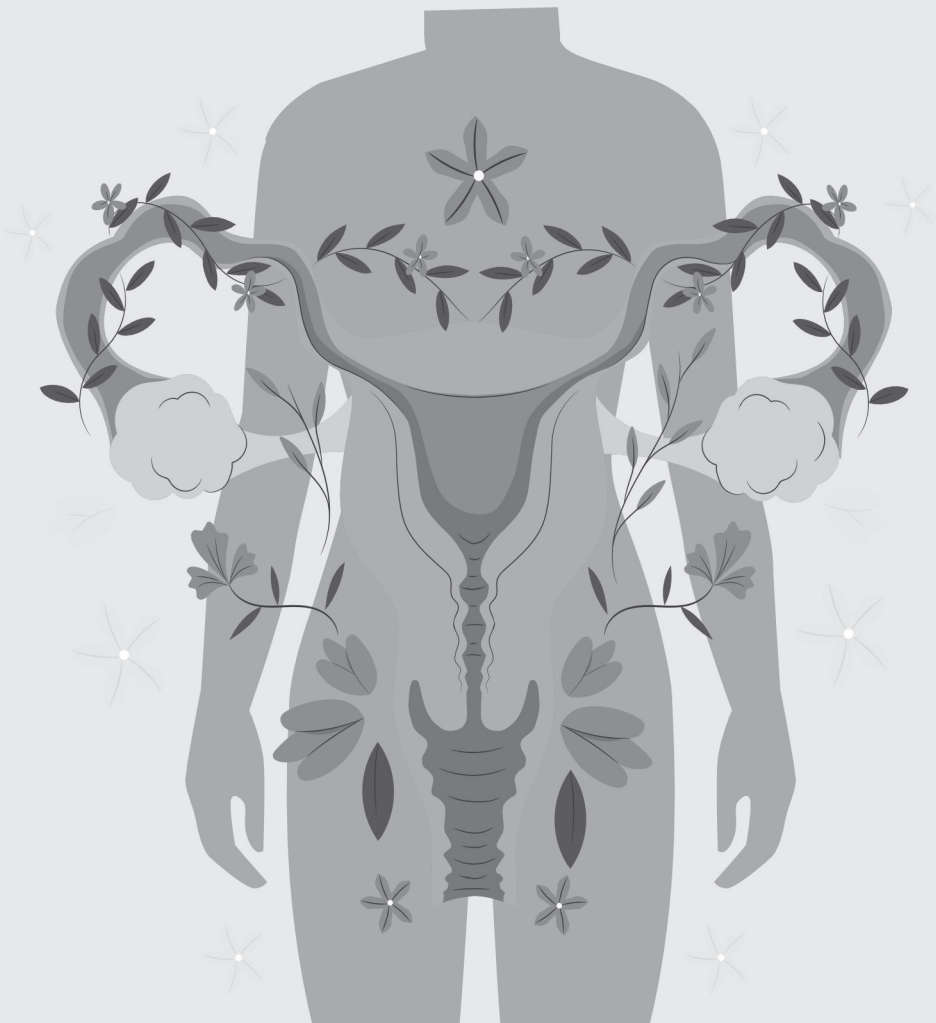
11. Laki-laki dan perempuan harus bekerja sama untuk memahami hak-hak mereka, mendorong pemerintah untuk menjunjung hak-hak tersebut, dan memupuk dukungan bagi mereka melalui kampanye dan pendidikan.
12. Definisi konsep hak-hak perempuan dan kesehatan reproduksi diambil dari karya *International Women's Health Advocates Worldwide*.

BAB 2

RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI

Mayang Sari Ayu

Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara



Menurut *World Health Organization (WHO)*, kesehatan reproduksi adalah “Suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap, yang tidak hanya terbebas dari penyakit atau gangguan, tetapi juga mencakup kemampuan untuk memiliki pengalaman seksual yang memuaskan dan aman, serta kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan kapan dan seberapa sering melakukannya” (WHO, 2023).

Menurut *United Nations Population Fund (UNPF)* memberikan definisi tentang ruang lingkup kesehatan reproduksi sejalan dengan WHO, namun lebih menekankan pada hak-hak individu dalam kesehatan reproduksi, termasuk hak atas informasi dan layanan kesehatan yang tersedia untuk semua orang, tanpa diskriminasi. Dimensi ruang lingkungannya dilihat mulai dari kesehatan fisik (kesehatan sistem reproduksi, mulai dari organ reproduksi hingga fungsi-fungsi seksual), kesehatan mental (terkait dengan pandangan terhadap seksualitas, kehamilan, dan hubungan keluarga) dan aspek sosial (seperti dukungan dari masyarakat, pendidikan seks, serta hak individu dalam memilih dan memutuskan terkait dengan kehidupan reproduksinya)

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup berbagai aspek kesehatan yang terkait dengan sistem reproduksi sepanjang siklus hidup manusia, baik pada laki-laki maupun perempuan. Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup kesehatan reproduksi wanita dan pria, kesehatan ibu dan anak, kesehatan remaja, kesehatan seksual dan pencegahan penyakit menular seksual, kesehatan reproduksi lansia; keluarga berencana serta pencegahan aborsi dan kekerasan seksual.

Tujuan utama dari kesehatan reproduksi adalah untuk meningkatkan kesejahteraan individu dan keluarga melalui layanan yang mencakup seluruh aspek kesehatan seksual dan reproduksi. Pelayanan Kesehatan reproduksi yaitu dengan mengurangi angka kematian dan kesakitan pada ibu serta bayi melalui layanan yang aman pada masa kehamilan, persalinan, dan pasca-persalinan;

Melakukan pencegahan, penanganan, dan edukasi terhadap penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS dan penyakit lainnya yang berdampak pada kesehatan reproduksi; Memberikan akses pada layanan keluarga berencana untuk memungkinkan individu atau pasangan mengatur kehamilan dan membangun keluarga yang sehat; Mengurangi kejadian kekerasan berbasis gender dan menyediakan dukungan bagi korban kekerasan seksual atau kekerasan dalam rumah tangga, termasuk layanan medis dan psikologis; dan memberikan edukasi kepada masyarakat tentang kesehatan reproduksi agar dapat mengambil keputusan yang tepat dan bertanggung jawab terkait kehidupan seksual dan reproduksi.

A. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi Secara Global

Masalah kesehatan reproduksi di negara berkembang, terutama di Afrika, Asia, dan Amerika Latin, masih menjadi tantangan besar yang memengaruhi kualitas hidup jutaan orang. Negara berkembang, akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas masih terbatas. Penyebabnya kekurangan fasilitas kesehatan, keterbatasan tenaga medis terlatih, serta hambatan geografis dan finansial. Daerah pedesaan atau terpencil, banyak perempuan dan remaja yang kesulitan mengakses layanan kontrasepsi, pemeriksaan kesehatan, dan perawatan medis saat melahirkan. Kematian ibu (maternal mortality) menjadi masalah serius di negara berkembang. Meskipun angka kematian ibu telah menurun secara global dalam beberapa dekade terakhir, namun di negara-negara dengan infrastruktur kesehatan yang buruk, angka ini tetap tinggi. Penyebab utama kematian ibu antara lain komplikasi selama kehamilan dan persalinan, serta infeksi yang tidak tertangani dengan baik.

Menurut *World Health Organization (WHO)*, lebih dari 90% kematian ibu terjadi di negara-negara berkembang, sebagian besar disebabkan oleh komplikasi yang bisa dicegah, seperti pendarahan, hipertensi, dan infeksi. Kehamilan di usia remaja di negara berkembang berisiko tinggi, baik bagi kesehatan ibu maupun bayi.

Kehamilan remaja terkait dengan kurangnya pendidikan seksual, ketidaktahuan tentang kontrasepsi, serta norma sosial dan budaya yang mendukung pernikahan dini. Kehamilan remaja memiliki dampak jangka panjang terhadap pendidikan, ekonomi, dan kesejahteraan sosial remaja.

Kesehatan reproduksi global menghadapi sejumlah tantangan besar yang melibatkan faktor gender, budaya, dan ekonomi. Ketidaksetaraan gender masih menjadi masalah utama dalam kesehatan reproduksi di banyak negara. Perempuan di belahan dunia masih kurang memiliki kontrol atas keputusan mengenai kesehatan seksual dan reproduksi mereka. Dipengaruhi oleh norma budaya atau kebijakan yang mengekang hak-hak mereka dalam hal perencanaan keluarga, hak untuk memilih metode kontrasepsi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Budaya dan norma sosial membatasi akses individu, terutama perempuan dan remaja, terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Beberapa negara, pandangan konservatif terhadap seksualitas dan peran perempuan dalam masyarakat menyebabkan mereka menolak pendidikan seks yang komprehensif, kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi lainnya. Selain itu, stigma terhadap aborsi atau penggunaan kontrasepsi dapat menghalangi perempuan untuk mengakses layanan yang mereka butuhkan. Di banyak tempat, aborsi ilegal atau tidak aman tetap menjadi penyebab utama kematian ibu.

Faktor ekonomi juga berperan besar dalam masalah kesehatan reproduksi di negara berkembang. Tingkat kemiskinan yang tinggi sering kali memengaruhi kemampuan individu untuk mengakses layanan kesehatan. Biaya pengobatan, transportasi ke fasilitas kesehatan yang jauh, dan biaya pendidikan kesehatan sering kali membuat layanan kesehatan reproduksi tidak terjangkau bagi banyak orang. Ketidaksetaraan ekonomi antar wilayah, antara daerah perkotaan dan pedesaan, menyebabkan disparitas yang besar dalam akses terhadap fasilitas kesehatan yang berkualitas. Keluarga yang miskin cenderung memiliki akses terbatas terhadap

kontrasepsi modern dan perawatan kesehatan lainnya, yang berisiko meningkatkan angka kehamilan yang tidak diinginkan dan kematian ibu.

B. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Indonesia, sebagai negara dengan jumlah penduduk terbesar keempat di dunia, menghadapi berbagai tantangan dalam memastikan kesehatan reproduksi yang baik bagi seluruh penduduknya. Kesehatan reproduksi di Indonesia mencakup berbagai aspek, mulai dari kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi, hingga kebijakan pemerintah yang memengaruhi akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi. Status kesehatan reproduksi di Indonesia mencerminkan sejumlah tantangan, baik dari sisi sosial, ekonomi, maupun budaya.

Angka kematian ibu di Indonesia masih relatif tinggi meskipun ada penurunan yang signifikan dalam beberapa dekade terakhir. Menurut Riset Kesehatan Dasar Indonesia dari Kementerian Kesehatan, angka kematian ibu pada 2018 tercatat sekitar 305 per 100.000 kelahiran hidup, meskipun terdapat penurunan signifikan dari tahun-tahun sebelumnya. Banyak faktor yang mempengaruhi hal ini, termasuk akses terbatas terhadap layanan kesehatan, keterlambatan dalam mendapatkan pertolongan medis, dan praktik persalinan yang tidak aman. Kematian neonatal dan bayi di Indonesia masih menjadi masalah utama dalam kesehatan reproduksi. Banyak bayi meninggal akibat prematuritas, infeksi, dan gangguan pernapasan. Upaya perbaikan kualitas perawatan medis bagi ibu dan bayi baru lahir terus menjadi prioritas utama dalam kebijakan kesehatan.

Kehamilan di usia remaja masih menjadi masalah besar di Indonesia. Pada 2019, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) melaporkan bahwa hampir 10% dari total kelahiran di Indonesia berasal dari remaja. Kehamilan remaja sering kali berdampak negatif pada kesehatan ibu dan bayi, serta

mempengaruhi pendidikan dan kesejahteraan ekonomi remaja. Penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS, juga menjadi perhatian utama dalam kesehatan reproduksi di Indonesia. Meskipun ada upaya untuk meningkatkan pendidikan seks dan akses ke layanan kesehatan seksual, banyak orang, terutama di daerah terpencil, yang masih kurang mendapatkan informasi tentang pencegahan PMS.

Isu sosial dan budaya di Indonesia sangat memengaruhi sikap dan perilaku masyarakat terkait dengan kesehatan reproduksi. Budaya di Indonesia, peran gender yang kaku dapat membatasi hak perempuan untuk mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Norma sosial yang menganggap bahwa perempuan harus memprioritaskan peran sebagai ibu dan istri kadang membuat mereka mengabaikan kesehatan pribadi mereka. Indonesia adalah negara dengan keragaman agama dan budaya yang tinggi, yang kadang membentuk pandangan tentang kesehatan reproduksi.

Beberapa kelompok agama tertentu mungkin memiliki pandangan yang lebih konservatif mengenai peran perempuan dalam reproduksi, pernikahan dini, atau penggunaan kontrasepsi. Meskipun telah ada program keluarga berencana yang luas, stigma terhadap penggunaan kontrasepsi masih ada, terutama di kalangan pasangan muda dan beberapa kelompok agama. Beberapa individu mungkin merasa tabu atau tidak nyaman menggunakan alat kontrasepsi, meskipun mereka membutuhkan perlindungan untuk kesehatan seksual dan reproduksi.

C. Akses terhadap Layanan Kesehatan Reproduksi

Akses terhadap layanan kesehatan reproduksi masih menjadi tantangan besar di Indonesia, terutama di daerah terpencil. Banyak daerah di Indonesia yang masih kekurangan fasilitas kesehatan yang memadai untuk memberikan layanan kesehatan reproduksi yang baik. Masyarakat di daerah pedesaan atau pulau-pulau terpencil sering kali harus menempuh perjalanan jauh untuk mendapatkan pelayanan medis. Walaupun akses tersedia, sering kali kualitas

pelayanan kesehatan reproduksi masih kurang memadai.

Hal ini mencakup kurangnya tenaga medis yang terlatih, fasilitas yang tidak lengkap, serta rendahnya kesadaran tentang pentingnya layanan kesehatan reproduksi. Informasi yang tepat dan akurat tentang kesehatan reproduksi belum sepenuhnya menjangkau seluruh lapisan masyarakat, terutama yang tinggal di daerah dengan tingkat pendidikan rendah. Program pendidikan kesehatan reproduksi masih terbatas, terutama di daerah konservatif yang memiliki pandangan negatif terhadap pendidikan seksual.

Beberapa hal utama yang tercakup dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi adalah: Pendidikan Seksual dan Kesehatan Reproduksi: Memberikan pemahaman tentang siklus reproduksi, seksualitas yang sehat, perencanaan keluarga, kontrasepsi, serta pencegahan penyakit menular seksual (PMS) dan kanker reproduksi. Layanan Kesehatan Reproduksi: Meliputi pemeriksaan rutin, perawatan selama kehamilan dan kelahiran, serta layanan untuk kondisi medis terkait reproduksi seperti gangguan menstruasi, infertilitas, dan kelainan hormonal.

Hak-hak Reproduksi: Menjamin akses terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang aman, terjangkau, dan tidak diskriminatif, termasuk hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran, serta hak untuk hidup bebas dari kekerasan seksual dan eksploitasi. Kesehatan Reproduksi Mental dan Emosional: Mengakui bahwa kesehatan reproduksi tidak hanya fisik, tetapi juga mencakup kesejahteraan mental dan emosional, seperti dampak psikologis dari kehamilan yang tidak diinginkan, keguguran, atau masalah kesuburan. Sosial dan Kebijakan Publik: Menyentuh aspek kebijakan publik, termasuk akses yang setara terhadap layanan kesehatan reproduksi, pengaruh norma sosial dan budaya terhadap keputusan reproduksi, serta dukungan pemerintah dalam program pendidikan dan penyuluhan kesehatan.

Secara keseluruhan, kesehatan reproduksi tidak hanya terbatas pada aspek medis, tetapi juga melibatkan elemen sosial, psikologis,

dan kebijakan. Pendekatan multidisipliner yang melibatkan dokter, tenaga medis, psikolog, konselor, serta sektor pendidikan dan kebijakan publik diperlukan untuk memastikan pelayanan yang komprehensif, efektif, dan responsif terhadap kebutuhan individu. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi sangat kompleks dan saling terkait. Berdasarkan pemetaan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, ada empat faktor utama yang memengaruhi kesehatan reproduksi, yaitu faktor demografis-ekonomi, budaya dan lingkungan, psikologis, serta biologis. Berikut penjelasan masing-masing faktor tersebut:

1. Faktor Demografis-Ekonomi. Faktor ini meliputi aspek terkait jumlah penduduk, struktur usia, tingkat pendapatan, status sosial ekonomi, serta akses terhadap layanan kesehatan. Beberapa aspek penting termasuk dalam faktor ini antara lain:
 - a. Usia dan Jumlah Anak: Usia ibu saat hamil, baik terlalu muda atau terlalu tua, dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Jumlah anak yang dimiliki juga berdampak pada kesehatan fisik dan mental ibu.
 - b. Status Ekonomi: Kondisi ekonomi keluarga dapat mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, makanan bergizi, dan fasilitas kesehatan yang memadai.
 - c. Akses terhadap Layanan Kesehatan: Tingkat kemiskinan dan ketimpangan sosial-ekonomi sering kali berhubungan langsung dengan keterbatasan dalam mendapatkan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, seperti kontrasepsi, perawatan prenatal, dan pengobatan gangguan reproduksi.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan. Budaya dan norma sosial memengaruhi sikap dan perilaku masyarakat terhadap kesehatan reproduksi. Faktor budaya ini dapat mendukung

atau menghambat praktik kesehatan yang baik. Aspek yang perlu diperhatikan antara lain:

- a. Norma Sosial dan Agama: Pandangan masyarakat tentang seksualitas, pernikahan, dan keluarga sering kali dipengaruhi oleh norma budaya dan agama. Misalnya, beberapa budaya mungkin menentang penggunaan kontrasepsi atau aborsi, meskipun secara medis itu diperlukan untuk kesehatan reproduksi.
 - b. Pendidikan dan Penyuluhan Kesehatan: Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan sikap terbuka terhadap pendidikan seksual dapat membatasi kemampuan individu dalam membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan reproduksi mereka.
 - c. Lingkungan Fisik dan Sosial: Polusi, kebersihan, dan kondisi lingkungan tempat tinggal juga dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Misalnya, paparan bahan kimia berbahaya atau polusi udara dapat berisiko terhadap kesuburan.
3. Faktor Psikologis. Aspek psikologis melibatkan kondisi mental dan emosional yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor ini sangat penting, mengingat banyak masalah kesehatan reproduksi yang juga memiliki dampak psikologis. Faktor psikologis meliputi:
- a. Stres dan Kecemasan: Tekanan emosional atau stres yang tinggi, seperti yang dialami oleh ibu hamil, dapat memengaruhi kesehatan fisik dan psikologisnya serta perkembangan janin. Stres juga dapat berkontribusi pada masalah seperti gangguan menstruasi atau disfungsi seksual.
 - b. Gangguan Mental: Gangguan mental seperti depresi, kecemasan, dan gangguan stres pascatrauma (PTSD)

- dapat memengaruhi kemampuan individu untuk menjaga kesehatan reproduksi yang optimal.
- c. Dukungan Sosial: Ketersediaan dukungan sosial dari keluarga, teman, dan komunitas dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan kesejahteraan mental dan fisik seseorang, terutama dalam periode krisis atau stres.
4. Faktor Biologis meliputi aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan kondisi fisik individu. Beberapa faktor biologis yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi adalah:
- a. Usia yang terlalu muda atau terlalu tua saat hamil dapat meningkatkan risiko komplikasi baik untuk ibu maupun bayi. Usia remaja sering kali dikaitkan dengan risiko kelahiran prematur, sementara usia lanjut dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan seperti hipertensi atau diabetes gestasional.
 - b. Faktor genetik atau warisan keluarga juga memengaruhi risiko seseorang mengalami masalah reproduksi seperti infertilitas, kelainan genetik pada bayi, atau gangguan hormonal.
 - c. Penyakit atau Infeksi Reproduksi seperti Penyakit menular seksual (PMS), infeksi saluran reproduksi, serta gangguan hormonal dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk hamil atau dapat menyebabkan masalah kesehatan serius seperti kanker reproduksi.
 - d. Nutrisi dan Gizi yang buruk atau kekurangan nutrisi tertentu, seperti asam folat, dapat meningkatkan risiko cacat lahir dan masalah kehamilan.

D. Peran Tenaga Kesehatan dalam Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Peran dokter, tenaga medis, psikolog, dan konselor dalam kesehatan reproduksi. Kolaborasi antara sektor kesehatan, pendidikan, dan kebijakan publik. Pendekatan holistik: memadukan pendekatan medis, psikologis, dan sosial. Pendekatan multidisipliner dalam kesehatan reproduksi sangat penting untuk memberikan layanan yang komprehensif dan berkelanjutan, karena kesehatan reproduksi mencakup berbagai aspek fisik, emosional, sosial, dan psikologis. Dengan memadukan berbagai keahlian dari berbagai sektor, pendekatan multidisipliner ini memberikan solusi yang lebih komprehensif dan menyeluruh bagi individu, mengatasi tantangan kesehatan reproduksi dari berbagai sudut pandang.

Beberapa komponen kunci dari pendekatan multidisipliner ini meliputi:

1. Peran Dokter, Tenaga Medis, Psikolog, dan Konselor.
 - a. Dokter dan Tenaga Medis bertanggung jawab dalam diagnosis, perawatan, dan pengelolaan masalah kesehatan reproduksi. Memberikan konsultasi terkait kontrasepsi, kehamilan, kelahiran, dan gangguan hormonal.
 - b. Ginekolog dan Obstetri: Spesialis dalam masalah kesehatan reproduksi wanita, termasuk kehamilan, kelahiran, dan penyakit sistem reproduksi.
 - c. Androlog adalah dokter spesialis yang menangani masalah kesehatan reproduksi pria.
 - d. Ahli Endokrinologi membantu mengelola gangguan hormon yang memengaruhi kesehatan reproduksi.
 - e. Psikolog membantu individu atau pasangan dalam mengatasi masalah psikologis yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi, seperti kecemasan terkait kehamilan, masalah seksual, atau gangguan hormonal yang memengaruhi suasana hati.

- f. Konselor kesehatan reproduksi memberikan informasi dan dukungan untuk pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi, seperti penggunaan kontrasepsi, perencanaan keluarga, dan isu-isu seksual. Mereka juga dapat memberikan dukungan emosional untuk individu yang mengalami masalah kesuburan, keguguran, atau masalah lainnya.
2. Kolaborasi antara Sektor Kesehatan, Pendidikan, dan Kebijakan Publik
 - a. Sektor Kesehatan: Berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan yang mendasar, termasuk klinik-klinik, rumah sakit, dan lembaga penyuluhan kesehatan. Layanan kesehatan reproduksi harus mencakup pemeriksaan rutin, edukasi tentang seksualitas, dan pencegahan serta pengelolaan penyakit menular seksual (PMS).
 - b. Sektor Pendidikan: Pendidikan tentang kesehatan reproduksi di sekolah dan universitas sangat penting untuk mempersiapkan individu dengan pengetahuan yang cukup. Pendidikan ini mencakup informasi mengenai siklus reproduksi, pengelolaan kesehatan menstruasi, kontrasepsi, serta pemahaman tentang hubungan yang sehat dan penghindaran kekerasan seksual.
 - c. Kebijakan Publik: Kebijakan yang mendukung akses universal terhadap layanan kesehatan reproduksi, hak-hak perempuan, dan pencegahan serta pengobatan untuk masalah kesehatan reproduksi. Kebijakan ini juga mencakup penyediaan anggaran untuk program-program kesadaran kesehatan, pendidikan seksual, dan promosi akses ke kontrasepsi.

3. Pendekatan Holistik: Memadukan Pendekatan Medis, Psikologis, dan Sosial. Pendekatan holistik dalam kesehatan reproduksi bertujuan untuk menyentuh berbagai dimensi kehidupan individu:
 - a. Medis: Pendekatan ini melibatkan pengelolaan kondisi medis yang terkait dengan kesehatan reproduksi, termasuk pengobatan penyakit, penggunaan kontrasepsi, dan pencegahan penyakit menular seksual.
 - b. Psikologis: Fokus pada kesejahteraan mental dan emosional individu, serta bagaimana perasaan dan stres memengaruhi kesehatan reproduksi. Dukungan psikologis juga penting dalam situasi seperti kehamilan yang tidak direncanakan, keguguran, atau masalah kesuburan.
 - c. Sosial: Pendekatan ini mencakup aspek sosial dari kesehatan reproduksi, seperti peran budaya, ekonomi, dan hubungan interpersonal. Misalnya, dalam beberapa budaya, pengambilan keputusan mengenai kontrasepsi atau kehamilan dapat dipengaruhi oleh norma sosial dan harapan keluarga.
4. Kolaborasi Antar Profesional, menciptakan sinergi yang memperkaya kualitas layanan kesehatan reproduksi yang diberikan. Misalnya, seorang dokter dapat merujuk pasien ke psikolog jika pasien mengalami masalah emosional terkait kesehatan reproduksi mereka, sementara konselor dapat berperan dalam mendukung proses keputusan terkait perencanaan keluarga.

E. Kebijakan Terkait Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Tingkat internasional, upaya dan kebijakan yang telah dilakukan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi global. Beberapa inisiatif menghadapi tantangan pada kesehatan reproduksi disepakati agenda 2030 oleh negara-negara anggota PBB sesuai *Sustainable*

Development Goals (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan dalam Tujuan 3 (Kesehatan yang Baik dan Kesejahteraan) dan Tujuan 5 (Kesetaraan Gender), yaitu menargetkan pengurangan angka kematian ibu, penghapusan praktik berbahaya seperti pernikahan anak, dan peningkatan akses terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang berkualitas. Family Planning 2020 (FP2020) yang berfokus pada peningkatan akses terhadap kontrasepsi di seluruh dunia. UNFPA dan WHO, bekerja sama dengan negara-negara berkembang untuk menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang lebih baik.

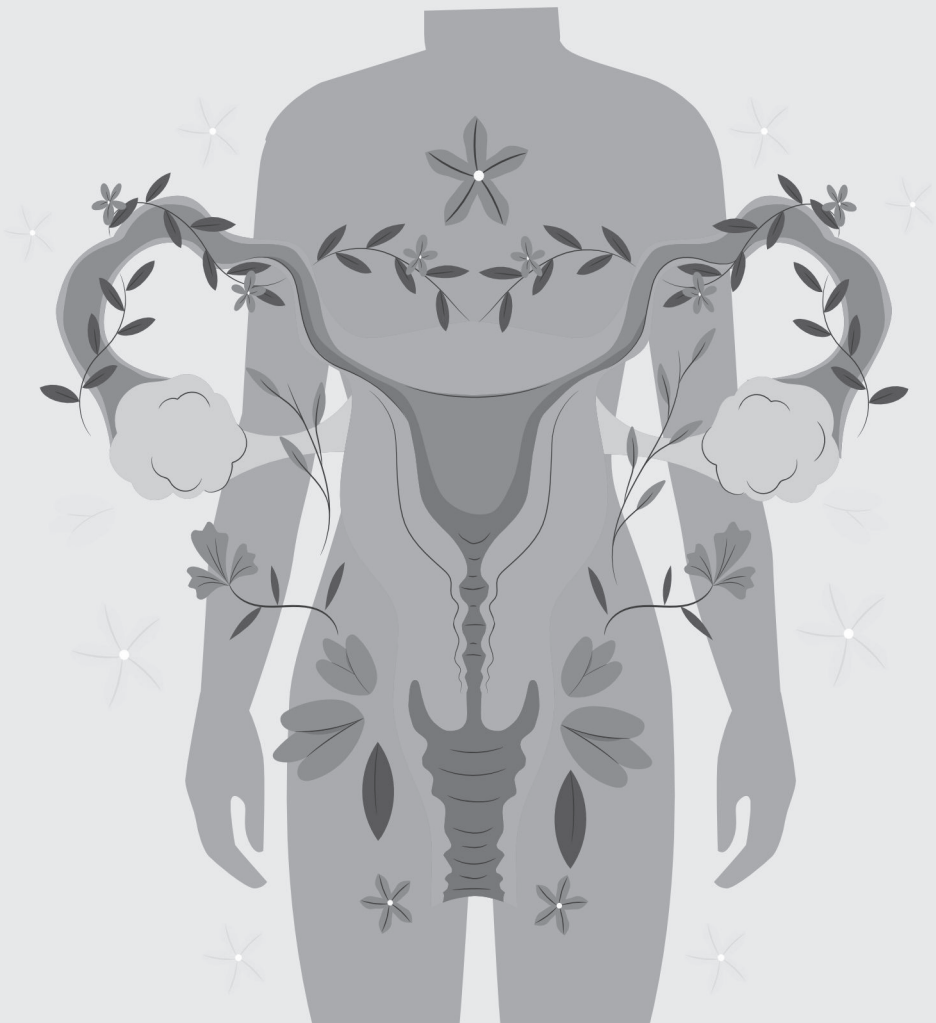
Kebijakan pemerintah Indonesia terkait kesehatan reproduksi mengembangkan berbagai kebijakan dan program untuk meningkatkan kesehatan reproduksi di masyarakat. Program KB merupakan salah satu program utama yang telah dilaksanakan sejak 1970-an untuk menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak. Program KB mengalami berbagai perubahan untuk lebih menjangkau masyarakat, terutama kelompok miskin dan daerah terpencil. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, terdapat beberapa poin yang menyangkut pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pemberian layanan kontrasepsi gratis, pelayanan kesehatan ibu dan anak, serta pencegahan penyakit menular seksual. Undang-undang ini juga menekankan hak setiap individu untuk mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi.

Pendidikan tentang kesehatan reproduksi merupakan bagian dari kurikulum di sekolah di Indonesia, implementasinya masih terbatas oleh nilai budaya dan agama. Program pelatihan bagi guru untuk mengedukasi remaja tentang kesehatan reproduksi yang sehat dan aman. Pemerintah Indonesia juga berupaya menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang lebih terpadu (*Integrated Reproductive Health Services*) di berbagai fasilitas kesehatan, baik di tingkat puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) maupun rumah sakit. Program layanan ini mencakup pemeriksaan kesehatan reproduksi, kontrasepsi, deteksi dini kanker, serta pelayanan kesehatan untuk ibu hamil dan melahirkan.

BAB 3 ANATOMI SISTEM REPRODUKSI

Taya Elsa Savista

*Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Sumatera Utara*



Sistem reproduksi merupakan rangkaian organ dan jaringan tubuh yang bekerja bersama melaksanakan fungsi untuk menghasilkan keturunan. Secara anatomi, sistem reproduksi pria dan wanita terdiri atas organ genitalia (alat kelamin) eksterna dan interna.

A. Anatomi Sistem Reproduksi Pria

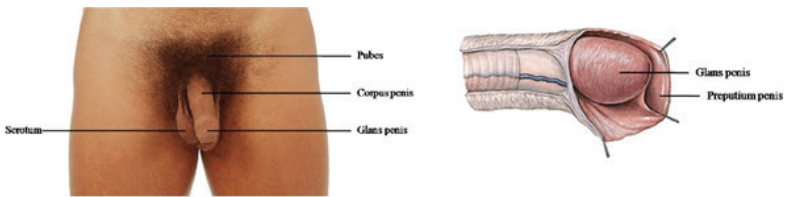
Organ genitalia eksterna pria terdiri atas penis dan skrotum (kantong pelir), sedangkan organ genitalia interna terdiri atas testis, epididimis, vas deferens, kelenjar vesikulosa, kelenjar prostat, dan kelenjar bulbouretra (*Cowper's gland*).

1. Penis

Penis merupakan organ genitalia pria yang bersifat erektil, yang artinya ukuran panjang penis dapat bertambah dan diameter penis juga membesar apabila diberi rangsangan seksual. Penis memiliki beberapa bagian yaitu bagian pangkal penis (radiks penis), batang penis (korpus penis), dan glans penis (kepala penis). Batang penis dibentuk oleh tiga badan silindris dengan dua badan di sisi atas yang disebut korpus kavernosum dan satu badan di sisi bawah yang disebut korpus spongiosum. Korpus kavernosum memiliki banyak rongga yang akan diisi penuh oleh darah saat mendapat rangsangan seksual sehingga penis menjadi keras (ereksi), sedangkan di dalam korpus spongiosum berjalan saluran urin yang disebut uretra (uretra spongiosa). Selain urin, uretra juga membawa cairan ejakulat (*semen*) yang akan dikeluarkan pada saat ejakulasi.

Glans penis merupakan bagian penis yang paling sensitif karena mengandung banyak jaringan saraf. Bagian ini ditutupi oleh kulit yang disebut prepusium. Di balik kulit prepusium sering dijumpai penumpukan smegma. Smegma adalah kotoran yang dibentuk oleh sel kulit mati, minyak, keringat dan cairan lainnya yang berkumpul di sekitar alat kelamin. Smegma memiliki konsistensi seperti keju dan berbau busuk. Tindakan

sirkumsisi (sunat) memudahkan seseorang membersihkan / mencegah smegma menumpuk.

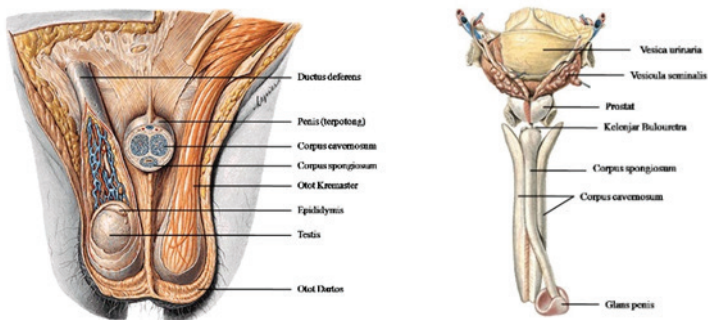


Gambar 1. Genitalia eksterna pria (*modified*)

2. Skrotum

Skrotum merupakan kulit tipis berbentuk kantung yang berada di bagian belakang penis. Skrotum terdiri dari dua kantung dimana masing-masing berisi organ genitalia interna yaitu testis, epididimis, dan pangkal dari vas deferens. Di balik kulit skrotum terdapat lapisan otot tipis (otot dartos) yang membuat tampilan skrotum berkerut-kerut saat cuaca dingin, juga otot kremaster yang sensitif terhadap suhu dan berfungsi menjaga suhu di bagian dalam skrotum tetap stabil (3°C di bawah suhu tubuh normal) agar testis dapat bekerja optimal menghasilkan sperma.

Apabila berada di suhu yang dingin, otot kremaster akan berkontraksi dan menarik testis mendekat ke dinding abdomen untuk menaikkan suhu di bagian dalam skrotum, begitu juga sebaliknya.



Gambar 2. Genitalia interna pria (*modified*)

3. Testis

Testis merupakan organ genitalia interna pria yang utama. Testis berbentuk oval, berfungsi menghasilkan sperma dan juga hormon, terutama hormon testosteron (hormon pria). Testis berjumlah sepasang kanan dan kiri, berada di dalam skrotum dan digantung oleh funikulus spermatikus (*spermatic cord*).

4. Epididimis

Epididimis adalah organ berbentuk saluran yang berkelok-kelok, berfungsi sebagai tempat penyimpanan sperma dan pematangan sperma. Epididimis menempel pada sisi belakang samping (posterolateral) testis di dalam skrotum dan terdiri atas bagian kepala (*caput*), badan (*corpus*), dan ekor (*cauda*). Bagian *caput* epididimis menerima sperma yang dihasilkan oleh testis melalui saluran yang disebut rete testis, sedangkan bagian *cauda* epididimis akan berlanjut menjadi vas deferens atau saluran sperma (*ductus deferens*).

5. Vas Deferens

Vas deferens merupakan saluran sperma yang berjalan di dalam funikulus spermatikus (*spermatic cord*). Vas deferens membawa sperma menuju saluran ejakulatorius (*ductus ejaculatorius*) di dalam kelenjar prostat.

6. Vesicula Seminalis

Vesicula seminalis (kelenjar vesikulosa) merupakan kelenjar yang terletak di sisi belakang kandung kemih (*vesica urinaria*). Kelenjar ini mensekresi cairan yang mengandung fruktosa sebagai sumber nutrisi untuk sperma dan bersifat alkali sehingga meningkatkan motilitas sperma. Kelenjar ini mensekresikan cairannya ke dalam ductus ejakulatorius bersama dengan sperma yang dibawa oleh vas deferens.

7. Prostat

Prostat merupakan kelenjar yang terletak di bagian bawah kandung kemih (*vesica urinaria*) dan dilalui oleh uretra yang keluar dari *vesica urinaria* (*urethra pars prostatica*). Prostat menghasilkan cairan berwarna putih seperti susu yang bersifat alkali untuk mempertahankan motilitas sperma dengan mengurangi kadar keasaman liang vagina. Sekresi dari prostat, *vesicula seminalis* dan sperma membentuk komponen *semen* (cairan ejakulat) yang kemudian dialirkan ke dalam *urethra pars prostatica*.

8. Kelenjar Bulbouretra

Kelenjar *bulbouretra* (*Cowper's gland*) merupakan kelenjar kecil yang terletak di bagian atas *radix penis*. Kelenjar ini menghasilkan cairan bening yang berfungsi sebagai pelumas dan dikeluarkan sesaat sebelum ejakulasi ke dalam *uretra spongiosa*.

B. Anatomi Sistem Reproduksi Wanita

Genitalia (alat kelamin) wanita juga dibagi menjadi dua bagian, yaitu genitalia eksterna dan genitalia interna. Genitalia eksterna terdiri dari *mons pubis*, *labia majora*, *labia minora*, *clitoris*, kelenjar *vestibular* (*Bartholini*) dan *vestibulum* yang secara keseluruhan disebut juga dengan *puendum* atau *vulva*. *Vulva* berperan sebagai jaringan sensoris dan erektil yang bereaksi terhadap rangsangan seksual. Genitalia interna meliputi *vagina*, *uterus* (*rahim*), *tuba uterina*, dan *ovarium*.

1. Mons Pubis

Mons pubis atau *mons veneris* merupakan bagian paling depan dari *vulva* berbentuk bantalan lemak yang menutupi tulang kemaluan. *Mons pubis* akan ditumbuhi rambut kemaluan (*pubes*) pada saat pubertas. *Mons pubis* berbentuk segitiga terbalik dengan dasar segitiga di bagian atas menjadi batas pertumbuhan *pubes*, sedangkan puncaknya pada *klitoris*. Pada

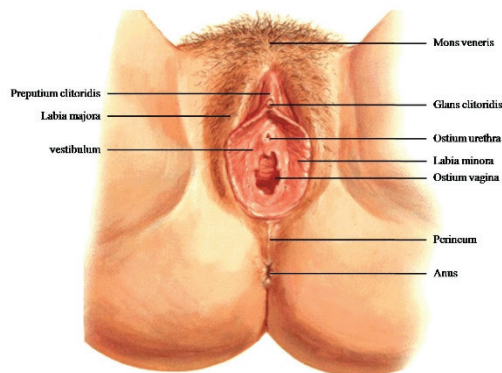
mons pubis juga dijumpai kelenjar minyak dan feromon (zat kimia yang dapat meningkatkan daya tarik seksual).

2. Labia Majora

Labia majora (bibir besar) merupakan lipatan kulit yang menonjol di sekeliling vulva. Labia majora mengandung jaringan lemak dan otot polos serta ujung dari ligamen pengikat uterus (rahim). Kulit labia majora pada orang dewasa mengandung kelenjar sebacea (kelenjar minyak) serta banyak pigmen melanin sehingga berwarna lebih gelap dibanding kulit sekitar. Permukaan luar labia majora ditutupi oleh rambut kemaluan (pubes), sedangkan permukaan dalam halus, berwarna merah muda dan tidak berambut.

3. Labia Minora

Labia minora (bibir kecil) adalah lipatan kulit tipis dan halus berwarna merah muda di balik labia majora. Labia minora menutupi vestibulum, tempat lubang keluar urin dan lubang vagina berada. Sisi depan labia minora kanan dan kiri membentuk frenulum (pengikat) klitoris dan prepusium (kulit penutup) klitoris.



Gambar 3. Genitalia eksterna wanita (*modified*).

4. Klitoris

Klitoris merupakan organ genitalia eksterna wanita yang analog dengan penis pada pria, sehingga memiliki bagian-bagian dan fungsi yang mirip. Klitoris terdiri atas bagian radiks klitoris, korpus klitoris, dan glans klitoris. Sama halnya dengan penis, glans klitoris merupakan bagian yang paling sensitif dan bagian ini ditutupi oleh prepusium yang merupakan lanjutan dari labia minora di bagian anterior. Korpus klitoris juga dibentuk oleh korpus kavernosum yang dapat membesar pada saat terangsang (erektile).

5. Vestibulum

Vestibulum adalah ruangan yang dikelilingi oleh labia minora. Pada vestibulum terdapat 6 lubang diantaranya: lubang uretra untuk keluarnya urin, lubang vagina, 2 lubang saluran kelenjar parauretra, dan 2 lubang saluran kelenjar vestibularis (Bartholini).

6. Kelenjar Vestibularis

Kelenjar vestibularis atau Bartholini merupakan kelenjar yang terletak di balik labia majora, posterior dari ostium (lubang) vagina. Kelenjar ini terdiri atas dua bagian yaitu kelenjar vestibularis mayor yang mensekresikan mukus ke vestibulum pada saat terangsang secara seksual, sedangkan kelenjar vestibularis minor mensekresikan mukus untuk menjaga kelembaban vestibulum dan labia minora.

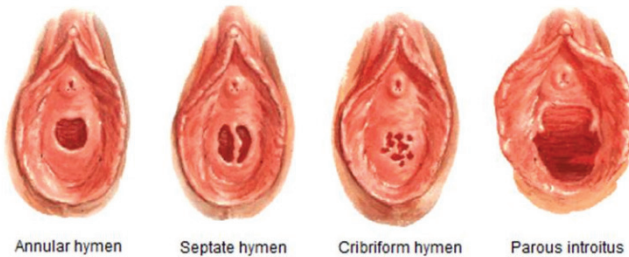
7. Vagina

Vagina merupakan organ genitalia interna berbentuk saluran (*tube*) yang menghubungkan vestibulum dengan uterus (rahim). Vagina memiliki ukuran panjang 8-10 cm, berjalan lurus ke sisi posterior diantara kandung kemih dan rektum di dalam rongga panggul. Dinding vagina tipis namun elastis, memiliki lipatan-lipatan (*rugae*) yang memungkinkan vagina meregang

memperbesar diameternya pada saat persalinan.

Vagina secara alami memproduksi cairan asam untuk menjaga keseimbangan kimiawi dan mencegah kekurangan bakteri sehat. pH vagina normal berkisar antara 3,8 – 4,5 yang berfungsi untuk melindungi vagina dari bakteri dan jamur, dan kadar pH ini bisa berubah sebelum menstruasi dan sesudah menopause menjadi diatas 4,5.

Selain sebagai saluran reproduksi yang menerima penis dan cairan ejakulat (*semen*) saat senggama, vagina juga berfungsi sebagai saluran keluar darah menstruasi. Pintu masuk (*introitus/ostium*) vagina ditutup oleh membran tipis yang disebut selaput dara (*hymen*) yang juga secara alami memiliki lubang kecil agar darah haid bisa keluar.



Gambar 4. Berbagai bentuk selaput dara (*hymen*) pada ostium vagina

8. Uterus

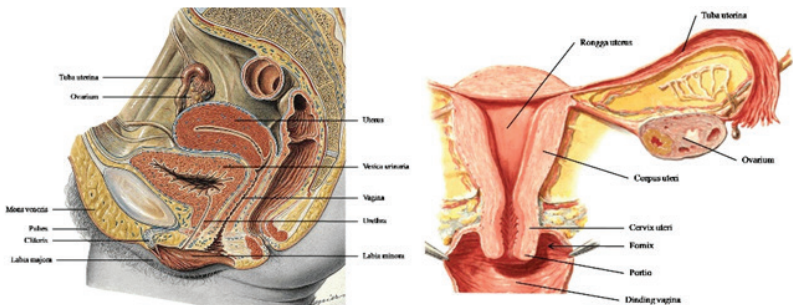
Uterus (rahim) terletak di dalam rongga panggul (pelvis). Uterus berbentuk seperti buah pir terbalik, memiliki rongga didalamnya dan dibagi menjadi dua bagian: bagian korpus (badan) uterus dan bagian serviks (leher) uterus. Serviks merupakan bagian bawah uterus yang berhubungan dengan vagina. Serviks menonjol ke dalam liang vagina sehingga terbentuk celah (forniks) antara dinding vagina dan serviks. Bagian serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut dengan porsio. Pintu masuk ke dalam uterus berupa lubang yang disebut *ostium uteri externum* (OUE) yang bisa terlihat pada

porcio. Pada wanita yang belum pernah melahirkan, OUE berbentuk bulat sedangkan pada wanita yang sudah pernah melahirkan OUE berbentuk pipih melebar.

Korpus membentuk dua pertiga struktur uterus. Bagian atas korpus menonjol disebut dengan fundus. Korpus uterus memiliki rongga yang berfungsi sebagai tempat pertumbuhan janin. Dinding uterus memiliki tiga lapisan, endometrium yang merupakan lapisan terdalam, miometrium yaitu lapisan tengah berupa lapisan otot uterus, dan perimetrium yaitu lapisan dinding terluar uterus. Embrio atau janin hasil pembuahan akan ditanam (implantasi) ke dalam endometrium.

9. Tuba Uterina

Tuba uterina (tuba falopii) atau saluran telur merupakan saluran yang keluar dari sisi lateral (samping) uterus menuju ovarium (indung telur). Tuba uterina memiliki panjang 10 cm dan diameter yang bervariasi sepanjang salurannya, dimana diameter terlebar disebut dengan ampula, tempat terjadinya fertilisasi (pembuahan). Bagian ujung dari tuba uterina (infundibulum) berbentuk corong dengan jumbai-jumbai yang menyapu permukaan ovarium. Apabila terjadi ovulasi (pelepasan sel telur) setiap siklusnya, maka jumbai-jumbai infundibulum akan menangkap ovum (sel telur) dan membawanya ke ampula untuk menunggu datangnya sperma.



Gambar 5. Genitalia interna wanita.

Kanan: tampak samping,
Kiri: tampak depan (*modified*)

10. Ovarium

Ovarium adalah organ berbentuk oval yang terletak di dalam rongga pelvis (panggul) berukuran panjang 3 cm, lebar 1,5 cm dan tebal 1 cm. Ovarium menghasilkan ovum (sel telur) dan juga hormon FSH dan LH. Di dalam rongga pelvis, ovarium beserta organ genitalia interna lainnya difiksasi oleh jaringan pengikat yang disebut ligamentum. Ovarium diikat ke badan uterus oleh ligamentum ovarii proprium dan juga digantung ke tuba uterina oleh jaringan mesovarium, sehingga posisi ovarium dekat dengan uterus dan tuba uterina.

C. Menstruasi

Menstruasi (haid) adalah kondisi keluarnya darah dari vagina yang terjadi setiap bulan. Menstruasi merupakan proses normal pada sistem reproduksi wanita yang biasanya dimulai saat berusia 12 tahun dan akan terus berlanjut hingga memasuki fase menopause (berhenti haid). Pada dasarnya, menstruasi dapat terjadi karena organ reproduksi wanita tengah mempersiapkan diri untuk kehamilan setiap bulannya. Kondisi ini ditandai dengan luruhnya sel telur dari ovarium ke tuba falopi serta menebalnya lapisan endometrium pada rahim. Jika tidak terjadi pembuahan, lapisan endometrium akan luruh dan mengakibatkan pendarahan vagina.

Siklus menstruasi termasuk dalam aktivitas hormon ovarium dan glandula pituitari anterior serta perubahan yang dihasilkan dalam ovarium (siklus ovarium) dan uterus (siklus uterus). Empat hormon yang terlibat yaitu: FSH dan LH dari glandula pituitari anterior, estrogen dari folikel ovarium, dan progesteron dari corpus luteum. Menstruasi merupakan siklus alami yang terbagi menjadi empat fase utama, yaitu fase menstruasi, fase folikular, fase ovulasi, dan fase luteal. Berikut penjelasan masing-masing fase menstruasi:

1. Fase menstruasi

Pada fase ini, lapisan endometrium pada rahim akan luruh, yang menyebabkan keluarnya darah dan lendir dari vagina.

Menstruasi dapat berlangsung selama 2 hingga 8 hari, dengan rata-rata 3 hingga 6 hari. Pada saat ini, sekresi FSH meningkat, dan beberapa folikel ovarium mulai berkembang.

2. Fase folikular

Fase folikular adalah jenis fase menstruasi di mana ovarium membentuk folikel yang berisi sel telur yang belum matang. Folikel ini dapat berkembang dan merangsang penebalan lapisan endometrium. Umumnya, fase folikular terjadi sejak hari pertama menstruasi dan dapat berlangsung selama 11–27 hari.

3. Fase ovulasi

Fase ovulasi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan saat ovarium melepaskan sel telur yang belum matang. Sel telur ini siap dibuahi oleh sperma di tuba falopi. Namun, jika sel telur ini tidak dibuahi, sel telur ini akan hancur dalam 24 jam setelah fase ovulasi, yang ditandai dengan keluarnya lendir serviks dari vagina. Fase ovulasi biasanya terjadi pada hari ke-12 hingga ke-14 siklus menstruasi.

4. Fase luteal

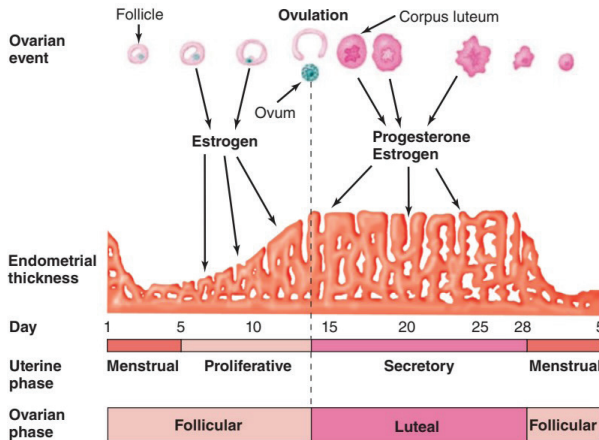
Pada fase luteal, sel telur akan berubah menjadi korpus luteum yang dapat melepaskan hormon reproduksi (estrogen dan progesteron). Hormon-hormon ini akan memicu penebalan dinding rahim. Namun, jika pembuahan tidak terjadi, korpus luteum ini akan menyusut dan diserap kembali oleh rahim, sehingga menyebabkan penurunan hormon reproduksi yang memicu peluruhan dinding rahim. Fase luteal biasanya berlangsung selama 11–17 hari dan cenderung menimbulkan gejala sindrom pramenstruasi atau PMS.

Wanita mungkin memiliki siklus menstruasi selama 23 hingga 35 hari, yaitu rentang normal. Wanita yang melakukan olahraga berat dalam jangka waktu lama mungkin mengalami amenore,

yaitu berhentinya menstruasi. Hal ini tampaknya terkait dengan berkurangnya lemak tubuh. Siklus reproduksi berhenti jika seorang wanita tidak memiliki cadangan energi yang cukup untuk dirinya sendiri dan janin yang sedang berkembang. Amenore juga dapat menyertai kondisi stres fisik atau emosional, anoreksia nervosa, atau berbagai gangguan endokrin.

D. Tanda Menstruasi

Ada beberapa tanda dalam siklus menstruasi yang biasanya dialami wanita, baik sebelum maupun saat menstruasi. Berikut penjelasannya.



Gambar 6. Fase menstruasi

1. Premenstrual Syndrom (PMS)

Menjelang menstruasi, hormon dalam tubuh cenderung berubah secara berkala. Perubahan ini dapat memengaruhi aspek fisik, emosional, dan perilaku seseorang. Kondisi ini dikenal sebagai sindrom pramenstruasi (PMS), gejalanya dapat berupa payudara terasa nyeri dan sensitif, timbulnya jerawat, perut kembung, suasana hati berubah-ubah, sakit kepala, serta nafsu makan meningkat.

Selain itu, pada kasus yang jarang terjadi, wanita mungkin mengalami gejala PMS yang lebih parah. Kondisi ini disebut gangguan disforik pramenstruasi (PMDD) dengan gejala seperti migrain parah, kegelisahan, perubahan suasana hati yang parah, dan depresi.

2. Gejala selama menstruasi

Beberapa gejala umum yang terjadi akibat kontraksi rahim dan perubahan hormon saat menstruasi, diantaranya adalah dismenore atau nyeri pada perut bagian bawah, nyeri pada punggung bawah, pinggul, dan pangkal paha, sakit kepala, kelelahan, bisa juga timbul diare, atau menjadi mudah tersinggung.

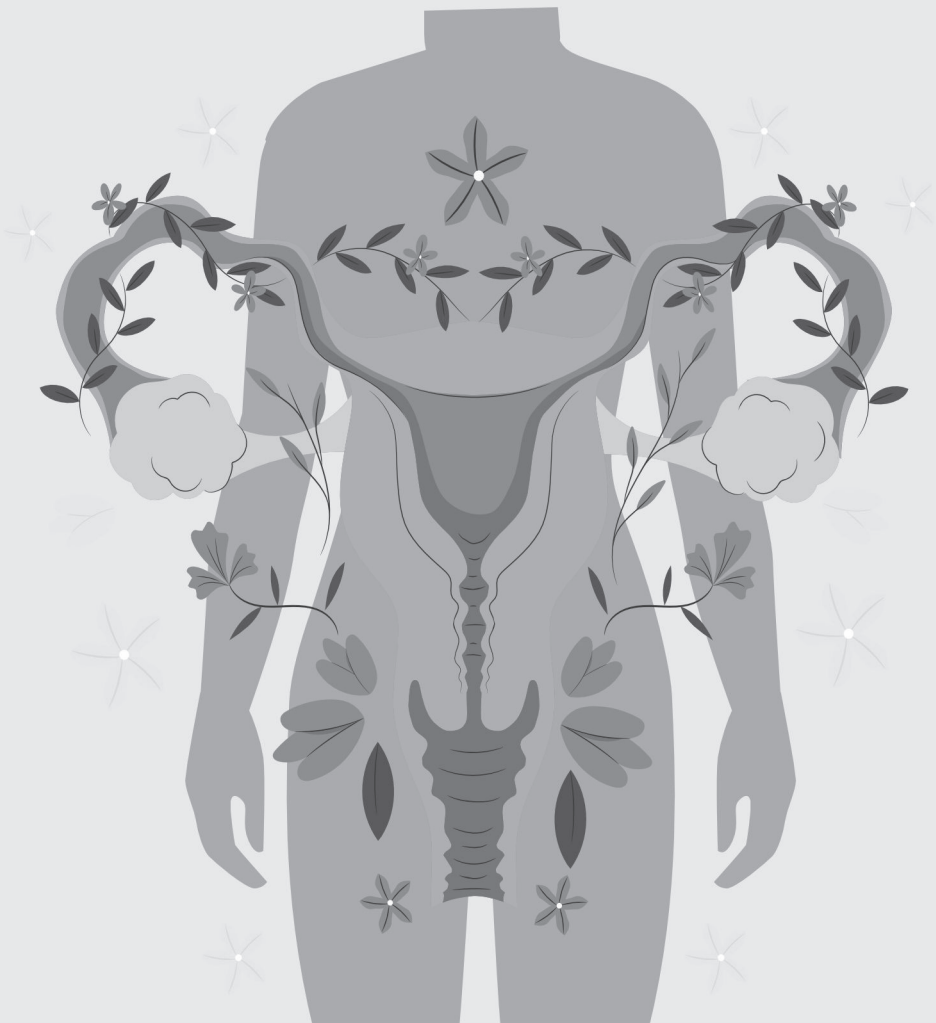
E. Siklus Menstruasi Tidak Teratur

Siklus menstruasi normal biasanya terjadi setiap 21–35 hari, dengan masing-masing periode berlangsung selama 3–7 hari. Selama fase ini, wanita akan mengalami pendarahan dengan volume yang tidak melebihi 80 mililiter. Namun, terdapat beberapa kondisi yang menyebabkan siklus menstruasi tidak teratur seperti misalnya saat mengonsumsi obat-obatan tertentu, seperti antidepresan, menggunakan alat kontrasepsi atau obat kontrasepsi hormonal, seperti pil KB atau spiral hormonal (alat kontrasepsi dalam rahim atau IUD), memiliki gangguan tiroid, seperti hipotiroidisme atau hipertiroidisme, memiliki gangguan rahim seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS), endometriosis, dan fibroid rahim, memiliki penyakit radang panggul, stres berat, sedang menyusui, kebiasaan merokok, melakukan diet yang terlalu ketat, atau melakukan olahraga dengan intensitas tinggi.

BAB 4 NILAI, KONSEP DIRI DAN BATASAN DIRI

Ramlan

*Poltekkes Kemenkes Medan Prodi Keperawatan
Tapanuli Tengah*



A. Nilai

Nilai adalah prinsip atau standar yang dianggap penting dalam kehidupan seseorang atau kelompok. Nilai berfungsi sebagai pedoman untuk menentukan apa yang baik, benar, dan layak dilakukan.

1. Jenis Nilai:
 - a. Nilai Personal: Berkaitan dengan keyakinan individu, seperti kejujuran, kebahagiaan, dan tanggung jawab.
 - b. Nilai Sosial: Berkaitan dengan hubungan antarmanusia, seperti keadilan, solidaritas, dan gotong royong.
 - c. Nilai Moral: Mengacu pada apa yang dianggap benar atau salah secara etika.
2. Fungsi Nilai:
 - Memberi arah pada perilaku manusia.
 - Mempengaruhi pengambilan keputusan.
 - Menjadi dasar pembentukan norma sosial.
3. Proses Internalisasi Nilai:
 - Peran keluarga, pendidikan, dan lingkungan.
 - Tahapan pembentukan nilai sejak masa anak-anak hingga dewasa.
4. Nilai dalam Konteks Global:
 - Perubahan nilai akibat globalisasi.
 - Nilai universal seperti keadilan, kebebasan, dan kesetaraan.

B. Konsep Diri

Konsep diri adalah pandangan atau persepsi seseorang tentang dirinya sendiri, yang mencakup keyakinan, nilai, dan sikap terhadap dirinya.

1. Komponen Konsep Diri:
 - a. **Diri Fisik:** Cara seseorang memandang penampilan fisiknya.

- b. **Diri Psikologis:** Emosi, kepribadian, dan kepercayaan terhadap kemampuan diri.
 - c. **Diri Sosial:** Peran dan interaksi seseorang dengan masyarakat.
2. Faktor Pembentuk Konsep Diri:
 - Pengalaman pribadi.
 - Lingkungan keluarga dan teman.
 3. Pembentukan Konsep Diri:
 - Pengaruh keluarga, pengalaman hidup, dan budaya.
 - Dampak media sosial terhadap konsep diri modern.
 4. Konsep Diri Positif dan Negatif:
 - Ciri-ciri konsep diri yang sehat.
 - Faktor penyebab rendahnya konsep diri dan cara mengatasinya.
 5. Hubungan Konsep Diri dengan Kebahagiaan:
 - Bagaimana konsep diri memengaruhi mental health dan hubungan interpersonal.

C. Batasan Diri

Batasan diri adalah kemampuan seseorang untuk menetapkan batasan psikologis, emosional, fisik, atau sosial dalam hubungan atau situasi tertentu. Batasan ini membantu individu menjaga keseimbangan dalam kehidupan dan melindungi diri dari perilaku, situasi, atau hubungan yang dapat berdampak negatif.

D. Jenis-Jenis Batasan Diri

1. Batasan Fisik

Berkaitan dengan ruang pribadi, sentuhan fisik, dan kebutuhan tubuh seseorang. Misalnya, menjaga jarak saat berbicara atau menolak kontak fisik yang tidak diinginkan.

2. Batasan Emosional

Menyangkut perasaan dan emosi seseorang, seperti mengatur sejauh mana seseorang membiarkan orang lain memengaruhi suasana hati atau perasaannya.

3. Batasan Mental

Melibatkan pikiran, keyakinan, dan opini seseorang. Hal ini mencakup kemampuan untuk mempertahankan pandangan pribadi meskipun berbeda dengan orang lain.

4. Batasan Sosial

Berkaitan dengan sejauh mana seseorang nyaman berinteraksi dengan orang lain, termasuk dalam hubungan pertemanan, keluarga, atau profesional.

5. Batasan Waktu dan Energi

Berkaitan dengan kemampuan mengelola waktu dan energi untuk hal-hal yang dianggap penting serta menghindari kelelahan karena terlalu banyak komitmen.

E. Pentingnya Batasan Diri

1. Meningkatkan Kesejahteraan Mental

Dengan batasan yang jelas, seseorang dapat mengurangi stres, kecemasan, dan kelelahan emosional.

2. Membangun Hubungan Sehat

Hubungan yang sehat didasari oleh penghormatan terhadap batasan satu sama lain. Hal ini menciptakan keseimbangan antara memberi dan menerima.

3. Melindungi Harga Diri

Menegakkan batasan menunjukkan penghargaan terhadap diri sendiri dan membantu mencegah orang lain mengambil keuntungan atau meremehkan kita.

4. Meningkatkan Fokus dan Produktivitas
Dengan batasan waktu dan energi, seseorang dapat lebih fokus pada prioritas utama.

F. Cara Membentuk dan Menjaga Batasan Diri

1. Kenali Kebutuhan dan Nilai Pribadi
Refleksikan apa yang penting bagi Anda dan hal-hal yang membuat Anda merasa nyaman atau tidak nyaman.
2. Komunikasikan Batasan dengan Jelas
Sampaikan batasan Anda dengan tegas namun tetap sopan, misalnya dengan berkata, "Saya tidak nyaman dengan hal itu."
3. Belajar Mengatakan "Tidak"
Beranilah menolak permintaan yang tidak sejalan dengan batasan Anda, tanpa merasa bersalah.
4. Hindari Merasionalisasi Pelanggaran Batasan
Jangan mencari alasan untuk membenarkan pelanggaran batasan oleh orang lain, karena ini bisa menjadi kebiasaan yang merugikan.
5. Berlatih Menegakkan Batasan
Mulailah dari hal kecil untuk membiasakan diri menjaga batasan, seperti menetapkan waktu tertentu untuk istirahat atau menolak undangan yang tidak mendesak.
6. Jaga Konsistensi
Konsisten dalam menegakkan batasan membuat orang lain memahami dan menghormati batasan Anda.

G. Tanda Batasan Diri Tidak Sehat

- Sulit mengatakan “tidak” meskipun merasa terbebani.
- Selalu merasa bersalah saat menetapkan batasan.
- Membiarkan orang lain mengontrol atau memanfaatkan Anda.
- Merasa lelah secara fisik atau emosional akibat memenuhi tuntutan orang lain.

H. Privasi

Privasi adalah hak seseorang untuk menjaga informasi pribadi dan kehidupan pribadinya dari campur tangan atau pengungkapan tanpa izin.

Aspek Privasi:

- Privasi fisik: hak atas ruang pribadi.
- Privasi informasi: pengamanan data pribadi.
- Privasi digital: tantangan di era internet.

Privasi dan Hak Asasi Manusia:

- Prinsip privasi sebagai bagian dari HAM.
- Contoh kasus pelanggaran privasi.

Pentingnya Menjaga Privasi:

- Dampak positif privasi terhadap kesehatan mental.
- Cara melindungi privasi di era digital.

Aspek Privasi:

- Privasi Fisik: Kebebasan dari gangguan fisik.
- Privasi Informasi: Hak untuk menjaga data pribadi, seperti identitas atau riwayat kesehatan.
- Privasi Digital: Keamanan data dan aktivitas di dunia maya.

I. Hak Atas Tubuh

Hak atas tubuh adalah hak individu untuk memiliki kendali penuh atas tubuhnya sendiri, termasuk keputusan terkait kesehatan,

reproduksi, dan hubungan fisik.

Prinsip Hak atas Tubuh:

1. **Otonomi Tubuh:** Setiap orang berhak menentukan apa yang dilakukan pada tubuhnya.
2. **Konsensual:** Setiap tindakan terhadap tubuh individu harus berdasarkan persetujuan.

J. Persetujuan

Persetujuan adalah kesepakatan yang diberikan secara sukarela oleh seseorang untuk suatu tindakan, setelah memahami sepenuhnya konsekuensinya.

Ciri-ciri Persetujuan:

1. **Sukarela:** Tidak ada paksaan.
2. **Informasi Jelas:** Orang yang memberi persetujuan harus memahami tindakan yang akan dilakukan.
3. **Dapat Dicabut:** Persetujuan dapat diubah atau ditarik kapan saja.

Pentingnya Persetujuan:

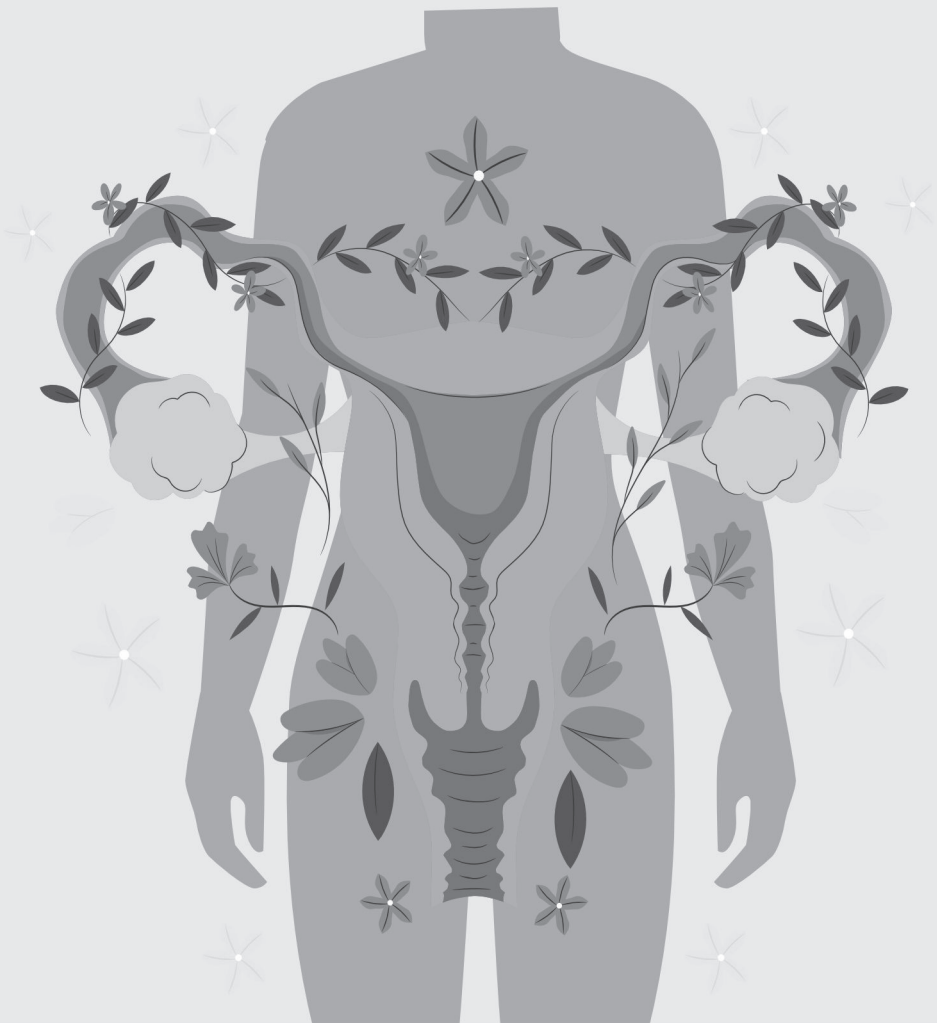
- Mencegah pelanggaran hak individu.
- Melindungi otonomi pribadi.
- Menghormati batasan diri orang lain.

K. Hubungan Antara Nilai, Konsep Diri, dan Batasan Diri

1. **Integrasi Nilai dengan Konsep Diri:** Bagaimana nilai membentuk konsep diri individu.
2. **Konsep Diri sebagai Landasan Batasan Diri:** Peran kesadaran diri dalam menetapkan batasan.
3. **Sinergi Nilai, Konsep Diri, dan Privasi:** Menjaga privasi sebagai cerminan nilai pribadi.
4. **Implikasi terhadap Kesejahteraan Individu dan Masyarakat:** Mengurangi konflik interpersonal. Meningkatkan rasa hormat dan toleransi.

BAB 5 PUBERTAS

Zafira Ainillah Rachman



A. Definisi dan Konsep Dasar

Pubertas adalah proses pertumbuhan yang terjadi pada masa remaja sebagai proses perkembangan kematangan seksual. Pubertas dimulai pada usia 8-13 tahun pada Perempuan dan 9-14 tahun pada laki-laki. Pubertas terjadi akibat serangkaian proses perkembangan pada fisik, sosial dan psikologis anak. Perkembangan ini banyak dipengaruhi berbagai faktor internal maupun eksternal. Faktor internal yang berpengaruh terhadap pubertas adalah genetic dan faktor eksternal yang memengaruhi adalah nutrisi, status gizi dan lingkungan.

Masa pubertas akan memengaruhi kematangan seksual baik perempuan maupun laki-laki. Saat memasuki masa remaja pada anak Perempuan akan ditandai dengan pertumbuhan pada jaringan payudara atau disebut dengan *breast budding* kemudian diikuti oleh tanda pubertas lainnya dan diakhiri oleh terjadinya menarke atau menstruasi pertama. Menarke terjadi sekitar 2-3 tahun setelah awal pubertas. Sedangkan pada anak laki-laki akan ditandai dengan pertumbuhan pada testis dan perubahan fisik lainnya hingga mengalami mimpi basah pada usia 13-17 tahun bersamaan dengan puncak pertumbuhan tinggi badan.

Pubertas dipengaruhi oleh banyak hormon dalam tubuh, diantaranya adalah:

- Hormon pertumbuhan (Growth Hormone)

Hormon pertumbuhan adalah suatu polipeptida dengan 191-asam amino yang disintesis oleh sel somatotrip pada hipofisis anterior. Diawali dengan sekresi Gonadotropin releasing hormon (GnRH) dari hipotalamus sehingga terjadi perubahan hormonal remaja. Sekresi hormon ini akan menyebabkan pelepasan GH dan meningkatkan pertumbuhan. Pada remaja Perempuan, sekresi GnRH dapat menstimulasi pelepasan hormon *Luteinizing hormone* (LH) dan Follicle stimulating hormone (FSH). Pelepasan hormon FSH berfungsi pada perkembangan fisik pubertas sekunder dan

hormon LH akan merangsang terjadinya menarke. Menarke terjadi dari tiga fase yaitu fase folikuler, ovulasi dan luteal (sekretori).

Pada anak laki-laki perubahan hormonal ini dimulai dengan peningkatan LH dan diikuti oleh peningkatan FSH. Luteinising Hormon akan menstimulasi sel Leydig untuk mengeluarkan testostosterone yang merangsang pertumbuhan seks sekunder sedangkan FSH akan menstimulasi perkembangan tubulus semineferus dan menyebabkan terjadinya perkembangan testis. Proses spermatogenesis terjadi akibat pengaruh FSH dan testostosterone yang dihasilkan sel Leydig.

- *Insulin-like growth factors (IGF)*

Insulin-like growth factors berperan sebagai faktor pencetus proses pertumbuhan dan mediator untuk GH. Produksi hormon ini di berbagai jaringan tubuh terutama oleh hepar. IGF dalam sirkulasi akan berikatan dengan protein IGF binding protein(IGF-BP).

- Hormon seks

Hormon ini berperan terutama dalam reproduksi. Estrogen dan progesterone merupakan salah satu hormon seks pada Wanita. Hormon ini juga berperan terhadap pertumbuhan tanda seks sekunder dan distribusi lemak dalam tubuh. Fluktuasi kadar estrogen akan mempengaruhi lapisan endometrium dan pada saat pubertas akan menyebabkan terjadinya menstruasi. Testosteron pada pria dihasilkan oleh testis. Sel leyding mulai menghasilkan testostosterone dalam jumlah yang besar saat pubertas untuk menstimulasi pertumbuhan otot tubuh, organ seks, pembentukan tulang dan suara yang lebih berat.

- Hormon Tiroid

Hormon ini berperan dalam metabolisme protein, karbohidrat dan lemak serta maturase tulang. Hormon ini

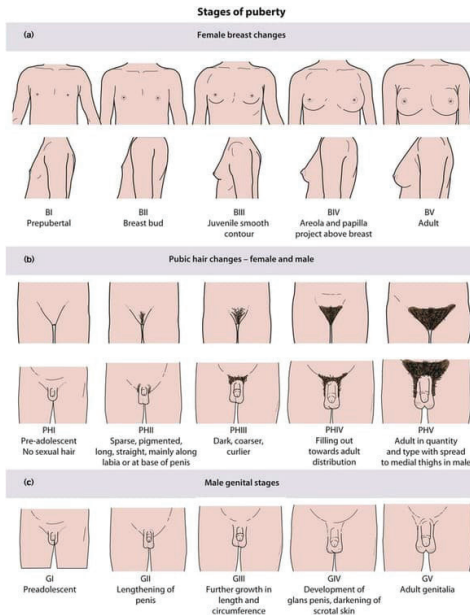
memperkuat efek hormon pertumbuhan pada jaringan. Pada kondisi hipotiroid dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan.

- Glukokortikoid

Hormon ini dihasilkan korteks adrenal dan memiliki efek antianabolic. Kadar berlebihan hormon ini akan menurunkan sekresi hormon pertumbuhan.

B. Perubahan Fisik pada masa Pubertas

Perubahan fisik pada masa pubertas bertujuan agar seseorang mampu melakukan proses reproduksinya. Terdapat 5 perubahan khusus yang terjadi pada masa pubertas, yaitu penambahan tinggi badan yang cepat, perkembangan seks sekunder, perkembangan organ reproduksi, perubahan komposisi tubuh dan perubahan system yang berhubungan dengan kekuatan dan stamina tubuh. Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas ini berlangsung dalam masa yang cepat dan berkelanjutan.



Gambar 7. Tahapan pubertas menurut skala Tanner

Pertumbuhan tinggi badan terjadi 2 tahun lebih awal pada anak Perempuan dibanding anak laki-laki. Puncak pertumbuhan tinggi badan pada anak Perempuan terjadi sekitar usia 12 tahun, sedangkan pada anak laki-laki sekitar usia 14 tahun. Rata-rata kenaikan tinggi badan sejak lahir sampai usia 12 bulan adalah 23-27 cm, kemudian menurun menjadi 7,5-13 cm per tahun pada usia 1-3 tahun dan setelah usia 3 tahun kecepatan tumbuh 4,5-7 cm per tahun sampai saat sebelum pubertas. Pada saat pubertas terjadi peningkatan laju pertumbuhan menjadi 8-9 cm per tahun pada Perempuan dan 10,3 cm pada laki-laki. Pacu tumbuh dimulai pada usia 10,5 tahun pada anak Perempuan dan mencapai puncaknya pada usia 12 tahun sedangkan pada anak laki-laki terjadi lebih lambat 2 tahun kemudian. Setelah masa pubertas kecepatan pertumbuhan terus menurun sampai akhirnya berhenti.

Perubahan berat badan terutama terjadi karena perubahan komposisi tubuh. Pada anak laki-laki perubahan terjadi akibat peningkatan massa otot sedangkan pada anak Perempuan terjadi karena meningkatnya massa lemak. Perubahan komposisi tubuh terjadi karena pengaruh hormon steroid seks. Indeks massa tubuh juga nantinya akan memengaruhi awitan dari pubertas baik pada remaja Perempuan maupun laki-laki. Lemak pada tubuh akan memicu hormon leptin, hormon ini berperan penting dalam terjadinya pubertas sehingga anak yang memiliki IMT berlebih berpotensi lebih cepat untuk terjadi pubertas.

Perkembangan seks sekunder diakibatkan perubahan hormon seks selama proses pubertas. Perubahan hormon akan menyebabkan terjadinya pertumbuhan rambut pubis dan menarke pada anak Perempuan, sedangkan pada anak laki-laki akan terjadi pertumbuhan penis, perubahan suara, pertumbuhan rambut. Pada masa ini juga terjadi peningkatan produksi kelenjar minyak, aktivitas kelenjar keringat dan dapat menyebabkan timbulnya jerawat. Penentuan status pubertas dibagi dalam 5 tingkat maturasi menurut skala Tanner.

Tabel 1. Tahap perkembangan pubertas pada anak Perempuan menurut Tanner

Tahap	Payudara	Rambut Pubis
Tahap 1	Prapubertas	Tidak ada rambut pubis
Tahap 2	Breast budding, menonjol seperti bukit kecil, areola melebar	Jarang, berpigmen sedikit, lurus bagian atas medial labia
Tahap 3	Payudara dan areola membesar, tidak ada kontur pemisah	Lebih hitam, mulai ikal, jumlah bertambah
Tahap 4	Areola dan papilla membentuk bukit kedua	Kasar, keriting, belum sebanyak dewasa
Tahap 5	Bentuk dewasa, papilla menonjol, areola sebagai bagian dari kontur buah dada	Bentuk segitiga seperti pada Perempuan dewasa tersebar sampai medial paha

Tabel 2. Tahap perkembangan pubertas pada anak laki-laki menurut Tanner

Tahap	Genitalia	Rambut Pubis
Tahap 1	Prapubertas	Prapubertas, tidak ada rambut pubis
Tahap 2	Pertambahan volume testis, skrotum membesar, menipis dan kemerahan	Jarang, sedikit pigmentasi dan agak ikal terutama pada pangkal penis
Tahap 3	Penis mulai membesar, volume testis dan skrotum terus bertambah membesar	Tebal, ikal dan meluas hingga ke mons pubis
Tahap 4	Testis dan skrotum terus membesar, warna kulit skrotum yang makin gelap dan penis makin membesar	Bentuk dewasa, tetapi belum meluas ke medial paha
Tahap 5	Bentuk dan ukuran dewasa	Bentuk dewasa, meluas ke medial paha

C. Perubahan psikis pada masa pubertas

Perubahan yang terjadi pada tubuh seorang remaja akan membuat banyak kebingungan pada anak yang mulai bertumbuh menjadi seorang remaja. Kebingungan yang dirasakan pada masa pubertas bisa berasal dari perubahan fisik, hormonal dan mulainya timbul 'ledakan- ledakan' baru dalam diri remaja yang sering tidak terjawab oleh diri mereka. Sering timbul konflik antara orangtua dan anak pada masa pubertas ini bila pada proses ini anak merasa tidak

dipahami dengan baik.

Perubahan psikis pada masa pubertas dibagi dalam tiga tahap yaitu remaja awal, pertengahan dan akhir. Periode awal biasanya terjadi pada usia 12-14 tahun. Perubahan psikis juga berkaitan dengan perubahan fisik remaja mulai merasakan perubahan tubuh yang cepat dan perubahan komposisi tubuh dan masa awal perkembangan seks sekunder. Remaja awal ditandai dengan perubahan karakteristik seperti:

- Krisis identitas
- Jiwa yang labil
- Meningkatnya kemampuan verbal untuk ekspresi diri
- Pentingnya teman dekat/sahabat
- Berkurangnya rasa hormat terhadap orangtua, kadang-kadang dapat berlaku kasar
- Menunjukkan kesalahan orangtua
- Mencari orang lain yang disayangi selain orangtua
- Kecenderungan untuk berlaku kekanak-kanakan

Peran pendampingan oleh orangtua untuk berperan sebagai teman dapat membantu remaja dalam menghadapi perubahan psikisnya. Remaja yang tidak dapat menemukan pertanyaan atas kebingungannya di rumah akan mencari jawabannya di luar rumah. Peran *peer group* sangat berpengaruh untuk membentuk tingkah laku, penampilan hingga Bahasa yang digunakan remaja.

Periode selanjutnya terjadi pada usia 15-17 tahun yang ditandai dengan terjadinya perubahan sebagai berikut:

- Mengeluh orangtua terlalu ikut campur
- Sangat memperhatikan penampilan
- Berusaha mencari teman baru
- Perubahan mood yang sering
- Sangat memperhatikan kelompok main secara selektif dan kompetitif

Pada masa ini remaja perlu peran orangtua agar remaja tidak salah dalam memilih kelompok dan *role model*nya. Pada masa ini remaja juga mulai memiliki cita-cita dan masa depannya.

Pada remaja akhir di usia 18 tahun remaja sudah mencapai maturitas fisiknya. Perubahan psikososial yang dialami antara lain:

- Identitas diri menjadi lebih kuat
- Mampu memikirkan ide
- Mampu mengekspresikan perasaan dengan kata-kata
- Lebih menghargai orang lain
- Lebih konsisten terhadap minatnya
- Emosi lebih stabil

Remaja akhir mulai punya rencana terkait masa depannya. Mereka biasanya mulai mencari karir yang ia inginkan, mulai serius dalam berhubungan dengan lawan jenis, dan mulai menerima keadaan dan kebiasaan di lingkungannya.

D. Pubertas yang abnormal

Pubertas dianggap abnormal bila terlampau awal (pubertas prekoks) atau terlambat. Walaupun umur awitan pubertas sangat bervariasi namun banyak faktor namun hal ini dapat diketahui lebih awal dan dilakukan penanganan lebih awal. Selain pubertas prekoks dan terlambat dapat juga ditemui telars premature, pubarke premature, ginekomastia dan *constituinal delay of growth and puberty*.

Pubertas prekoks

Pubertas prekoks adalah perkembangan ciri-ciri seks sekunder yang terjadi sebelum usia 8 tahun pada anak Perempuan dan sebelum umur 9 tahun pada anak laki-laki. Pubertas prekoks terbagi dua yaitu *Central Precocious Puberty* (Pubertas prekoks sentral) dan *Peripheral Precocious Puberty* (Pubertas prekoks perifer).

Pubertas prekoks sentral berkaitan dengan aktivasi premature neuron yang mensekresi GnRH. Beberapa sebab terjadinya pubertas

prekoks antara lain:

- idiopatik (lebih sering pada anak Perempuan)
- Tumor sistem saraf pusat seperti hamartoma hipotalamus, glioma optic, kista araknoid, astrositoma, hidrosefalus
- Trauma sistem saraf pusat/trauma kepala
- Genetik
- Sindrom neurofibromatosis tipe 1, sturge weber sindrom
- Infeksi sistem saraf pusat (SSP), misalnya pada kasus meningitis TB

Hemartoma hipotalamus adalah penyebab paling umum dari pubertas prekoks sentral. Tumor ini menyebabkan gangguan pada sel saraf yang berperan dalam hormon reproduksi. Pada kondisi ini pubertas dapat terjadi pada bayi sejak usia 12 bulan. Gejala paling umum dari gangguan ini adalah adanya kejang gelastik yang sulit ditangani dengan obat-obatan.

Pubertas prekoks perifer yaitu pubertas prekoks sekunder yang menyebabkan sekresi GnRH lebih cepat dapat disebabkan sumber endogen maupun eksogen. Beberapa sebab utamanya adalah:

- Hiperplasia adrenal kongenital
- Tumor gonad seperti tumor sel Leydig, teratoma, tumor embrional
- Sumber estrogen dari ovarium seperti *McCune-Albright syndrome*, kista folikuler
- Tumor sel teka, teratoma
- Paparan estrogen eksogen seperti obat dan fitoestrogen

Pada kasus Hiperplasia Adrenal Kongenital, tumor adrenal dan tumor sel Leydig terjadi peningkatan produksi androgen dan peningkatan *human chorionic gonadotropin* (hCG) pada kasus teratoma dan hepatoblastoma yang mengakibatkan pubertas prekoks perifer.

Tujuan utama penatalaksanaan pubertas prekoks adalah anak dapat mencapai tinggi badan optimal sesuai potensi tinggi

genetiknya dan mencegah gangguan psikologis antara maturasi seksual dengan maturasi kognitif anak. Penyebab utama dari pubertas prekoks juga harus ditangani untuk mencegah komplikasi neurologis yang mungkin terjadi.

Pubertas Terlambat

Pubertas dikatakan terlambat apabila perubahan fisik awal pubertas tidak terlihat pada usia 13 tahun pada anak Perempuan dan 14 tahun pada anak laki-laki. Pubertas terlambat disebabkan perbedaan status gonadotropin yaitu hipergonadotropin dan hipogonadotropin. Pada keadaan hipergonadotropin kelainan terjadi di daerah perifer akibat kegagalan gonad sedangkan pada hipogonadotropin disebabkan kelainan sistem saraf pusat, hipotalamus atau hipofisis. Gambaran awal yang dapat terlihat adalah belum adanya perkembangan seksual awal yang terlihat pada usia 8 tahun pada anak Perempuan dan 9,5 tahun pada anak laki-laki. Tatalaksana yang diberikan pada kasus pubertas terlambat adalah penanganan pada kegagalan pertumbuhan, perawatan pendek dan terhadap imaturitas psikologik atau emosional.

Telars premature

Terjadinya perkembangan payudara pada anak berusia kurang dari 8 tahun yang dapat terjadi unilateral atau bilateral. Hal ini terjadi tidak berhubungan dengan pubertas. Pada kondisi ini usia tulang, biokimia darah dan percepatan pertumbuhan tidak ditemukan perubahan. Pada kondisi ini perlu dilakukan monitoring pertumbuhan dan perkembangan pada anak.

Pubarke atau Adrenarke Dini

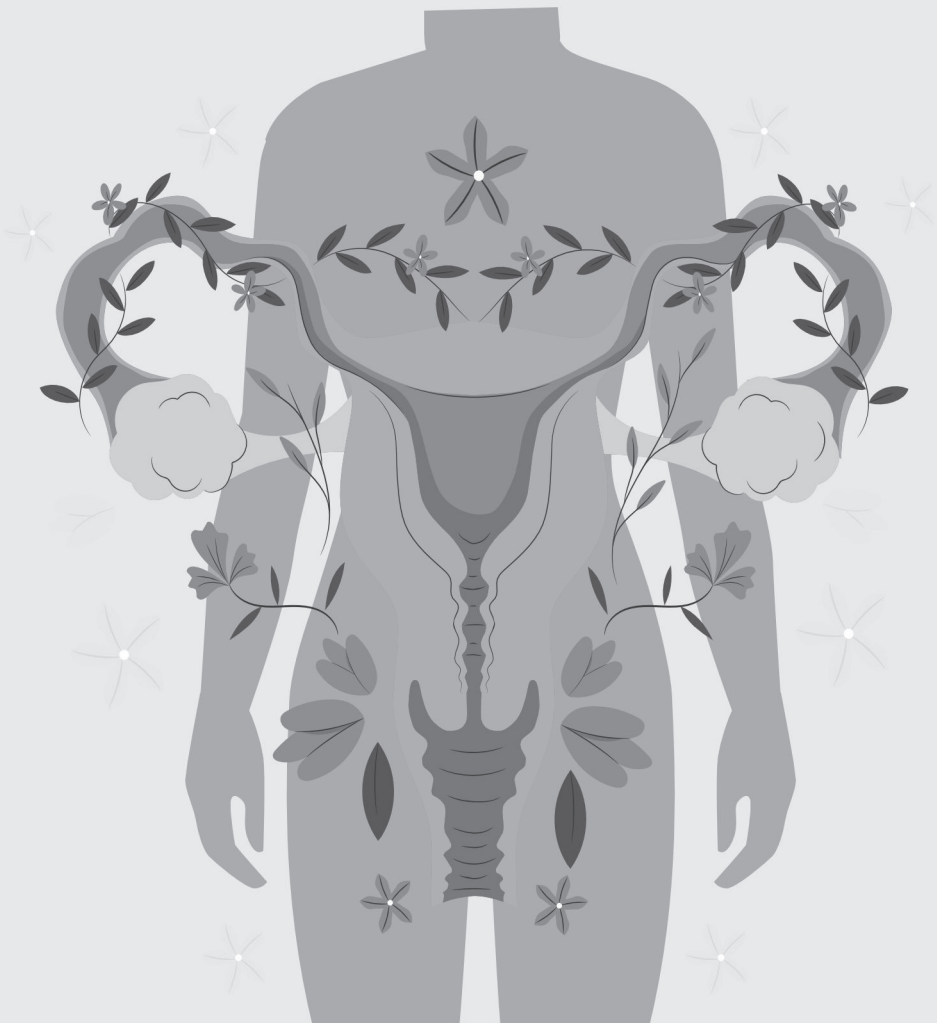
Pubarke dini dan adrenarke dini adalah tumbuhnya rambut pubis sebelum usia pubertas. Tanda lain yang bisa didapatkan adalah pertumbuhan rambut aksila, perubahan bau badan dan jerawat tanpa disertai peningkatan laju pertumbuhan meskipun bisa disertai peningkatan usia tulang.

BAB 6

KEHAMILAN REMAJA

Herawati Harahap

*Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sentral
Kota Padangsidimpuan*



Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kehamilan remaja sebagai kehamilan yang terjadi pada usia muda yang dapat menimbulkan komplikasi serius, baik untuk ibu remaja maupun bayi yang dikandungnya. Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan di bawah usia 20 tahun. Masalah ini menjadi perhatian serius karena melibatkan dampak kesehatan, sosial, ekonomi, dan psikologis yang luas, baik bagi remaja yang hamil, anak yang dilahirkan, maupun masyarakat. Kehamilan remaja adalah kehamilan yang terjadi pada perempuan berusia di bawah 20 tahun, umumnya pada kelompok usia 15 hingga 19 tahunasi Kesehatan. Kehamilan sering kali dikaitkan dengan kemiskinan, rendahnya akses pendidikan seksual, serta keterbatasan akses ke layanan kesehatan reproduksi. Dalam beberapa hamilan dini dianggap sebagai norma, terutama di daerah-daerah di mana pernikahan anak masih lazim .

Konsep Kesehatan Reproduksi: Pengantar tentang kesehatan reproduksi remaja, termasuk pentingnya pengetahuan akan risiko dan kesehatan seksual bagi remaja.

A. Faktor Penyebab Kehamilan Remaja.

Terdapat banyak faktor yang dapat menyebabkan kehamilan di usia remaja:

- 1. Faktor Sosial dan Budaya:** Budaya, norma, dan nilai-nilai masyarakat sering kali berperan besar dalam terjadinya kehamilan remaja. Di beberapa negara berkembang, pernikahan anak masih dianggap sebagai norma yang diterima, yang meningkatkan risiko kehamilan dini. Dalam komunitas di mana pernikahan muda sering kali dipaksa untuk menikah dan hamil, meskipun mereka belum siap secara fisik maupun emosional untuk menjalani kehamilan.
- 2. Kurangnya Pendidikan Seksual yang Komprehensif:** pendidikan seksual yang komprehensif di sekolah dan masyarakat turut menjadi penyebab utama meningkatnya angka kehamilan remaja. Banyak remaja yang tidak

mendapatkan informasi yang cukup mengenai kondom cara mencegah kehamilan. Kurangnya akses terhadap pendidikan seksual yang memadai di sekolah menjadi salah satu penyebab utama meningkatnya angka kehamilan remaja. Banyak remaja tidak mendapatkan informasi yang cukup mengenai penggunaan kontrasepsi dan risiko kesehatan dari hubungan seksual dini

3. **Pengaruh Tekanan Teman Sebaya:** Remaja sering kali merasa terpengaruh oleh teman sebaya dan lingkungan sosial yang cenderung mengabaikan risiko hubungan seksual tanpa proteksi. Tekanan sosial ini sering membuat remaja terlibat dalam aktivitas seksual tanpa memahami konsekuensinya .
4. **Faktor Ekonomi, kemiskinan dan kurangnya akan Kesehatan** berkembang, tingkat kemiskinan yang tinggi menyebabkan terbatasnya akses remaja terhadap layanan kesehatan reproduksi, termasuk alat kontrasepsi. Kemiskinan juga memaksa banyak remaja perek terlibat dalam hubungan seksual tanpa pilihan yang aman sebagai akibat dari ketidaksetaraan ekonomi. Kemiskinan adalah salah satu faktor ekonomi yang paling berpengaruh hamilan remaja. Anak-anak perempuan dari keluarga berpenghasilan rendah memiliki risiko lebih tinggi mengalami kehamilan di usia dini karena mereka cenderung memiliki akses yang lebih terbatas terhadap pendidikan dan layanan kesehatan, Di banyak negara berkembang, kemiskinan mendorong anak perempuan untuk menikah dini sebagai cara untuk mer keluarga. Situasi ini meningkatkan risiko kehamilan yang tidak diinginkan, karena anak perempuan yang menikah dini sering kali dipaksa untuk segera hamil .
5. **Akses Terbatas ke Layanan Kesehatan Reproduksi.** Remaja sering kali mengalami kesulitan dalam mengakses

layanan kesoduksi yang aman dan terjangkau. Banyak remaja tidak tahu di mana atau bagaimana mendapatkan kontrasepsi, atau merasa takut untuk mencari bantuan karena takut akan stigma social. Di beberapa negara, layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja masih sangat terbatas

6. **Pengaruh Budaya dan Norma Sosial:** Di beberapa, perkawinan anak masih diterima sebagai norma sosial, yang secara otomatis meningkatkan risiko kehamilan remaja. Dalam konteks ini, pernikahan dini dianggap sebagai solusi uah ekonomi keluarga, meskipun menempatkan perempuan muda pada risiko kesehatan yang tinggi .

B. Dampak Kehamilan Remaja

Kehamilan saja memiliki dampak yang luas, baik dari segi kesehatan, psikologis, sosial, maupun ekonom^{3.1}. Dampak Kesehatan. Kehamilan pada usia remaja meningkatkan risiko komplikasi kesehatan bagi ibu dan bayi. Remaja lebih rentan mengalami masalah kesehatan seperti anemia, preeklamsia, serta kelahiran prematur . Menurut WHO, komplikasi kehamilan dan melahirkan adalah penyebab utama kematian bagi remaja perempuan usia 15-19 tahun di seluruh dunia. Selain itu, bayi yaan oleh ibu remaja lebih mungkin mengalami berat badan lahir rendah, prematuritas, dan kematian neonatal . Bayi dari ibu remaja juga beritinggi mengalami keterlambatan perkembangan fisik dan mental

Kehamilan remaja memiliki dampak yasnifikan baik bagi remaja yang hamil, anak yang dilahirkan, maupun masyarakat secara umum.

1. **Dampak Kesehatan:** Kehamilan pada remaja membawa risiko kesehatan yang jauh lebih tinggi dibandingkan kehamilan pada perempuan dewasa. Remaja lebih mungkin mengalami komplikasi seperti anemia, preeklamsia, dan kelahiran prematur . Menurut WHO, komplikasi saat

kehamilan dan melahirkan adalah penyebab utama ke remaja perempuan usia 15-19 tahun di seluruh dunia .

2. **Dampak Psikologis:** Remaja yang hamil sering kali mengalami stres psikologis yangbat stigma sosial, perasaan terisolasi, serta ketidaksiapan emosional dalam menghadapi tanggung jawab sebagai orang tua . Stres ini juga dapat berujung pada depresi dan gangguan kecemasan .
3. **Dampak Sosial dan Ekonomi** di usia muda biasanya menyebabkan putus sekolah, yang pada giliurangi kesempatan remaja untuk mendapatkan pekerjaan yang layak di masa depan . Remaja yang hamil cenderung memiliki penghasilan lebih rendah seumur hidup mereka, yang dapat berkontribusi pada siklun antar generasi . ehamilan di usia remaja dapat mengganggu pendidikan remaja perempuan, yang sering kali menyebabkan mereka putus sekolah . Tanpa pendidikan yang memadai, remaja yang hamil dan menghadapi kesulitan dalam mencari pekerjaan yang layak, yang pada akhirnya berkontribusi pada siklus kemiskinan antar generasi. Menurut laporan dari UNFPA, remaj yang putus sekolah karena kehamilan dini cenderung memiliki peluang ekonomi yang lebih rendah dan lebih mungkin hidup dalam kemiskinan dibandingkan dengan mereka yang menyelesaikan pendidikan

C. Upaya Pencegahan Kehamilan Remaja

1. **Pendidikan Seksual Komprehensif:** Salah satu langkah paling efektif untuk menclan remaja adalah memberikan pendidikan seksual yang komprehensif di sekolah. Pendidikan ini harus mencakup informasi tentang hubungan seksual yang aman, penggunaan kontrasepsi, dan keterampilan pengambilan keputusan. Studi menunjukkan bahwa pendidikan seksual yang

komprehensif dapat menunda usia pertama kali remaja melakukan hubungan seksual serta menninggunaan kontrasepsi di kalangan remaja

Pendidikan seksual yang komprehensif adalah salah satu strategi paling efektif untuk mencegah kehamilan remaja. Menurut UNESCO, program pendidikan us dimulai sejak dini dan mencakup topik-topik seperti penggunaan kontrasepsi, hubungan yang sehat, dan hak-hak reproduksi.

Program pendidikan seksual yang menyeluruh telah terbukti efektif dalam menurunkan angka kehamilan remaja di berbagai negara. Di negara-negara yang menerapkan pendidikan seksual yang komprehensif, seperti Belanda dan Swedia, angka kehamilan remaja jauh lebihbandingkan dengan negara-negara yang tidak memiliki program serupa

2. **Akses Kontrasepsi:** Remaja memerlukan akses yang lebih baik dan tanpa stigma terhadap kontrasepsi modern, seperti kondom dan pil KB. UNFPA, memberikan akses ke kontrasepsi dapat secara signifikan mengurangi angka kehamilan di kalangan remaja erlibatan Keluarga dan Masyarakat Peran orang tua dan komunitas juga penting dalam mendidik remaja tentang risiko kehamilan dini . Keluarga yang memberikan osional serta keterbukaan mengenai pendidikan seksual dapat membantu remaja membuat keputusan yang lebih baik terkait kesehatan reproduksi. emaja perlu diberi akses yang mudah dan tanpa stigma terhadap layanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi. WHO merekomendasikan bahwa layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja harus tersedia di setiap kerutama di daerah-daerah dengan angka kehamilan remaja yang tinggi . Layanan ini harus mencakup edukasi tentang berbagai metode kontrasepsi, pemeriksaan kesehatan rutin, serta konseling untuk

membantu remaja membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan seksual mereka.

D. Dukungan Keluarga dan Masyarakat

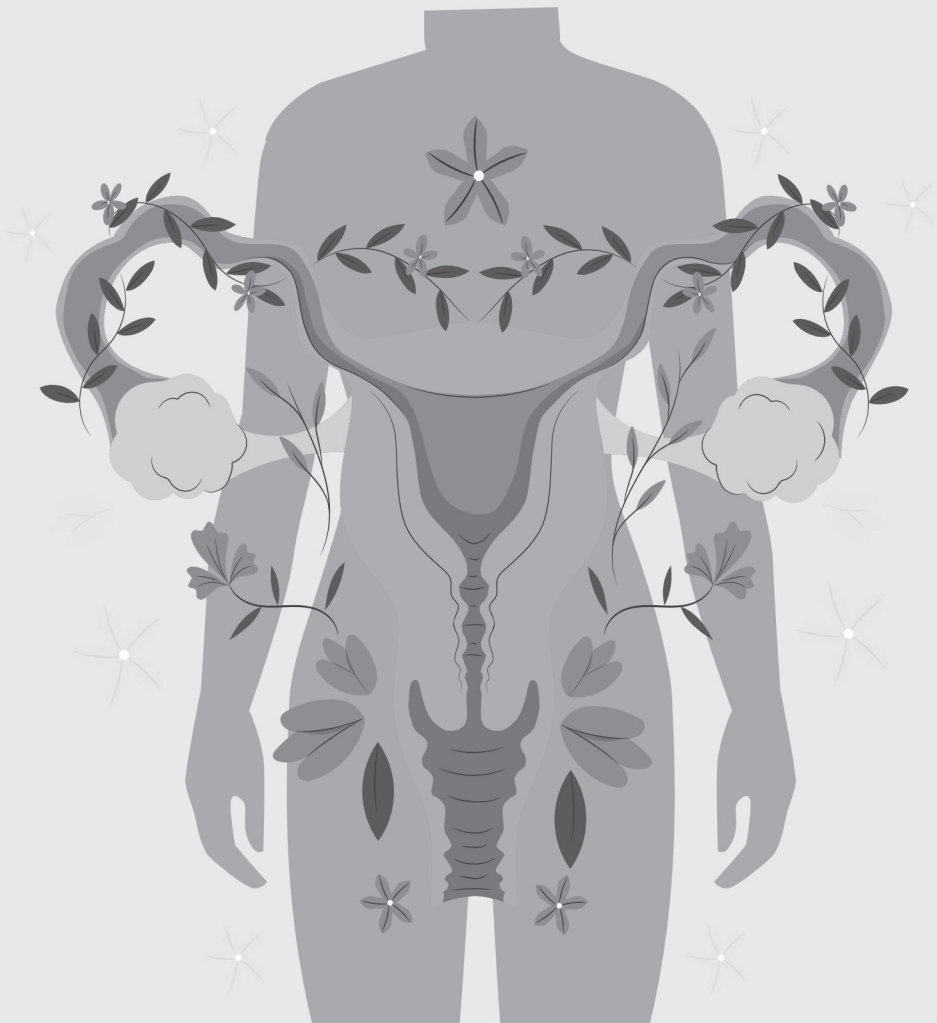
Keluarga dan komunitas juga penting dalam pencegahan kehamilan remaja. Orang tua perlu terlibat dalam memberikan pendidikan seksual kepada anak-anak mereka dan mendukung mereka dalam membuat keputusan yang bijak terkait kesehatan remaja di banyak negara, keterlibatan komunitas dalam mendukung remaja perempuan juga telah terbukti efektif dalam menurunkan angka kehamilan remaja. Misalnya, program-program berbasis komunitas yang memberikan dukungan kepada remaja untuk menyelesaikan pendidikan mereka dan menunda pernikahan dini teladi berbagai negara berkembang

Berdasarkan data WHO, sekitar 16 juta perempuan berusia 15 hingga 19 tahun melahirkan setiap tahunnya, dan sea di antaranya terjadi pada remaja di bawah 15 tahun . Di Indonesia, SDKI 2017 mencatat bahwa angka kehamilan pada remaja mencapai 47 kelahiran per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun . Angka ini menunjukkan masihprevalensi kehamilan di kalangan remaja di Indonesia, terutama di wilayah pedesaan.

BAB 7 INFEKSI MENULAR SEKSUAL

Tri Ratnaningsih

Universitas Bina Sehat PPNI Mojokerto



Infeksi Menular Seksual (IMS) atau sering disebut Penyakit Menular Seksual (PMS), merupakan masalah kesehatan global yang serius. Penyakit ini ditularkan melalui kontak seksual, baik itu melalui vagina, anus, atau oral. Penyakit infeksi menular seksual merupakan infeksi yang ditularkan dari manusia ke manusia lain melalui kontak seksual. Segala sesuatu yang terjadi melalui hubungan kelamin, baik melalui vagina, dubur atau mulut, baik dengan lawan jenis maupun sesama jenis dapat menjadi sarana penularan PMS. Oleh karena itu kelainan tidak hanya terbatas pada daerah genital saja, namun juga dapat terjadi pada area ekstrasgenital (Kemenkes RI, 2017).

Beberapa penyakit seperti sifilis dan gonore telah didokumentasikan sejak ribuan tahun yang lalu. Dengan semakin meningkatnya aktivitas seksual dan mobilitas manusia, kasus IMS juga mengalami peningkatan yang signifikan. Perubahan gaya hidup modern, seperti pergantian pasangan seksual yang sering, penggunaan narkoba injeksi, dan hubungan seks tanpa kondom, turut berkontribusi pada penyebaran IMS.

Menurut WHO, remaja merupakan seseorang yang memiliki usia 10 hingga 19 tahun. Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 15 tahun 2014 mengatakan bahwa remaja merupakan manusia yang memiliki usia 10 sampai 18 tahun. Sementara Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyatakan bahwa remaja merupakan seorang penduduk yang memiliki usia 10 sampai dengan 24 tahun. Masa remaja merupakan masa perpindahan dari usia anak-anak menuju ke usia dewasa, pada masa ini merupakan masa peralihan menuju ke masa dewasa yang akan melewati beberapa tahapan perkembangan penting dalam hidup selain kematangan fisik, kematangan seksualitas pada remaja juga akan mengalami kematangan (Kusumaryani, 2017).

Masa remaja ditandai dengan masa pertumbuhan dan juga perubahan, munculnya berbagai peluang dan sering kali beresiko bagi kesehatan reproduksi. Kehamilan, aborsi, kekerasan seksual, PMS, keterbatasan pendapatan informasi kesehatan dan layanan

klinis sangat mempengaruhi berbagai resiko kesehatan reproduksi. Aktivitas seksual menempatkan kaum muda pada resiko berbagai masalah kesehatan reproduksi. Setiap tahun, ada sekitar 15 juta kaum muda berusia 15 sampai 19 tahun melahirkan, 4 juta melakukan aborsi dan hampir 100 juta terinfeksi penyakit menular seksual (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Kehidupan generasi muda pada saat ini perlu mendapat perhatian yang tajam, sebab pada masa sekarang ini pergaulan kaum muda sangat memprihatinkan karena adanya perubahan atas modernisasi yang telah mengglobal, serta mulai melemahnya moral dan keimanan remaja pada masa ini. Pergaulan generasi muda yang sangat mengkhawatirkan ini dapat dilihat dari beberapa hal yaitu tingginya angka penggunaan narkoba dikalangan remaja, terjadinya seks pranikah yang membuat remaja rentan terhadap penularan PMS.

A. Definisi Infeksi Menular Seksual

Infeksi Menular Seksual (IMS), atau sering juga disebut Penyakit Menular Seksual (PMS), adalah jenis infeksi yang ditularkan melalui kontak seksual. Kontak seksual ini bisa terjadi melalui vagina, anus, atau mulut. **Secara sederhana, IMS adalah penyakit yang menular saat berhubungan seks.**

B. Penyebab IMS

1. Bakteri:
 - a. Chlamydia: Salah satu IMS yang paling umum, disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*.
 - b. Gonore: Disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*.
 - c. Sifilis: Disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*.
 - d. Mycoplasma genitalium: Bakteri ini semakin banyak dikaitkan dengan IMS dan infertilitas.

2. Virus:
 - a. Human Papillomavirus (HPV): Menyebabkan kutil kelamin dan dapat menyebabkan kanker serviks.
 - b. Herpes genital: Disebabkan oleh virus herpes simpleks.
 - c. HIV: Virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh dan menyebabkan AIDS.
 - d. Hepatitis B: Virus yang menyerang hati.

3. Parasit:

Trichomoniasis: Infeksi parasit yang paling umum pada orang dewasa.

C. Jenis IMS yang umum ditemukan adalah:

- **Gonore:** Disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*, seringkali tidak menunjukkan gejala pada wanita, namun dapat menyebabkan nyeri saat buang air kecil, perdarahan di antara menstruasi, dan infertilitas.
- **Klamidia:** Disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*, seringkali tanpa gejala, namun dapat menyebabkan nyeri panggul kronis, penyakit radang panggul, dan infertilitas.
- **Sifilis:** Disebabkan oleh bakteri *Treponema pallidum*, memiliki beberapa tahap dengan gejala yang berbeda-beda, mulai dari luka pada alat kelamin hingga kerusakan organ dalam jika tidak diobati.
- **Herpes genital:** Disebabkan oleh virus herpes simplex, menyebabkan lepuh berisi cairan pada alat kelamin dan sekitarnya.
- **Human Papillomavirus (HPV):** Disebabkan oleh virus HPV, dapat menyebabkan kutil kelamin dan beberapa jenis kanker, termasuk kanker serviks.
- **HIV/AIDS:** Disebabkan oleh virus HIV, melemahkan sistem kekebalan tubuh dan dapat menyebabkan AIDS jika tidak diobati.

D. Gejala IMS

Gejala IMS bisa sangat bervariasi, mulai dari tidak ada gejala sama sekali hingga gejala yang sangat mengganggu. Beberapa gejala umum IMS antara lain:

- Keluar cairan tidak normal: Dari vagina atau penis.
- Nyeri saat buang air kecil.
- Luka atau lepuh di area genital.
- Demam.
- Benjolan di area kelamin.
- Nyeri panggul.

E. Komplikasi IMS

- Infertilitas: Kesulitan atau ketidakmampuan untuk hamil.
- Keguguran: Pada wanita hamil.
- Kanker: Beberapa jenis IMS, seperti HPV, dapat menyebabkan kanker serviks.
- Penyakit radang panggul: Peradangan pada organ reproduksi wanita.
- HIV/AIDS: Beberapa IMS dapat meningkatkan risiko penularan HIV.

F. Cara Penularan

Semua orang yang sudah pernah melakukan hubungan seksual berisiko tertular IMS. Risiko tersebut akan lebih tinggi pada orang yang: - Melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan (multipartner) - Melakukan hubungan seksual dengan seseorang yang multipartner - Melakukan hubungan seksual tanpa pengaman (kondom). IMS umumnya ditularkan melalui:

- Kontak seksual: Baik itu hubungan seksual vaginal, anal, atau oral.
- Kontak langsung dengan luka terbuka: Misalnya, luka akibat IMS.
- Darah: Penularan bisa terjadi melalui transfusi darah yang terkontaminasi atau penggunaan jarum suntik yang tidak steril.

G. Dampak Jangka Panjang IMS yang Mematikan

- Kanker: Beberapa jenis HPV, salah satu penyebab IMS, dapat menyebabkan kanker serviks, anus, dan jenis kanker lainnya.
- Infertilitas: Kerusakan pada organ reproduksi akibat IMS dapat menyebabkan kesulitan atau ketidakmampuan untuk hamil.
- Penyakit Jantung: Beberapa IMS dapat meningkatkan risiko penyakit jantung.
- Gangguan Saraf: Sifilis yang tidak diobati dapat merusak sistem saraf pusat dan menyebabkan kerusakan otak.
- Kematian Bayi: IMS yang tidak diobati pada ibu hamil dapat menyebabkan bayi lahir prematur, berat badan rendah saat lahir, atau bahkan kematian bayi.

H. Faktor yang Mempengaruhi Angka Kematian

- Jenis IMS: Beberapa jenis IMS lebih berbahaya daripada yang lain.
- Keterlambatan Pengobatan: Semakin cepat IMS diobati, semakin kecil risiko komplikasi yang serius.
- Kondisi Kesehatan Umum: Orang dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah lebih rentan terhadap komplikasi IMS.
- Akses Pelayanan Kesehatan: Keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan berkualitas dapat memperparah dampak IMS.

I. Faktor Risiko

- Berganti-ganti pasangan seksual: Semakin banyak pasangan seksual, semakin tinggi risiko tertular IMS.
- Tidak menggunakan kondom: Kondom adalah alat kontrasepsi yang efektif untuk mencegah penularan IMS.
- Riwayat IMS sebelumnya: Orang yang pernah mengalami IMS memiliki risiko lebih tinggi untuk terinfeksi kembali.

- Penyalahgunaan narkoba: Penggunaan narkoba injeksi dapat meningkatkan risiko penularan IMS.
- Usia muda: Remaja dan dewasa muda cenderung memiliki risiko lebih tinggi.

J. Pencegahan IMS

WHO menyatakan bahwa pantang dari hubungan seksual (abstinence) dan inisiasi tertunda perilaku seksual (terutama menghindari seks pranikah) adalah beberapa komponen utama dari upaya pencegahan IMS bagi kaum muda. Monogami dan pengurangan jumlah pasangan seksual (be faithful) serta meningkatkan akses dan layanan pencegahan komprehensif, termasuk pendidikan pencegahan dan penyediaan kondom (condoms) sangat penting bagi orang-orang muda yang aktif secara seksual.

Pada dasarnya remaja perlu memahami pentingnya poin-poin edukasi tentang hal-hal berikut ini:

1. Menghindari perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab, antara lain: hubungan seksual pranikah, hubungan seksual tanpa pengaman.
2. Meningkatkan ketahanan moral melalui pendidikan agama/kerohanian. Di banyak ajaran agama di dunia, hubungan seksual pranikah adalah salah satu bentuk zina yang merupakan dosa besar.
3. Melakukan kegiatan-kegiatan positif, agar tidak terlintas untuk melakukan hubungan seksual.
4. Mencari informasi yang benar sebanyak mungkin tentang risiko tertular IMS.
5. Mendiskusikan dengan orang tua, guru, atau teman mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku seksual, dan mendorong untuk tidak malu bertanya.
6. Menolak ajakan pasangan yang meminta untuk melakukan hubungan seksual tidak aman.

7. Bersikap waspada, mampu membaca situasi, dan melindungi diri. Misalnya ketika pergi ke pesta atau clubbing, usahakan pergi bersama teman atau anggota keluarga yang dapat dipercaya. Minum minuman yang memabukkan (baik disengaja maupun tidak) juga merupakan gerbang menuju perilaku seksual tidak aman.
8. Mengetahui hak atas serta cara untuk menjaga kesehatan reproduksinya. Misalnya penggunaan kondom.

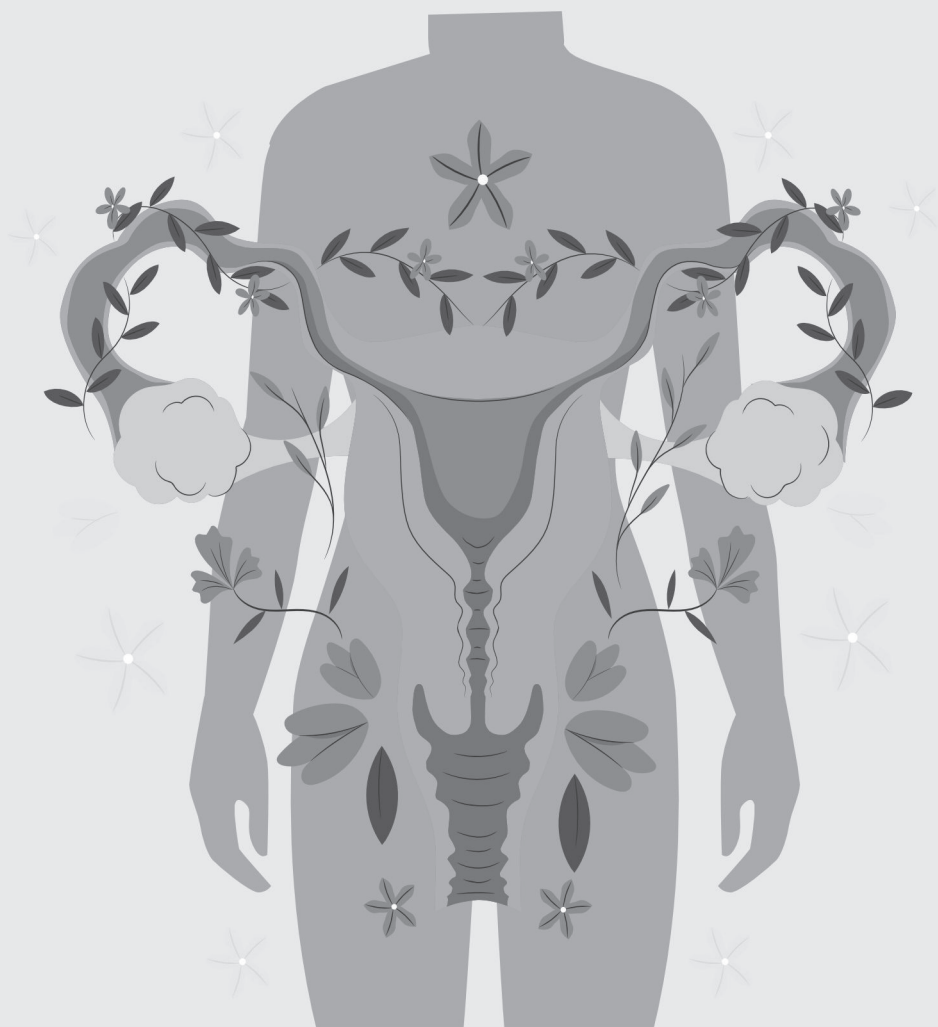
Perlu diperhatikan bahwa edukasi pencegahan IMS pada remaja harus disesuaikan dengan kelompok target. Edukasi pada remaja pada umumnya mungkin akan sedikit berbeda dengan edukasi pada remaja dari kelompok YKAP (young key affected population). YKAP terdiri dari remaja pekerja seks, pengguna jasa pekerja seks, kaum transjender, pengguna obat suntik, pria pelaku seks sesama jenis, dan orang yang terinfeksi HIV. Tidak semua poin dapat diaplikasikan secara efektif pada setiap situasi. Sebagai contoh, poin (h) tentang hak dan cara menjaga sistem reproduksi mungkin patut lebih diprioritaskan oleh konselor/ pendidik dalam memberi edukasi pada kelompok remaja pekerja seks. Beberapa poin bisa menjadi isu yang sensitif bagi kelompok tertentu. Oleh karena itu, pemilihan cara edukasi harus dipersiapkan dan dipertimbangkan secara bijaksana.

K. Pengobatan IMS

Pengobatan IMS akan disesuaikan dengan jenis infeksi yang diderita. Pengobatan biasanya melibatkan penggunaan antibiotik, antivirus, atau obat antiparasit.

BAB 8 PERMASALAHAN GENDER

Herika Yulisa



Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan seksual dan reproduksi merupakan aspek integral kesehatan secara keseluruhan yang mempengaruhi hubungan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial. Kesehatan reproduksi mencakup sistem reproduksi normal dan tidak normal, termasuk struktur dan fungsinya, pada semua tahap kehidupan. Ini termasuk kemampuan untuk memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan.

Isu mengenai gender makin marak diperbincangkan dalam kurun waktu terakhir ini. Berbagai diskusi dan seminar diselenggarakan untuk mempertanyakan isu-isu "pembedaan" gender yang selama ini melingkupi kehidupan masyarakat, yang selama ini pula dianggap telah menyumbangkan ketidakadilan gender (*gender inequality*) bagi perempuan. Di Indonesia, sejak akhir abad ke-19, perbedaan-perbedaan, kebebasan dan pengakuan terhadap (antara) laki-laki dan perempuan mulai dirasakan secara kritis.

Istilah gender diperkenalkan oleh para ilmuwan sosial untuk menjelaskan perbedaan perempuan dan laki-laki sebagai ciptaan Tuhan dan yang bersifat bentukan budaya yang dipelajari dan disosialisasikan sejak kecil. Perbedaan ini sangat penting, karena selama ini sering sekali mencampur adukan ciri-ciri manusia yang bersifat kodrati dan yang bersifat bukan kodrati (gender). Perbedaan peran gender ini sangat membantu kita.

Berbagai peristiwa mengenai permasalahan gender menyebabkan banyak polemik. Masalah seputar perempuan menyebabkan perdebatan mengenai feminisme. Istilah gender sendiri mengarah pada kesetaraan antara laki-laki dan perempuan. Tetapi masih banyak terjadi kesalahpahaman mengenai gender. Perlu diketahui juga, masa remaja merupakan masa transisi dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Dimana seorang mencari jati dirinya masing-masing. Dan pada masa remaja ini mereka akan bisa mendefinisikan mengenai peran gender mereka. Mereka akan mengetahui bahwa antara laki-laki dan perempuan tidak sama, dari segi biologi maupun dari segi yang lain. Dalam tatanan pola asuh

keluarga, sebagai contoh anak perempuan cenderung hanya untuk menyelesaikan kegiatan rumah tangga, sedangkan anak laki-laki lebih ke tumpuan hidup keluarga. Kondisi seperti ini sebetulnya tidak menjadi masalah. Akan tetapi jika di doktrin menggunakan salah satu jenis kelamin saja maka akan menjadi suatu masalah. Sedikit contoh, ketika perempuan bersikap berani dan melawan ia akan dikatakan tomboy. Begitupula dengan laki-laki, jika ia tidak bisa bersikap tegas maka ia akan di katakan banci.

Pendidikan yang diterapkan di Indonesia telah diberi kesamaan antara dua jenis kelamin tersebut. Tetapi pada kenyataannya didalam Masyarakat, pendidikan pada perempuan hanya untuk mendidik anak-anaknya saja. Padahal pendidikan pada perempuan bertujuan hanya sebagai bekal untuk mendidik anak-anaknya kelak dan sebagai bekal dimasa yang anak datang. Dan bisa juga ketika seorang perempuan kuliah, jika mendapatkan ijazah bisa di gunakan untuk melamar pekerjaan dan itu dapat menunjang kebutuhan keluarga. Selama ini secara kultur masyarakat kurang tepat dalam memahami persoalan gender dan seks. Mereka tidak membedakan pemaknaan secara tepat, sehingga keduanya (gender dan seks) dianggap sama. Akibatnya struktur sosial menempatkan perempuan secara tidak adil terhadap laki-laki. Perempuan dianggap sebagai bagian dari laki-laki dan harus berada di bawah kekuasaan, kontrol dan perlindungan laki-laki.

Seks dalam arti sebenarnya adalah jenis kelamin, yakni memahami perbedaan antara laki-laki dan perempuan ditinjau atas dasar jenis kelamin. Hal ini ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Seperti manusia yang berjenis kelamin perempuan memiliki alat reproduksi yakni rahim, memproduksi ovum atau sel telur, memiliki vagina dan mempunyai payudara untuk menyusui. Adapun manusia yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai penis, memiliki buah zakar dan memproduksi sperma. Alat-alat tersebut secara biologis melekat pada manusia yang berjenis perempuan maupun laki-laki, sehingga tidak bisa dipertukarkan. Hal tersebut

dapat dikatakan sebagai ketentuan Tuhan atau Qudrat (kodrat/takdir) secara permanen dan sudah ketentuan biologis .

Konsep gender adalah suatu sifat yang melekat pada perempuan dan laki-laki yang di bentuk secara sosial maupun kultural oleh masyarakat. Contoh, bahwa perempuan itu dikenal dengan sifat lembut, cantik, keibuan dan emosional. Sementara laki-laki dianggap yang kuat, jantan, perkasa, dan rasional. Ciri dari sifat itu sendiri merupakan ciri-ciri yang dapat dipertukarkan, artinya ada laki-laki yang lemah lembut, keibuan dan emosional. Sementara ada perempuan yang kuat rasional, dan perkasa.

Perubahan ciri dan sifat-sifat tersebut dapat terjadi dari waktu ke waktu, dari suatu tempat ke tempat lain. Perbedaan konsep gender secara sosial telah melahirkan perbedaan peran perempuan dan laki-laki dalam masyarakat. Secara umum adanya gender telah melahirkan perbedaan peran, tanggung jawab, fungsi, dan bahkan ruang dan tempat saat manusia beraktivitas. Sedemikian rupanya perbedaan gender ini melekat pada cara pandang kita, sehingga kita sering lupa seakan- akan hal itu merupakan sesuatu yang permanen dan abadi.

Dengan kata lain, gender sebagai perbedaan peran, fungsi, status dan tanggungjawab pada laki-laki dan perempuan sebagai hasil dari bentukan sosial budaya yang tertanam lewat proses sosialisasi dari satu generasi ke generasi berikutnya. Dengan demikian gender adalah hasil kesepakatan antar manusia yang tidak bersifat kodrati. Oleh karenanya gender bervariasi dari satu tempat ke tempat lain dan dari satu waktu ke waktu berikutnya. Gender tidak bersifat kodrati, dapat berubah dan dapat dipertukarkan pada manusia satu ke manusia lainnya tergantung waktu dan budaya setempat.

Tabel 3. Perbedaan Gender dan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin (Sex)	Gender
Merupakan perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan.	Merupakan perbedaan peran, hak, dan kewajiban, kuasa dan kesempatan antara laki-laki dan perempuan dalam kehidupan Masyarakat.
Perbedaan sex sama diseluruh dunia bahwa perempuan bisa hamil sementara laki-laki tidak, sifatnya universal.	Gender tidak sama di seluruh dunia, tergantung dari budaya dan perkembangan masyarakat di satu wilayah, sifatnya lokal.
Perubahan sex tidak berubah dari waktu ke waktu. Dari dulu hingga sekarang dan masa dating, laki-laki tidak mengalami menstruasi dan tidak dapat hamil.	Gender berubah dari waktu ke waktu. Setiap peristiwa dapat mengubah hubungan antara laki-laki dan perempuan dalam Masyarakat.

Menurut pendapat Baron & Barney tentang perbedaan gender, pria umumnya lebih agresif daripada wanita, tetapi perbedaan ini berkurang dalam konteks adanya provokasi yang kuat. Pria lebih cenderung untuk menggunakan bentuk langsung dari agresif, tetapi wanita cenderung menggunakan bentuk agresif tidak langsung.

Pemahaman kesetaraan gender merupakan kondisi perempuan dan laki-laki menikmati status yang setara dan memiliki kondisi untuk mewujudkan secara penuh hak-hak asasi dan potensinya bagi pembangunan di segala bidang kehidupan. Hal ini dimungkinkan karena perbedaan peran dan status sosial masyarakat.

Kesetaraan gender memberi kesempatan baik pada perempuan maupun laki-laki untuk secara setara/sama/sebanding menikmati hak-haknya sebagai manusia, secara sosial mempunyai kesempatan, sumberdaya dan menikmati manfaat dari hasil pembangunan. Strategi keadilan gender pada akhirnya digunakan untuk meningkatkan kesetaraan gender.

Dalam pembahasan mengenai gender, termasuk kesetaraan dan keadilan gender dikenal adanya 2 aliran atau teori yaitu teori nurture dan teori nature. Terlepas dari hal tersebut dapat pula dikembangkan satu konsep teori yang diilhami dari dua konsep teori tersebut yang merupakan kompromistis atau keseimbangan

yang disebut dengan teori equilibrium.

1. Teori Nurture

Menurut teori nurture adanya perbedaan perempuan dan laki-laki adalah hasil bentukan sosial budaya sehingga menghasilkan peran dan tugas yang berbeda. Perbedaan itu membuat perempuan selalu tertinggal dan terabaikan peran dan kontribusinya dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Bentukan sosial menempatkan perempuan dan laki-laki dalam perbedaan kelas. Laki-laki diidentikkan dengan kelas borjuis (kelas sosial tinggi), dan perempuan sebagai kelas proletar (kelas sosial rendah).

2. Teori Nature

Menurut teori nature adanya perbedaan laki-laki dan perempuan adalah kodrat, sehingga harus diterima. Perbedaan biologis itu memberikan indikasi dan implikasi bahwa diantara kedua jenis kelamin tersebut memiliki peran dan tugas yang berbeda. Ada peran dan tugas yang dapat dipertukarkan, tetapi ada yang tidak bisa karena memang berbeda secara kodrat alamiahnya. Dalam proses perkembangannya, disadari bahwa ada beberapa kelemahan konsep nurture yang dirasa tidak menciptakan kedamaian dan keharmonisan dalam kehidupan berkeluarga maupun bermasyarakat, yaitu terjadi ketidakadilan gender, maka beralih ke teori nature. Agregat ketidakadilan gender dalam berbagai kehidupan lebih banyak dialami oleh perempuan, namun ketidakadilan gender ini berdampak pula terhadap laki-laki.

3. Teori Equilibrium

Selain kedua aliran tersebut terdapat kompromistis yang dikenal dengan keseimbangan (equilibrium) yang menekankan pada konsep kemitraan dan keharmonisan dalam hubungan antara perempuan dengan laki-laki. Pandangan ini tidak

mempertentangkan antara kaum Perempuan dan laki-laki, karena keduanya harus bekerja sama dalam kemitraan dan keharmonisan dalam kehidupan keluarga, masyarakat, bangsa dan Negara. Untuk mewujudkan gagasan tersebut, maka dalam setiap kebijakan dan strategi pembangunan agar di perhitungkan kepentingan dan peran perempuan dan laki-laki secara seimbang. Hubungan diantara kedua elemen tersebut bukan saling bertentangan tetapi hubungan komplementer guna saling melengkapi satu sama lain.

Gender tidak menjadi masalah apabila terjadi kesepakatan kedua pihak (laki-laki perempuan) didalam pembagian tugas dan kedua belah pihak memiliki kesempatan yang sama untuk melakukan kegiatan lain di luar untuk memenuhi kebutuhan bermasyarakat dan mengembangkan diri. Ketidakadilan gender bisa dialami oleh laki-laki ataupun perempuan, tetapi karena budaya kita yang patriarki atau mengutamakan laki-laki sehingga perempuanlah yang paling terkena dampaknya. Bentuk-bentuk manifestasi dari ketidakadilan akibat diskriminasi gender meliputi sebagai berikut :

- Marginalisasi (peminggiran atau pemiskinan) mengakibatkan kemiskinan perempuan tidak hanya terjadi di masyarakat di negara berkembang, bukan saja tempat kerja tetapi juga dalam rumah tangga, masyarakat/kultur dan Negara.
- Subordinasi pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya.
- Pandangan stereotype yang seringkali bersifat negatif secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Misalnya label kaum perempuan sebagai "ibu rumah tangga" sangat merugikan mereka di dunia politik, bisnis maupun birokrasi.
- Berbagai kekerasan terhadap perempuan sebagai akibat perbedaan peran muncul dalam berbagai

bentuk. Kekerasan adalah serangan atau invasi terhadap fisik maupun integritas mental seseorang, misalnya pemerkosaan, pelecehan seksual, dan sebagainya.

- Beban kerja sebagai suatu bentuk diskriminasi atau ketidakadilan yang banyak dialami oleh kaum perempuan, misalnya dalam mengerjakan pekerjaan rumah tangga.

Berdasarkan hasil analisis data penelitian yang dilakukan pada siswa kelas X SMA dan SMK di Kota Semarang diketahui bahwa tingkat kesulitan pengambilan keputusan karir remaja masih tinggi. Hasil uji statistik terhadap perbedaan kesulitan pengambilan keputusan karir berdasarkan gender diketahui bahwa remaja perempuan lebih sulit dalam mengambil keputusan karir daripada remaja laki-laki.

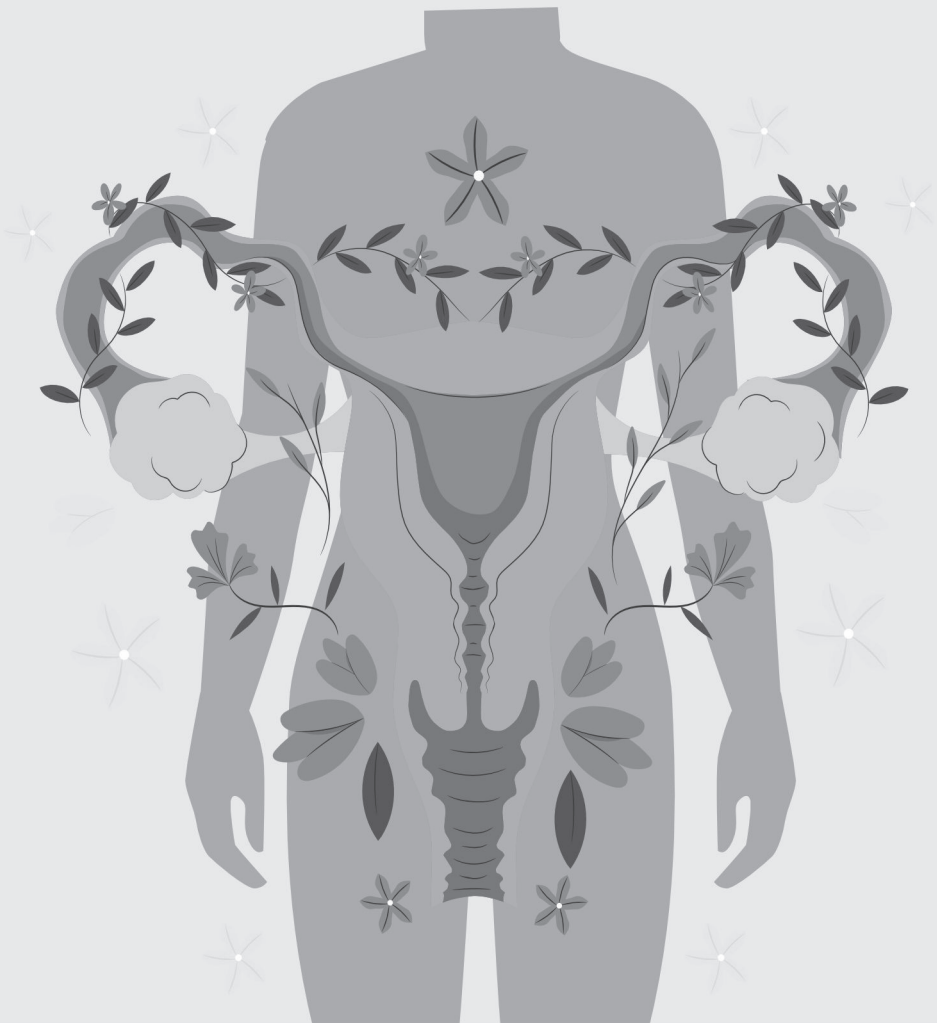
Upaya untuk meningkatkan kesetaraan gender dalam pendidikan merupakan salah satu langkah penting untuk meningkatkan mutu pendidikan. Kepala sekolah dan guru merupakan agen untuk meningkatkan kesetaraan gender. Mereka mendukung murid laki-laki maupun perempuan untuk mengambil bagian dalam kegiatan di sekolah. Hanya saja kesetaraan gender masih belum konsisten diterapkan. Berbagai bias gender masih berkuat dalam proses pembelajaran. Guru sering memberikan kesempatan pada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan. Permasalahan gender dikalangan remaja masih sering terjadi, misalnya seorang laki-laki yang sedang berkumpul dengan sekelompok perempuan maka ia merasa diabaikan.

Dengan adanya berbagai kesenjangan gender antara laki-laki dan perempuan, maka dipandang perlu ditempuh suatu strategi untuk mengurangi atau bahkan menghapus kesenjangan tersebut sehingga tercapai kondisi yang adil dan setara gender.

BAB 9 HIV DAN AIDS

Cipta Pramana

Fakultas Kedokteran UIN Walisongo Semarang



Human immunodeficiency virus (HIV) terbukti menjadi penyebab terjadinya *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) pada tahun 1983. AIDS dilaporkan pertama kali di Amerika Serikat pada tahun 1981, terutama di kalangan homoseksual. Namun infeksi HIV kini telah dilaporkan di setiap negara di seluruh dunia dan telah menjadi epidemi global. Sekitar 37,9 juta orang di seluruh dunia hidup dengan HIV/AIDS pada tahun 2018, dan 1,7 juta di antaranya adalah anak-anak (<15 tahun) (Chilaka & Konje, 2021) there is a risk of vertical transmission to the fetus during pregnancy labour and postpartum through breastfeeding. Appropriate management must be instituted to reduce the consequences of HIV in pregnancy, ideally starting with preconception counselling and planning pregnancies when the viral load is minimum. During pregnancy, an appropriate combined anti-retroviral (cART).

Diperkirakan ada 39,9 juta orang yang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2023, 65% di antaranya berada di Wilayah Afrika. Pada tahun 2023, diperkirakan 630.000 orang meninggal karena penyebab terkait HIV dan diperkirakan 1,3 juta orang tertular HIV (WHO, 2023). Tidak ada obat untuk infeksi HIV. Namun, dengan akses ke pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan perawatan HIV yang efektif, termasuk untuk infeksi oportunistik, infeksi HIV telah menjadi kondisi kesehatan kronis yang dapat dikelola, yang memungkinkan orang yang hidup dengan HIV untuk menjalani hidup yang panjang dan sehat. WHO, Global Fund, dan UNAIDS semuanya memiliki strategi HIV global yang selaras dengan target SDG 3.3 untuk mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030 (WHO, 2023).

HIV tampaknya akan terus ada dan begitu seseorang terinfeksi, ia harus menghadapi konsekuensi dengan virus tersebut seumur hidup karena belum ada obat atau vaksin yang diketahui untuk melindunginya. Prevalensi pada populasi antenatal di sebagian besar negara maju bervariasi antara 0,1–2/1000 sedangkan, di beberapa negara miskin dan berkembang, bisa mencapai 29%. Namun,

dengan tindakan global terhadap HIV/AIDS, tren ini tampaknya menurun. Infeksi HIV pada kehamilan berdampak pada ibu dan anak jika tidak diobati dan karenanya memerlukan manajemen antenatal, intrapartum, dan postpartum secara optimal. Tujuan utama penanganan infeksi HIV pada kehamilan adalah pencegahan penularan virus dari ibu ke anak (PMT), menjaga kesehatan ibu, dan menyediakan lingkungan yang aman dan sehat untuk persalinan bagi ibu dan anak (Garson, 2013; Victor N. Chilakaa, 2021).

Deskripsi penyakit – HIV/AIDS

Ada dua serotipe HIV yaitu HIV 1 dan 2. Virus ini termasuk dalam famili retrovirus dengan tiga kelas utama: M (*main/utama*), N (*new*) dan O (*outlier*). Kelompok virus M mencakup lebih dari 90% infeksi HIV di seluruh dunia dan memiliki sembilan subtype, yang disebut klade, yang diberi kode huruf A–D, F–H, J, dan K, serta banyak bentuk rekombinan. HIV-2 yang lebih umum ditemukan di Afrika Barat dan dikaitkan dengan viral load yang lebih rendah dan tingkat penurunan sel CD4 yang lebih lambat. Jika dibandingkan dengan HIV-1, HIV-2 kurang infeksius (Dimitrios Paraskevis, 1999; Victor N. Chilakaa, 2021).

Infeksi HIV dimulai dengan pengikatan partikel virus (*virion*) ke sel inang, diikuti oleh replikasi dan integrasi ke dalam genom inang. Hal ini kemudian menyebabkan penipisan sel CD4 secara progresif, mengganggu kekebalan inang dan menciptakan potensi infeksi oportunistik dan tumor, dan jika tidak diatasi dapat menyebabkan AIDS parah. *Virion* HIV telah diisolasi dari sejumlah cairan tubuh manusia (baik dalam fraksi bebas sel maupun fraksi terkait sel) termasuk darah, plasma mani, cairan pra ejakulasi, cairan serebrospinal, air liur, air mata, dan air susu ibu. Ada empat stadium penyakit HIV (1 sampai 4). Stadium 1 tidak bergejala sementara Stadium 4 adalah AIDS yang sudah parah (World Health Organization, 2007).

A. CD4 dan Viral Load

Sel T CD4 dan viral load adalah dua parameter penting dalam pemantauan infeksi HIV. Berikut penjelasan tentang keduanya:

1. CD4 (Sel T CD4)

- Sel CD4 adalah sejenis sel darah putih (leukosit) yang berfungsi sebagai bagian dari sistem kekebalan tubuh. Sel CD4 berperan penting dalam melawan infeksi dan penyakit. Sel ini menjadi target utama virus HIV, yang menyerang dan menghancurkan sel-sel ini, sehingga melemahkan sistem imun.
- Mengukur jumlah sel CD4 dalam darah membantu menentukan seberapa baik sistem kekebalan tubuh seseorang bekerja dan apakah HIV telah menyebabkan kerusakan pada sistem imun. Semakin rendah jumlah CD4, semakin lemah sistem imun dan semakin tinggi risiko infeksi atau penyakit terkait HIV.
- Hasil pengukuran CD4 biasanya dilaporkan dalam jumlah sel per mikroliter darah (sel/ μ L). Pada orang yang sehat, jumlah CD4 normalnya berkisar antara 500 hingga 1.500 sel/ μ L. Ketika jumlah CD4 turun di bawah 200 sel/ μ L, seseorang dianggap memiliki sistem kekebalan yang sangat lemah, yang meningkatkan risiko infeksi oportunistik.

2. Viral Load (Beban Virus)

- *Viral load* merujuk pada jumlah virus HIV yang ada dalam darah seseorang untuk mengukur seberapa banyak virus HIV beredar di dalam tubuh.
- Pengukuran *viral load* membantu menilai seberapa aktif HIV dalam tubuh. Semakin tinggi *viral load*, semakin banyak virus yang ada dalam darah, yang dapat mempercepat kerusakan sistem imun dan memperburuk prognosis penyakit. Pemantauan *viral*

load juga digunakan untuk mengevaluasi efektivitas terapi antiretroviral (ARV), karena tujuan terapi adalah untuk menurunkan viral load hingga tidak terdeteksi atau sangat rendah.

- Viral load biasanya diukur dalam salinan virus per mililiter darah (kopi/ml). Jika viral load sangat rendah (misalnya kurang dari 50 kopi/ml), itu berarti pengobatan ARV berhasil mengendalikan HIV dan menurunkan beban virus.

3. Hubungan antara CD4 dan Viral Load

- CD4 dan viral load saling terkait dalam mengukur keadaan infeksi HIV. *Viral load* tinggi menunjukkan bahwa HIV aktif dalam tubuh, dan kemungkinan CD4 akan turun. Sebaliknya, pengobatan ARV yang efektif dapat menurunkan viral load ke tingkat yang sangat rendah, memungkinkan jumlah CD4 untuk meningkat dan sistem kekebalan tubuh menjadi lebih kuat.

Secara keseluruhan, pemantauan keduanya sangat penting dalam manajemen HIV, terutama untuk menilai apakah pengobatan berfungsi dengan baik dan untuk mengidentifikasi potensi risiko komplikasi.

B. Dampak HIV pada Reproduksi

Beberapa hasil buruk terkait dengan akibat HIV pada kehamilan yaitu antara lain keguguran, lahir mati, kematian perinatal, IUGR, berat badan lahir rendah (BBLR), dan korioamnionitis (Bernstein, Helene B. MD, PhD; Wegman, 2018) mbuhan. Karena rendahnya imunitas tubuh, HIV dapat berdampak dan munculnya infeksi selama kehamilan, termasuk herpes simpleks genital, human papillomavirus, kandidiasis vulvovaginal, vaginosis bakterial, sifilis, trichomonas vaginalis, cytomegalovirus, toksoplasmosis, hepatitis B dan C, malaria, infeksi saluran kemih, dan pneumonia bakteri. Selain

itu, infestasi parasit dan infeksi oportunistik terkait HIV - seperti tuberkulosis, pneumonia pneumocystis jirovecii tampaknya sering terjadi selama kehamilan dan pada masa nifas (Magiorkinis et al., 2016).

Penurunan jumlah sel CD4 pada wanita dengan HIV selama kehamilan biasanya membaik pada periode pascapersalinan dan disebabkan oleh hemodilusi. Kadar RNA HIV tampaknya tetap stabil selama kehamilan, meskipun beberapa penelitian menunjukkan peningkatan viral load pada periode pascapersalinan (David N. Burns MD et al., 1996).

C. Skrining HIV

Skrining infeksi merupakan bagian yang penting untuk perawatan antenatal agar dampak HIV pada kehamilan dan risiko penularan dari ibu ke anak dapat dicegah. Organisasi Kesehatan Dunia WHO merekomendasikan bahwa di tempat dengan prevalensi tinggi (prevalensi >5%), tes skrining dan konseling yang diinisiasi oleh penyedia layanan untuk HIV harus dianggap sebagai komponen standar dari paket perawatan di semua tempat pelayanan antenatal. Di tempat dengan prevalensi rendah (<5%), skrining HIV tetap sebagai komponen penting dari upaya untuk menghilangkan penularan dari ibu ke anak dan memadukannya dengan pengujian sifilis dan pengujian relevan lainnya (WHO, 2016).

Tes HIV juga dapat ditawarkan di akhir kehamilan (sekitar 36 minggu) atau saat persalinan bagi wanita yang statusnya tidak diketahui atau yang hasil tesnya negatif di awal kehamilan tetapi tetap berisiko terkena infeksi baru. Tes dan konseling HIV harus bersifat sukarela dengan prinsip persetujuan, kerahasiaan, konseling, dan memastikan bahwa hasil tes dikaitkan dengan perawatan, pengobatan, dan layanan pencegahan yang tepat. Skrining dan konseling HIV melibatkan informasi pra-tes, tes HIV, pasca-tes, dan konseling tindak lanjut. Di Inggris, misalnya antara tahun 2012 dan 2014, dari kehamilan pada wanita dengan HIV, 85% kelahiran

terjadi pada mereka yang mengetahui status HIV mereka sebelum kehamilan, dan sekitar 50% dari mereka memiliki bayi kedua atau berikutnya sejak diagnosis (BHIVA, 2018).

D. Diagnosis

Diagnosis infeksi HIV dapat dilakukan baik secara langsung dari deteksi partikel atau komponen virus maupun secara tidak langsung melalui deteksi antibodi terhadap virus. Baru-baru ini, tes yang lebih cepat telah tersedia yang dapat membuat diagnosis dalam waktu 1–2 jam dan dapat dilakukan sendiri. Metode pengujian yang lebih baru juga telah diperkenalkan. Contohnya adalah tes HIV cepat Multispot refleks, yang menyediakan tes cepat HIV-1/HIV-2 gabungan untuk membedakan antara infeksi HIV-1 dan 2. Jika tes Multispot negatif, pengujian refleks tambahan harus dilakukan untuk mengonfirmasi tes negatif dan kemudian menyingkirkan infeksi HIV dengan tes reaksi berantai polimerase (PCR) (Tabel 1). Rapid test memiliki sensitivitas mendekati 100%, tetapi nilai prediktif positif bergantung pada prevalensi HIV dalam populasi (Nora M. Doyle MD et al., 2005).

Tabel 4. Menunjukkan tes yang tersedia saat ini dan waktu untuk mendapatkan hasilnya.

HIV test	Time to availability of result	What is tested	Window Period ^a	Sensitivity	Specificity
EISA	2 days–2 weeks	HIV antibodies	3 Months	>99	>98
Antigen test (p24)	2 days–1 week	P24 viral proteins	11 days–1 month	90	90
4th generation tests	2 days–2 weeks	Antibodies and p24	11 days–1 month	>99.7	>99.3
PCR/NAAT tests	2 days–1 week	Genetic material of HIV	12 days	>99	95
Rapid test	Within 20 min	Antibodies	3 months	>99	>98

^a Window period - period from infection (exposure) to having a positive result.

E. Test diagnostik HIV

Diagnosis HIV ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium. Jenis pemeriksaan laboratorium HIV dapat berupa:

1. Tes serologi Tes serologi terdiri atas:
 - Tes cepat/*rapid test*. Tes cepat dengan reagen yang sudah dievaluasi oleh institusi yang ditunjuk Kementerian Kesehatan, dapat mendeteksi baik antibodi terhadap HIV-1 maupun HIV-2. Tes cepat dapat dijalankan pada jumlah sampel yang lebih sedikit dan waktu tunggu untuk mengetahui hasil

kurang dari 20 menit bergantung pada jenis tesnya dan dilakukan oleh tenaga medis yang terlatih.

- Tes Enzyme Immunoassay (EIA) Tes ini mendeteksi antibodi untuk HIV-1 dan HIV-2. Reaksi antigen antibodi dapat dideteksi dengan perubahan warna.
- Tes Western Blot Tes ini merupakan tes antibodi untuk konfirmasi pada kasus yang sulit

2. Tes virologis *Polymerase Chain Reaction (PCR)*

Tes virologis direkomendasikan untuk mendiagnosis anak berumur kurang dari 18 bulan. Tes virologis yang dianjurkan: HIV DNA kualitatif dari darah lengkap atau *Dried Blood Spot (DBS)*, dan HIV RNA kuantitatif dengan menggunakan plasma darah. Bayi yang diketahui terpajan HIV sejak lahir dianjurkan untuk diperiksa dengan tes virologis paling awal pada umur 6 minggu. Pada kasus bayi dengan pemeriksaan virologis pertama hasilnya positif, maka terapi ARV harus segera dimulai; pada saat yang sama dilakukan pengambilan sampel darah kedua untuk pemeriksaan tes virologis kedua.

Tes virologis terdiri atas:

- HIV DNA kualitatif (EID), Tes ini mendeteksi keberadaan virus dan tidak bergantung pada keberadaan antibodi HIV. Tes ini digunakan untuk diagnosis pada bayi.
- HIV RNA kuantitatif, Tes ini untuk memeriksa jumlah virus di dalam darah, dan dapat digunakan untuk pemantauan terapi ARV pada dewasa dan diagnosis pada bayi jika HIV DNA tidak tersedia.

F. Tatalaksana Ibu Hamil dengan HIV

Terapi HIV pada kehamilan sangat penting untuk mencegah penularan virus HIV dari ibu ke bayi. Pengelolaan yang tepat dapat membantu mengurangi risiko penularan vertikal (dari ibu ke anak) dan menjaga kesehatan ibu. Berikut beberapa prinsip terapi HIV

pada kehamilan:

1. Penggunaan Antiretroviral (ARV):
 - Semua wanita hamil yang terinfeksi HIV harus mendapatkan terapi antiretroviral (ARV) yang tepat sejak awal kehamilan.
 - Obat ARV yang umum digunakan pada kehamilan adalah kombinasi dari beberapa jenis obat, seperti tenofovir, emtricitabine, atau lamivudine, dengan tambahan obat lain seperti efavirenz atau dolutegravir.
 - Pemilihan obat harus memperhatikan efek samping terhadap ibu dan bayi, serta kenyamanan pengobatan.
 - Prinsip pemberian ARV adalah harus menggunakan 3 jenis obat yang ketiganya harus terserap dan berada dalam dosis terapeutik dalam darah, dikenal dengan *highly active antiretroviral therapy* (HAART). Istilah HAART sering disingkat menjadi ART (*antiretroviral therapy*) atau terapi ARV.
 - Panduan yang digunakan dalam pengobatan ARV berdasarkan pada 5 aspek yaitu efektivitas, efek samping/toksistas, interaksi obat, kepatuhan, dan harga obat.

2. Pengendalian *Viral Load*:
 - Terapi ARV bertujuan untuk menurunkan *viral load* HIV pada darah ibu sampai ke tingkat yang sangat rendah, idealnya kurang dari 50 kopi virus per milliliter.
 - *Viral load* yang tidak terkontrol berisiko meningkatkan penularan pada bayi.

3. Penghindaran Persalinan Per-Vaginal:
 - Jika *viral load* HIV terkontrol dengan baik, persalinan normal (per vaginam) dapat dilakukan, meskipun beberapa kondisi mungkin memerlukan persalinan dengan operasi *sectio cesarea*.

- Penggunaan obat antiretroviral intrapartum (selama persalinan) dapat membantu mengurangi risiko penularan.

4. Pemberian Obat kepada Bayi:

Segera setelah lahir, neonatus yang terekspos HIV harus mendapatkan terapi antiretroviral, termasuk bayi yang lahir dari ibu yang sudah mendapatkan regimen ARV standar, *viral load* yang rendah serta persalinan dengan *sectio cesaria*. Regimen yang digunakan adalah zidovudin, selama 6 minggu pertama. Penggunaan ARV oleh ibu juga perlu dilanjutkan baik untuk kesehatannya sendiri maupun pencegahan penularan.

5. Penyuluhan dan Dukungan Psikososial:

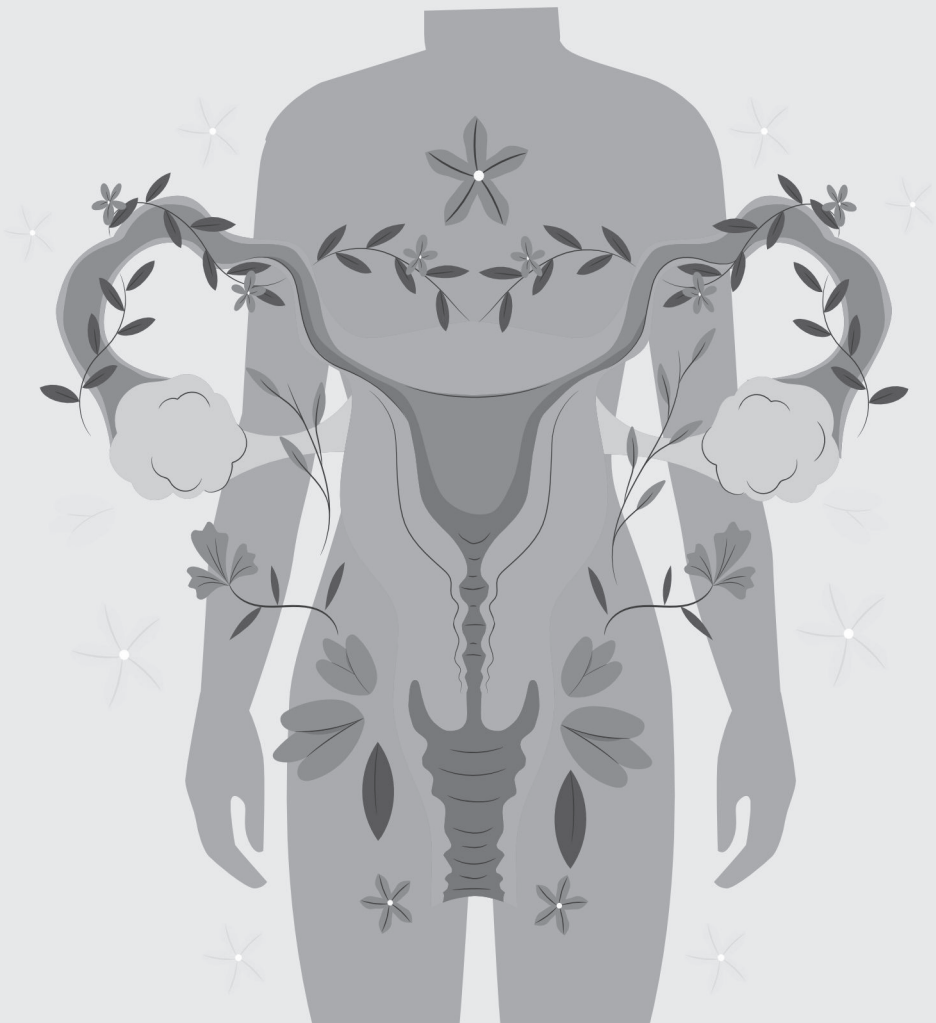
- Penting untuk memberikan dukungan psikososial dan pendidikan kepada ibu hamil terkait pengobatan ARV dan pengelolaan HIV selama kehamilan serta setelah melahirkan.

Dengan pengelolaan yang baik dan dukungan medis, banyak wanita hamil dengan HIV dapat melahirkan bayi yang sehat tanpa terinfeksi HIV.

BAB 10 MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI : PORNOGRAFI

Novita Sari

Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Horizon Indonesia



Adanya media komunikasi dan semakin majunya perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah memudahkan penyebaran konten pornografi. Di Indonesia, dari semua kalangan masyarakat, khususnya pada remaja, memiliki akses yang sangat mudah untuk mendapatkan materi tentang pornografi. Kelompok usia 12-17 tahun adalah konsumen terbesar pornografi di internet. Sembilan dari sepuluh anak berusia antara 8-16 tahun telah melihat pornografi di internet. Kebanyakan pornografi terakses tanpa sengaja ketika seorang anak sedang menyelesaikan pekerjaan rumah. Pornografi dapat membuat seseorang kecanduan, seseorang akan terdorong mengonsumsi pornografi berulang-ulang setelah menyaksikan untuk pertama kalinya. Kondisi ini apabila tidak segera diatasi akan merusak fungsi otak bagian depan, yaitu pre-frontal cortex.

Berdasarkan data dari Kementerian Komunikasi dan Informatika, ada 1.573.282 konten negatif yang tersebar di situs internet sepanjang bulan Januari hingga Oktober tahun 2021. Kominfo menemukan bahwa konten pornografi paling mendominasi. Ditemukan ada 1.109.416 konten pornografi yang tersebar di internet. Pada tahun 2023 sebanyak sebanyak 18.219 konten pornografi ditemukan dan ditangani oleh Menteri komunikasi dan informatika. Berdasarkan data dari Penegakan Hukum Pornografi Tahun 2024 Bareskrim Polri, terdapat 1.433 jumlah kasus pencabulan terhadap anak, sebanyak 271 jumlah kasus pornografi online, sebanyak 2.896 jumlah kasus persetebuhan terhadap anak, dan sebanyak 32 jumlah kasus pornografi online terhadap anak. Berdasarkan data dari Penegakan Hukum Pornografi Tahun 2024 Bareskrim Polri, terdapat 1.433 jumlah kasus pencabulan terhadap anak, sebanyak 271 jumlah kasus pornografi online, sebanyak 2.896 jumlah kasus persetebuhan terhadap anak, dan sebanyak 32 jumlah kasus pornografi online terhadap anak.

Hasil Survei Nasional Pengalaman Hidup Anak dan Remaja (SNPHAR), menyebutkan bahwa 34,5 persen anak laki-laki dan 25 persen anak perempuan pernah terlibat pornografi atau

mempraktikan langsung kegiatan seksual, dan semua itu berawal dari mereka melihat video porno. Kegiatan seksual akan erat kaitannya dengan seks bebas yang akan berdampak pada Kesehatan reproduksi, seperti penularan penyakit menular seksual (PMS) dan kehamilan tidak diinginkan.

A. Definisi

Pornografi dalam pendekatan yuridis adalah menurut Undang-Undang No.44 tahun 2008. Pornografi adalah gambar, sketsa, ilustrasi, foto, tulisan, suara, bunyi, gambar bergerak, animasi, kartun, percakapan, gerak tubuh, atau bentuk pesan lainnya melalui berbagai bentuk media komunikasi dan/atau pertunjukan di muka umum, yang memuat kecabulan atau eksploitasi seksual yang melanggar norma kesusilaan dalam masyarakat. Jadi pengertian pornografi adalah segala sesuatu baik dalam bentuk tulisan, gambar, suara, maupun video yang mengandung kecabulan yang melanggar norma sosial masyarakat dan dampaknya dapat memengaruhi atau meningkatkan nafsu birahi seseorang.

Pornografi merupakan salah satu perilaku negatif yang umum dilakukan oleh remaja dikarenakan mudahnya mengakses konten pornografi di tambah hasrat ingin tahu remaja yang tinggi menyebabkan banyak remaja yang terjerumus di dalam kecanduan hal-hal yang berbau pornografi. Remaja adalah masa peralihan dari masa anak-anak dengan masa dewasa dengan rentang usia antara 12 – 22 tahun, dimana pada masa tersebut terjadi proses pematangan baik itu pematangan fisik, maupun psikolog. Saat remaja bertumbuh, mereka mengalami perubahan emosional, kognitif, dan psikologis. Salah satu perubahan yang tidak bisa dihindari adalah meningkatnya minat dan keingintahuan tentang hal-hal yang terjadi pada remaja, termasuk masalah seksual. Teknologi canggih telah membuat konten seksual, terutama pornografi, lebih mudah diakses, sehingga banyak remaja menikmatinya dan menjadi kecanduan. Faktor pemicu anak-anak yang terpapar pornografi melalui internet memiliki gaya hidup

tidak terkontrol dari orangtuanya dan kurangnya pengawasan dari keluarga, kurangnya komunikasi, tuntutan yang berlebihan, kekerasan terhadap anak, ketidaktahuan akan potensi anak, serta diskriminasi oleh orang tua atau lingkungan, semuanya dapat membahayakan remaja yang memicu remaja untuk leluasa dalam mengakses konten-konten dewasa di internet.

Awalnya saat melihat pornografi, reaksi yang ditimbulkan adalah perasaan jijik, hal ini terjadi karena manusia mempunyai sistem limbik, Sistem limbik adalah bagian otak yang sangat berperan dalam pembentukan tingkah laku emosi (marah, taktik, dorongan seksual). sistem ini pula yang mengeluarkan hormon dopamin untuk menenangkan otak, tetapi dopamin juga akan memberi rasa senang, bahagia sekaligus ketagihan. Dopamin mengalir ke arah Pre frontal cortex (PFC) ini adalah bagian otak yang terletak di belakang dahi yang memiliki fungsi untuk mengatur fungsi eksekutif seperti membedakan mana yang baik dan buruk, PFC menjadi tidak aktif karena terendam dopamin. Apabila dopamin semakin banyak maka seseorang akan timbul rasa penasaran dan semakin kecanduan melihat pornografi, namun untuk memenuhi kepuasan dan kesenangannya, seseorang akan melihat yang lebih porno / vulgar lagi untuk memicu dopamin yang lebih banyak. Karena terus dibanjiri dopamin, PFC akan semakin mengkerut dan mengecil dan lama-lama menjadi tidak aktif akibatnya fungsi dari bagian otak ini semakin tidak aktif. Semakin seseorang kecanduan dalam mengkonsumsi pornografi maka akan semakin besar rasa keinginan untuk melakukan hubungan seksual secara bebas untuk memenuhi Hasratnya.

Secara terminologis seks adalah nafsu syahwat, yaitu suatu kekuatan pendorong hidup yang biasanya disebut dengan insting/ naluri yang dimiliki oleh setiap manusia, baik dimiliki laki-laki maupun perempuan yang mempertemukan mereka guna meneruskan kelanjutan keturunan manusia. Seksualitas merupakan suatu istilah yang mencakup segala sesuatu yang berkaitan dengan seks. Dalam

pengertian ini, ada 2 aspek (segi) dari seksualitas, yaitu seks dalam arti sempit dan seks dalam arti luas. Seks dalam arti yang sempit berarti kelamin, yang mana dalam pengertian kelamin ini, antara lain:

1. Alat kelamin itu sendiri
2. Anggota tubuh dan ciri badaniyah lainnya yang membedakan antara laki-laki dan perempuan
3. Kelenjar-kelenjar dan hormon-hormon dalam tubuh yang mempengaruhi bekerjanya alat-alat kelamin
4. Hubungan kelamin (senggama, percumbuan)

B. Tingkatan Kecanduan Pornografi

Adapun tingkatan seseorang terhadap kecanduan pornografi menurut Skinner 2005 dibagi menjadi:

1. Level 1 : melihat pornografi sekali atau dua kali setahun, paparan sangat terbatas.
2. Level 2 : beberapa kali setiap tahun tetapi tidak lebih dari enam kali, fantasi sangat Minimal
3. Level 3 : mulai muncul tanda kecanduan, sebulan sekali, mencoba menahan diri
4. Level 4 : mempengaruhi fokus untuk tugas sehari-hari, beberapa kali dalam sebulan
5. Level 5 : Setiap minggu, berusaha keras untuk berhenti, namun mulai gejala withdrawal
6. Level 6 : Setiap hari untuk memikirkan pornografi, menyebabkan berbagai dalam kehidupan masalah
7. Level 7 : perasaan ketidakberdayaan dan keputusasaan bila tidak melihat konsekuensi negatif pornografi.

C. Ciri – Ciri seseorang yang kecanduan pornografi

Seseorang yang mengalami kecanduan pornografi mungkin merasa terganggu dalam aktivitas sehari-hari, menghabiskan waktu yang berlebihan untuk mengonsumsi pornografi, dan mengalami kesulitan dalam berhenti meskipun menyadari dampak negatifnya.

1. Sering tampak gugup apabila ada yang mengajaknya komunikasi, menghindari kontak mata.
2. Tidak punya gairah aktivitas, prestasi menurun
3. Malas, enggan belajar dan enggan bergaul, sulit konsentrasi
4. Enggan lepas dari gawainya (gadget), bila ditegur dan dibatasi penggunaannya akan marah
5. Senang menyendiri, terutama dikamarnya, menutup diri
6. Melupakan kebiasaan baiknya

D. Dampak Pornografi terhadap Kesehatan Reproduksi

1. Pengaruh Terhadap Kesehatan Otak

Pornografi merupakan adiksi baru yang tidak tampak pada mata, tidak terdengar oleh telinga, namun menimbulkan kerusakan otak yang permanen bahkan melebihi kecanduan narkoba. Kecanduan pornografi juga mengakibatkan kerusakan otak yang cukup serius. Pornografi bukan hanya merusak otak dewasa tetapi juga otak anak. Kerusakan otak tersebut sama dengan kerusakan otak pada orang yang mengalami kecelakaan mobil dengan kecepatan sangat tinggi. Kerusakan otak yang diserang oleh pornografi adalah *Pre Frontal Korteks* (PFC), bagi manusia bagian otak ini merupakan salah satu bagian yang paling penting karena bagian otak ini hanya dimiliki oleh manusia sehingga manusia memiliki etika bila dibandingkan hewan. Bagian otak ini berfungsi untuk menata emosi, memusatkan konsentrasi, memahami dan membedakan benar dan salah, mengendalikan diri, berfikir kritis, berfikir dan berencana masa depan, membentuk kepribadian, dan berperilaku sosial. Kerusakan pada PFC dapat menyebabkan penurunan volume otak, gangguan perkembangan pada otak, kesulitan untuk berkonsentrasi, sulit untuk mengambil Keputusan, menurunnya kepercayaan pada diri sendiri, dan menurunnya kreativitas serta susah untuk bersosialisasi. Ketika seseorang mengakses konten pornografi, otak melepaskan dopamin, yang dikenal

sebagai "hormon kebahagiaan," untuk memberikan perasaan kenikmatan. Seiring waktu, otak bisa menjadi terbiasa dengan stimulasi berlebihan ini, yang menyebabkan perubahan dalam cara otak merespons rangsangan. Perubahan yang dapat terjadi di otak akibat kecanduan pornografi adalah Penurunan sensitivitas dopamine, Perubahan dalam sistem reward otak, Gangguan kontrol impuls, Masalah hubungan sosial dan seksual

2. Pengaruh terhadap Kesehatan mental

Kecanduan pornografi bukan hanya memengaruhi otak secara fisiologis, tetapi juga dapat berpengaruh pada kesehatan mental dan emosional seseorang. Lebih dari 50 persen atau mayoritas dari remaja Indonesia menonton video porno, yaitu memiliki banyak dampak negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain, perubahan emosi, bahkan menurunnya kemampuan bersosialisasi. Bukan hanya itu, seseorang yang kecanduan pornografi juga dapat memiliki masalah mental seperti depresi, gangguan konsep diri, hingga penyimpangan seksual. Berbagai penelitian menemukan adanya hubungan antara konsumsi konten pornografi secara berlebihan dengan risiko mengalami depresi dan kecemasan yang lebih tinggi. Melihat konten pornografi dapat menyebabkan perubahan mood yang drastis dan meningkatkan tingkat stress. Selain dampak pada sendiri pornografi juga memiliki dampak terhadap orang-orang bahkan lingkungan sekitar.

3. Gangguan dalam Hubungan Seksual

Pornografi dapat menciptakan ekspektasi yang tidak realistis mengenai hubungan seksual dan tubuh manusia. Ini bisa menyebabkan ketidakpuasan dalam hubungan seksual nyata dan dapat menyebabkan gangguan fungsi seksual seperti disfungsi ereksi pada pria atau gangguan gairah seksual pada wanita. Beberapa dampak umum yang sering terjadi akibat kecanduan pornografi pada hubungan seksual adalah :

- a. Turunnya Kepuasan Seksual dalam Kehidupan Nyata
Seseorang yang kecanduan pornografi mungkin merasa kesulitan untuk merasakan kepuasan seksual dengan pasangan nyata karena mereka terbiasa dengan rangsangan yang berlebihan atau tidak realistis yang diberikan oleh pornografi. Ini bisa mengurangi kepuasan dan keintiman dalam hubungan seksual yang nyata.

- b. Disfungsi Ereksi
Pria yang mengonsumsi pornografi dalam jumlah berlebihan mungkin mengalami disfungsi ereksi, terutama jika mereka sudah terbiasa dengan stimulasi visual yang sangat eksplisit. Ini bisa mengarah pada kesulitan mempertahankan ereksi atau kesulitan untuk mencapai ereksi sama sekali saat berhubungan seksual dengan pasangan.

- c. Penurunan Keintiman Emosional
Kecanduan pornografi sering kali dapat mengarah pada penurunan keintiman emosional dalam hubungan. Ketika seseorang lebih tertarik pada pornografi daripada hubungan nyata dengan pasangan, bisa terjadi perasaan keterasingan dan kesulitan untuk terhubung secara emosional dengan pasangan.

- d. Penurunan Libidonya
Beberapa orang mungkin mengalami penurunan gairah seksual atau libido karena kecanduan pornografi. Otak mereka bisa terbiasa dengan stimulasi visual yang sangat kuat, yang membuat rangsangan seksual dari pasangan nyata terasa kurang memadai atau tidak memadai.

e. Perilaku Seksual yang Tidak Sehat

Kecanduan pornografi bisa mendorong seseorang untuk mencari pengalaman seksual yang tidak sehat atau tidak realistis, yang bisa mempengaruhi bagaimana mereka berinteraksi dengan pasangan dalam kehidupan nyata. Ini bisa melibatkan harapan yang tidak realistis, eksperimen berisiko, atau keinginan untuk mencoba hal-hal yang lebih ekstrem atau menyimpang.

f. Kecemasan dan Depresi

Kecanduan pornografi juga dapat berkontribusi pada peningkatan kecemasan dan depresi, yang dapat mempengaruhi kehidupan seksual. Stres dan perasaan bersalah terkait dengan kecanduan atau ketidakpuasan dalam hubungan bisa membuat individu merasa tertekan atau tidak mampu menikmati hubungan seksual secara sehat.

4. Masalah Kesehatan Reproduksi

Kecanduan pornografi bisa berdampak serius pada kesehatan reproduksi seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Beberapa masalah kesehatan reproduksi yang dapat terjadi akibat kecanduan pornografi antara lain:

- a. **Disfungsi Ereksi (ED) merupakan** bagian dari masalah kesehatan reproduksi yang paling umum terkait dengan kecanduan pornografi adalah disfungsi ereksi. Ketika seseorang sering terpapar pornografi, otak bisa menjadi terbiasa dengan rangsangan yang sangat kuat dan tidak realistis. Hal ini bisa menyebabkan kesulitan dalam mempertahankan ereksi saat berhubungan seks dengan pasangan nyata. Kondisi ini dikenal dengan istilah "*porn-induced erectile dysfunction*" (PIED). Pasien yang mengalami kondisi ini seringkali tidak dapat mencapai ereksi

tanpa adanya stimulasi visual seperti yang diberikan oleh pornografi.

- b. **Penurunan Libido (Gairah Seksual)** Ketika seseorang kecanduan pornografi, ada kemungkinan penurunan gairah seksual terhadap pasangan. Ini terjadi karena otak telah terbiasa dengan rangsangan yang berlebihan dari pornografi dan kurang sensitif terhadap rangsangan seksual alami yang berasal dari pasangan. Akibatnya, gairah seksual bisa menurun, bahkan dalam hubungan seksual yang sehat.
- c. **Gangguan Ejakulasi adalah** Kecanduan pornografi juga dapat mempengaruhi fungsi ejakulasi. Salah satunya adalah ejakulasi dini, yang dapat terjadi karena kecanduan pornografi mengubah cara otak merespons rangsangan seksual. Selain itu, beberapa individu mungkin mengalami kesulitan untuk mencapai ejakulasi saat berhubungan seks dengan pasangan karena kebiasaan mengandalkan rangsangan visual yang berbeda.
- d. **Masalah Psikologis yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi** bagi yang Kecanduan pornografi sering kali disertai dengan perasaan cemas, stres, atau depresi. Kondisi psikologis ini dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi, karena ketegangan emosional atau mental dapat mengganggu kemampuan tubuh untuk berfungsi secara optimal selama hubungan seksual. Stres juga diketahui dapat menurunkan kadar hormon reproduksi yang penting, seperti testosteron pada pria, yang dapat berkontribusi pada masalah seksual.
- e. **Kecemasan dan Ketegangan dalam Hubungan Seksual** adalah Kecanduan pornografi dapat menciptakan ketegangan dalam hubungan seksual

yang nyata. Misalnya, seseorang yang sering menonton pornografi mungkin mulai memiliki harapan atau preferensi yang tidak realistis terhadap penampilan fisik atau perilaku seksual pasangan mereka. Hal ini bisa menyebabkan kecemasan dan ketidakpuasan seksual, yang pada gilirannya mengarah pada masalah dalam hubungan intim atau keintiman.

- f. **Gangguan Fungsi Hormon Seksual** yaitu Paparan pornografi yang berlebihan bisa memengaruhi produksi hormon seksual, seperti testosteron dan estrogen, yang berperan dalam fungsi seksual yang sehat. Pengaruh jangka panjang terhadap hormon ini bisa berdampak pada kesehatan reproduksi, baik pada pria maupun wanita, serta berkontribusi pada gangguan seksual.

Kecanduan pornografi dapat menyebabkan gangguan yang sangat mempengaruhi kesehatan reproduksi dan kualitas kehidupan seksual. Jika seseorang merasa bahwa kecanduannya mengganggu aspek seksual atau kesehatannya secara keseluruhan, mencari bantuan dari seorang profesional seperti psikolog atau terapis seks dapat sangat membantu. Pendekatan terapeutik dapat membantu individu untuk mengatasi kecanduan dan mengembalikan kehidupan seksual yang sehat dan memuaskan.

E. Pencegahan dan Pengobatan

1. Edukasi Seksual yang Sehat : Memberikan pendidikan seksual yang berbasis pada pemahaman tentang seks yang sehat, saling menghormati, dan pentingnya hubungan yang bermakna.
2. Pendekatan Terapi untuk Kecanduan Pornografi: Bagi mereka yang sudah terjebak dalam kecanduan, terapi perilaku kognitif atau konseling bisa sangat membantu

untuk mengatasi kecanduan ini dan mengembalikan keseimbangan dalam kehidupan seksual mereka.

3. Peran Keluarga dan Masyarakat: Keluarga dan masyarakat memiliki peran penting dalam memberikan pemahaman yang benar tentang seksualitas dan menghindari paparan pornografi, terutama pada generasi muda.

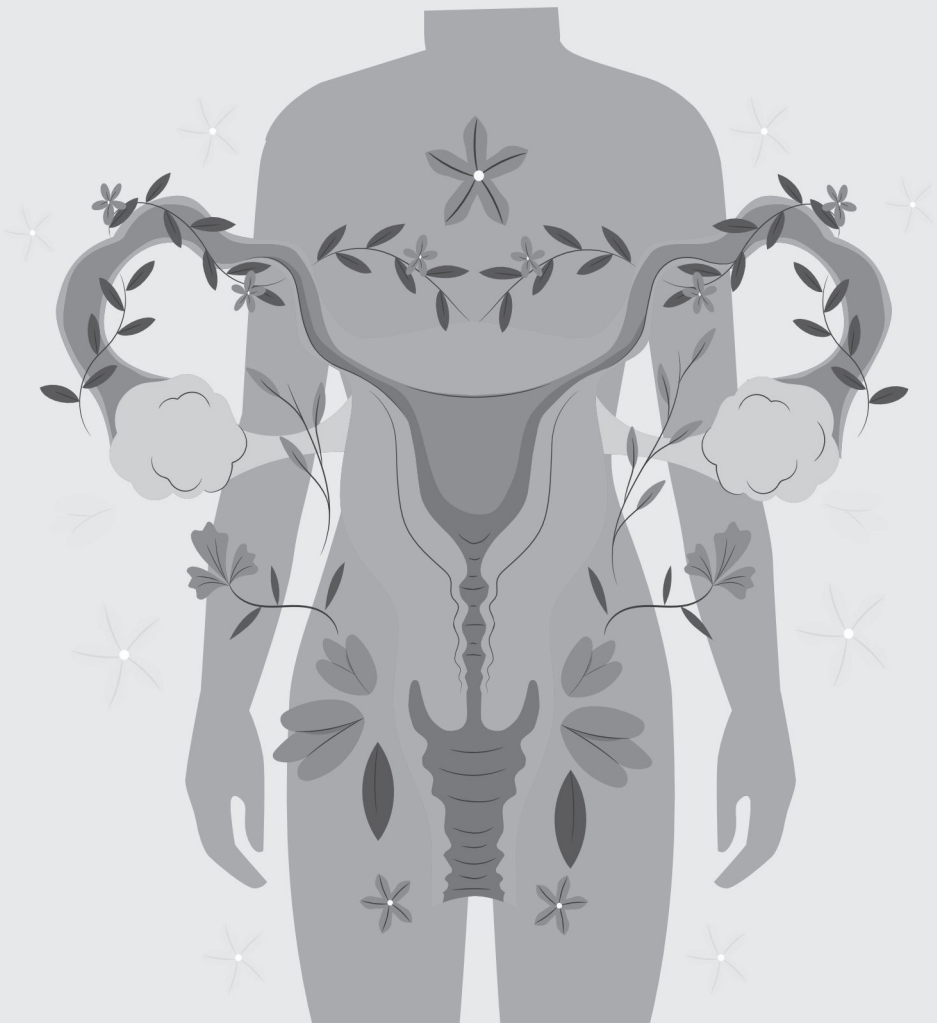
Oleh karena itu, diperlukan suatu pembinaan dan pengawasan dari semua kalangan, khususnya untuk anak-anak, remaja dan dewasa muda.

BAB 11

PERUNDUNGAN DI KALANGAN REMAJA

Kurnia Indriyanti Purnama Sari

STIKES Dian Husada Mojokerto



A. Definisi Perundungan di Kalangan Remaja

Perilaku perundungan telah lama dikenal sebagai masalah serius yang berkaitan dengan pertemanan dan berdampak pada kesehatan psikososial, akademik, emosional dan mental dari pelaku dan korban. Perundungan adalah bagian dari perilaku agresif dengan pengulangan sehingga korban menjadi sasaran dan ketidakseimbangan kekuatan korban tidak dapat membela dirinya karena satu atau beberapa alasan. Perilaku perundungan dapat terdiri dari perundungan fisik, verbal, dan sosial (Krisnana et al., 2021)

Menurut monks dalam (Drs. Suyahman, 2021) memberi batasan usia remaja yaitu diantara 12-21 tahun dimana 12-15 tahun merupakan masa remaja awal, 15- 18 tahun remaja pertengahan, selanjutnya 18-21 masa remaja akhir. Sedangkan menurut Hurlock ia membagi masa remaja menjadi dua bagian, yaitu masa remaja awal antara 13-16 tahun dan masa remaja akhir 17- 18 tahun (Muhith, n.d.).

Berdasarkan hasil survei Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA) tahun 2021 bahwa 14 dari setiap 100 laki-laki dan 11 dari setiap 100 anak perempuan berusia 13 hingga 17 tahun terlibat dalam beberapa jenis perilaku perundungan. Remaja di perkotaan dan pedesaan mengalami cyberbullying yaitu 32% pria dan 43% wanita (PPA, 2023). Berdasarkan laporan KPPI tahun 2021, terdapat 168 kasus cyberperundungan. Ada 226 insiden perundungan di sekolah pada tahun 2022, termasuk 18 insiden cyberbullying (Rasmita & Pasaribu, 2024)

Bullying pada remaja merupakan masalah yang marak terjadi di sekolah. Perundungan ini disebabkan oleh beberapa faktor seperti pola asuh, sekolah, harga diri dan norma kelompok. Untuk mencegah perilaku perundungan yang terjadi, pelajar perlu diberikan intervensi dari berbagai pihak berdasarkan pada faktor yang mempengaruhi perilaku perundungan. Maraknya aksi perundungan di kalangan remaja kini masih menjadi duri tajam bagi dunia pendidikan. Hal ini

dapat terlihat dari banyaknya kasus perundungan yang masih sering dijumpai di lingkungan sekolah. Perilaku perundungan merupakan perilaku yang menunjukkan moral yang kurang baik, akhlak yang rendah, kurang beradab dan bobroknya moral manusia dalam kehidupan bermasyarakat (Rasmita & Pasaribu, 2024).

B. Faktor yang Mempengaruhi Perundungan

Remaja masih rentan mengalami kekerasan seakan menambah catatan negatif kondisi pendidikan kita yang masih jauh dari konsep pendidikan yang humanis. Fenomena tersebut menegaskan terjadi ketimpangan yang besar antara tujuan pendidikan nasional dengan praktik pendidikan di lapangan. Bullying atau perundungan di sekolah termasuk salah satu penyebab stres pada anak. Selain itu, anak yang menjadi korban bullying dapat merasa malu, takut, dan sering kali menyembunyikan pengalamannya dari orang tua atau guru. Tekanan di sekolah menjadi salah satu penyebab stres yang dapat dialami oleh anak-anak. Anak kerap mendapatkan tekanan untuk bisa berprestasi di sekolah dan hal ini bisa membuat mereka merasa takut membuat kesalahan. Sebagai akibatnya, dapat menimbulkan perasaan stres pada anak sehingga mengalami kendala dalam pendidikan anak. Kualitas pendidik berpengaruh terhadap dampak bullying yang dialami oleh anak-anak di sekolah. Setidaknya dengan metode pengajaran yang baik dan berbeda dengan pengajaran biasanya, anak-anak yang mengalami bullying kemungkinan besar lebih mampu menangkap materi yang diajarkan oleh guru. (Nurazizah et al., 2022).

Selain kualitas pendidik yang baik, orang tua juga memiliki peran penting dalam menyikapi kasus perundungan yang terjadi pada anak-anak. Keterlibatan orang tua dalam pendidikan anak bullying akan memberi dampak yang positif bagi belajar anak. Anak yang didampingi dan mendapat perhatian akan meningkatkan motivasi belajar anak. Secara psikologis, anak merasa percaya diri,

disayang, diperhatikan dan dia merasa tidak sendiri sehingga dia akan merasa nyaman dan akhirnya menumbuhkan motivasi belajar anak, menumbuhkan rasa ingin tahu, hingga memacunya untuk memiliki pikiran terbuka (open minded) serta terlepas dari beban mental dampak perundungan yang dialaminya (Nurazizah et al., 2022).

Perkembangan revolusi industri yang sangat cepat ini menjadi sorotan bagi berbagai pihak, salah satunya berdampak pada kepribadian atau moralitas anak. Oleh karena itu kita harus mampu membentuk pola pikir anak, mengajari mereka untuk dapat menyaring berita atau informasi yang baik, dan mengajari mereka untuk berpikir positif. Munculnya industry 4.0 telah mengubah karakteristik siswa saat ini. Kemudahan masa ini juga memberikan anak-anak menjadi dimanjakan oleh teknologi dan segala sesuatu yang serba instan. Tentu saja hal ini menurunkan pentingnya karakter bagi generasi penerus bangsa. Tidak sedikit anak-anak dan remaja yang tidak menunjukkan prinsip-prinsip moral, etika, dan moral dari seorang muslim, hal ini cukup meresahkan. Apabila penurunan karakter dibiarkan tanpa adanya perbaikan atau penanganan dengan segera, maka hal itu akan menyebabkan perkembangan siswa menjadi kurang baik, seperti siswa yang tidak sopan kepada orang tua, guru maupun orang dewasa lainnya, serta terjadinya kasus kriminal bahkan pelecehan seksual (Nurazizah et al., 2022).

Dengan perkembangan zaman yang semakin canggih atau sering dikenal dengan zaman modern yang serba digital. Banyak anak-anak yang sudah mempunyai handphone, akan menjadi hal yang positif apabila pendidik maupun orang dewasa dapat memantau anak dalam menggunakan dan memanfaatkan kecanggihan teknologi, seperti mencari informasi mengenai ilmu pengetahuan, tetapi ada juga anak yang memanfaatkan handphone hanya untuk bermain game atau mencari informasi yang tidak baik. Hal tersebut akan berdampak dalam penurunan

moral, etika dan akhlak anak yang dapat memicu perilaku bullying. Bullying adalah pengalaman yang terjadi ketika seseorang merasa teraniaya oleh tindakan orang lain dan takut apabila perilaku buruk tersebut akan terjadi lagi (Karyanti & Aminudin, 2019: 1). Bullying didefinisikan sebagai perilaku agresif atau 'kerusakan' yang sengaja dilakukan oleh satu orang atau kelompok, dilakukan dengan cara berulang dan melibatkan perbedaan kekuatan dan kekuasaan. Selain guru, orang tua mempunyai peran yang sangat penting untuk memantau anak di era milenial saat ini, agar tetap terjaganya moral, akhlak dan etika yang baik serta dapat menghindari perilaku bullying. Pendidikan yang diwujudkan dengan baik antara keluarga, sekolah, dan lingkungan akan menghasilkan nilai-nilai karakter yang kuat. Melalui pendidikan yang diberikan dari sekolah, keluarga maupun lingkungan masyarakat diharapkan anak dapat mengimplementasikan pengetahuan yang telah dipelajari dalam kehidupan nyata (Nurazizah et al., 2022).

C. Bentuk Penyebab Perundungan

Bullying termasuk dalam perilaku menyimpang. Menurut Zanden perilaku menyimpang pada masyarakat dapat disebabkan beberapa faktor. Pertama, kelonggaran aturan dan norma yang berlaku di wilayah tersebut. Kedua, sosialisasi yang kurang sempurna sehingga sosialisasi yang terjadi cenderung kepada subkebudayaan yang menyimpang (Siahaan, 2002). Berdasarkan definisi tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa perundungan atau lazimnya disebut bullying adalah perilaku menyimpang yang dilakukan dengan sengaja oleh seseorang yang lebih kuat terhadap orang yang lemah dengan tujuan untuk mengancam, menakuti, atau membuat korbannya tidak bahagia. Perundungan merupakan perilaku yang disengaja untuk menyakiti atau melukai korbannya baik secara jasmani dan rohani. Menurut Asnawi (2019). Terdapat empat bentuk perundungan/ bullying sebagai berikut:

1. Verbal, berupa celaan, fitnah, atau penggunaan kata-kata yang tidak baik untuk menyakiti orang lain

2. Fisik, berupa pukulan, menendang, menampar, meludahi atau segala bentuk kekerasan yang menggunakan fisik
3. Relasional, berupa pengabaian, pengucilan, cibiran dan segala bentuk tindakan untuk mengasingkan seseorang dari komunitasnya.
4. Cyber, segala bentuk tindakan yang dapat menyakitkan orang lain dengan sarana media elektronik; rekaman video intimidasi, pencemaran nama baik lewat media sosial.

D. Penyebab Perundungan di Kalangan Remaja

Menurut sebuah studi dari penelitian yang relevan, variabel berikut berkontribusi terhadap perilaku bullying remaja Indonesia. Diantaranya :

1. Teman Sebaya

Teman sebayanya yang senang mengejek dengan menggunakan kata-kata kasar, memanggil menggunakan nama ayah, dan mencaci bahasa daerah korban. Kemudian geng bertanggung jawab atas kondisi yang mengarah pada intimidasi (Rasmita & Pasaribu, 2024). Kelompok atau geng mendorong dan memungkinkan penjahat untuk melakukan tindakan kekerasan terhadap korbannya (Haslan et al., 2020). Intimidasi teman sebaya terjadi ketika siswa dari tipe kepribadian yang berbeda dan dari konteks pendidikan yang berbeda berinteraksi satu sama lain (Rasmita & Pasaribu, 2024). Siswa lebih rentan terhadap perilaku intimidasi teman sekelas mereka selama masa remaja atau sering disebut dengan konformitas (Susilawati et al., 2015). Ini karena, seperti halnya remaja, orang dewasa muda selalu tertarik pada kelompok usia dan minat mereka sendiri (Bulu et al., 2019). Remaja terlibat dalam perilaku intimidasi ketika mereka melihat rekan-rekan mereka terlibat dalam perilaku tersebut dan ketika mereka menginginkan penerimaan sosial di dalam sebuah geng terlepas dari kenyataan bahwa anak muda merasa malu dengan

tindakan mereka (Haslan et al., 2020).

Siswa perlu diajari tidak hanya untuk bertoleransi tetapi juga untuk menghargai dan berempati dengan orang lain yang berbeda dari dirinya. Mereka juga tidak boleh membentuk opini tentang teman mereka berdasarkan kekayaan mereka. Siswa yang berempati tinggi mampu merasakan apa yang dirasakan teman sebayanya. Karena itu, siswa kurang cenderung terlibat dalam perilaku intimidasi (Susilawati et al., 2015).

2. Keluarga

Keluarga sebagai lingkungan pertama seorang individu memiliki peran penting dalam membentuk pola pikir, sikap, dan perilaku. Perundungan pada remaja dapat disebabkan oleh pola asuh yang tidak sehat, seperti sikap otoriter, permisif, atau pengabaian emosional. Konflik internal dalam keluarga, kekerasan domestik, atau kurangnya komunikasi positif juga menjadi faktor risiko utama.

Kegagalan keluarga untuk membicarakan masalah mereka adalah penyebabnya (Rasmita & Pasaribu, 2024). Selain itu, banyak dari remaja dan pelaku ini berasal dari rumah tangga yang disfungsi, di mana makanan langka atau tidak ada, dan di mana anak-anak diintimidasi agar memberi mereka uang untuk membeli makanan saat mereka lapar (Haslan et al., 2020). Sebagian besar keluarga tidak peduli jika intimidasi terjadi sama sekali (Rusnoto & Syafiq, 2017). Selain itu, memiliki banyak saudara kandung berkontribusi pada pola asuh yang buruk karena saudara kandung cenderung menonjolkan kualitas positif satu sama lain, menjadikan mereka sasaran yang lebih mudah untuk diintimidasi. Lalu ada siswa yang menginternalisasi norma perilaku intimidasi keluarga besar mereka (Sudiarti et al., 2021). Ketika orang tua memprioritaskan hukuman daripada mendengarkan alasan anaknya, mereka cenderung menetapkan batasan tanpa mempertimbangkan

keadaan anak. Pola asuh otoriter terjadi ketika orang tua terlalu fokus pada kebutuhannya sendiri untuk mendorong perkembangan anaknya (Tis'Ina & Suroso, n.d.)

Pelaku intimidasi seringkali berasal dari keluarga yang disfungsi, di mana ada hukuman yang berlebihan di rumah atau di mana terdapat banyak permusuhan dan ketegangan. Ketika anak-anak melihat orang tua mereka berkelahi, mereka cenderung bertindak dengan cara yang sama dengan teman-teman mereka. Pembelajaran sambil melakukan semacam ini akan mengajarnya bahwa "tidak apa-apa bagi yang kuat untuk melakukan kekerasan, dan perilaku seperti itu bahkan dapat meningkatkan kedudukan dan pengaruh sosial seseorang" jika tidak ada dampak keras dari lingkungan atas perilaku semacam ini. Ini mengatur panggung bagi anak untuk mulai mengganggu orang lain (Zakiah et al., 2017).

Penelitian yang dilakukan oleh Tis'Ina & Suroso (2015) bahwa pola asuh otoriter telah dikaitkan dengan perilaku intimidasi. Hal ini disebabkan fakta bahwa anak-anak muda yang patuh yang dibesarkan di rumah otoriter pada akhirnya dapat memberontak terhadap pengasuhan mereka. Kurangnya pengendalian diri, pemikiran, kepercayaan diri, kreativitas, pertumbuhan moral, keingintahuan, dan kedewasaan semuanya menjadi ciri anak-anak.

Pola asuh otoriter menyebabkan perilaku bullying pada remaja. Pola asuh orang tua akan berdampak pada perilaku agresif remaja terhadap teman sebayanya, dan salah satu bentuk perilaku agresif adalah bullying. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perlakuan orang tua dikategorikan melakukan pola asuh otoriter, orang tua memarahi anak ketika anak tidak mematuhi aturan. Hukuman fisik dan penerapan disiplin yang ketat dari orang tua akan memberikan dampak negatif, salah satunya adalah munculnya perilaku agresif pada anak. Hukuman yang kejam dari orang tua dapat meningkatkan kerentanan

remaja untuk melakukan perilaku bullying di sekolah atau sebaliknya (Krisnana et al., 2021)

3. Lingkungan Sekolah

Lingkungan sekolah yang tidak kondusif dapat memicu perilaku perundungan. Faktor seperti kurangnya pengawasan guru, ketidakjelasan aturan disiplin, atau budaya kompetitif yang tidak sehat mendorong munculnya perilaku agresif di kalangan siswa. Ketidakmampuan sekolah untuk menciptakan suasana inklusif juga menjadi penyebab berkembangnya perundungan.

Pengawasan sekolah yang tidak memadai—seperti mengabaikan jika ada masalah di antara siswa merupakan penyebab utama intimidasi. Ini karena administrator jarang berkeliling untuk memeriksa kelas ketika instruktur terlibat dalam kegiatan instruksional, restoratif, atau rekreasi. Tugas kepala sekolah ada dua: pertama, memantau kinerja guru, dan kedua, memantau tindakan siswa di kelas (Herawati & Deharnita, 2019). Sekolah bukanlah tempat yang aman untuk belajar karena kebanyakan intimidasi berasal dari administrasi yang tidak efektif dan pengawasan disipliner. Siswa berprestasi di tingkat tertinggi secara akademis ketika mereka merasa aman dan dihargai di sekolah. Jika tidak demikian, siswa dapat melakukan intimidasi dan bentuk perilaku antisosial lainnya untuk mendapatkan kekuasaan atas lingkungan mereka. Anak-anak yang melecehkan orang lain mendapatkan penguatan positif atas tindakan mereka karena masalah intimidasi sering diabaikan di sekolah.

Bullying secara signifikan dipengaruhi oleh suasana di sekolah (Susilawati et al., 2015). Hal ini karena orang-orang di komunitas sekolah tidak terlibat secara konsisten atau baik satu sama lain. Perkembangan akademik, sosial, dan emosional anak semuanya dipengaruhi oleh interaksi komunitas sekolah yang

konsisten satu sama lain (“iklim sekolah”) seperti dikemukakan (Muntu et al., 2023). Kualitas koneksi yang terbentuk antara instruktur dan siswa di sekolah berdampak signifikan pada pertumbuhan kognitif, sosial, dan psikologis anak. Sebuah “iklim sekolah yang baik” adalah upaya kolaboratif dari administrator dan guru menuju tujuan ini. Hal ini sesuai dengan apa yang dikatakan Arieston, bahwa perilaku bullying disebabkan oleh kondisi sekolah; secara spesifik bahwa bullying dapat menyebar dengan cepat di lingkungan sekolah yang sering memberikan umpan balik negatif kepada anak, seperti hukuman yang tidak tepat, yang pada gilirannya tidak menimbulkan rasa hormat dan rasa hormat.. solidaritas di kelas.

4. Media Sosial

Media sosial sering kali menjadi tempat perundungan siber (cyberbullying). Platform ini memungkinkan anonimitas yang membuat pelaku merasa aman untuk menyebarkan ujaran kebencian, penghinaan, atau pelecehan. Konten yang viral dalam waktu singkat juga meningkatkan intensitas dan dampak perundungan.

Remaja yang melihat siaran media sosial tentang insiden kekerasan, termasuk intimidasi, mungkin lebih cenderung terlibat dalam pola perilaku intimidasi itu sendiri. Pelaku intimidasi merasa terinspirasi untuk terlibat dalam perilaku kekerasan setelah melihat perilaku tersebut di media sosial, dan bahwa teman pelaku intimidasi sering merekam tindakan kekerasan mereka untuk memastikan bahwa tindakan tersebut dibagikan secara online (Haslan et al., 2020). Penindasan biasanya merupakan hasil akhirnya. Dunia sosial dan fisik menjadi tidak selaras sebagai akibat dari pola perilaku ini. Penonton muda dari materi seksual atau kekerasan yang tidak sesuai usia dapat mengembangkan selera untuk menindas orang lain seusia mereka (Ilham et al., 2021)

5. Lingkungan Masyarakat

Lingkungan masyarakat yang kurang peduli terhadap norma-norma sosial atau yang terbiasa dengan budaya kekerasan dapat memperkuat perilaku perundungan. Ketidakhadiran sanksi sosial atau dukungan komunitas yang lemah sering kali mendorong remaja untuk meniru perilaku negatif yang mereka lihat.

Bersosialisasi di lingkungan yang buruk (pergaulan bebas) dan pertahanan diri yang kurang baik lebih mungkin untuk diintimidasi. Remaja menjadi mangsa pengaruh negatif dari lingkungan mereka secara bertahap karena perasaan komunitas yang terus-menerus, hal ini tidak bisa dihindari (Haslan et al., 2020). Temuan Waliyanti (2018), yang menemukan bahwa lingkungan remaja memengaruhi tindakan mereka, memberikan kepercayaan pada gagasan ini. Para remaja, menurut orang tuanya, mencontoh ustadz. Seorang ayah bahkan mengakui bahwa pendidikan agama remajanya lebih baik dilayani oleh teman-teman sekelasnya daripada dia sendiri. Oleh karena itu, sangat penting untuk melestarikan planet ini untuk generasi berikutnya sehingga orang-orang di masa depan dapat dikondisikan untuk meniru nilai-nilai sosial yang terpuji dan menghargai pentingnya bimbingan orang tua (Waliyanti et al., 2018)

6. Kontrol Diri

Kontrol diri adalah kemampuan individu untuk mengendalikan emosi dan impulsnya. Remaja yang memiliki kontrol diri rendah lebih rentan melakukan tindakan perundungan karena sulit menahan dorongan agresif atau frustrasi. Sebaliknya, kontrol diri yang baik dapat mencegah perilaku impulsif dan agresif.

Penelitian (Sudiarti et al., 2021) bahwa siswa dengan kontrol diri yang tidak memadai lebih rentan terhadap

pengaruh negatif dan kurang memiliki kemampuan untuk mengatur emosinya dalam kondisi buruk. Penindasan lebih sering terjadi di kalangan remaja yang kurang memiliki kendali diri dan sekolah yang memiliki sedikit atau tanpa pedoman sama sekali. Siswa yang memiliki pengendalian diri yang tinggi, sebaliknya, mampu dan mengelola perilakunya secara positif dengan belajar mengumpulkan fakta sebelum membentuk opini dan dengan mempertimbangkan konsekuensi dari tindakan agresifnya (Sudiarti et al., 2021). Hal ini sesuai dengan kemampuan untuk mengontrol diri merupakan prediktor yang signifikan terhadap apakah seseorang terlibat dalam perilaku bullying atau tidak. Mereka yang kurang disiplin diri cenderung bertindak sembrono, berpikir dalam jangka pendek, dan memiliki keyakinan yang kaku. Oleh karena itu, seorang remaja harus belajar disiplin diri. Diperkirakan bahwa seorang anak muda yang tidak tahu bagaimana mengelola emosinya akan mengalami krisis identitas, dan perilaku yang tidak diinginkan seperti intimidasi akan terjadi. Ketika orang memiliki banyak disiplin diri, mereka memiliki kekuatan untuk membuat perubahan positif dalam kehidupan pribadi dan profesional mereka.

7. Kepribadian

Kepribadian remaja, seperti tingkat agresivitas, empati, atau rasa percaya diri, sangat berpengaruh pada keterlibatan mereka dalam perundungan. Remaja dengan kepribadian dominan atau cenderung kurang empati lebih rentan menjadi pelaku. Sebaliknya, korban perundungan biasanya memiliki kepribadian yang pasif atau kurang asertif.

Kepribadian seseorang adalah kombinasi dari sifat intrinsik mereka dan kesan yang mereka peroleh sepanjang hidup mereka, terutama dari keluarga mereka selama tahun-tahun formatif mereka. Mengidentifikasi karakteristik berikut dalam kepribadian pelaku intimidasi: kecenderungan ketidaktaatan

dan agresi terhadap orang dewasa (termasuk orang tua dan guru), ketertarikan pada perilaku antisosial (seperti vandalisme, kenakalan, dan penggunaan narkoba), dan kemampuan untuk memaksa orang lain melakukan yang mereka inginkan adalah semua indikator siswa dengan perilaku.

8. Jenis Kelamin

Variasi gender yang signifikan dalam berbagai ciri kepribadian menguatkan pandangan ini. Salah satu cara untuk meringkas perbedaan antara jenis kelamin adalah sebagai berikut: Sementara laki-laki sering apatis, pendiam, dan mandiri, perempuan biasanya ramah, percaya diri, dan rentan secara emosional, membuat mereka sangat bergantung pada jaringan sosial mereka. Dengan demikian wanita lebih cenderung terlibat dalam perilaku agresif.

E. Dampak Perundungan

Dampak terhadap perundungan di kalangan remaja merujuk pada berbagai konsekuensi atau akibat yang muncul sebagai hasil dari perilaku perundungan. Dampak ini dapat dirasakan oleh pihak-pihak yang terlibat, termasuk korban, pelaku, maupun saksi. Dampaknya tidak hanya terbatas pada aspek psikologis, tetapi juga memengaruhi kesehatan fisik, akademis, sosial, dan perkembangan kepribadian mereka. Perundungan dapat memberikan efek jangka pendek, seperti stres emosional atau ketakutan, hingga jangka panjang, seperti trauma, gangguan mental, atau perilaku kriminal. Pemahaman terhadap dampak ini penting untuk merancang langkah-langkah pencegahan dan intervensi guna menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi remaja. Berikut beberapa dampak yang terjadi pada Perundungan Dikalangan Remaja :

1. Dampak pada Korban

a. Psikologis

Trauma dan stres berkepanjangan: Korban sering mengalami kecemasan, depresi, hingga gangguan stres pascatrauma (PTSD).

Menurunnya kepercayaan diri: Perundungan dapat membuat korban merasa tidak berharga, minder, dan kehilangan rasa percaya diri.

Pikiran untuk bunuh diri: Dalam kasus yang ekstrem, korban bisa merasa putus asa hingga mempertimbangkan tindakan bunuh diri.

b. Akademis

Penurunan prestasi: Korban sering merasa takut untuk pergi ke sekolah, sehingga sulit berkonsentrasi pada pelajaran.

Absensi meningkat: Ketakutan terhadap perundungan bisa membuat korban sering absen atau bahkan putus sekolah.

c. Sosial

Isolasi sosial: Korban mungkin menarik diri dari interaksi sosial, kehilangan teman, dan merasa kesepian.

Kesulitan membangun hubungan: Pengalaman perundungan dapat memengaruhi kemampuan korban untuk mempercayai orang lain di masa depan.

2. Dampak pada Pelaku

a. Psikologis dan Perilaku

1) Perilaku antisosial: Pelaku perundungan sering menunjukkan perilaku agresif yang bisa berkembang menjadi tindakan kriminal di kemudian hari.

2) Kesulitan empati: Terbiasa melukai orang lain dapat menghambat perkembangan empati dan rasa kemanusiaan.

b. Akademis dan Karier

1) Masalah disiplin di sekolah: Pelaku sering menghadapi hukuman yang memengaruhi catatan akademis mereka.

- 2) Kesulitan karier di masa depan: Citra buruk yang melekat akibat perilaku perundungan dapat memengaruhi peluang pekerjaan di kemudian hari.
3. Dampak pada Saksi
 - a. Psikologis
 - 1) Rasa bersalah dan ketakutan: Saksi sering merasa bersalah karena tidak membantu korban, atau takut menjadi target berikutnya.
 - 2) Stres emosional: Menyaksikan perundungan bisa menimbulkan ketidaknyamanan dan tekanan emosional.
 - b. Perilaku
 - 1) Normalisasi kekerasan: Melihat perundungan tanpa tindakan tegas dapat membuat saksi menganggap kekerasan sebagai hal yang biasa.
 - 2) Kurangnya rasa aman: Saksi mungkin merasa lingkungan mereka tidak aman dan berusaha menghindari situasi serupa.
 4. Dampak pada Saksi
 - a. Psikologis
 - 1) Rasa bersalah dan ketakutan: Saksi sering merasa bersalah karena tidak membantu korban, atau takut menjadi target berikutnya.
 - 2) Stres emosional: Menyaksikan perundungan bisa menimbulkan ketidaknyamanan dan tekanan emosional.
 - b. Perilaku
 - 1) Normalisasi kekerasan: Melihat perundungan tanpa tindakan tegas dapat membuat saksi

- menganggap kekerasan sebagai hal yang biasa.
- 2) Kurangnya rasa aman: Saksi mungkin merasa lingkungan mereka tidak aman dan berusaha menghindari situasi serupa.

F. Solusi Menyelesaikan Masalah Perundungan

Mengatasi perundungan membutuhkan kerjasama antara keluarga, sekolah, masyarakat, dan lembaga terkait untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung perkembangan remaja. Berikut adalah solusi singkat untuk mengatasi perundungan di kalangan remaja:

1. Edukasi dan Kesadaran: Mengajarkan nilai-nilai empati, toleransi, dan anti-kekerasan di sekolah dan keluarga.
2. Pengawasan dan Intervensi: Guru, orang tua, dan masyarakat harus aktif mengawasi perilaku remaja dan segera menangani tanda-tanda perundungan.
3. Pendekatan Restoratif: Melibatkan korban, pelaku, dan saksi dalam mediasi untuk memperbaiki hubungan dan mencegah perundungan berulang.
4. Sistem Pelaporan yang Aman: Membuat saluran pelaporan yang rahasia dan mudah diakses untuk korban dan saksi.
5. Peningkatan Kontrol Diri: Memberikan pelatihan manajemen emosi bagi pelaku agar mampu mengelola agresivitas.
6. Dukungan Psikologis: Menyediakan layanan konseling untuk korban, pelaku, dan saksi guna mengatasi dampak emosional.
7. Kebijakan Tegas: Memberlakukan aturan anti-bullying yang jelas di sekolah dan komunitas.

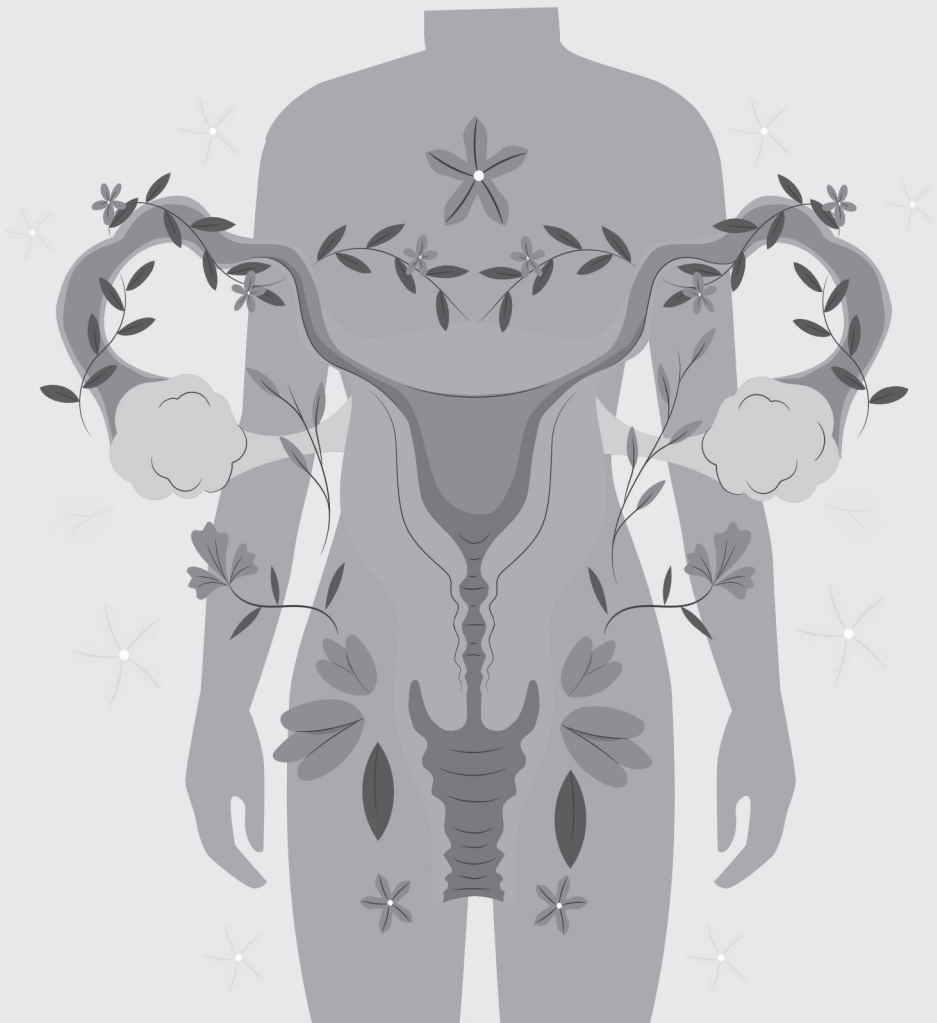
Pendekatan holistik ini memerlukan kerjasama semua pihak untuk menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung perkembangan remaja.

BAB 12

NAPZA

Nurmala Dewi

*Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Khairun*



A. Definisi

NAPZA adalah zat atau materi alami sintesis yang memberikan efek ketergantungan bila dikonsumsi. Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif merupakan kepanjangan dari NAPZA. Pemakaian NAPZA memberikan efek bahaya pada kesehatan fisik dan mental. Gangguan perkembangan otak, memori, kecanduan, depresi hingga memiliki kecenderungan bunuh diri menjadi beberapa akibat dari mengonsumsi NAPZA. Penggunaan NAPZA merusak masa depan pengguna dan masa depan bangsa. Disisi lain, NAPZA mampu membantu dalam dunia pengobatan ketika digunakan sebagaimana mestinya dan kadarnya. Efek anti nyeri dan penenang dari NAPZA mampu membawa harapan baru pada penderita kanker dalam mengatasi nyeri akut maupun kronik ketika digunakan sesuai prosedur dan regulasi.

B. Narkotika

Narkotika merupakan obat atau zat yang berasal dari tanaman dan atau bukan tanaman, yang sejenis sintesis maupun semisintesis yang mampu memberikan gangguan pada pusat kesadaran manusia berupa perubahan atau penurunan kesadaran. Selain itu, karena narkotika juga mampu menghilangkan rasa nyeri, baik akut maupun kronik, sehingga pada beberapa orang dapat menimbulkan efek ketergantungan. Ada 3 golongan dari narkotika, yaitu:

1. Golongan I : Dalam penerapannya, golongan I narkotika ini hanya diperuntukkan pada sasaran kemajuan ilmu pendidikan dan pengetahuan dan tidak disarankan untuk diterapkan dalam tatalaksana atau terapi karena tingginya kapasitas ketergantungan.

Yang termasuk dalam golongan I adalah:

- a. Heroin. Heroin biasa dikenal dengan istilah *Putauw* dan *Brown Sugar*. Heroin dapat dikenal dalam bentuk bubuk putih pahit. Tergantung pada bahan seperti tepung jagung, tawas, gula merah, gula putih, warnanya bisa

- menjadi putih dan coklat karena pencampuran bahan tadi. Dampak dari konsumsi heroin sangat cepat yang menimbulkan hasrat untuk mengisolasi diri dan saat dalam keadaan *addicted*, pemakai akan kehilangan percaya diri hingga tak mempunyai keinginan untuk memiliki kontak dengan siapapun. Pemakai heroin cenderung menciptakan *mikrokosmos* mereka karena meyakini adanya ancaman dari lingkungan sekitar.
- b. Kokain. Nama lain kokain adalah coke, koka, *snow* dan *happy dust*. Kokain adalah narkotika yang di-*subtract* dari tumbuh-tumbuhan *Eryth roxylon coca* yang memiliki daun yang dapat digunakan sebagai zat bius. Seperti heroin, kokain juga berasa pahit dan berwarna putih. Kokain dipakai dengan cara dihirup melalui hidung. Hal ini yang menyebabkan hidung para pengguna kokain cenderung dan kadang terdapat luka di sekitar lubang hidung. Efek jangka panjang pada penggunaan kokain adalah hadirnya perasaan gelisah, cemas, depresi, hingga paranoid.
 - c. Ganja. Ganja atau mariyuana biasa dikenal dengan sebutan cimeng, gelek dan *mary jane*. ***Kanabis sativa*** merupakan tanaman yang mana ganja berasal. Tanaman ini memiliki komponen zat aktif ***Delta-9 Tetrahydrocannabinol***. Pada penggunaannya ganja memberikan efek dan reaksi yang berbeda dimana reaksi paling umum yang dapat dirasakan paa pemakai ganja adalah sensasi mabuk. Efek lain yang dapat timbul adalah bingung, mual, muntah, kehilangan fungsi koordinasi hingga halusinasi.
2. Golongan II : Narkotika yang termasuk golongan II seperti morfin dan petidin digunakan sebagai *last option* dalam lini terapi dengan tujuan pengobatan dan atau tujuan kemajuan

ilmu pengetahuan. Namun bila digunakan tidak sesuai indikasi dan dosis serta tujuan terapi atau penggunaan maka berpotensi menimbulkan ketergantungan.

3. Golongan III : Narkotika yang termasuk golongan III seperti codein. Seperti narkotika golongan II, narkotika golongan II juga digunakan sebagai *last option* dalam lini terapi dengan tujuan pengobatan dan atau pengembangan ilmu pengetahuan. Namun bila digunakan tidak sesuai indikasi dan dosis serta tujuan terapi atau penggunaan maka berpotensi menimbulkan ketergantungan.

Menurut Amelia *et al.*, 2022 NAPZA dapat menimbulkan ketergantungan (adiksi) fisik dan psikologis. Menurut pengaruh penggunaannya (effect), akibat kelebihan dosis (overdosis) dan gejala bebas pengaruhnya (Withdrawal Syndrome) dan kalangan medis, obat-obatan yang sering disalahgunakan. Zat atau obat sintesis juga dipakai oleh para dokter untuk terapi bagi para pecandu NAPZA dibagi ke dalam 2 (dua) kelompok yaitu:

1. Kelompok Narkotika, pengaruhnya menimbulkan euphoria, rasa ngantuk berat, penciutan pupil mata, dan sesak napas. Kelebihan dosis akan mengakibatkan kejangkejang, koma, napas lambat dan pendekpendek. Gejala bebas pengaruhnya adalah gambang marah, gemeteran, panik serta berkeringat, obatnya seperti: metadon, kodein, dan hidrimorfon.
2. Kelompok Depresant, adalah jenis obat yang berfungsi mengurangi aktivitas fungsional tubuh. Obat ini dapat membuat si pemakai merasa tenang dan bahkan membuatya tertidur atau tidak sadarkan diri.

Dilihat dari segi penggunaannya, narkotika dibedakan menjadi 2 golongan. Yakni pengguna narkotika 'jalanan' (ilegal) dan penggunaan narkotika legal dalam dunia medis yang

disalahgunakan. Data dan fakta menunjukkan persentase tertinggi pengguna narkoba adalah anak-anak sekolah dan anak-anak remaja. Sedangkan lokasi tempat mereka 'menikmati' barang haram tersebut umumnya di kos-kosan, club-club malam, diskotik dan sebagainya. Mereka dijadikan sasaran empuk oleh para pengedar untuk mengeruk keuntungan dari penjualan barang haram tersebut. Tidak pada mereka saja, kalau kita menonton berita di tv banyak contoh kasus artis-artis yang terlibat dengan penggunaan narkoba. Bahkan ada yang tertangkap sampai 2 kali dalam kasus yang sama. Ini menunjukkan cengkeraman narkoba yang sangat hebat pada seseorang sehingga sulit untuk melepaskannya (Nasution *et al.*, 2017).

C. Psikotropika

Menurut UU RI No 5 / 1997, Psikotropika adalah : zat atau obat non narkoba alami maupun sintesis yang bersifat psikoaktif karena menyebabkan perubahan mental dan perilaku akibat pengaruhnya pada susunan saraf pusat. Psikotropika terdiri dari 4 golongan, yaitu:

1. Golongan I : Psikotropika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindroma ketergantungan. Golongan ini termasuk sebagai obat terlarang yang penyalahgunaannya dapat mengakibatkan jeratan hukum. Yang termasuk dalam golongan I psikotropika adalah ekstasi. Ekstasi biasa dikenal dengan sebutan *inex*, *yuppie drug* dan *xtc*. Nama kimianya adalah *methylene-dioxy methamphetamine (mdma)*. Dalam farmakologi tergolong sebagai *psiko-stimulansia* seperti amfetamin, meth-amphetamin, kafein, kokain, khat, nikotin. Tergolong sebagai *designed substance*, yaitu senyawa yang direkayasa untuk tujuan bersenang-senang. Ekstasi berwujud tablet atau kapsul yang penggunaannya dengan cara ditelan. Efek dari pemakaian ekstasi adalah

- lidah terasa kelu, euphoria, sensasi rasa senang, distorsi persepsi dan waktu.
2. Golongan II : Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan / atau untuk tujuan ilmu pengetahuan. Walaupun tidak separah golongan I, golongan II juga dapat memicu ketergantungan sehingga dalam penggunaan untuk tujuan pengobatan memerlukan pengawasan yang ketat oleh dokter. Methamphetamine termasuk dalam golongan ini. Nama lain dari methamphetamine adalah shabu-shabu yang tentu saja bersifat *addictive* akibat rangsangan pada saraf sentral. Obat ini bisa berbentuk serbuk kristal ataupun cairan yang dapat dikonsumsi dengan cara dihisap dengan bantuan alat (bong). Reaksi dari pemakaian ini memberikan rasa nikmat, percaya diri, euphoria, waspada, enerjik hingga ke tahap halusinasi, insomnia, bulimia, agitasi hingga agresi.
 3. Golongan III : Psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan / atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ketergantungan tingkat sedang dibawah golongan I dan II. Contoh : Phenobarbital.
 4. Golongan IV : Psikotropika yang termasuk golongan IV memiliki efek kecanduan yang paling rendah dibanding 3 golongan lainnya namun buan berarti obat ini tergolong aman dan dapat digunakan secara sembarangan. Penggunaan obat ini memerlukan resep dokter dan pengawasan yang ketat oleh dokter. Contoh : clobazam, alprazoma, diazepam, dan sebagainya.

D. Zat Adiktif

Yang termasuk Zat Adiktif lainnya adalah : bahan / zat yang berpengaruh psikoaktif diluar Narkotika dan Psikotropika, meliputi :

1. Minuman Alkohol : mengandung etanol etil alkohol, yang berpengaruh menekan susunan saraf pusat, dan sering

- menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari – hari dalam kebudayaan tertentu. Jika digunakan bersamaan dengan Narkotika atau Psikotropika akan memperkuat pengaruh obat / zat itu dalam tubuh manusia. Ada 3 golongan minuman beralkohol :
1. Golongan A : kadar etanol 1 – 5 % (Bir).
 2. Golongan B : kadar etanol 5 – 20 % (Berbagai minuman anggur).
 3. Golongan C : kadar etanol 20 – 45 % (Whisky, Vodca, Manson House, Johny Walker).
2. Inhalasi (gas yang dihirup) dan solven (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik, yang terdapat pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor, dan sebagai pelumas mesin. Yang sering disalahgunakan adalah : Lem, Tiner, Penghapus Cat Kuku, Bensin.
 3. Tembakau : pemakaian tembakau yang mengandung nikotin sangat luas di masyarakat.
 4. Dalam upaya penanggulangan NAPZA di masyarakat, pemakaian rokok dan alkohol terutama pada remaja, harus menjadi bagian dari upaya pencegahan, karena rokok dan alkohol sering menjadi pintu masuk penyalahgunaan NAPZA lain yang berbahaya.

E. Dampak NAPZA Terhadap Kesehatan Reproduksi

Pengguna NAPZA mengalami gangguan pada kesehatan reproduksinya. Pernyataan ini didukung oleh (Nasution et al., 2017) yang mengatakan bahwa dampak penggunaan NAPZA terhadap kesehatan reproduksi remaja perempuan antara lain perubahan siklus menstruasi. Siklus menstruasi dapat memendek, memanjang atau bahkan tidak menstruasi baik primer maupun sekunder. penyalahgunaan NAPZA yang mampu menyebabkan gangguan pada kesehatan reproduksi seorang perempuan, karena NAPZA yang digunakan secara simultan dan melampaui dosis yang ditentukan dapat mengakibatkan ketergantungan untuk menggunakan NAPZA kembali secara terus menerus. Kecanduan

dan ketergantungan mengakibatkan pemakai NAPZA mengalami gangguan pada psikologis dan fisik mereka karena adanya gangguan pada hipotalamus dan terjadi kerusakan pada sistem saraf pusat. Hipotalamus penting keberadaan dan fungsinya bagi raga manusia karena merupakan aspek pada otak yang berperan dalam proses aktivasi hormon reproduksi.

Selain merusak sistem reproduksi, penyalahgunaan NAPZA juga menyebabkan kepayahan pada daya pikir, moral dan fisik (Fraghini, 2019). Hal ini juga didukung oleh Nurcahyo et al., (2020) yang mengemukakan bahwa penyalahgunaan NAPZA mengaktifkan pelepasan *neurotransmitter dopamine* di dalam otak. Disisi lain, neurotransmitter mempengaruhi perilaku seksual seseorang dan dengan meningkatnya dopamin membuat individu kehilangan kontrol pada perilaku seksual mereka. Ditambah dengan hormon yang menjadi tidak stabil sehingga pembentukan sel telur menjadi terhambat dan mengganggu kesehatan reproduksi.

Amelia *et al* (2022) juga mengemukakan bahwa penyalahgunaan NAPZA akan berdampak negatif bagi kesehatan reproduksi baik pada laki-laki maupun pada perempuan sehingga sangat diperlukan adanya pemahaman yang akan terjadi akibat dampak dari penyalahgunaan NAPZA. Penyalahgunaan NAPZA yang akan memberikan dampak pada tubuh harus ditangani dan dilakukan pengobatan bagi pengguna tersebut secara bertahap. Badan Narkotika Nasional menghadirkan tempat dalam menangani masalah penyalahgunaan NAPZA antara lain dengan melaksanakan Terapi Rehabilitasi Badan Narkotika Nasional pada pengguna NAPZA yang menderita kecanduan yang hanya pulih apabila di rehabilitasi (perbandingan kepulihan lebih besar saat rehabilitasi dibandingkan dengan yang tidak direhabilitasi). Setelah itu, apabila klien dikatakan sembuh setelah rehabilitasi maka sepatutnya dikembalikan pada keluarga.

Pencegahan gangguan kesehatan reproduksi yang dialami oleh pemakai NAPZA dapat dilakukan dengan pengobatan secara medis (Nasution *et al.*, 2017). Tatalaksana secara medis ini tidak

semulus teorinya karena para pemakai NAPZA yang sudah biasa mengkonsumsi NAPZA akan mudah (sakaw) dan kembali lagi menggunakan NAPZA. Rekan dan lingkungan juga mempengaruhi proses pengobatan pengguna NAPZA. Pengguna NAPZA sangat membutuhkan dukungan dari keluarga sehingga mampu menjadi *support system* utama yang menumbuhkan semangat dari sisi internal individu pengguna NAPZA.

Menurut Januar Sitorus (2016) usaha tambahan yang dapat dilakukan untuk mengurangi ketergantungan pemakaian NAPZA adalah dengan memakai jasa profesional dalam hal ini dokter dan tenaga kesehatan lain. Pengguna NAPZA memerlukan pengawasan dokter dan kegiatan yang lebih positif seperti kegiatan promosi, pencegahan, rehabilitasi serta *after care*. Staf kesehatan harus mampu melihat gangguan yang terjadi pada penyalahguna narkoba dengan melakukan pemeriksaan sehingga gangguan yang ada dapat segera ditangani dan tidak menjadi lebih parah. Program pencegahan yang dapat diterapkan yaitu dengan menghadirkan sikap positif dan penuh tanggung jawab dalam diri individu pengguna serta sangat dibutuhkan dukungan keluarga yang positif dalam proses pemulihan/pengobatan agar terhindar dari ketergantungan dalam penggunaan NAPZA. Menjauh dari lingkungan atau teman yang menggunakan NAPZA juga menjadi langkah yang perlu diambil saat proses rehabilitasi pengguna.

F. Peran Keluarga pada Penyalahgunaan NAPZA

Pemberian dukungan pada anggota keluarga yang menyalahgunakan NAPZA baiknya dilakukan dengan terlebih dahulu memahami permasalahan yang dihadapi. Pemahaman tentang pola pikir, pola sikap, dan pola perilaku pecandu diyakini dapat memberikan kasih sayang, perhatian dan motivasi yang tidak pernah diberikan oleh keluarga. Keluarga yang sehat dapat membentuk anggota keluarga yang berkualitas secara mental, kognitif, dan spiritual.

Keluarga perlu menghadirkan beragam informasi tentang NAPZA. Informasi dapat berupa bahaya penggunaan dan dampaknya terhadap pecandu hingga cara mengatasi kecanduan NAPZA. Dukungan informasi ini diharapkan mampu membuat pecandu berhenti dan tidak menggunakan NAPZA karena menyadari dampak jangka panjang dari penggunaannya dimana salah satunya dapat menghancurkan masa depan pecandu.

Dukungan keluarga menjadi kesempatan bagi pecandu NAPZA untuk mencurahkan perasaannya yang cukup membantu selama proses pemulihan. Proses pemulihan membutuhkan waktu yang bervariasi tergantung kondisi dari pecandu. Pernyataan ini sejalan dengan penelitian lain yang menjelaskan bahwa intensitas dukungan keluarga yang diberikan mampu memengaruhi proses pemulihan pecandu NAPZA. Dukungan sosial dapat dikelompokkan menjadi beberapa komponen. Komponen tersebut meliputi dukungan emosional, instrumental, dan asesmen.

Dukungan Emosional

Dukungan emosional dapat mencakup perasaan dan kedekatan emosional antara pecandu narkoba dengan keluarga. Melalui dukungan ini, keterikatan emosional akan diperoleh pecandu NAPZA sehingga tercipta rasa aman. Dukungan sosial semacam ini sering diperoleh dari pasangan hidup, keluarga dekat, atau bahkan sahabat dan saudara dekat. NAPZA. Penyalahguna narkoba dapat dipulihkan melalui proses rehabilitasi yang panjang dan dengan dukungan keluarga serta lingkungan. Penyalahguna NAPZA yang telah menjalani masa rehabilitasi dapat mengalami relaps atau kekambuhan apabila tidak mendapatkan dukungan emosional dari keluarga.

Dukungan Instrumental

Dukungan yang diperoleh langsung oleh pecandu dari anggota keluarga membantu mengatasi rasa malu dan bersikap

terbuka kepada orang-orang yang dipercaya untuk berhenti menyalahgunakan NAPZA. Dukungan keuangan dan kesempatan untuk menyediakan pekerjaan akan berdampak positif terhadap kesehatan mental pecandu NAPZA. Bantuan nyata dari keluarga adalah saat keluarga mampu menghargai pendapat dan bersedia mendengarkan keluhan dari pecandu NAPZA serta memberikan perawatan yang baik ketika pecandu NAPZA sedang *sakaw*.

Dukungan Asesmen

Sikap keluarga yang selalu mengungkit masa lalu pecandu berujung membuat pecandu merasa terpojok dan akhirnya menyebabkan kekambuhan. Dukungan kepada pecandu NAPZA, seperti menghadirkan pendampingan dan sedikit rasa percaya dapat memberikan rasa aman dan membantu pecandu selama masa pemulihan. Lingkungan sekitar yang menerima pecandu dan tidak memberikan stigma negatif akan berdampak positif terhadap pemulihan. Begitu pula ketika keluarga memberikan stimulasi positif dalam bentuk dorongan, maka pecandu NAPZA yang telah menerima dirinya sendiri terlebih dahulu akan memberikan respon positif. Ketika lingkungan sosial memberikan respon negatif tanpa memberikan dukungan kepada pecandu NAPZA maka akan menimbulkan kegelisahan, kecemasan hingga depresi.

Dengan statusnya sebagai makhluk sosial, manusia membutuhkan dukungan sosial untuk mengatasi permasalahan. Dukungan sosial dapat berupa kepercayaan, keyakinan, motivasi, dan kesempatan berbagi serta membantu dalam pengambilan keputusan ketika seseorang berhadapan dengan suatu masalah. Masalah ini sejalan dengan lingkungan yang mendukung, terutama lingkungan keluarga. Peran lingkungan keluarga mempengaruhi proses penyembuhan seseorang yang mengalami ketergantungan NAPZA. Kondisi ini disebabkan karena tidak banyak dari mereka yang memiliki keinginan untuk sembuh yang berasal dari diri sendiri.

Mayoritas pecandu NAPZA membutuhkan dukungan dari keluarga.

Dukungan keluarga berupa motivasi ataupun petunjuk kepada pecandu NAPZA merupakan dukungan yang paling banyak diberikan. Pencegahan yang dapat dilakukan oleh anggota keluarga adalah dengan memberikan penanaman karakter sebelum pecandu NAPZA terlibat dalam permasalahan, terutama permasalahan yang berkaitan dengan penyalahgunaan NAPZA. Bantuan ini juga menumbuhkan karakter positif pada diri pecandu narkoba sehingga dalam diri mereka terbentuk karakter yang baik. Individu yang kurang mendapat dukungan dari keluarga dan orang tua yang kurang kontrol dan pengawasan akan membuat mereka mengalami kelemahan pengendalian diri dan cenderung berperilaku negatif. Pecandu NAPZA yang menjalani rehabilitasi akan mampu mengendalikan diri dengan baik apabila mendapat dukungan dari keluarga. Melalui kontrol diri yang baik, kemampuan pecandu narkoba untuk berhenti menggunakan NAPZA akan lebih baik.

Tanggung jawab keluarga terhadap anggota keluarga lainnya untuk melindungi dan memberi dukungan juga penting. Anggota keluarga yang memiliki hubungan dan pengaruh yang solid akan menjadi sumber kekuatan bagi individu untuk berhenti menyalahgunakan NAPZA. Saat keluarga tidak memperhatikan atau bahkan menjauhi pecandu NAPZA, maka perilaku menyimpang dapat terjadi pada diri individu. Penyimpangan tersebut antara lain tidak mampu bersosialisasi dengan lingkungan, pola makan terganggu, prestasi akademik dan non-akademik menurun, serta munculnya sikap agresif dari pecandu NAPZA. Dukungan berupa perhatian yang diberikan keluarga dalam proses rehabilitasi akan bermanfaat bagi pecandu NAPZA. Hubungan yang erat antara keluarga dengan pecandu NAPZA akan membuat mereka merasa nyaman dan lambat laun membantu mereka untuk kembali sehat dan berhenti menyalahgunakan NAPZA. Manfaat dukungan keluarga untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA pada salah satu anggota keluarga antara lain.

- Pencegahan primer. Pencegahan dilakukan pada individu yang belum pernah menggunakan NAPZA. Upaya ini dilakukan dengan cara menegaskan bahwa jika tidak waspada, mereka bisa saja menjadi penyalahguna NAPZA.
- Pencegahan sekunder. Pencegahan kepada orang yang pernah menggunakan NAPZA namun belum menjadi ketergantungan dan tidak terjerumus lebih jauh lagi
- Pencegahan tersier. Pencegahan dilakukan kepada orang yang sudah mengalami ketergantungan (rehabilitasi). Upaya ini dilakukan dengan cara menegaskan bagaimana agar tidak kambuh dan kembali menjadi pecandu.

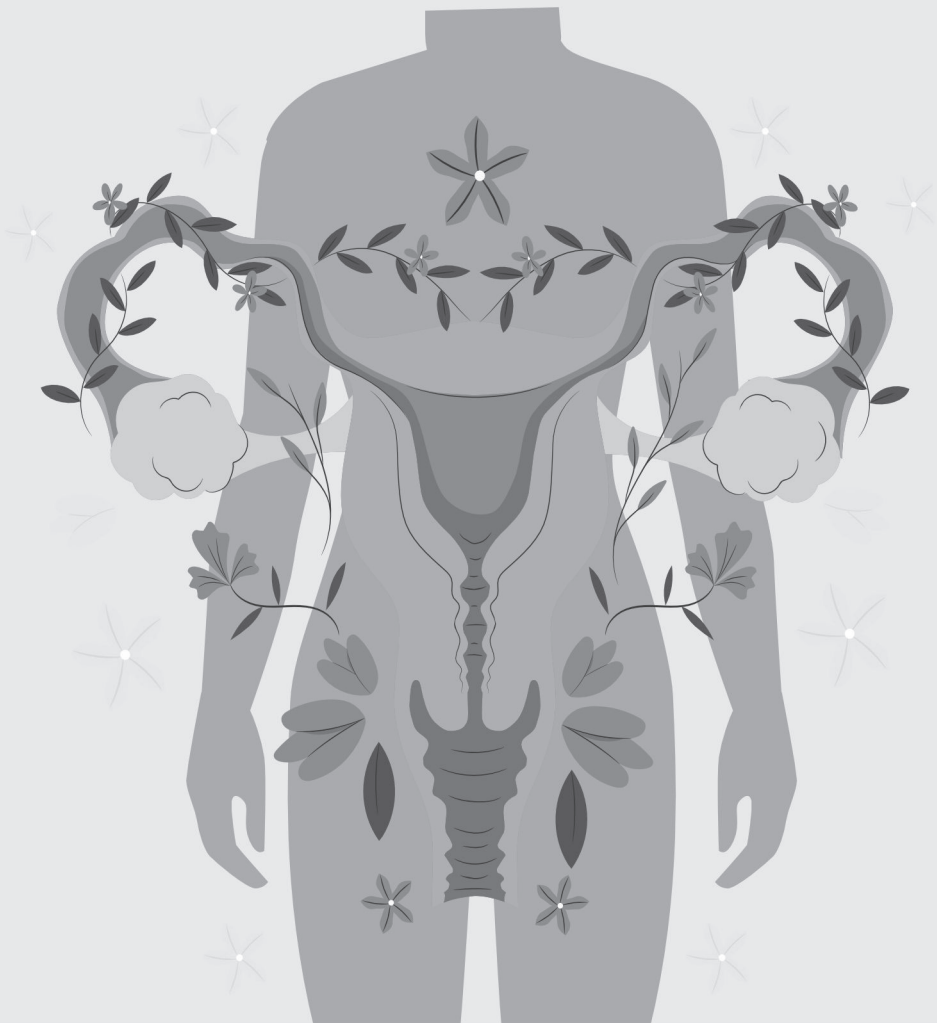
BAB 13

ETIKA MENGGUNAKAN

MEDIA SOSIAL

Khoirotun Najihah

Institut Kesehatan Helvetia Medan



Perkembangan teknologi saat ini menunjukkan peningkatan signifikan dan drastis, salah satunya yang populer berupa media sosial. Tentunya perkembangan dalam media sosial membawa banyak pengaruh dalam kehidupan sehari-hari. Pengaruh yang dibawa dapat daari segi sosial maupun mental, keduanya merupakan hal yang terkait antara satu sama lain. Dalam segi sosial manusia diperuntukkan untuk hidup berdampingan, memerlukan adanya interaksi dalam kehidupan tersebut sebagaimana dengan teori *Zoon Politicon* yang dinyatakan oleh Aristoteles. Disisi lain, manusia juga membutuhkan adanya sarana atau media dalam mengekspresikan diri ataupun emosi. Disitulah peran perkembangan media sosial sebagai pemenuhan sebagai pemenuhan bagi kedua kebutuhan tersebut yang menjadi salah satu alasan pula mengapa adanya peningkatan penggunaan media sosial di era digital.

Meningkatnya penggunaan media sosial memberi banyak dampak yang positif , disisi lain ada dampak negatif yang mengkhawatirkan seperti etika dalam bermedia sosial yang dapat mempengaruhi kearifan lokal yang ada di Indonesia. Etika yang dimaksud merupakan nilai moral dan norma yang menjadi pedoman, baik bagi satu individu maupun satu kelompok, dalam mengatur tindakan ataupun perilaku (Lavender 2022).

Berdasarkan dari hasil studi awal, penggunaan media sosial memiliki tujuan, untuk mengurangi kebosanan, mengisi waktu luang, hingga mencurahkan perasaan (Rahmadina, 2018). Perkembangan Media Sosial cukup pesat sekali terbukti dengan banyaknya ragam dan jenis Media Sosial di kalangan pengguna, dan penggunaannya pun bisa dengan menggunakan jasa komputer, handphone, laptop, dll. Alat-alat komunikasi tersebut bisa digunakan oleh pengguna dimana saja dan kapan saja tidak dibatasi oleh ruang dan waktu, sehingga memudahkan pengguna berinteraksi di Media Sosial. Terlepas dari itu semua yang harus diingat adalah dampak positif dan negatifnya dalam penggunaan media sosial tersebut terutama dampaknya terhadap perilaku masyarakat.

A. Dampak Positif Media Sosial

1. Memperluas jaringan pertemanan. Berkat situs Media Sosial ini anak menjadi lebih mudah berteman dengan orang lain di seluruh dunia. Meskipun sebagian besar diantaranya tidak pernah mereka temui secara langsung.
2. Anak dan remaja akan termotivasi untuk belajar mengembangkan diri melalui teman-teman yang mereka jumpai secara online, karena mereka berinteraksi dan menerima umpan balik satu sama lain.
3. Situs jejaring sosial membuat anak dan remaja menjadi lebih bersahabat, perhatian dan empati. Misalnya memberikan perhatian saat ada teman mereka berulang tahun, mengomentari foto, video dan status teman mereka, menjaga hubungan persahabatan meski tidak dapat bertemu secara fisik.
4. Menjalani silaturahmi terhadap teman-teman lama yang terputus komunikasi sebagai akibat dari perbedaan jarak dan waktu, sehingga silaturahmi yang terputus bisa terjalin kembali dengan baik.
5. Menambah ilmu pengetahuan dan teknologi, karena dengan menggunakan teknologi dengan jejaring sosial, secara langsung kita dapat menguasai penggunaan teknologi tersebut dan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dengan membaca dan membuka link-link yang berkaitan dengan ilmu pengetahuan.
6. Media Sosial bisa digunakan untuk usaha atau kegiatan-kegiatan yang menghasilkan pendapatan bagi pengguna, misalnya menawarkan produk atau jasa yang kita jual melalui sosial media.

B. Dampak Negatif Media Sosial

1. Anak dan remaja menjadi malas belajar berkomunikasi di dunia nyata, tingkat pemahaman bahasapun menjadi

- terganggu, jika anak terlalu banyak berkomunikasi di dunia maya.
2. Situs jejaring sosial akan membuat anak dan remaja lebih mementingkan diri sendiri, mereka menjadi tidak sadar akan lingkungan di sekitarmereka, karena kebanyakan menghabiskan waktu di internet. Hal ini dapat mengakibatkan menjadi kurang berempati di dunia nyata.
 3. Bagi anak dan remaja, tidak ada aturan ejaan dan tata bahasa di situs jejaring sosial. Hal ini membuat mereka semakin sulit untuk membedakan antara berkomunikasi di situs jejaring sosial dan di dunia nyata.
 4. Situs jejaring social adalah lahan yang subur bagi predator untuk melakukan kejahatan, kita tidak akan pernah tahu apakah seseorang yang baru kita kenal di internet menggunakan jati diri yang sesungguhnya atau tidak.
 5. Banyaknya situs-situs porno yang bisa dengan mudah diakses oleh pengguna, hal ini bisa mempengaruhi terhadap perilaku pengguna atau masyarakat. Pemerintah dalam hal ini Menteri komunikasi dan informasi (Meninfokom) harus berbuat tegas dan massif untuk memblokir semua situs-situs porno yang beredar diinternet atau media sosial.

Bagi masyarakat modern yang kini sudah sangat akrab dengan internet, jejaring sosial, tentu bukan hal yang asing lagi. Ada banyak jenis jejaring sosial yang digunakan masyarakat, terutama anak muda untuk menjalin pertemanan atau fungsi lainnya. Meski awalnya jejaring sosial tidak dimaksudkan untuk digunakan sangat sering, namun faktanya saat ini jejaring sosial hampir menguasai hidup penggunanya, terutama anak muda.

C. Gangguan Psikologis Akibat Penggunaan Media Sosial

Media sosial tak ubahnya buku harian bagi seseorang. Seruan kegembiraan, keluhan, hingga kegalauan bermuara di sana.

Antara pencitraan atau kejujuran, tidak ada yang tahu, kecuali sang pengguna sendiri. Selain merasa lebih lega, bermain media sosial memang dapat memperbaiki silaturahmi dengan teman lama dan mendatangkan teman baru. Namun, manfaat positif ini bisa tergantikan dengan efek negatif akibat penggunaan yang berlebihan.

Ada dua sisi yang harus disikapi dengan bijak. Ketidakmampuan mengontrol diri bisa saja mengakibatkan Anda mengalami gangguan psikologis akibat teknologi. Dari sekian banyak, kenallah 3 (tiga) jenis gangguan berikut ini agar dapat lebih waspada dan bersikap lebih bijak, yaitu sebagai berikut :

1. Social (Media) Anxiety Disorder

Pernahkah ketika Anda asyik mengobrol dengan beberapa teman, masih bisa sigap memperhatikan nyala atau bunyi notifikasi dari ponsel? Perhatian bisa seketika teralihkan karena seseorang telah mengomentari status Facebook terbaru atau “menyambar” tweet Anda. Apabila perilaku-perilaku seperti itu melekat dalam diri, bisa jadi Anda berpotensi untuk mengidap *social (media) anxiety disorder (SAD)*. Gangguan ini dapat dipahami sebagai ketakutan atau kecemasan dalam berkomunikasi di media sosial.

Seseorang merasa takut atas penghakiman buruk dari kerabat yang berada di jejaring sosial. Kecemasan terlihat ketika seseorang takut dicap sebagai orang yang sombong ketika memberikan respons yang lambat. Bahkan seseorang bisa merasa tertekan jika kerabat dekatnya meng-unfollow atau mem-block akunnya tiba-tiba. SAD juga bisa berpeluang untuk masuk dalam kategori penyakit klinis.

2. OCD dan “social phobia”

Penggunaan teknologi memicu hadirnya kedua gangguan ini. Salah satu gejala seseorang mengalami obsessive-compulsive disorder (OCD). ia tidak dapat meninggalkan

ponselnya sedetik pun ketika sedang menjalani aktivitas lain. Sementara itu, social phobia menunjukkan gejala adanya rasa sakit hati ketika seseorang mendapat komentar atau balasan pesan negatif dari orang lain di dunia maya. Hal ini tidak menutup kemungkinan dapat memberikan pengaruh buruk dalam interaksi sosial di dunia nyata.

3. FOMO, Fear of missing out (FOMO)

FOMO dimaknai sebagai perasaan tidak nyaman karena ada sesuatu yang terlewatkan mengenai aktivitas orang lain. Hal ini mengakibatkan seseorang cenderung untuk terus mencari tahu apa yang dialami orang lain, apalagi pengalaman tersebut belum pernah dirasakan sendiri. Kini, seseorang mudah tergoda untuk selalu mengakses jejaring sosial dan memantau akun lain secara konstan. Kehidupan orang lain seolah-olah terlihat lebih indah dan menarik, sayang jika terlewatkan. Gejala-gejala sepele yang kerap terlihat, sejumlah orang tanpa sadar 'mewajibkan' diri memantau dini masa sebelum dan sesudah tidur meski hanya sekadar menyimak perbincangan antar akun.

D. Etika Dalam Menggunakan Media Sosial

1. Etika Dalam Berkomunikasi

Dalam melakukan komunikasi antar sesama pada situs jejaring sosial, biasanya kita melupakan etika dalam berkomunikasi. Sangat banyak kita temukan kata-kata kasar yang muncul dalam percakapan antar sesama di jejaring sosial, baik itu secara sengaja ataupun tidak sengaja. Sebaiknya dalam melakukan komunikasi kita menggunakan kata-kata yang layak dan sopan pada akun-akun jejaring sosial yang kita miliki. Pergunakan bahasa yang tepat dengan siapa kita berinteraksi.

2. Hindari Penyebaran SARA dan Pornografi

Ada baiknya anda tidak menyebarkan informasi yang berhubungan dengan SARA (Suku, Agama dan Ras) dan

pornografi di jejaring sosial. Sebarkanlah hal-hal yang berguna yang tidak menyebabkan konflik antar sesama pada situs jejaring tersebut. Menurut Pasal 28 ayat (2) Undang-Undang No 1 Tahun 2024 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik mengenai setiap orang dengan sengaja dan tanpa hak menyebarkan informasi yang ditujukan untuk menimbulkan rasa kebencian atau permusuhan individu dan/atau kelompok masyarakat tertentu berdasarkan ras, kebangsaan, etnis, warna kulit, agama, kepercayaan, jenis kelamin, disabilitas mental atau disabilitas fisik. Sanksi Pidana Pasal 28 ayat (2) diatur dalam pasal 45 ayat (2) yang berbunyi: " setiap orang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud dalam pasal 28 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 6 Tahun dan/atau denda paling banyak 1 miliar rupiah". Meskipun sudah ada hukum yang mengatur terkait sanksi dari etika yang tidak bijak dalam bermedia sosial seperti yang sudah disampaikan, masih banyak juga generasi muda yang tidak memahami bagaimana cara menjaga etika dalam bermedia sosial agar kearifan lokal di Indonesia tetap terjaga.

3. Kroscek Kebenaran Berita

Berita yang menjelekkkan orang lain sangat sering kita jumpai di jejaring sosial. Hal tersebut kadang bertujuan untuk menjatuhkan nama pesaing dengan berita-berita yang direkayasa. Oleh karena itu pengguna jejaring sosial dituntut untuk cerdas dalam menangkap sebuah informasi, bila ingin ikut menyebarkan informasi tersebut, ada baiknya kita melakukan kroscek akan kebenaran informasi terlebih dahulu. Penelitian ini melanjutkan penelitian saya sebelumnya (Rianto, 2016). Penelitian dengan menggunakan studi partisipasi observasi itu menyimpulkan bahwa orang-orang cenderung memilih dan membagikan informasi yang disesuaikan dengan keyakinan mereka. Ini membuat mereka mudah terjebak ke dalam

kebenaran tunggal karena peluang mendapatkan informasi 'versi lain' tertutup (lihat Kelkar, 2019).

4. Menghargai Hasil Karya Orang Lain

Saat menyebarkan informasi baik itu berupa tulisan, foto atau video milik orang lain, ada baiknya kita mencantumkan sumber informasi sebagai bentuk penghargaan untuk hasil karya seseorang. tidak serta merta *mengcopy paste* tanpa memberikan sumber informasi tersebut.

5. Jangan Terlalu Mengumbar Informasi Pribadi Anda

Dalam menggunakan jejaring sosial ada baiknya kita sebagai pengguna harus bijak dalam menginformasikan privasi / kehidupan pribadi. Jangan terlalu mengumbar hal-hal pribadi di jejaring sosial, apalagi sesuatu yang sensitif dan sangat pribadi. Semisal mengenai keuangan, hubungan percintaan, tentang kehidupan keluarga, tentang kejengkelan dengan seseorang, nomor telepon alamat rumah atau keberadaan anda. Hal ini dapat mengganggu kontak lain dalam daftar anda dan bisa menjadi informasi bagi mereka yang ingin berniat jahat kepada kita.

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Wellyana dkk pada tahun 2022 dengan judul penelitian "Etika Penggunaan Media Sosial Di Kalangan Remaja" Menyebutkan bahwa media sosial memberikan andil yang besar dalam memberikan kemudahan bagi manusia untuk berkomunikasi dan bersosialisasi. Diawali dengan *Era Friendster dan Myspace, era facebook dan Twitter*, serta yang terbaru *google plus*, Media ini memicu banyak perubahan manusia dalam bersosialisasi. Hal ini sesuai dengan tujuan awal mengapa media sosial dibuat yaitu untuk memungkinkan seseorang berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain diseluruh dunia untuk mencari teman baru, pasangan hidup, berbisnis dan bahkan berpolitik. Sehingga kesimpulan hasil penelitiannya adalah bahwa media sosial

sangat dinikmati oleh kalangan remaja, melalui media sosial para remaja dapat mengekspresikan dirinya dan juga orang lain, dimana kegiatan sosial memberikan dampak positif dan negatif yang juga berdampak kepada para remaja, maka semua pihak harus waspada dan harus memberikan pemahaman kepada remaja agar dapat bijak menggunakan sosial media.

Media Sosial ataupun media baru memberikan banyak kemudahan yang memungkinkan partisipasi yang lebih luas dari para pengguna dalam komunikasi publik (swiger,2012; Nasrulloh 2017)..

Penelitian dengan topik yang sama juga dilakukan oleh Andrea, dkk pada tahun 2023 dengan judul penelitian "Pentingnya Etika Bermedia Sosial Terhadap Kearifan Lokal Di Kalangan Generasi Muda". Dimana hasil penelitiannya menyebutkan bahwa etika menjadi penting dalam bermedia sosial agar kita dapat menghargai budaya bangsa lain tanpa merendharkannya, serta bisa mengatur tata cara pengetikan agar tutur bahasanya dapat diterima oleh individu atau kelompok pada media sosial tersebut.

Terdapat poin penting lainnya mengapa etika diperlukan dalam media sosial sebagai berikut:

1. Perantara Komunikasi

Berkomunikasi yang sopan dan santun dapat membuat nyaman penikmat media sosial. Memberikan dorongan dengan pemilihan kata dan bahasa yang tepat menjadikan informasi tersebut nyaman tersampaikan.

2. Penyalur Edukasi

Dengan berkembangnya teknologi, media sosial berperan sebagai salah satu penyalur edukasi. Informasi yang bersifat informatif dan edukatif tanpa adanya sangkut paut suku, agama, ras, dan antar golongan (SARA) tentunya diperlukan sehingga generasi muda dapat memanfaatkan media sosial sebagai sarana menerapkan nilai-nilai pancasila.

3. Menghindari Berita Palsu (HOAX)

Dalam sebuah berita kebenaran dan kepastian itu juga penting. Cerdas dalam menyaring berita yang kita dapat, menghindari minim informasi dan lakukan sewajarnya. Namun klaim atas suatu kebenaran menjadi sederhana karena hanya soal-orang-orang yang meyakinkannya atau karena orang-orang ingin meyakinkannya (Kapolkas, 2019: 11)

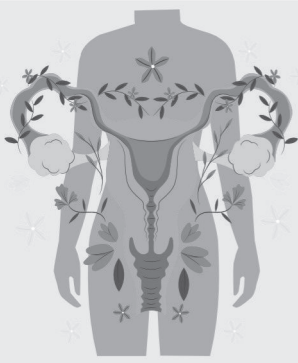
4. Sarana Apresiasi Karya Orang Lain

Dalam bermedia sosial etika diperlukan saat ingin menyampaikan apresiasi maupun kritik terhadap karya seseorang. Bila ingin menyampaikan kritik, alangkah baiknya penggunaan kata diiringi dengan etika yang baik demi menjaga kearifan lokal dan menghindari timbulnya konflik maupun perpecahan.

5. Menjaga Privasi

Selain untuk menjaga privasi diri sendiri, etika yang baik juga perlu diterapkan dalam menjaga privasi orang lain, dapat diterapkan dengan cara pengurangan penggunaan media sosial berlebih, menyesuaikan informasi dengan sewajarnya, kurangi adanya mengekspresikan dirinya dimedia sosial dan cobalah bercerita dengan orang terdekat.

Etika bersosial media perlu kita tanamkan pada masyarakat terutama penerus generasi muda, agar dapat merasakan tanggung jawab dan bijak dalam bersosial media. Pengaruh pengguna media sosial dengan penerapan yang baik akan bernilai baik juga (Stikes Banyuwangi, 2021).



DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang No 1 Tahun 2024. *Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008. Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik*. Pasal 28 ayat (1) dan (2).
- Amelia, R., Damayanti, S., Hevira, L., Mohamad, U., & Bukittinggi, N. (2022). Dampak pemakaian obat terlarang dan minuman keras terhadap kesehatan reproduksi remaja. *Empowering Society Journal*, 3(3), 233–236.
- Andrea., Elisabeth., Felicia., Yuwono (2023). Pentingnya Etika Bermedia Sosial Terhadap Kearifan Lokal Di Kalangan Generasi Muda. *Jurnal Serina Sosial Humaniora*. ISSN-L 2987-1506 (Versi Elektronik). Vol.1, No.1, Feb 2023. 163-168.
- Astawesegn, F. H., Stulz, V., Conroy, E., & Mannan, H. (2022). Trends and effects of antiretroviral therapy coverage during pregnancy on mother-to-child transmission of HIV in Sub-Saharan Africa. Evidence from panel data analysis. *BMC Infectious Diseases*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07119-6>

- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2021). *Laporan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi di Indonesia 2021*. BKKBN.
- Bernstein, Helene B. MD, PhD; Wegman, A. B. (2018). HIV Infection: Antepartum Treatment and Management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(1), 122–136. <https://doi.org/DOI: 10.1097/GRF.0000000000000330>
- BHIVA. (2018). HIV in pregnancy and postpartum 2018. British HIV Association, 10–27. <https://www.bhiva.org/file/5bfd30be95deb/BHIVA-guidelines-for-the-management-of-HIV-in-pregnancy.pdf>
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313.
- Chilaka, V. N., & Konje, J. C. (2021). HIV in pregnancy – An update. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 484–491. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.034>
- David N. Burns MD, Mph., PhDc, P. N., MDd, H. M., PhDc, J. K., MDb, R. J. B., MDe, S. L., MDf, A. R., PhDc, D. W., & PhDa, R. P. N. (1996). Changes in CD4+ and CD8+ cell levels during pregnancy and post partum in women seropositive and seronegative for human immunodeficiency virus-1. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174(5), 1461–1468. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70589-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70589-6)
- Dimitrios Paraskevis, A. H. (1999). Molecular Epidemiology of HIV-1 Infection. *Aids Review*, 1, 238–249.
- Dinh, T. H., Delaney, K. P., Goga, A., Jackson, D., Lombard, C., Woldesenbet, S., Mogashoa, M., Pillay, Y., & Shaffer, N. (2015).

Impact of maternal HIV seroconversion during pregnancy on early mother to child transmission of HIV (MTCT) measured at 4-8 weeks postpartum in South Africa 2011-2012: A national population-based evaluation. *PLoS ONE*, 10(5), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125525>

Fraghini, C. (2019). Juvenile Delinquency dalam Bentuk Penyalahgunaan Narkoba. *Mawa'izh: Jurnal Dakwah Dan Pengembangan Sosial Kemanusiaan*, 10(1), 77–95. <https://doi.org/10.32923/maw.v10i1.780>

Franco, M. and Carter, S. (2019). 'Discrimination from family and substance use for multiracial individuals', *Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.008>

Garson, G. D. (2013). *A Guide to the Clinical Care of women with HIV* (Issue September). U.S. Department of Health and Human Services, 2013.

Ghasemi, A. et al. (2018) 'The effect of an education program based on the family-centered empowerment model on addiction severity among methamphetamine users', *Mental Health and Prevention*. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.07.002>

Gilleece, D. Y., Tariq, D. S., Bamford, D. A., Bhagani, D. S., Byrne, D. L., Clarke, D. E., Clayden, M. P., Lyall, D. H., Metcalfe, D. R., Palfreeman, D. A., Rubinstein, D. L., Sonecha, M. S., Thorley, D. L., Tookey, D. P., Tosswill, M. J., Utting, M. D., Welch, D. S., & Wright, M. A. (2019). British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018. *HIV Medicine*, 20, s2–s85. <https://doi.org/10.1111/hiv.12720>

H. La Patilaiya et al. (2021). "Sosialisasi kesehatan reproduksi remaja di kabupaten halmahera selatan provinsi maluku utara. *http://Jurnal-Umbuton.Ac.Id*,5(1),13–22

International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO). (2023). *Improving Maternal Health in Low-Resource Settings*:

- FIGO's Global Initiative for Reproductive Health. FIGO Report.
- Kapolkas, Ignas (2019). *A Polytical Theory of Post Truth*. Springer Nature Switzerland AG: McMillan Pal-grave.
- Kelkar, Shreehash (2019). *Post-Truth And The Search For Objectivity; Political Polarization and The Remaking Of Knowledge Production. Engaging Science, Technology, and Society 5* (2019), 86-106, DOI:10.17351/ests2019.268.
- Kemenkes RI. Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual. Jakarta,2016
- James C, Harfouche M, Welton NJ, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2020;98(5):315-329.
- Januar Sitorus, R. (2016). Use of Narcotics Supports Risk Behaviors. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 1–5. <https://doi.org/10.26553/jikm.2016.7.1.1-5>
- Magiorkinis, G., Angelis, K., Mamais, I., Katzourakis, A., Hatzakis, A., Albert, J., Lawyer, G., Hamouda, O., Struck, D., Vercauteren, J., Wensing, A., Alexiev, I., Åsjö, B., Balotta, C., Gomes, P., Camacho, R. J., Coughlan, S., Griskevicius, A., Grossman, Z., ... Paraskevis, D. (2016). The global spread of HIV-1 subtype B epidemic. *Infection, Genetics and Evolution*, 46, 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2016.05.041>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2014). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 87 TAHUN 2014 TENTANG PEDOMAN PENGOBATAN ANTIRETROVIRAL. Kemenkes R.I, 1(22 Jan), 1–17.
- Montgomery, S. C. et al. (2020). 'Peer social network processes and adolescent health behaviors: A systematic review', *Preventive Medicine* <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105900>

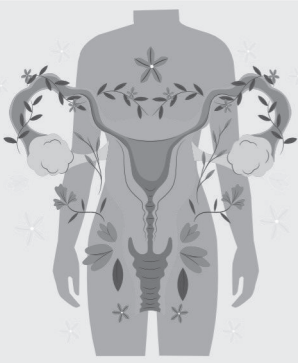
- Nasution, H. H., Lubis, W. H., & Sudibrata, A. (2017). Penyalahgunaan Napza. *Departemen Lmu Penyakit Dalam FK-USU/RSUP H.ADAM MALIK*, 3(1), 1–21. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/63568>
- Nurchahyo, E., Gurusi, L., Suhartono, R. M., & Ernawati, E. (2020). Penyuluhan Hukum Tentang Bahaya Narkoba Di Sma Negeri 4 Pasarwajo Kabupaten Buton. *Empowerment : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(02), 117. <https://doi.org/10.25134/empowerment.v3i02.3608>
- Unemo M, Lahra MM, Escher M, Eremin S, Cole MJ, Galarza P, Ndowa F, Martin I, Dillon JR, Galas M, Ramon-Pardo P, Weinstock H, Wi T. WHO global antimicrobial resistance surveillance (GASP/GLASS) for *Neisseria gonorrhoeae* 2017-2018: a retrospective observational study. *Lancet Microbe* 2021; 2: e627–36
- Park, K., & Kim, J. (2022). Pornography Use and Sexual Dysfunction in Men: A Review of the Literature. *International Journal of Sexual Health*, 34(3), 275-287.
- Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2019 tentang Perlindungan Data Pribadi.
- Prasetyo, D. (2021). *Implementasi Kebijakan Keluarga Berencana di Indonesia: Tantangan dan Peluang*. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 16(3), 241-256.
- Purnama, D. W., & Hidayat, D. (2022). *Kesehatan Reproduksi di Era Digital: Dampak Teknologi Informasi terhadap Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. *Jurnal Teknologi Kesehatan*, 11(2), 99-112.
- Rahayu, S., & Nugroho, Y. (2023). *Evaluasi Program Kesehatan Reproduksi pada Remaja di Sekolah Menengah Atas di Indonesia*. *Jurnal Pendidikan Kesehatan Masyarakat*, 14(3), 178-189.

- Rahmadina, P., Afriyeni, N., Sarry, S. M. (2018, Juni). *Hubungan regulasi emosi dengan problematic internet use pada mahasiswa pengguna media sosial di universitas andalas*. *Jurnal RAP UNP*, 9(1). <https://doi.org/10.24036/rapun.v9i1.10381>
- Rianto, Puji (2016). *Media Baru, Visi Khalayak Aktif dan Urgensi Literasi Media*. *Jurnal Komunikasi*, Vol.01 (02), 2016 90-96.
- Rohmawati, R., & Asrul, A. (2019). *Analisis Akses dan Kualitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi di Daerah Terpencil Indonesia*. *Jurnal Pembangunan Kesehatan*, 13(4), 209-221.
- Sari, I., & Rahman, S. (2022). The Role of International Policy in Advancing Reproductive Health Rights in Developing Countries. *Reproductive Health Journal*, 14(6), 99-112.
- Siahaan, J. M. S. (2002). *Sosiologi Perilaku Menyimpang*. Jakarta. *Universitas Terbuka*.
- Sudiarti, P. E., Ariesta, M., & FITRA, N. (2021). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU BULLYING DI SMA NEGERI 2 BANGKINANG KOTA TAHUN 2021. *Jurnal Ners*, 5(2), 57-62.
- Sundari, R., & Wibowo, I. (2021). Cultural Barriers to Reproductive Health in Southeast Asia: Case Studies and Policy Implications. *Asian Journal of Reproductive Health*, 8(4), 214-225.
- Sutrisno, H., & Firmansyah, S. (2020). *Pengaruh Faktor Sosial dan Budaya terhadap Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. *Jurnal Sosiologi Kesehatan*, 17(1), 89-102.
- Susilawati, E., Yahya, S. Z., & Simanjuntak, W. F. (2015). FACTORS INFLUENCE THE BEHAVIOR OF BULLYING AT THE STUDENTS OF SMK PGRI 8 MEDAN IN 2015. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwifery, Environment, Dentist)*, 10(2), 209-215.

- United Nations (UN). (2019). The SDGs and Reproductive Health: Achieving Global Goals for Health Equity. United Nations Report, 27(1), 33-45.
- UNESCO. (2018). International Technical Guidance on Sexuality Education.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2016). The State of the World's Children 2016.
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2019). Contraception and the Reproductive Health of Adolescents.
- UNFPA (2022). State of World Population Report 2022: Reproductive Health in Developing Countries. UNFPA.
- Victor N. Chilakaa, J. C. K. (2021). HIV in pregnancy – An update. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 484–491. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.034>
- Volmink, J., Siegfried, N. L., Van Der Merwe, L., & Brocklehurst, P. (2007). Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003510.pub2>
- World Health Organization (WHO). (2016). New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>
- _____. (2023). HIV AND AIDS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- _____. (2023). *Maternal Health and Reproductive Rights in Indonesia: A Review*. WHO Southeast Asia Regional Office.
- World Health Organization. (2007). WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological

classification of HIV-related disease in adults and children. World Health, 52.

Yusay, C. T. C. and Canoy, N. A. (2019) 'Healing the hurt amid the drug war: Narratives of young urban poor Filipinos in recovering families with parental drug use', International Journal of Drug Policy. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.10.009>



PROFIL PENULIS



Nana Nofianti S.KMM.Kes, lahir di Kota Pangkal Pinang tahun 1990. Penulis pernah menjadi staff tenaga pengajar di Akademi Kebidanan Pasaman Barat (AKBID PASBAR). Penulis menyelesaikan studi D-3 Kebidanan Akademi Kebidanan Bangka Belitung, melanjutkan studi S-1 di Universitas Andalas Padang dengan peminatan Kesehatan Reproduksi KIA dan bergelar SKM. Penulis melanjutkan studi S-2 di Universitas Andalas Padang Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Kesehatan Reproduksi - KIA dan bergelar M.Kes. Penulis juga aktif di organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dari tahun 2011 hingga sekarang.



Dr. dr. Mayang Sari Ayu, MARS, M.H.Kes, FISPH, FISCAM, Sp.KKLP adalah pakar kesehatan masyarakat dan kedokteran komunitas. Menyelesaikan Pendidikan Profesi Dokter di FK UISU, kemudian melanjutkan Pendidikan S2 Magister Adminitrasi Rumah Sakit (MARS) di Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara dan S2 Magister Hukum Kesehatan Universitas Panca Budi Medan. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan S3 Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara peminatan Kebijakan Kesehatan pada tahun 2018. Penulis mengikuti Fellowshif of Indonesia Society Comunitas Medicine (FISCAM) dan Fellowshif of Indonesia Society Public Health (FISPH) dari Perhimpunan Dokter Kedokteran Komunitas dan Kesehatan Masyarakat Indonesia (PDK3MI). Kemudian Penulis menyelesaikan Recognisi dibidang Spesialis Kedokteran Keluarga Layanan Primer (Sp.KKLP) dari Kolegium Perhimpunan Kedokteran Keluarga Indonesia. Penulis bekerja sebagai dosen bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Komunitas di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara, Medan, Indonesia (2008-sekarang). Penulis juga menjadi Dosen Pascasarjana Kesehatan Masyarakat Institut Deli Husada dan Fakultas Kedokteran Helvetia. Kegiatan saat ini mengikuti berbagai organisasi sebagai pengurus, menulis beberapa jurnal internasional dan nasional. Menjadi surveyor nasional bidang fasilitas kesehatan tingkat pertama, menjadi reviewer di jurnal nasional, sebagai assessor beban kerja dosen, konsultan pembangunan rumah sakit puri azizi hospital, konsultan pembangunan klinik-klinik dan auditor penilaian akademik. Penulis tertarik untuk mengeksplorasi bidang kesehatan masyarakat khususnya kebijakan kesehatan dan fokus pada kualitas hidup masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui email: mayang.sari@fk.uisu.ac.id



dr. Taya Elsa Savista, Msi. lahir di Medan pada tanggal 17 September 1985, merupakan anak ketiga dari 4 bersaudara dari pasangan bapak Syahril Darwis dan ibu Ety Sri Fatmawati. Penulis merupakan alumni FK UISU Medan angkatan 2003 dan menyelesaikan pendidikan Magister Ilmu Kedokteran Dasar di Universitas Airlangga, Surabaya pada tahun 2019. Selama masa kuliah, penulis aktif sebagai asisten laboratorium anatomi. Setelah lulus tahun 2010, penulis kemudian menjadi staf pengajar di bagian anatomi FK UISU hingga tahun 2019. Penulis saat ini merupakan staf pengajar anatomi di FK UMSU terhitung sejak tahun 2019.



Ramlan Nasution, SKM, M.Kes dosen pada Sekolah Perawat Padangsidempuan THN 1997-2000, kemudian konversi ke Akademi kebidanan dari tahun 2000-2002, selanjutnya menjadi dosen Diploma III kebidanan Padangsidempuan THN 2002-2022 selanjutnya THN 2022 menjadi dosen tetap di D-III Prodi Keperawatan Tapanuli Tengah Politeknik kesehatan Medan sampai sekarang. Pendidikan dimulai dari D-III keperawatan Palembang tahun lulus 1991 kemudian ke jenjang S1 Kesmas Universitas Sumatera Utara (USU) THN lulus 1997, selanjutnya S2 Kesmas Dengan peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan (KMPK) Universitas Gajah Mada (UGM) tahun lulus 2006. Email aktif: ramlannasution001@gmail.com



dr. Herika Yulisa, MKK merupakan seorang praktisi dokter umum khususnya di bidang kesehatan kerja. Menamatkan Pendidikan S2 Kedokteran Kerja di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia pada tahun 2024. Beliau juga menjabat sebagai Direktur dan Owner dari Klinik Pratama Insan Utama Balikpapan dan saat ini aktif dalam kegiatan health talk atau promosi kesehatan untuk instansi maupun masyarakat sekitar dan mulai bergabung untuk menulis buku kesehatan.



Herawati Harahap, SST, MKM merupakan dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sentral Padangsidimpuan, Pendidikan di mulai di Poltekkes kemenkesn Medan Prodi DIII Kebidanan Padangsidimpuan lulus tahun 2011, dan melanjutkan ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit haji Medan DIV Bidan Pendidik lulus Tahun 2013, kemudian lanjut mengambil Magister Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Promosi Kesehatan di Institut Kesehatan Helvetia lulus Tahun 2023, saya juga aktif mengikuti organisasi IBI cabang Kota Padangsidimpuan.



Penulis dilahirkan di Jombang, pada tanggal 29 September 1971. Penulis adalah dosen tetap di S2 Keperawatan, Stikes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan Adi Husada Surabaya Luulus Tahun 1994, dan melanjutkan pendidikan D-IV Perawat Pendidik di Universitas Airlangga Surabaya Lulus Tahun 1997. Pada tahun 1999 penulis lulus S1 Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya, melanjutkan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Reproduksi di Universitas Airlangga

Surabaya. Pada Tahun 2018 Lulus S3 Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya . Beberapa mata kuliah yang diampu yakni Keperawatan anak sehat dan sakit. Sebelumnya penulis juga telah menghasilkan buku yang berjudul Tumbuh Kembang anak, Toilet Training pada anak Toddler dan buku-buku anak lainnya. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan jurnal Internasional. Penulis juga aktif dalam berorganisasi profesi Keperawatan (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) DPD PPNI Kabupaten Mojokerto sebagai Wakil Ketua Bidang Hubungan antar Lembaga dan juga sebagai bendahara pada DPK PPNI Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto Periode tahun 2022-2027.



dr. Zafira Ainillah Rachman adalah seorang penulis kelahiran Depok, 10 Oktober 1994. Saat ini merupakan seorang ibu dari 2 orang anak yang sebentar lagi akan memasuki usia pubertas. Setelah selesai Pendidikan sebagai dokter di Universitas Malikussaleh, Aceh Utara, dr. Zafira pernah merasakan bekerja sebagai dokter di rumah sakit di Kepulauan Riau, di Tangerang dan saat ini di puskesmas Depok. Selain melakukan pelayanan dokter umum, saat ini dr. Zafira tergabung dalam Helpline Laktasi, untuk melakukan layanan konseling laktasi secara online. Di Puskesmas saat ini juga diamanahi program Kesehatan jiwa dan Kesehatan remaja untuk membantu menemukan masalah Kesehatan jiwa dan remaja di sedini mungkin.



Novita Sari, S.Tr. Keb., M.Keb. Penulis Lahir di Pasaman Timur Sumatera Barat. Penulis adalah lulusan Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran tahun 2022. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mdfnovi@gmail.com. Buku yang pernah ditulis antara lain: Pendidikan Kebutuhan Gizi dalam Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Kebidanan, Pendekatan Hipnoterapi pada Asuhan Kebidanan. Penulis berasal dari institusi Horizon University Indonesia sebagai Dosen Kebidanan, penulis juga memiliki ketertarikan di bidang kebidanan dan aktif sebagai peneliti dan menulis artikel jurnal ilmiah bidang kesehatan. Penulis berkeinginan mengembangkan Ilmu Kebidanan melalui beberapa buku yang ditulis. Semoga bermanfaat bagi pembaca baik mahasiswa maupun Dosen Kebidanan serta masyarakat umum.



Dr. dr. Cipta Pramana, SpOG., Subsp. Obsginsos. Lulus SMA Negeri Klaten tahun 1984, dan lulus dokter umum di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (UNDIP) Semarang tahun 1992. Setelah lulus mengabdikan diri sebagai dokter umum di propinsi Timor-Timur (sekarang negara Timor Leste) antara tahun 1994- 1999 hingga propinsi Timor-Timur lepas dari NKRI. Lulus dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan FK UNDIP Semarang tahun 2004, selanjutnya bertugas di RSUD Biak Papua tahun 2005- 2012. Tahun 2015 lulus sebagai dokter Konsultan Obstetri dan Ginekologi Sosial Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Lulus Doktor Manajemen Kependidikan, sekolah Pascasarjana Universitas Negeri Semarang tahun 2023.

Sejak tahun 2012 sampai sekarang sebagai staf Medis Fungsional di bagian Obstetri dan Ginekologi RS Daerah K.R.M.T Wongsonegoro kota Semarang. Menjadi dosen pembimbing klinis

mahasiswa Fakultas Kedokteran (Universitas Tarumanagara Jakarta, Universitas Trisakti Jakarta, Universitas Wahid Hasyim Semarang), Dosen Pasca Sarjana S2 Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta dan Dosen di Fakultas Kedokteran UIN Walisongo Semarang. Jumlah buku yang telah dipublikasikan ada 25 buku baik berupa monograf, referensi maupun book chapter yang diterbitkan oleh penerbit buku nasional maupun internasional (Springer dan Nova Science Publisher). Buku yang ditulis tentang kedokteran, kesehatan dan pendidikan. Selain itu jug aktif publikasi artikel ilmiah ke jurnal internasional bereputasi (terindeks Scopus dan Web of Science).

Alamat email: pramanacipta@yahoo.com



Dr. Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes, Lahir di Semarang, 13 Juli 1982. Pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang, pada tahun 2008 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang. Pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta. Pada Tahun 2025 penulis menyelesaikan pendidikan Doktoral Psikologi Pendidikan di Fakultas Psikologi Pendidikan Universitas Negeri Malang dan menyelesaikan program doctoral dalam waktu 5 semester.

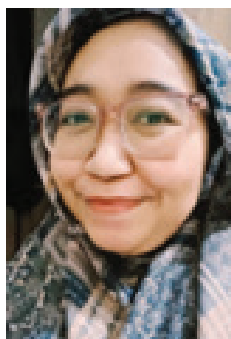
Penulis memulai kariernya dimulai sebagai Bidan Praktek Mandiri (2006-2020). Kemudian menjadi dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto pada tahun 2008 sampai dengan sekarang. Penulis aktif dalam mengajar mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Pada tahun 2009-2013 penulis menjadi Koordinator Program Studi alih jenjang Diploma III Kebidanan. Pada tahun 2015- 2022 peneliti sebagai Ketua Program Studi D III Kebidanan. Saat ini penulis juga sebagai pengurus Organisasi IBI

Ranting Institusi Kabupaten Mojokerto pada sie organisasi bidang pendidikan. Penulis aktif dalam kegiatan Penelitian dan Pengabdian masyarakat baik nasional maupun internasional dengan beberapa karya diantaranya mendapatkan dua kali hibah penelitian Nasional, satu kali hibah penulisan buku Internasional, dua kali hibah penulisan buku karya seni nasional dan satu kali hibah pendanaan internal disertasi Universitas Negeri Malang pada tahun 2024, selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal ilmiah, buku yang pernah ditulis diantaranya Pengantar Ilmu kebidanan, Teori Ilmu Kebidanan, Kesehatan Reproduksi Remaja, Obstetrics Pathology, Kekerasan Seksual, Antologi Puisi "Desa dan Kampung Halaman", Olahan Makanan Produksi ASI. Mata kuliah sesuai dengan bidang keahlian yang menjadi tanggungjawab penulis adalah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan ibu Nifas, Asuhan Ibu Bersalin, Psikologi Kebidanan, Psikologi keperawatan dan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Penulis berharap karya yang dihasilkan bisa bermanfaat bagi Dosen, Mahasiswa dan masyarakat pada umumnya.



Khoirotun Najihah, di lahirkan di Jakarta pada tanggal 01 September 1989. Ketertarikan penulis terhadap Bidang ilmu Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dimulai sejak dibangku perkuliahan jenjang S1 Jurusan K3 di Universitas Sumatera Utara (USU) Pada tahun 2013. Penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister Kesehatan Masyarakat dengan Jurusan K3 di Universitas Sumatera Utara (Utara) pada tahun 2015 dan selesai di Tahun 2017. Sejak menyelesaikan Pendidikan S1 penulis memiliki pengalaman bekerja pada Dinas PU/ Tarukim Kota Medan pada program Sanitasi Masyarakat (SANIMAS) bidang pemberdayaan masyarakat kemudian pada tahun 2017 sampai sekarang penulis merupakan dosen pengajar sekaligus ketua jurusan program Studi

D4K3 di Institut Kesehatan Helvetia Medan, dan aktif sebagai narasumber dalam berbagai kegiatan pelatihan AK3U ataupun bidang K3 lainnya. Penulis telah mengikuti berbagai pelatihan K3 yang sejalan dengan pengajaran. Penulis juga telah membuat beberapa buku diantaranya Buku Bahan Ajar SMK3 I, SMK3 II, Toksikologi Industri Untuk K3 sebagai penulis-1 yang telah di HKI kan, kemudian Buku Bahan Ajar Dasar K3, Higiene Industri yang sudah Ber-ISBN sebagai Penulis-1, dan buku bahan ajar Laboratorium K3 1, Manajemen Tanggap Darurat Di Tempat Kerja yang sudah Ber-ISBN sebagai Penulis-2. Email Penulis: khoirotunnajih@helvetia.ac.id

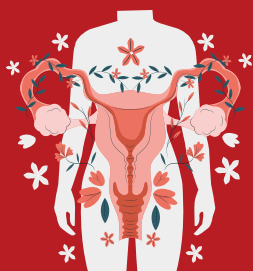


Dr. Nurmala Dewi lahir di Ternate, Maluku Utara, 15 September 1990. Dibesarkan dengan penuh kasih sayang oleh (Alm) H. Samsuddin Abas, SH dan (Alm) Hj. Fariani Halil. Penulis merupakan putri sulung dari dua bersaudara. Menempuh pendidikan TK dari 1995 hingga lulus SMA pada 2007 di Ternate. Demi menggapai mimpinya, penulis melanjutkan pendidikan ke Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2007 dan lulus pada tahun 2014. Penulis terangkat sebagai dosen pada seleksi CPNS Kementerian Pendidikan dan kebudayaan di Tahun 2019 di Unit Kerja Fakultas Kedokteran Universitas Khairun Ternate. Penulis kemudian menjalani Magister Pendidikan Kedokteran di FKMK UGM pada tahun 2020 dan lulus CUM LAUDE. Setelah menyelesaikan studi Magisternya, penulis kembali mengabdikan diri di Ternate dan bertekad untuk turut berpartisipasi aktif dalam pengembangan pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan khususnya di Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Khairun yang mana saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Medical Education Unit (MEU). Saat ini penulis telah menikah dan memiliki satu orang putri yang sedang aktif menjelajah dunia toddler-nya.



dr. Agustiawan, MKM, AIKO-K, FRSPH, FISQua, lahir di Bangka pada tanggal 2 Agustus. Penulis merupakan Dokter di Rumah Sakit Islam (RSI) Ibnu Sina Pekanbaru dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Arifin Achmad Pekanbaru, Riau. Penulis juga sebagai Dosen Tetap FK Institut Kesehatan Helvetia Medan. Penulis menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh pada tahun 2018 dan Promosi Kesehatan Ilmu Perilaku dalam pendidikan S2 Magister Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Helvetia Medan pada tahun 2022. Penulis juga menjalani Pendidikan Ilmu Hukum di Universitas Terbuka dan Magister Manajemen di Universitas Islam Syekh Yusuf, Tangerang.

Penulis tergabung dalam organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Ahli Kesehatan dan Keselamatan Kerja Indonesia (PAKKI), dan mendirikan Perkumpulan Health Education and Promotion (HEP) Indonesia. Menyelesaikan program kursus Ahli Ilmu Faal Olahraga Klinis (AIFO-K) dan mendapatkan sertifikasi tersebut dari BNSP RI. Penulis aktif menulis beberapa jurnal dengan bahasan yang fokus pada Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran. Agustiawan juga merupakan Fellow dari Royal Society for Public Health (FRSPH) yang berpusat di London, UK dan Fellowship in International Society for Quality in Health Care (FISQua). Agustiawan juga menyelesaikan Diploma dalam Sustainable Management dari IBMI Berlin.



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Kesehatan Reproduksi Remaja merupakan salah satu bidang kajian yang sangat luas. Badan Kesehatan Dunia menyatakan bahwa ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup berbagai aspek kesehatan yang terkait dengan sistem reproduksi sepanjang siklus hidup manusia, baik pada laki-laki maupun perempuan. Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup kesehatan reproduksi wanita dan pria, kesehatan ibu dan anak, kesehatan remaja, kesehatan seksual dan pencegahan penyakit menular seksual; keluarga berencana serta pencegahan aborsi dan kekerasan seksual. Buku ini membahas segala aspek dalam pendidikan KRR yang diharapkan dapat menjadi salah satu buku rujukan untuk pembaca awam dan profesional yang bergerak di bidang KRR.



SCAN ME

Facebook: @penerbitadab
Instagram: @penerbitadab
Website: www.penerbitadab.id
Twitter: @penerbitadab

Layanan Pembaca :
0812-2115-1025

ISBN 978-634-235-540-4



9

786342

355404