

ISU GENDER DALAM PROGRAM KELUARGA BERENCANA

Bubung Bunyamin

Widyaiswara Perwakilan BKKBN Provinsi Riau, Pekanbaru

E-mail: bubung.bunyamin@bkkbn.go.id

Abstract: Issues on gender equality in the world is still interesting topic, especially in terms of the division of roles and responsibilities, which are generally burdensome one gender only. This paper discusses one of the problems of gender equality are still common in Indonesia, namely in terms of the use of contraceptive method in family planning. The selection of this topic is motivated by the persistence of disparities in the use of birth control that should be followed by both men and women. In general, these gaps can be seen from the factors of access, participation, benefits, and decision-making. Implementation of family planning programs from time immemorial directed to overcome the high maternal mortality rate. Therefore, the mother is a principal target of family planning programs. This led to the emergence of the notion that responsibility in family planning is only women's affairs. Moreover, often the man/husband feel able to support many children so that men would just tell her to use contraception when they are no longer able to become pregnant or caring for a baby. Such decision really only charged for the women while the men themselves are not too take dizzy about their family planning programs for themselves.

Abstrak: Pengendalian penduduk pada saat ini merupakan sesuatu yang harus menjadi perhatian pokok, program Keluarga Berencana (KB) merupakan alternatif yang paling memungkinkan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk, namun program ini masih di dominasi oleh kaum perempuan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis partisipasi pria dalam pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) di Indonesia. Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah pendekatan kualitatif, sedangkan strategi yang digunakan adalah studi kasus untuk memotret dan menyelidiki secara cermat kebijakan penghapusan kekerasan dan pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi perempuan. Teknik analisis data dalam penelitian ini adalah analisis kualitatif yaitu menghubungkan fakta empiris dengan dasar pemikiran teoretik. Hasil penelitian menunjukkan masih rendahnya partisipasi pria dalam pelaksanaan Keluarga Berencana (KB) dikarenakan pelaksanaan program yang pada awal keberadaannya diarahkan kepada kaum perempuan/ibu, yang mengakibatkan kebiasaan itu masih melekat sampai saat ini, belum optimalnya kegiatan KIE bagi kaum pria atau suami, tidak meratanya penyebaran materi KIE tentang partisipasi pria dalam berKB, dan pendekatan program KB dan KR kepada pria masih kurang.

Kata Kunci: partisipasi pria, program KB, pertumbuhan penduduk

PENDAHULUAN

Isu gender dalam pembangunan keluarga berencana mengemuka setelah dilangsungkannya konferensi internasional mengenai kependudukan dan pembangunan (International Conference on Population and Development = ICPD) di Kairo tahun 1994. Konferensi ini menandai adanya pergeseran paradigma pembangunan di bidang kependudukan dan KB, yaitu dari pendekatan pengendalian pertumbuhan penduduk menjadi lebih ke arah pendekatan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi. Dengan pendekatan ini, penanganan bidang kependudukan dan keluarga berencana

menjadi lebih luas, tidak hanya aspek penurunan fertilitas tetapi juga mencakup pemenuhan kebutuhan kesehatan reproduksi individu, termasuk hak-hak reproduksi, kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan serta tanggung jawab dan partisipasi laki-laki/suami dalam kaitannya dengan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

Sesuai dengan kesepakatan ICPD serta sejalan dengan era globalisasi, reformasi dan demokratisasi yang menjadi paradigma universal saat ini, Program KB Nasional mempunyai komitmen yang tinggi pada upaya-upaya untuk memberdayakan kaum perempuan. Hal ini ter-

cermin dalam Undang-undang nomor 52 tahun 2009 Bab II Pasal 3 poin g yang menyatakan bahwa perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga berdasarkan prinsip keadilan dan kesetaraan gender.

Berbagai upaya pembangunan nasional yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas manusia, baik perempuan ataupun laki-laki, ternyata belum memberikan manfaat yang setara bagi perempuan dan laki-laki. Hal ini tidak saja berarti bahwa hak-hak perempuan untuk memperoleh manfaat secara optimal dari pembangunan belum terpenuhi, tetapi juga karena masih belum termanfaatkannya kapasitas perempuan, sebagai sumber daya manusia, secara optimal. Di samping itu, rendahnya kualitas perempuan juga dapat mempengaruhi kualitas generasi penerusnya, mengingat bahwa mereka mempunyai fungsi reproduksi dan sangat berperan dalam mengembangkan sumberdaya manusia masa depan.

Sementara itu, kesetaraan dan keadilan gender belum sepenuhnya dapat diwujudkan di segala bidang karena masih kuatnya pengaruh nilai sosial budaya yang patriarki, yang menempatkan laki-laki dan perempuan pada kedudukan dan peran yang berbeda dan tidak setara. Di lain pihak, pada saat ini masih banyak kebijakan, program, proyek, dan kegiatan pembangunan, baik di tingkat nasional maupun di tingkat daerah (propinsi dan kabupaten/kota) yang belum peka gender, yaitu belum mempertimbangkan perbedaan pengalaman, aspirasi, dan kepentingan antara perempuan dan laki-laki, serta belum menetapkan kesetaraan dan keadilan gender sebagai sasaran akhir dari pembangunan. Kebijakan pembangunan keluarga berencana dianggap kurang responsif gender, karena terbukti masih sekitar 1,1 persen peserta KB pria di Indonesia. Bahkan dapat dikatakan bahwa meskipun program KB telah berhasil menurunkan pertumbuhan penduduk, namun belum mampu meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan perempuan. Salah satu buktinya adalah masih tingginya angka kematian maternal (*Maternal Mortality Rate*) di Indonesia, bahkan paling tinggi di antara negara-negara di Asia Tenggara.

Program KB yang terlalu berorientasi pada aspek kuantitas dapat berdampak negative terhadap kedudukan dan peran perempuan. Karena orientasinya adalah sasaran demografi, maka pelayanan KB kurang diarahkan pada aspek pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi bagi perempuan, tetapi lebih dijadikan sarana untuk menekan angka pertumbuhan penduduk. Akibatnya, perempuan cenderung dijadikan obyek dalam mencapai tujuan demografis, sehingga mengabaikan prinsip-prinsip hak-hak asasi manusia.

Upaya mencapai kesetaraan dan keadilan gender melalui strategi pengarusutamaan gender padah akekatnya merupakan program yang mencakup semua sektor pembangunan dan tidak terpisahkan dari pembangunan sumber daya manusia. Pembangunan sumber daya manusia berarti membangun seluruh lapisan masyarakat. Pembangunan sumber daya manusia semestinya dapat memberikan perlakuan yang sama dan adil kepada siapa saja baik laki-laki maupun perempuan. Demikian juga hasil-hasil pembangunan harus dapat dinikmati oleh setiap warga negara tanpa memandang jenis kelamin.

Meskipun upaya meningkatkan kesetaraan dan keadilan gender telah menjadi salah satu sasaran Program KB Nasional, namun demikian dalam kenyataannya masih terdapat kebijakan dan program yang belum responsif gender. Sebagai contoh hampir seluruh pelayanan kontrasepsi diutamakan kepada perempuan sehingga ada anggapan bahwa perempuan merasa “dikorbankan” dalam pelaksanaan program KB Nasional. Di samping itu tumbuh anggapan yang kuat bahwa kaum perempuan/ibu bertanggungjawab pada urusan domestik, terutama dalam pengasuhan dan tumbuh kembang anak.

Selain itu ICPD Kairo menyiratkan adanya hak akan kehidupan seksual yang aman serta kebebasan untuk memutuskan pada seberapa sering untuk melahirkan. Juga secara eksplisit mencakup adanya persediaan metoda kontrasepsi KB yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima dan harus ada akses terhadap pelayanan kesehatan yang memadai. Selain itu, program kesehatan reproduksi bukan saja harus diran-

cang untuk memenuhi kebutuhan perempuan termasuk remaja tetapi juga harus mengikutsertakan perempuan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, maupun evaluasi. Dengan demikian, masalah kesehatan dan hak reproduksi berkaitan erat dengan kesetaraan dan keadilan gender yang penanganannya perlu menggunakan analisis gender yang benar dan tepat pada setiap kebijakan program dan kegiatannya

Dalam kenyataannya, pelaksanaan program KB Nasional tidak akan terlepas dari pengaruh lingkungan yang ada. Lingkungan yang ada dengan perhatian yang belum tentu searah dengan perkembangan program menuntut perlunya terus dilakukan penyesuaian-penyesuaian terhadap kebijakan yang ada. Beberapa hal penting yang dapat dirasakan berpengaruh terhadap kualitas pelaksanaan program adalah masih dijumpainya kesenjangan dan permasalahan gender.

METODE

Metode yang digunakan dalam kajian ini adalah pendekatan kualitatif, sedangkan strategi yang digunakan adalah studi kasus untuk memotret isu gender dalam program KB Nasional di Provinsi Riau. Teknik analisis data dalam penelitian ini adalah analisis kualitatif, yaitu menghubungkan fakta empiris dengan dasar pemikiran teoritik. Analisis kualitatif ini dilakukan dengan cara memeriksa keabsahan data yang diperoleh dari penelitian dengan menggunakan metode triangulasi, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan data itu. Hal ini dilakukan dengan cara membandingkan data hasil pengamatan dengan data dengan dokumen yang berkaitan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Program Keluarga Berencana

Kebijakan Program

Saat ini kebijakan program Keluarga Berencana diarahkan untuk meningkatkan akses dan kualitas KB-KR melalui jalur pemerintah dan jalur swasta melalui penyediaan dukungan sarana alkon dan non alkon untuk Klinik KB

dan Rumah Sakit; meningkatkan kompetensi SDM melalui pelatihan kepada para provider pelayanan KB; meningkatkan kerjasama ke-mitraan dengan mitra kerja untuk meningkatkan pemanfaatan; *Corporate Social Responsibility* (CSR) di perusahaan-perusahaan; dan membentuk tim jaga mutu. Tujuan lainnya adalah memberikan pelayanan KB di daerah Galciltas dan khusus dan pelayanan Kesehatan Reproduksi (BKKBN 2014).

Kesenjangan dan Permasalahan Gender

1) Jumlah pria pemaka alat kontrasepsi masih rendah

Dewasa ini penanganan kesehatan reproduksi menjadi lebih luas antara lain pemenuhan kesehatan reproduksi setiap individu, baik laki-laki maupun perempuan, sepanjang siklus hidupnya termasuk hak-hak reproduksi perempuan, kesetaraan gender dan masalah tanggung-jawab laki-laki dalam kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Sayangnya hingga kini kesetaraan pria ber-KB masih rendah seperti terlihat pada table pencapaian peserta KB baru di Provinsi Riau tahun 2014 sebagai berikut:

Tabel 1. Pencapaian PB Per Mix Kontrasepsi Provinsi Riau Tahun 2014

ALKON	PPM	PENCAPAIAN PB	
		JUMLAH	% MIX
IUD	8,503	6,820	3.6
MOW	2,471	2,600	1.4
MOP	324	360	0.2
KONDOM	5,955	10,987	5.7
IMPLANT	26,150	13,687	7.2
SUNTIKAN	56,898	100,689	52.6
PIL	53,547	56,230	29.4
TOTAL	153,848	191,373	100
PRIA	6,279	11,347	5.9
WANITA	147,569	180,026	94.1
MKJP	37,448	23,467	12.3

Dari tabel di atas terlihat bahwa partisipasi pria ber-KB hanya sekitar 5,9% dibandingkan wanita 94,1%. Rendahnya partisipasi pria selama ini dalam penggunaan kontrasepsi dapat disebabkan oleh:

- a) Terbatasnya jenis metode kontrasepsi bagi pria;
- b) Kurangnya dukungan untuk pengembangan metode kontrasepsi pria;
- c) Rendahnya pengetahuan suami isteri tentang hak-hak reproduksi;
- d) Kurangnya pengetahuan suami tentang keluarga berencana;
- e) Lingkungan sosial budaya menganggap bahwa keluarga berencana dan kesehatan reproduksi merupakan urusan perempuan;
- f) Terbatasnya informasi dan aksesibilitas pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bagi pria.

2) Kurang terpenuhinya hak-hak reproduksi isteri

Hak-hak reproduksi didasarkan pada pengakuan atas hak-hak asasi pokok bagi semua pasangan dan pribadi dalam menentukan jumlah, jarak dan waktu kelahiran anak-anak mereka secara bebas, bertanggungjawab serta memperoleh informasi mengenai cara untuk mewujudkan haknya mencapai kondisi kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi pada umumnya.

Kurang terpenuhinya hak-hak reproduksi isteri selama ini dapat disebabkan oleh:

- a) Kurangnya KIE hak-hak reproduksi bagi isteri;
- b) Kurangnya kesempatan isteri untuk memperoleh informasi tentang hak-hak reproduksi;
- c) Posisi isteri masih rendah dalam pengambilan keputusan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi misalnya:
 - Penentuan jumlah dan jarak kelahiran anak
 - Perolehan pelayanan kesehatan pada waktu sebelum dan selama kehamilan serta persalinan dan pasca persalinan
 - Pelayanan asuhan pasca keguguran
- d) Keterbatasan informasi tentang hak-hak reproduksi suami dan isteri.

3) Isteri cenderung dipersalahkan dalam ketidakpuasan hubungan seksual.

Faktor-faktor yang menyebabkan isteri lebih disalahkan antara lain:

- a) Ketidaktahuan isteri mengenai "orgasme" dalam hubungan seksual;
 - b) Lingkungan sosial budaya selama ini masih menganggap bahwa laki-laki dominan dalam rumah tangga, termasuk dalam hubungan seksual;
 - c) Terbatasnya informasi tentang kesehatan seksual bagi suami dan isteri.
- ## 4) Dalam keluarga yang mengalami infertil primer, isteri cenderung menjadi pihak yang dipersalahkan

Pasangan yang telah menikah lebih dari satu tahun dan melakukan hubungan seksual 2-3 kali seminggu secara teratur tanpa menggunakan metode kontrasepsi tetapi tidak pernah terjadi kehamilan dapat dikategorikan sebagai pasangan infertil. Infertilitas atau sulitnya pasangan suami-isteri mendapatkan keturunan sering dianggap sebagai sesuatu yang menakutkan baik bagi pasangan suami-istri maupun keluarga besarnya.

Dalam kasus infertilitas, perempuan sering menjadi pihak yang dipersalahkan dalam kasus infertilitas. Dalam pemeriksaan medis, isteri selalu diminta memeriksakan lebih dahulu, selanjutnya baru suami (setelah isteri dinyatakan subur).

Secara ilmiah infertilitas dapat disebabkan oleh banyak faktor. Infertilitas disebabkan oleh kelainan pada suami atau pada istri atau mungkin juga pada keduanya. Pada wanita, 40-50% akibat penyakit saluran telur dan anovulasi, sedangkan pada pria sebanyak 30-50% karena kelainan faktor sperma (Safrudin et.al. 2009: 43). Dengan demikian tidak ada alasan kuat untuk memojokkan istri terhadap kasus infertilitas ini.

Faktor yang menyebabkan isteri lebih disalahkan antara lain:

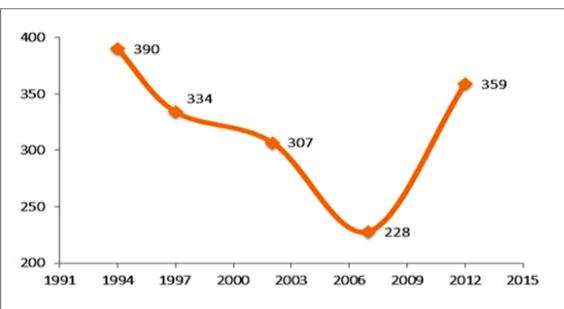
- a) Sosial budaya yang menganggap kemandulan hanya terjadi pada pihak isteri;
- b) Suami cenderung enggan memeriksakan diri dan umumnya meminta isteri untuk memeriksakan diri lebih dulu, padahal pemeriksaan pada suami relatif mudah dan murah;
- c) Terbatasnya informasi tentang infertilitas dan penanggulangannya bagi suami dan isteri.

5) PMS/IMS yang diderita isteri dianggap bukan karena penularan dari suami

Sebenarnya PMS/IMS yang diderita isteri sebagian besar ditularkan melalui hubungan seksual. Faktor penyebab isteri cenderung disalahkan:

- a) Ketidaktahuan suami bahwa kemungkinan tertularnya PMS/IMS pada isteri melalui hubungan seksual;
- b) Dominasi suami mengakibatkan suami tidak merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan ke tenaga kesehatan;
- c) Anggapan suami dan isteri bahwa sumber penyakit PMS/IMS berada pada alat reproduksi perempuan yang kurang terjamin kebersihannya;
- d) Rendahnya kepedulian suami dalam penggunaan kondom untuk pencegahan PMS/IMS;
- e) Terbatasnya informasi tentang pencegahan dan penanggulangan PMS/IMS bagi suami dan isteri.

6) Kurangnya kepedulian dan kesadaran suami penanggulangan



Sumber data: SDKI Tahun 1994, 1997, 2002, 2007 dan 2012

Survei & PL Kemenkes n triwulan Juli s.d. 1 tambahan HIV DS sebanyak 176 IDS yang dilaporkan 2014 adalah an AIDS sebanyak 1870 kasus. Jika dikumulatif kasus HIV & AIDS 1 Januari 1987 s.d. 30 September 2014, terdiri dari HIV sebanyak 150296 dan AIDS sebanyak 55799 kasus.

Laporan tersebut juga menyatakan bahwa persentase infeksi HIV tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 25-49 tahun (69,1%), diikuti kelompok umur 20-24 tahun (17,2%), dan kelompok umur 50 tahun (5,5%). Rasio HIV antara laki-laki dan perempuan adalah 1:1. Persentase faktor risiko HIV tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (57%), LSL (Lelaki Seks Lelaki) (15%), dan penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (4%).

Selanjutnya persentase AIDS tertinggi pada kelompok umur 30-39 tahun (42%), diikuti kelompok umur 20-29 tahun (36,9%) dan kelompok umur 40-49 tahun (13,1%). Rasio AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 2:1. Persentase faktor risiko AIDS tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (67%), LSL (Lelaki Seks Lelaki) (6%), penggunaan jarum suntik tidak steril pada penasun (6%), dan dari ibu positif HIV ke anak (4%) (spiritia.or.id).

Kurangnya kepedulian dan kesadaran suami disebabkan oleh:

- a) Rendahnya pengetahuan suami dan isteri tentang pencegahan penularan HIV/AIDS;
- b) Terbatasnya pelayanan informasi mengenai HIV/AIDS;
- c) Anggapan masyarakat bahwa penularan HIV/AIDS bersumber dari perempuan;
- d) Kurangnya KIE dan promosi kondom sebagai pencegahan kehamilan, PMS/IMS dan HIV/AIDS;
- e) Terbatasnya informasi pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS bagi suami dan isteri.

7) Angka Kematian Maternal Masih Tinggi

Kondisi Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia kenyataan masih tinggi dibanding Negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura serta menunjukkan peningkatan. Berdasarkan SDKI tahun 1992 mencapai 390/100.000 kelahiran hidup, selanjutnya angka tersebut dapat ditekan terus sampai dengan 228 pada tahun 2007, sedangkan pada tahun 2012 malah naik sampai dengan angka 359 per 100.000 kelahiran hidup (BKKBN 2014).

Tabel 2. Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 1994-2012

Tingginya angka kematian maternal ini disebabkan oleh:

- a) Suami terlambat dalam penanganan darurat kesehatan meliputi:
 - Mengambil keputusan menentukan tempat pelayanan
 - Mencapai tempat pelayanan
 - Suami dominan dalam menentukan jumlah dan jarak kehamilan tanpa memperhatikan kesehatan isteri, yang mengakibatkan kondisi 4 “terlalu” yaitu: terlalu muda usia untuk hamil pertama, terlalu dekat jarak kehamilan, terlalu sering melahirkan, dan Terlalu tua usia melahirkan.
 - b) Terbatasnya pengetahuan suami dan isteri tentang hak-hak reproduksi yang dimiliki oleh setiap individu, baik laki-laki maupun perempuan.
- 8) Kurang memadainya sarana dan fasilitas pelayanan KB/KR bagi ibu dan anak perempuan di tempat pengungsian.

Kondisi tempat pengungsian yang serba terbatas mempersulit pemeliharaan kesehatan dan “personal hygiene” terutama bagi ibu dan anak perempuan.

Program Kesehatan Reproduksi Remaja (Program Generasi Berencana = GenRe)

Kebijakan Program

Program GenRe adalah suatu program untuk memfasilitasi terwujudnya Tegar Remaja, yaitu remaja yang berperilaku sehat, terhindar dari risiko Triad KRR, menunda usia pernikahan, mempunyai perencanaan kehidupan berkeluarga untuk mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera serta menjadi contoh, model, idola dan sumber informasi bagi teman sebayanya.

GenRe adalah remaja/mahasiswa yang memiliki pengetahuan, bersikap dan berperilaku sebagai remaja/mahasiswa, untuk menyiapkan dan perencanaan yang matang dalam kehidupan berkeluarga. Remaja atau Mahasiswa GenRe yang mampu melangsungkan jenjang-jenjang pendidikan secara terencana, berkarir dalam pekerjaan secara terencana, dan menikah dengan

penuh perencanaan sesuai siklus Kesehatan Reproduksi (BKKBN 2012).

Kesenjangan dan Permasalahan Gender

1) Kehamilan tidak Diinginkan (di luar nikah) pada Remaja

Menurut Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) tahun 2007 diketahui terdapat 4,8 persen remaja perempuan saja yang menyetujui hubungan seks pranikah, sementara pada kelompok laki-laki 24,5 persen. Terdapat remaja perempuan yang mengaku pernah melakukan hubungan seksual 2,7 persen dan 14,2 persen remaja laki-laki dengan 10,5 persennya adalah remaja laki-laki kelompok umur 20-24 tahun (BPS: 2008). Akibat dari sikap tersebut adalah timbullah kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) sehingga memicu terjadinya aborsi. Aborsi tersebut umumnya dilakukan di tempat-tempat yang tidak memenuhi standar kesehatan, karena dilakukan bukan oleh tenaga profesional atau terlatih.

Kehamilan di luar nikah bagi masyarakat Indonesia merupakan peristiwa yang melanggar norma-norma agama dan kesusilaan sehingga menimbulkan rasa malu dan berdosa. Hal ini mendorong para remaja yang mengalami kehamilan di luar nikah melakukan pengguguran kandungan atau aborsi secara sembunyi-sembunyi. Undang-undang yang ada mengamanatkan bahwa aborsi yang dilakukan bukan karena alasan medis merupakan pelanggaran hukum, sehingga para remaja cenderung melakukan aborsi secara ilegal dan tidak terjamin keselamatannya antara lain melalui dukun.

Kondisi ini tentu saja menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia. Walaupun angka kematian ibu dari tahun ke tahun terus mengalami penurunan, tetapi AKI di Indonesia masih merupakan angka tertinggi di Asia. Data yang dirilis oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan menunjukkan bahwa berdasarkan SDKI survei terakhir tahun 2007 AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 Kelahiran Hidup (Permana, 2011: 6).

2) Tingginya Angka Perkawinan pada Usia Remaja

Pernikahan usia muda ini merupakan salah satu gambaran ketidakberdayaan perempuan dalam menentukan jalan hidupnya sendiri. Kesenjangan gender dalam hal ini adalah *dampak buruk dari pernikahan usia muda lebih dirasakan oleh perempuan* dibandingkan laki-laki, yaitu berupa tidak adanya kesempatan untuk mengenyam pendidikan yang lebih tinggi, mengembangkan potensi diri, dan menikmati masa remaja dengan baik.

Khusus bagi remaja putri, perkawinan ini lebih banyak disebabkan karena faktor sosial, budaya dan ekonomi keluarga dimana orang tua memegang peranan dominan dalam menentukan perkawinan pertama bagi anak perempuannya. Alasan yang sering mengemuka antara lain ingin cepat punya cucu, khawatir dan malu bila anak perempuannya terlambat kawin atau tidak laku, mengurangi beban keluarga, serta masih adanya anggapan bahwa anak perempuan hanya bekerja pada sektor domestik/rumah tangga.

Perkawinan usia dini mencerminkan rendahnya status wanita dan merupakan tradisi sosial yang menopang tingginya tingkat kesuburan. Indonesia merupakan Negara yang memiliki persentase perkawinan yang tinggi di dunia dengan menempati ranking ke 37 sedangkan di kawasan ASEAN tertinggi ke dua setelah Kamboja (Aryanti 2014: 1).

Berdasarkan Riskesda (2013) yang menikah pertama kali pada usia kurang dari 15 tahun sebesar 2,6% sedangkan yang menikah pada usia 15 - 19 tahun sebesar 23,9% . Pernikahan yang terlalu dini merupakan awal permasalahan kesehatan reproduksi karena semakin muda umur menikah, maka semakin panjang masa reproduksi seorang wanita yang berdampak pada banyaknya anak yang dilahirkan. Penggunaan kontrasepsi menjadi sangat penting untuk menjarangkan dan membatasi kehamilan (Aryanti 2014: 1).

Masih tingginya perkawinan usia remaja juga dapat disebabkan karena Undang-Undang Perkawinan No. 1 tahun 1974 yang mengizinkan pernikahan anak perempuan usia 16 tahun dan laki-laki 19 tahun. Pada usia ini mereka belum

siap, baik fisik maupun mental, sehingga bukan saja dapat mempengaruhi kesehatan reproduksinya, tetapi juga dapat mendorong terjadinya keretakan rumah tangga dan perceraian. Akibat lain yang ditimbulkan oleh perkawinan usia remaja, khususnya bagi remaja putri, selain tingginya risiko mengalami komplikasi dan kematian maternal juga akan dapat mengganggu masa depannya karena tidak bisa melanjutkan pendidikan.

SIMPULAN

Dari analisis gender yang dilakukan terhadap kebijakan program dan kegiatan-kegiatan yang dilakukan ditemui berbagai kesenjangan gender dalam beberapa program. Pertama, Rendahnya pengetahuan orang tua dan remaja tentang kesehatan reproduksi; prioritas utama untuk memperoleh pendidikan tetap pada anak laki-laki; rendahnya kepedulian remaja laki-laki daiam kegiatan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) serta manfaat kegiatan KRR kurang dirasakan oleh remaja laki-laki. Kedua, Kurangnya pengembangan metode kontrasepsi pria, yang mengakibatkan terbatasnya jenis/metode kontrasepsi pria; informasi tentang peran suami dalam KB/KR masih kurang yang mengakibatkan pengetahuan suami tentang metode KB pria dan kesehatan reproduksi relatif rendah; terbatasnya tempat pelayanan KB/KR bagi kaum pria; suami cenderung tidak merasa bersalah dalam ketidakpuasan hubungan seksual dan infertilitas; rendahnya kesadaran suami tentang pencegahan PMS, IMS dan HIV/ AIDS; rendahnya keterlibatan suami dalam pemeliharaan kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak serta keterbatasan informasi bagi laki-laki/suami tentang pemeliharaan kelangsungan hidup ibu, bayi dan anak. Ketiga, para penentu kebijakan, pengelola dan pelaksana program belum sepenuhnya sensitif gender; pengetahuan dan pemahaman para penentu kebijakan, pengelola dan pelaksana Program KB Nasional tentang konsep dan arti penting KKG masih kurang; belum tersedianya akses untuk mencari data program KB Nasional yang terpilah menurut jenis kelamin; serta tidak adanya kontrol untuk memilah data

karena sistem Pencatatan dan Pelaporan KB Nasional belum mendukung.

DAFTAR RUJUKAN

Badan Pusat Statistik (BPS). 2008. *Survei Kesehatan Reproduksi Remaja 2007*. Jakarta.

Badan Pusat Statistik (BPS). 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2012*. Jakarta.

BAPPENAS. 2002. *Analisis Gender dalam Pembangunan Keluarga Berencana Nasional Aplikasi Gender Analysis Pathway (GAP) dan Berbagi Pengalaman*. Jakarta

BKKBN. 2012. *Materi Pegangan Kader Tentang Bimbingan dan Pembinaan Keluarga Remaja*. Jakarta

BKKBN. 2014. *Materi Rakernas 2014*. Jakarta

Permana, Wahyu. 2011. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap Permisif terhadap Aborsi pada Remaja tidak Kawin Usia 15-24 Tahun (Analisis Data SKRRI 2007) TESIS Universitas Indonesia: Depok

Safrudin et.al. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Buku Kedokteran EGC: Jakarta

<http://www.spiritia.or.id/> diakses 4 Januari 2015