

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN

PENULIS :

- Hesti Wulandari
- Royani Chairiyah
- Ni Ketut Ayu Wulandari
- Nurul Sya'bin
- Grhasta Dian Perestroika
- Neny Yuli Susanti
- Faridah Hariyani
- Meda Yuliani
- Heny Rosiana
- Iis Hanifah
- Tri Marini



ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN

**Hesti Wulandari
Royani Chairiyah
Ni Ketut Ayu Wulandari
Nurul Sya'bin
Grhasta Dian Perestroika
Neny Yuli Susanti
Faridah Hariyani
Meda Yuliani
Heny Rosiana
Iis Hanifah
Tri Marini**



GET PRESS INDONESIA

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN

Penulis :

Hesti Wulandari
Royani Chairiyah
Ni Ketut Ayu Wulandari
Nurul Sya'bin
Grhasta Dian Perestroika
Neny Yuli Susanti
Faridah Hariyani
Meda Yuliani
Heny Rosiana
Iis Hanifah
Tri Marini

ISBN : 978-623-198-301-5

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.
Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

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

Cetakan pertama, Mei 2023

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

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Asuhan Kebidanan Pada Perempuan Dan Anak Dalam Kondisi Rentan ini.

Buku ini membahas Kelompok rentan, Kebutuhan khusus pada permasalahan fisik pada masalah disabilitas, Kebutuhan khusus pada permasalahan fisik (kelainan genetic ,perbedaan ras, usia anak kurang dari 21 tahun), Kebutuhan khusus pada permasalahan psikologis, Kebutuhan khusus masalah geografis, Permasalahan ekonomi, Kebutuhan khusus pada permasalahan social, Asuhan keberlanjutan (*continuity of care*) pada ibu berkebutuhan khusus, Pelayanan kehamilan dan persalinan dalam kondisi rentan covid 19, Pelayanan maternal & neonatal saat pandemi covid-19, Kebutuhan Khusus Pada Masalah Psikologis {Riwayat Kehilangan Dan Kematian (*Grief End Bereavement*), Kehamilan Tidak Diinginkan (*Unwanted Pregnancy*, Gagal KB)

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Mei 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 KELOMPOK RENTAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Definisi	2
1.3 Klasifikasi Kelompok Rentan.....	3
1.4 Faktor yang memengaruhi kerentanan.....	3
1.5 Kelompok rentan dalam lingkup pelayanan kebidanan.....	4
1.5.1 Perempuan	4
1.5.2 Anak dan Remaja	6
1.5.3 Lansia.....	9
1.5.4 Penyandang Disabilitas.....	10
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN FISIK PADA MASALAH DISABILITAS	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Jenis Disabilitas	16
2.2.1 Aksesibilitas Fisik.....	17
2.2.2 Aksesibilitas Non Fisik.....	18
2.3 Pengertian Disabilitas Fisik.....	18
2.4 Masalah Disabilitas Fisik	25
DAFTAR PUSTAKA	29
BAB 3 KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN FISIK.....	31
3.1 Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Fisik Kelainan Genetik	31
3.1.1 Penyebab	32
3.1.2 Gejala Kelainan Genetik	32

3.1.3	Diagnosis Kelainan Genetik	34
3.1.4	Terapi	35
3.1.5	Pencegahan	35
3.2	Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Fisik	
	Perbedaan Ras.....	36
3.2.1	Ras Menurut Para Ahli.....	37
3.2.2	Undang-undang Tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis	38
3.2.3	Kebutuhan Khusus Yang Dapat Diberikan Pada Permasalahan Ras.....	41
3.3	Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Fisik Anak	
	Usia Kurang 21 Tahun	42
3.3.1	Tahap Perkembangan Remaja	42
3.3.2	Perkembangan Perilaku Seksual Remaja	43
3.3.3	Kebutuhan Khusus Yang Dapat Diberikan Pada Permasalahan Fisik Pada Anak Usia Kurang 21 Tahun	43
	DAFTAR PUSTAKA	44
BAB 4 KEBUTUHAN KHUSUS PADA		
PERMASALAHAN PSIKOLOGIS		47
4.1	Pendahuluan.....	47
4.2	Jenis-Jenis Gangguan Psikologis.....	48
4.2.1	Skizofrenia	48
4.2.2	Depresi	56
4.2.3	Kecemasan.....	59
4.2.4	Gangguan Kepribadian	63
4.2.5	Gangguan Mental Organik.....	64
4.2.6	Gangguan Psikosomatik	64
4.2.7	Retardasi Mental	67
	DAFTAR PUSTAKA	71
BAB 5 KEBUTUHAN KHUSUS PERMASALAHAN		
GEOGRAFIS.....		73
5.1	Pendahuluan.....	73

5.2 Kebutuhan Khusus di Daerah Pegunungan.....	74
5.3 Kebutuhan Khusus di Daerah Pesisir.....	78
5.4 Kebutuhan Khusus di Daerah Pedalaman.....	82
DAFTAR PUSTAKA	86
BAB 6 KEBUTUHAN KHUSUS MASALAH EKONOMI	
PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KONDISI	
RENTAN	93
6.1 Pengertian Kemiskinan.....	93
6.2 Bentuk Dan Jenis Kemiskinan	95
6.3 Indikator Kemiskinan	96
DAFTAR PUSTAKA	103
BAB 7 KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN	
SOSIAL	105
7.1 Pendahuluan.....	105
7.2 Permasalahan Sosial	106
7.3 Dampak Masalah Sosial Pada Perempuan dan Anak...	107
7.4 Penanganan Masalah Sosial.....	110
DAFTAR PUSTAKA	113
BAB 8 ASUHAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF	
CARE)PADA IBU KEBUTUHAN KHUSUS.....	115
8.1 Pendahuluan.....	115
8.2 <i>Continuity Of Care</i> (COC)	115
8.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Berkelanjutan	116
8.2.2 Ruang Lingkup	117
8.3 Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu	
Berkebutuhan Khusus	119
8.3.1 Asuhan pada ibu dan anak berkebutuhan	
khusus	120
8.3.2 Perawatan anak berkebutuhan khusus.....	122
8.3.2 Peran Bidan pada Wanita Berkebutuhan	
Khusus Secara Budaya	123
DAFTAR PUSTAKA	125

BAB 9 PELAYANAN KEHAMILAN DAN PERSALINAN	
DALAM KONDISI RENTAN COVID 19.....	127
9.1 Pendahuluan.....	127
9.2 Penyakit Covid 19 pada ibu hamil dan Bersalin	129
9.2.1 Tanda dan Gejala.....	129
9.2.2 Pencegahan	129
9.3 Layanan pada Masa Pandemi	132
9.3.1 Pelayanan Ibu Hamil di Puskesmas	133
9.4 Pelayanan Persalinan di Puskesmas	136
9.5 Rujukan	138
9.5.1 Rujukan Pada Layanan Ibu Hamil.....	138
9.5.2 Rujukan Pada Layanan Persalinan	138
9.6 Pelayanan di Rumah sakit	138
9.6.1 Pelayanan ANC	138
9.6.2 pelayanan Persalinan	139
DAFTAR PUSTAKA	141
BAB 10 ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN	
DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN (860)	143
10.1 Pendahuluan.....	143
10.2 Pelayanan Maternal Pada Saat Pandemi Covid – 19 ..	145
10.3 Hal yang Harus Dilakukan dalam Deteksi Dini.....	146
10.4 Tanda-tanda komplikasi selama kehamilan	148
10.5 Pelayanan Neonatal Selama Pandemi Covid – 19	
Ciri-ciri Bayi Normal.....	148
10.6 Perubahan pernapasan atau sistem pernapasan.....	149
10.7 Perubahan suhu tubuh	151
10.8 Refleks Umum yang Terpantau pada Bayi Baru	
Lahir Perubahan suhu tubuh.....	152
10.9 Refleks Umum yang Terpantau pada Bayi Baru	
Lahir Perubahan suhu tubuh.....	153
DAFTAR PUSTAKA	158

BAB 11 KEBUTUHAN KHUSUS PADA MASALAH PSIKOLOGIS {RIWAYAT KEHILANGAN DAN KEMATIAN (GRIEF END BEREAVEMENT), KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN (UNWANTED PREGNANCY, GAGAL KB)}	161
11.1 Pendahuluan.....	161
11.2 Kebutuhan Khusus pada masalah psikologis {riwayat kehilangan dan kematian (<i>grief and bereavement</i>),kehamilan tidak diinginkan (<i>unwanted pregnancy</i> , gagal KB)}	163
11.2.1 Riwayat kehilangan dan kematian (<i>grief and bereavement</i>)	166
11.2.2 Kehamilan tidak diinginkan (<i>unwanted pregnancy</i> , gagal KB)	169
11.2.3 Kegagalan Kontrasepsi	175
DAFTAR PUSTAKA	179
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 9.1. MEOWS SCORE	139
Gambar 10.1. Bagan deteksi dini pelayanan maternal di masa pandemi covid – 19	146

DAFTAR TABEL

Tabel 10.1. Kunjungan dan Informasi saat Kunjungan.....	147
Tabel 10.2. Kunjungan Neonatus.....	155

BAB 1

KELOMPOK RENTAN

Oleh Hesti Wulandari

1.1 Pendahuluan

Setiap manusia memiliki hak atas kesehatan yang merupakan hak asasi dan menjadi kebutuhan dasar yang dalam kondisi apapun tidak dapat dikurangi. Implementasi dan penunaian hak atas kesehatan harus berdasar pada prinsip nondiskriminasi, termasuk dalam hal ini pada kelompok rentan. Berdasarkan Undang-Undang tentang kesehatan pasal 4 No.36 Tahun 2009 yang intinya menyatakan bahwa tiap orang memiliki hak atas kesehatan (Josua Limbong, 2019).

Perempuan, anak-anak dan lansia adalah kelompok rentan. Tiga kelompok tersebut yang paling besar populasinya di masyarakat. Tenaga kesehatan yang berada di tengah masyarakat menjadi orang terdekat untuk kelompok rentan meminta pertolongan (Ratnasari, 2021). Bidan adalah provider kesehatan yang bermitra dengan perempuan dan anak. Posisi yang strategis tersebut memberikan ruang kepada Bidan untuk dapat berperan lebih besar memberikan pendampingan kepada perempuan dan anak-anak, dalam kondisi rentan. Bidan memberikan asuhan yang holistik, humanistik dan memperhatikan aspek fisik, psikologi, emosional, sosial budaya, lingkungan, spiritual, dan ekonomi yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan (Kemenkes RI, 2007).

Bidan sebagai tenaga kesehatan profesional mengedepankan prinsip *partnership* dengan perempuan. Dalam pemberian asuhan kebidanan, Bidan berfokus pada perempuan dengan memperhatikan hak asasi manusia yang fundamental atas martabat dan dengan penuh rasa hormat (*respect*), memberikan

asuhan kebidanan secara pribadi, yang merawat kesehatan biologis dan psikologis ibu dan bayi sebagai satu kesatuan (*Respectfully Midwifery Care*= RMC) (IBI, 2020). Sehingga bidan sangat diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang profesional kepada kelompok rentan dengan mampu membantu menemukan dan mengatasi permasalahan pada perempuan dan anak dalam kondisi rentan.

1.2 Definisi

Manusia pada dasarnya terlahir dengan kondisi rentan, karena manusia selalu membutuhkan bantuan manusia lainnya yang pada akhirnya memunculkan hubungan dependensi satu manusia dengan manusia lainnya. Dukungan tersebut memerlukan relasi saling percaya yang kemudian menghasilkan kelompok-kelompok sosial di masyarakat. Dari tatanan sosial itu terdapat sekelompok anggota masyarakat yang tidak sama atau masyarakat menganggap mereka kurang sesuai dengan *society criteria* yang ada (norma, nilai). Inilah kelompok atau yang dikatakan kelompok rentan atau *vulnerable group / group at risk / disadvantaged group* (Limbong *et al.*, 2020).

Kelompok rentan dapat didefinisikan sebagai populasi dalam suatu negara dengan ciri-ciri khusus yang menyebabkan mereka berpotensi membutuhkan bantuan kemanusiaan lebih daripada yang lain atau dikecualikan dari layanan keuangan dan sosial (Kuran *et al.*, 2020).

Menurut Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia, kelompok rentan adalah semua individu yang mengalami hambatan atau keterbatasan dalam menikmati standar kehidupan yang layak. Kelompok rentan berhak mendapatkan perlakuan khusus untuk dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari (Humaedi *et al.*, 2020).

Kondisi rentan merupakan perasaan ketidak amanan (*insecurity*) di kehidupan perorangan, keluarga dan masyarakat

saat menyikapi perubahan di lingkungan eksternalnya (Ratnasari, 2021).

1.3 Klasifikasi Kelompok Rentan

Berdasarkan UU No.39 Tahun 1999 kelompok masyarakat yang rentan, antara lain, adalah kaum lansia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil dan penyandang disabilitas.

Kelompok rentan menurut Komisi Nasional Hak Asasi Manusia (Komnas HAM) tahun 2020 mengklasifikasikan kelompok rentan yaitu : kaum perempuan, anak-anak dan remaja, penyandang disabilitas, lansia, pekerja migran, masyarakat adat dan orang dengan HIV/Aids (ODHA).

Setelah menjelaskan berbagai definisi kelompok rentan, pada prinsipnya kelompok rentan jauh lebih kompleks dari yang didefinisikan dalam undang-undang.

1.4 Faktor yang memengaruhi kerentanan

Menurut Brian S. Turner dalam studinya "*Vulnerability and Human Rights*" memaparkan dengan detail beragam permasalahan dan kondisi yang dapat membuat individu atau komunitas menjadi "rentan". Ia memposisikan tubuh manusia sebagai sentral teori sosial dan politik yang harus dibela hak asasinya. Dasar keyakinan Brian tentang hal tersebut bermuara pada empat filosofi mendasar yaitu: kerentanan manusia sebagai makhluk yang dihadirkan; dependensi manusia (terutama selama proses tumbuh kembang anak usia dini yang sangat tergantung dengan manusia dewasa); keterkaitan kehidupan sosial; dan pada muaranya berakibat memunculkan kerawanan institusi sosial (Limbong *et al.*, 2020).

Beragam faktor yang menyebabkan kerentanan dalam suatu komunitas terjadi. Faktor sosial, ekonomi, budaya, biologis dan psikologis menjadi faktor yang dianggap memengaruhi kerentanan suatu komunitas atau individu. Hal ini menyebabkan munculnya kelompok rentan yang dapat memunculkan pengaruh-

pengaruh negatif di wilayah tertentu seperti tingginya tingkat kriminalitas, adanya konflik antar kelompok, perilaku yang menyimpang, serta tingginya angka pengangguran (Humaedi *et al.*, 2020).

Kerentanan bisa dikatakan sebagai suatu kondisi yang dipengaruhi oleh faktor fisik, ekonomi sosial serta lingkungan yang menjadi sebab meningkatnya risiko masyarakat terhadap dampak bahaya (Humaedi *et al.*, 2020)

1.5 Kelompok rentan dalam lingkup pelayanan kebidanan

1.5.1 Perempuan

Perempuan dikategorikan ke dalam kelompok rentan karena perempuan sering mengalami ketidaksetaraan dalam banyak hal. Ketidaksetaraan tersebut kerap kali tidak nampak tetapi amat dirasakan dalam suasana masyarakat kita yang kental patriarki. Selama ini hak kesehatan perempuan hanya dikaitkan dengan masalah reproduksi, padahal hak kesehatan perempuan harus diperhatikan secara keseluruhan. Perempuan berhak untuk bebas dari kematian karena kehamilan dan persalinan. Negara berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kesehatan, khususnya keluarga berencana, kehamilan, persalinan, dan nifas, yang disesuaikan dengan kebutuhan perempuan.

Banyak program Kemenkes RI yang berhubungan dengan kesehatan perempuan, namun diskriminasi pada perempuan dalam pemenuhan hak atas kesehatan masih cukup tinggi. Hal ini tercermin dari masih adanya pemotongan atau mutilasi alat kelamin perempuan (sunat perempuan), masih tingginya angka kematian ibu (AKI) dibandingkan negara ASEAN lainnya, masih sangat tingginya angka kekerasan seksual terhadap perempuan, Akses korban perkosaan yang hamil masih sangat terbatas dalam mendapatkan layanan aborsi aman secara legal, yang pada gilirannya mempengaruhi keputusan korban untuk melakukan

aborsi dengan cara yang berisiko tinggi. Diskriminasi dalam pelayanan kesehatan reproduksi juga kerap dialami oleh wanita yang belum menikah karena akses atas pelayanan kesehatan reproduksi sulit didapatkan, ditambah lagi dengan seringnya menerima sikap diskriminatif dari tenaga kesehatan yang membuat sebagian dari perempuan yang belum menikah kurang berminat memeriksakan kesehatan reproduksinya. Pelayanan keluarga berencana juga tak terhindar dari perilaku diskriminatif pada perempuan. Adanya anjuran pemerintah untuk mendorong penggunaan metode KB jangka panjang yang pada sebagian kasus rekomendasi tersebut bersifat memaksa. Hal ini ditemukan beberapa kasus menimpa perempuan penyandang disabilitas mental (Limbong *et al.*, 2020).

Pemenuhan hak-hak reproduksi perempuan merupakan landasan dari filosofi kebidanan, peran Bidan sebagai seorang *care provider* dengan peran strategis dan unik – memposisikan dirinya sebagai mitra perempuan di masyarakat terutama dalam menjalani siklus kesehatan reproduksinya melalui asuhan secara holistik dan berkesinambungan. Kerangka kerja kebidanan mencakup menghargai perempuan sebagai individu dan mengedepankan hak asasi perempuan. Menempatkan perempuan sebagai subyek bukan obyek. Sehingga sangat jelas bahwa peran Bidan dalam berbagai permasalahan pemenuhan hak kesehatan pada perempuan sebagai kelompok rentan menjadi sangat amat penting. Sebagai mitra perempuan, bidan harus menghormati latar belakang, situasi dan pendapat masing-masing perempuan, serta mendorong kemampuan perempuan untuk merawat diri dan keluarganya. Bidan harus menghormati dan melindungi hak-hak perempuan dan memastikan bahwa setiap perempuan dan perempuan muda menikmati haknya untuk bebas dari bahaya, kekerasan/kekerasan dan diskriminasi. Bidan harus memastikan bahwa setiap perempuan dan remaja putri berhak mendapatkan pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi (IBI, 2020).

Dalam memberikan asuhan kebidanan pada perempuan kelompok rentan, Bidan harus menerapkan prinsip *Respectful Midwifery Care* (RMC). RMC sendiri merupakan suatu filosofi inti yang dipilih secara sadar dan pendekatan praktis untuk pemberian pelayanan perempuan, dibangun melalui interaksi yang baik dan terbuka untuk menciptakan hubungan kolaboratif antara wanita dan bidan. Prinsip RMC asuhan kebidanan bagi wanita adalah sebagai berikut:

- a. Menghormati pasien/klien, tidak bersikap diskriminatif, tidak menghakimi (judgmental), dan tidak menstigmakan
- b. Menempatkan pasien/klien sebagai subyek, pemilik tubuh dan pengambil keputusan utama atas dirinya
- c. Menggali informasi kondisi pasien dengan komunikasi efektif dan membuat pasien/klien nyaman
- d. Memberikan dukungan psikologis dan emosional kepada pasien/klien
- e. Memberi pertolongan kepada pasien/klien tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, ras dan suku bangsa, usia, dan status pernikahannya
- f. Memberikan informasi lengkap kepada pasien/klien
- g. Melakukan konseling
- h. Bidan wajib mendengarkan pasien/klien
- i. Memberikan ruang privat kepada pasien/klien (Knowledge Hub, UNFPA and IBI, 2021).

1.5.2 Anak dan Remaja

Setiap anak memiliki hak atas kesehatan dan hak mendapatkan pelayanan kesehatan. Definisi anak menurut Permenkes No 25 Tahun 2014 yang dikatakan anak adalah orang yang berusia sampai dengan 18 tahun. Sedangkan definisi remaja adalah kelompok usia dari 10 sampai 18 tahun. Anak-anak pada usia tersebut menghadapi tantangan kesehatan tertentu selama masa tumbuh kembangnya secara biologis dan psikologis. Kondisi tersebutlah yang menyebabkan anak rentan terhadap

permasalahan gizi, penyakit menular dan rentan terhadap masalah kesehatan reproduksi dan seksual, dan juga masalah mental ketika mereka menjelang usia remaja.

Anak dan remaja adalah generasi penerus bangsa, sumber daya manusia yang berpotensi dalam melanjutkan pembangunan nasional. Setiap anak yang dilahirkan harus diupayakan terhindar dari penyakit yang mengancam kehidupannya atau yang dapat menimbulkan kecacatan. Hal tersebut menunjukkan pentingnya optimalisasi pemeliharaan dan peningkatan kesehatan anak dan remaja sejak dini secara optimal. Mengingat mayoritas kematian anak-anak berkaitan dengan penyebab-penyebab utama pada penyakit akut, seperti infeksi saluran pernapasan, diare, campak, penyakit malaria dan malnutrisi.

Setiap anak memiliki hak atas hidup, tumbuh dan berkembang serta memiliki hak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Oleh karena itu, tindakan yang komprehensif dan berkesinambungan terkait dengan kesehatan anak harus dilaksanakan. Perlindungan kesehatan anak diberikan oleh pelayanan kesehatan bagi anak yang mengalami kekerasan, antara lain korban perdagangan manusia, anak yang berhadapan dengan hukum, anak yang menyandang disabilitas, anak yang terlantar di panti asuhan, anak jalanan, dan anak yang terpinggirkan dan kurang mampu. Daerah perbatasan dan daerah terpencil.

Mewujudkan hak-hak anak dan remaja meliputi langkah-langkah dukungan, pencegahan, penyembuhan dan rehabilitasi secara komprehensif dan tidak diskriminatif. Kegiatan promotif dan preventif dapat dilakukan melalui KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi), seperti memberikan KIE tentang gizi seimbang, PHBS, ketergantungan obat, pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif, penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS, pencegahan anemia dan lain-lain. masalah. . pendidikan kesehatan yang tepat sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan setiap anak. Kegiatan penyembuhan dan

rehabilitasi yang dilakukan oleh bidan antara lain pemberian vaksinasi dan vitamin pada anak, pengobatan dan pengobatan anemia, layanan konseling, rujukan dan klinik kesehatan. Ketika menerapkan hak-hak terkait kesehatan anak, prioritas harus diberikan pada prinsip non-diskriminasi, memberikan kesempatan yang sama kepada anak perempuan dan laki-laki untuk mendapatkan layanan kesehatan. Kesempatan yang sama, seperti makanan yang sama, lingkungan yang aman dan kebebasan dari kekerasan fisik dan psikologis. Sangat penting untuk merumuskan langkah/upaya yang tepat agar tidak terjadi hal-hal yang tidak sehat. Kelompok usia pertumbuhan dan perkembangan fisik dan intelektual anak-anak dan remaja menunjukkan karakteristik tantangan kesehatan tertentu, dan kerentanan terhadap penyakit akut dan menular serta kerentanan terhadap masalah kesehatan seksual dan mental. Masalah kesehatan yang banyak diderita anak biasanya antara lain alergi obat, alergi makanan, pelayanan PICU dan NICU yang kurang optimal, serta retardasi pertumbuhan. Selain itu, masalah kekerasan seksual terhadap anak dengan hukum (ABH). Karena sulitnya persyaratan pembuktian formal dan material, hal ini seringkali tidak dapat lagi dipenuhi di kemudian hari. Kerentanan kaum muda bersumber dari kekerasan dalam pacaran dan hubungan keluarga, perkawinan anak, gangguan jiwa, HIV/AIDS dan anemia. Menurut Komnas Perempuan, kerentanan ini juga karena definisi anak muda dalam peraturan perundang-undangan kurang jelas. Komnas Perempuan memastikan terdapat 13 juta perkawinan anak pada tahun 2020. Perkawinan anak tidak hanya berdampak pada kesehatan reproduksi anak, tetapi lebih luas lagi karena berdampak pada kehamilan dini, yang dikaitkan dengan peningkatan risiko kejadian BBLR, kematian bayi, kematian ibu, perceraian, kekerasan dalam rumah tangga dan putus sekolah. Perkawinan anak berisiko meningkatkan perceraian dan kemiskinan karena kesehatan, mental, emosional, pendidikan dan keterampilan sosial ekonomi yang tidak memadai. Diskriminasi terhadap remaja yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan

(KTD) masih sering terjadi, yang juga menjadi salah satu penyebab tingginya angka perkawinan anak (Wulandari *et al.*, 2022).

1.5.3 Lansia

Semua instrumen utama hak asasi manusia, baik nasional maupun internasional, tidak menyebutkan larangan diskriminasi berdasarkan usia (ageism), tetapi praktik ageism sangat tidak sesuai dengan prinsip dasar hak asasi manusia. Perjuangan melawan diskriminasi berdasarkan usia penting untuk kelangsungan penghormatan terhadap hak-hak orang tua. Pemajuan dan perlindungan hak asasi manusia dan kebebasan fundamental penting untuk semua kelompok sosial dan orang-orang dari segala usia. Dalam rangka menghormati, melindungi dan mewujudkan hak asasi manusia lanjut usia, Prinsip-Prinsip PBB tentang Lanjut Usia memiliki setidaknya lima bagian penting, dimana kelima bagian tersebut adalah:

- a. Kemandirian, seperti air, pangan, perumahan, sandang dan perawatan kesehatan yang memadai, kesempatan kerja yang dibayar dan akses pendidikan yang seluas-luasnya;
- b. Partisipasi lansia untuk berperan aktif. Mereka tidak hanya memiliki kebebasan untuk membentuk organisasi atau perkumpulan lansia untuk memperjuangkan hak asasi mereka;
- c. Perawatan yang harus diterima oleh lansia adalah perawatan keluarga, perawatan kesehatan, dan mereka dapat menikmati hak asasi manusia dan kebebasan fundamental mereka selama tinggal di tempat penampungan atau fasilitas perawatan;
- d. Pemenuhan keinginan adalah kesempatan yang diberikan kepada lansia dalam jumlah yang seluas-luasnya untuk mengembangkan seluruh potensinya di tengah-tengah masyarakat melalui pendidikan, kebudayaan, kerohanian, kerohanian, dan rekreasi.

- e. Dalam martabat manusia, lansia harus dapat hidup bermartabat dan memiliki jaminan dan tidak boleh dianiaya dan dianiaya secara fisik atau mental, harus diperlakukan secara adil, tanpa memandang usia, jenis kelamin, ras atau latar belakang suku, kecacatan, status ekonomi atau status lainnya dan kontribusi mereka harus dinilai secara independen.

1.5.4 Penyandang Disabilitas

Menurut data Susenas tahun 2018, terdapat 30,4 juta penyandang disabilitas (keterbatasan mental, fisik, intelektual, dan sensorik). Berdasarkan informasi tersebut diketahui bahwa persentase penyandang disabilitas berat di Indonesia adalah 12% sedangkan persentase penyandang disabilitas sedang di Indonesia adalah 3%. Pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas di Indonesia masih menghadapi berbagai kendala baik dari segi ketersediaan, aksesibilitas, dan kualitas.

Masalah akses ke perawatan kesehatan bagi penyandang disabilitas tercermin dalam banyak hal. Penyandang disabilitas dengan disabilitas yang berbeda membutuhkan layanan kesehatan yang berbeda. Penyandang disabilitas mental/psikososial memerlukan penanganan segera, seperti antipsikotik dan penstabil suasana hati. Aksesibilitas fisik terlihat di beberapa fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit yang belum diadaptasi untuk penyandang disabilitas. Dalam beberapa kasus, layanan kesehatan terletak di lantai atas, tetapi tidak ada ramp, lift, atau fasilitas lain untuk memudahkan akses bagi penyandang disabilitas (jenis tertentu, seperti penyandang disabilitas fisik). (Limbong *et al.*, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Humaedi, S. *et al.* 2020. 'KELOMPOK RENTAN DAN KEBUTUHANNYA (Sebuah Kajian Hasil Pemetaan Sosial CSR PT Indonesia Power UPJP Kamojang)', *Share: Social Work Journal*, 10(1), pp. 61–72. doi:10.24198/share.v10i1.26896.
- IBI. 2020. 'Modul Pelatihan Respectful Midwifery Care (RMC) bagi Praktik Mandiri Bidan ', *Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia*, pp. 1–118.
- Josua Limbong, R. 2019. *Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia*, ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) *Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*. Available at: www.journal.uta45jakarta.ac.id.
- Kemenkes RI. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938 Tahun 2007 Tentang Standar Asuhan Kebidanan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 25 tentang Upaya Kesehatan Anak*.
- Knowledge Hub, UNFPA and IBI. 2021. 'Modul 6', in *Pelayanan Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas serta Rujukan pada Masa Pandemi Covid 19 di Indonesia dengan Prinsip Respectful Midwifery Care *RMC*. Jakarta.
- Kuran, C.H.A. *et al.* 2020. 'Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective', *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50(April). doi:10.1016/j.ijdr.2020.101826.

- Limpong, R.J. *et al.* 2020. 'Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia'. Jakarta: Komnas HAM RI. Available at: [https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-\\$W0G.pdf](https://www.komnasham.go.id/files/20210129-kajian-pemenuhan-hak-atas-kesehatan-$W0G.pdf).
- Ratnasari, E. 2021. *Literatur Review: Peran Tenaga Kesehatan dalam Pendampingan pada Perempuan dan Anak dalam Kondisi Rentan*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Cirebon.

BAB 2

KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN FISIK PADA MASALAH DISABILITAS

Oleh Royani Chairiyah

2.1 Pendahuluan

Menurut Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Tentang Hak Penyandang Disabilitas, penyandang disabilitas termasuk mereka yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik jangka panjang yang ketika dihadapkan pada berbagai hambatan, dapat mencegah partisipasi penuh dan efektif mereka dalam apa yang disebut kegiatan arus utama. (Convention on the Rights of the Child, 1989: 20).

Tidak ada batasan bagi penyandang disabilitas berdasarkan perjanjian ini. Penyandang disabilitas disebut sebagai penyandang disabilitas dalam konvensi ini. Namun, penyandang disabilitas menghadapi hambatan fisik, psikologis, dan sosial yang membatasi kemampuan mereka untuk mengembangkan diri mereka secara maksimal. Menyusul pembahasan Komnas HAM (Komnas HAM) pada 19-20 Maret 2010 di Jakarta bertajuk "Diskusi Pakar Memilih Terminologi Pengganti Istilah Penyandang Disabilitas", muncul frasa "penyandang disabilitas" di Indonesia. Peserta debat antara lain Komisioner Komnas HAM, perwakilan Kementerian Sosial, ahli bahasa, ahli komunikasi, filsuf, psikolog, ahli disabilitas, ahli isu rentan, dan ahli bahasa.

Menurut data Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), diperkirakan terdapat 11.580.117 orang yang menyandang

disabilitas di Indonesia pada tahun 2015. Dari jumlah tersebut, 6.021.661 (52%) mengalami gangguan sensorik, 3.010.830 (26%) mengalami gangguan fisik, 1.389.614 (12 %) mengalami gangguan jiwa, dan 1.158.012 (10%) mengalami gangguan intelektual. Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan untuk menjawab kebutuhan penyandang disabilitas, seperti penyediaan aksesibilitas layanan publik, kesempatan kerja, dan fasilitas transportasi.

Disabilitas fisik berkaitan dengan kesehatan fisik dan mental karena masalah yang dihadapi disabilitas tidak hanya fisik namun psikologis yang dapat mempengaruhi kesehatan. Akibat dari kelainan dan kerusakan organ menyebabkan berbagai hambatan dalam kehidupan individu disabilitas fisik seperti, kesulitan dalam beraktivitas, komunikasi, penyesuaian diri, penyesuaian sosial, kepercayaan diri, gangguan belajar, keterampilan, dan pekerjaan. Menurut Lindsay & Nicole (2014) karena keterbatasan fisik yang dialami, individu mengalami pengucilan sosial, 3 masalah kesehatan dan keselamatan, masalah psikososial seperti khawatir, isolasi dan ketergantungan. Sehingga individu disabilitas fisik seringkali dianggap rendah, tidak memiliki kemampuan sehingga mendapatkan diskriminasi dari lingkungan masyarakat. (Lindsay, 2014)

Menurut Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas Pasal 5 ayat (1), salah satu hak penyandang disabilitas adalah memperoleh aksesibilitas terhadap Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas dalam Penjelasan Pasal 4 tersebut. Ditetapkan bahwa Penyandang Disabilitas Fisik adalah orang yang mengalami gangguan fungsi gerak, antara lain amputasi, lumpuh atau kaku, paraplegia, cerebral palsy (CP), akibat stroke, akibat kusta, dan bertubuh kecil Disabilitas intelektual, seperti lambat belajar, mental gangguan, dan down syndrome, mengakibatkan gangguan keterampilan berpikir pada orang dengan kondisi ini. Keterampilan berpikir, emosional, dan perilaku adalah salah satu fungsi yang terganggu pada penyandang disabilitas mental:

- a) Skizofrenia, penyakit bipolar, depresi, kecemasan, dan gangguan kepribadian adalah contoh faktor risiko psikososial.
- b) Cacat perkembangan, seperti autisme dan hiperaktivitas, yang merusak kapasitas kontak sosial.

Orang dengan gangguan sensorik, seperti mereka yang tuli, tuna wicara, tunanetra, atau bisu, memiliki masalah dengan satu atau lebih dari panca indera. Orang yang memiliki dua atau lebih jenis kecacatan yang berbeda, seperti kecacatan tuli, disebut memiliki kecacatan ganda atau multiple. Kategori tunanetra berlaku untuk orang yang memiliki gangguan penglihatan dan dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu buta total dan orang dengan penglihatan sangat rendah. Anak-anak yang termasuk dalam kategori low vision masih dapat merasakan rangsangan cahaya dari luar jika ketajaman visualnya kurang dari 6/21, kecuali mereka buta total, atau anak-anak kecil hanya dapat memahami berita utama surat kabar. Seorang tunanetra tidak sadar atau tidak jelas, sehingga benda/objek yang dilihat hanya tampak samar/berbayang atau bahkan tidak terlihat sama sekali. Ini berlaku untuk 28 orang yang mengalami kesulitan atau gangguan penglihatan. Kebutaan dan gangguan penglihatan lainnya dapat dibagi menjadi dua kategori: kebutaan total (kebutaan) dan low vision.

Ada beberapa macam kelainan ini, diantaranya:

- a) Kelainan tubuh (physical impairment).
Orang dengan gangguan gerak adalah mereka yang cacat fisik disebabkan oleh masalah dengan sistem neuromuskuler, otot, dan kerangka kongenital, sakit, didapat (kehilangan organ atau bagian tubuh), polio, dan kelumpuhan.
- b) Anomali visual-spasial (Visual Impairment).
Orang yang memiliki hambatan internal pada penglihatannya dianggap buta. Individu tunanetra dapat dibagi menjadi dua kategori: low vision dan kebutaan total.

c) Kurang Pendengaran (Tuli).

Orang yang tuli memiliki penghalang pendengaran internal permanen atau sementara. Karena mengalami kesulitan pendengaran Orang yang tuli sering mengalami kesulitan berbicara dan disebut sebagai bisu.

d) Gangguan bicara, juga dikenal sebagai gangguan bisu, adalah ketidakmampuan untuk mengkomunikasikan pikiran seseorang secara verbal dengan cara yang mudah atau bahkan dapat dimengerti oleh orang lain. Orang lain dapat memahami gangguan bicara ini. Ada dua jenis gangguan bicara: fungsional, yang mungkin diakibatkan oleh ketulian, dan organik, yang disebabkan oleh masalah pada organ bicara dan sistem motorik yang mengontrol bicara.

2.2 Jenis Disabilitas

Perundang-undangan yang sama membagi disabilitas menjadi empat kategori: gangguan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik.

Cacat fisik adalah ketidakmampuan untuk bergerak secara normal karena kondisi seperti kusta, kelumpuhan otak, kelumpuhan akibat stroke, kelumpuhan atau kekakuan, amputasi, atau perawakan pendek. Disabilitas intelektual yang meliputi lambat belajar, tunagrahita, dan down syndrome adalah gangguan proses berpikir yang disebabkan oleh kecerdasan di bawah rata-rata. Penyakit mental adalah suatu kondisi yang memengaruhi pemikiran, emosi, dan perilaku dan dipecah menjadi dua jenis, antara lain.

- a. Skizofrenia, bipolar, depresi, kecemasan, dan gangguan kepribadian bersifat psikososial;
- b. Hiperaktif dan autisme adalah cacat perkembangan yang memengaruhi keterampilan interaksi sosial.

Last but not least, penyandang disabilitas yang lima proses sensoriknya terganggu meliputi:

- a. Gangguan penglihatan (penglihatan);
- b. Gangguan tuli (pendengaran); dan/atau
- c. Berbicara masalah dengan diksi Penyandang disabilitas didefinisikan berdasarkan dasar konseptual untuk mengukur kesehatan dan kecacatan yang membedakan antara kecacatan dalam fungsi dan struktur tubuh, pembatasan aktivitas dan kapasitas, dan pembatasan partisipasi, sesuai model Klasifikasi Fungsi Internasional, Disability, and Health (ICF) oleh WHO tahun 2011 (dalam Vornholt et al., 2018: 42). Perilaku menyimpang atau fungsi seseorang yang bertentangan dengan apa yang pada dasarnya diterima sebagai perilaku normal atau paling umum dalam masyarakat disebut memiliki kecacatan dan keterbatasan. Interaksi antara individu dan lingkungannya adalah salah satu komponen kunci dari model ICF. Menurut definisi disabilitas yang baru ini, tidak ada seorang pun yang mengalami gangguan fisik atau mental; sebaliknya, mereka hanya berada dalam lingkungan yang tidak dapat mendukung kurangnya kemampuan dan kapasitas mereka.

2.2.1 Aksesibilitas Fisik

Seseorang harus dapat melihat, menangani, dan merasa dapat diakses secara fisik. Bangunan, mobil, dan fasilitas lain yang dapat dijangkau dianggap dapat diakses secara fisik. Ram (bidang miring), Guiding Block (jalur pemandu), dan pegangan tangan adalah fasilitas lain yang menjadi masalah (pegangan pemandu). Ram sebagai alternatif tangga yang dapat digunakan pengguna kursi roda untuk lebih mudah menjangkau tempat tinggi. Guiding Block berfungsi sebagai garis terdepan bagi orang-orang tunanetra, membuatnya lebih mudah bagi mereka untuk menemukan jalan ketika mereka keluar sendiri dan tidak memiliki teman. Pegangan berfungsi sebagai jalur, penjaga keamanan untuk mencegah kursi

roda tergelincir keluar dari jalur landai, dan pagar untuk pegangan di sebelah lereng. manual bagi penyandang disabilitas.

2.2.2 Aksesibilitas Non Fisik

Aksesibilitas non-fisik mengacu pada bagaimana penyandang disabilitas dapat menggunakan atau memahami informasi, kontak, dan teknologi. Berkaitan dengan bagaimana memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas, penting untuk diingat bahwa kapan pun kita ingin memberikan atau menyebarluaskan informasi, kita harus mempertimbangkan seberapa baik informasi tersebut dapat dipahami oleh orang yang memiliki gangguan pendengaran, penglihatan rendah, atau mempelajari ketidakmampuan. Kedua, sangat penting untuk mengubah cara media informasi disajikan dalam beberapa bentuk untuk meningkatkan aksesibilitas. Misalnya, mencetak informasi dalam font besar untuk mengakomodasi orang dengan penglihatan yang buruk adalah salah satu modifikasinya. Ketiga, memberikan “dukungan komunikasi” yang bertujuan membantu penyandang disabilitas lebih memahami informasi yang tersedia saat ini. Contohnya termasuk membacakan teks tertentu kepada penyandang tunanetra, menggunakan catatan atau tulisan saat berbicara dengan penyandang tunarungu, menyediakan alat bantu dengar adaptif di bioskop, dan lainnya.

2.3 Pengertian Disabilitas Fisik

Gangguan fisik adalah gangguan yang mempengaruhi satu atau lebih organ fisik tertentu. Penyakit ini menyebabkan situasi di mana kemampuan seseorang untuk melakukan beberapa fungsi tubuh terganggu. Ada beberapa macam gangguan fisik, antara lain:

- (a) Gangguan alat indera fisik, seperti kelainan indera pendengaran (tuli), penglihatan (buta), dan bicara (tunarungu);

- (b) Alat gerak tubuh, seperti kelainan pada otot dan tulang, kelainan pada susunan saraf otak yang menyebabkan gangguan fungsi motorik (*cerebral palsy*), kelainan pada anggota tubuh lain yang disebabkan oleh ketidaksempurnaan (Effendi,2006)

Quadriplegic dan *cerebral palsy* harus dibedakan. Sementara orang dengan *cerebral palsy* masih dapat menggerakkan anggota tubuh yang terkena meskipun gerakannya terganggu karena kelainan pada otot yang menyebabkan individu tersebut mengalami gangguan bahasa, ucapan, tulisan, dan lainnya, orang dengan *quadriplegia* sama sekali tidak dapat menggerakkan bagian tubuhnya. tubuh yang cacat atau rusak dan sendi dalam fungsinya normal.

Suatu kondisi di mana tulang, otot, dan persendian rusak, cacat, atau dicegah untuk melakukan fungsi biasanya disebut sebagai *quadriplegia*. Keadaan ini dapat disebabkan oleh penyakit, kecelakaan, atau bahkan faktor keturunan.

Disabilitas fisik sering juga dipahami sebagai suatu kondisi yang mengganggu kemampuan seseorang untuk melakukan tugas sehari-hari karena kerusakan atau gangguan pada ototnya, yang menurunkan kemampuannya. untuk bersekolah dan berbicara untuk diri mereka sendiri secara normal.(Somantri, 2006)

Menurut deskripsi etiologinya, penyandang disabilitas berjuang untuk memaksimalkan fungsi anggota tubuh mereka sebagai akibat dari penyakit, cedera, atau pertumbuhan yang salah, yang mengurangi kemampuan mereka untuk melakukan gerakan tubuh tertentu. Effendi 2007 Cacat atau cacat fisik berasal dari kata tuna yang berarti kehilangan atau ketiadaan, dan daksa yang berarti badan. Hal ini disebabkan seringnya terjadi gangguan kesehatan. Effendi (2006) Istilah *cerebral*, yang berarti otak, dan *palsy*, yang berarti gangguan atau kecacatan motorik, berhubungan dan menjelaskan *cerebral palsy*. Dengan demikian, disfungsi otak merupakan sumber utama dari gangguan aspek motorik yang

dikenal sebagai cerebral palsy. The American Academy of Cerebral Palsy menggambarkan sebagai serangkaian perubahan abnormal dalam gerakan atau fungsi motorik yang diakibatkan oleh penyakit, cedera, atau kecelakaan yang memengaruhi sistem saraf di rongga tenggorokan. Menurut *United Cerebral Palsy Association*, *cerebral palsy* melibatkan gambaran klinis yang ditimbulkan oleh kerusakan otak, terutama pada daerah yang menjadi hambatan gerak, sehingga seorang anak dengan cerebral palsy dapat digambarkan memiliki gejala sejak kecil, antara lain kelumpuhan, kelemahan, kurangnya koordinasi, atau disfungsi gerak yang ditimbulkan oleh patologi pusat kendali gerakan otak. Afasia, tuli kata, dan cacat bicara hanyalah beberapa dari masalah bahasa yang dialami orang dengan cerebral palsy bersama dengan fungsi motorik mereka yang terganggu. Mereka juga bergumul dengan masalah kesehatan mental, gangguan gerak, dan masalah penghitungan. (Effendi, 2006)

a. Kategori Cacat Fisik

1. Cacat Tubuh

Menurut Peraturan Pemerintah RI No. 17 TH 2010 tentang penyelenggaraan dan pengelolaan pendidikan pasal 129, klasifikasi kecacatan menyatakan bahwa peserta didik yang berkelainan meliputi: kelainan indera pendengaran (tuli), penglihatan (buta).), kelainan fungsi alat bicara (tuli), alat gerak tubuh (surga), kelainan fungsi umumnya di bawah rata-rata yaitu IQ 84 ke bawah menurut tes (gangguan mental).

2. Gangguan Gerak Fisik

Berdasarkan Rapat Koordinasi/Pekerjaan/Dinas/Pimpinan/Kelompok Kerja Pendidikan Luar Biasa (SLB/SDLB) dan Pendidikan Layanan Khusus (Yayasan/Lembaga/Organisasi Sosial) di Provinsi Riau Tahun 2010, dinyatakan Disabilitas Fisik Motorik merupakan kelainan fisik yang berkaitan dengan tulang,

otot, persendian, dan sistem saraf, sehingga memerlukan layanan pendidikan khusus.

Kategori-kategori berikut ini dapat digunakan untuk mengkategorikan gangguan fisik-motorik, menurut Koenig (dalam Somantri, 2006): Kerugian yang diwariskan atau dibawa sejak lahir, meliputi:

1. *Club foot* (kaki seperti tongkat)
2. *Club hand* (tangan seperti tongkat)
3. *Polydactylism* (lebih dari lima jari pada setiap tangan atau kaki)
4. *Syndactylism* (jari berselaput atau menempel satu sama lain)
5. *Tortikolis* (kesulitan pada leher sehingga kepala terkulai ke depan)
6. *Spina bifida* (bagian sumsum tulang belakang tidak tertutup)
7. Dwarf atau kerdil kretinisme
8. *Mycrocephalus* (kepala kecil, tidak normal)
9. *Hidrosefalus* (kepala besar karena berisi cairan)
10. *Clefpalats* (langit-langit berlubang) herelip
11. Kelainan bibir dan mulut
12. Cacat lahir patah tulang pinggul (lumpuh pada paha)
13. Amputasi spontan bayi lahir tanpa anggota tubuh tertentu)
14. *Ataksia fredresich* (gangguan sumsum tulang belakang)
15. *Coxa valga* (gangguan sendi paha)
16. Sifilis (kerusakan tulang dan sendi akibat sifilis)

b. Cedera natal:

- 1) *Erb's palsy* (kerusakan saraf lengan akibat tarikan atau tekanan saat melahirkan)
- 2) *Ossium's brittleness* (tulang yang rapuh dan mudah patah)

c. Penyakit:

- 1) TBC tulang (menyerang sendi paha sehingga menjadi kaku) Osteomielitis
- 2) (radang di dalam dan sekitar sumsum tulang akibat bakteri)
- 3) Poliomieltitis (infeksi virus yang dapat menyebabkan kelumpuhan)
- 4) Penyakit Pott (tuberkulosis sumsum tulang belakang)
- 5) *Still's disease* (radang tulang yang menyebabkan kerusakan permanen pada tulang)
- 6) TBC lutut atau sendi lainnya

d. Cedera traumatis atau kondisi stres:

- 1) Amputasi (anggota tubuh yang dibuang akibat kecelakaan)
- 2) Kecelakaan akibat luka bakar
- 2) Patah tulang

e. Tumor :

- 1) *Oxostosis* (tumor tulang)
- 2) *Fibrous cystic osteosis* (kista atau kantung berisi cairan pada tulang)

f. Kondisi- kondisi lainnya

- 1) Tumit rata (kaki rata, tidak bengkok) Kyphosis
- 2) (sumsum tulang belakang cekung)
- 3) Lordosis (sumsum tulang belakang cekung bagian depan)
- 4) Penyakit Perthes (sendi paha rusak atau mengalami kelainan)
- 5) Ricket's (tulang lunak karena nutrisi, menyebabkan kerusakan tulang dan sendi) Scilosi
- 6) (tulang belakang berputar, bahu dan paha miring)

Beberapa faktor, antara lain sebagai berikut, yang dapat menyebabkan gangguan gerak fisik: Faktor yang dimulai sebelum pembuahan:

- 1) Komponen genetik
- 2) Infeksi dan trauma selama kehamilan
- 3) Usia ibu yang sudah lanjut saat melahirkan anak
- 4) Menangis sambil menunggu hamil
- 5) Terjadi keguguran pada ibu.

Penyebab yang ada pada saat persalinan :

- 1) Menggunakan alat persalinan (seperti vakum, forceps, selang, dan lain sebagainya)
- 2) Menggunakan anestesi pada saat persalinan

Penyebab setelah melahirkan

- 1) Syok
- 2) Penyakit
- 3) Tumor
- 4) Penyakit lainnya

Cerebral Palsy

Menurut Soemantri (2006), cerebral palsy adalah jenis cedera otak yang mempengaruhi bagaimana sistem motorik dikendalikan, atau gangguan yang disebabkan oleh kerusakan pada bagian otak yang mengatur bagaimana tubuh bergerak. Dalam kategorisasi Bakwin's of cerebral palsy Bakwin (dikutip dalam Soemantri, 2006), ada penambahan kategori sebagai berikut:

Spastisitas adalah kerusakan otak yang menyebabkan refleks peregangan dan respons hiperaktif. Ada berbagai jenis spasialitas:

- 1) Kelumpuhan (kelainan menyerang kedua kaki)
- 2) Quadriplegia (gangguan yang menyerang kedua lengan dan kedua kaki)

3) Hemiplegia (gangguan yang menyerang salah satu lengan dan satu kaki yang letaknya di belahan bumi yang sama)

Kerusakan pada ganglia basal menyebabkan athetosis, yang menyebabkan gerakan tidak menentu dan tidak terkendali. Kerusakan otak kecil menyebabkan ataksia, yang menyebabkan masalah koordinasi. Kerusakan pada basal ganglia menyebabkan getaran berulang, baik disengaja maupun tidak disengaja, yang dikenal dengan istilah tremor. Kekakuan, khususnya kerusakan ganglia basalis yang menyebabkan kekakuan otot Ada beberapa kondisi yang dapat membahayakan otak seseorang dan mengakibatkan cerebral palsy, seperti:

Faktor-faktor yang dimulai sebelum konsepsi:

- 1) Sel kelamin laki-laki yang tidak normal disebabkan oleh penyebab bawaan.
- 2) Pendarahan saat hamil
- 3) Cedera atau sakit saat hamil
- 3) Persalinan prematur
- 4) Keguguran yang sering terjadi di kalangan ibu
- 5) Sang ibu adalah seorang wanita yang lebih tua ketika dia melahirkan.

Penyebab berikut muncul saat lahir:

- 1) Menggunakan instrumen selama persalinan yang menantang, seperti tabung, vakum, dan lain-lain
- 2) Pemberian anestesi saat persalinan

Alasan yang berkembang setelah melahirkan:

- 1) Penyakit TBC
- 2) Radang bagian dalam otak
- 3) Peradangan otak
- 4) Karbon monoksida atau toksisitas arsenik.

2.4 Masalah Disabilitas Fisik

Remaja dengan cerebral palsy dan gangguan motorik fisik mengalami berbagai masalah psikososial; mereka menghadapi tantangan sehubungan dengan rasa diri mereka dan interaksi mereka dengan orang lain dalam kaitannya dengan:

1. Menerima diri sendiri.

Remaja dengan gangguan fisik dan motorik mungkin kurang merangkul diri mereka sendiri jika mereka tidak dapat mengidentifikasi dan memahami keterbatasan mereka. Menurut Roger Barker, perkembangan tubuh seseorang memiliki dampak yang signifikan terhadap bagaimana seseorang berkembang dalam hal bagaimana pengalaman sosialnya terbentuk (Yusuf, 2007). Remaja penyandang disabilitas fisik motorik akan lebih mampu menghadapi masalah sosial seperti stigma masyarakat dan persepsi negatif dengan mengadopsi pola pikir yang dapat mentolerir keterbatasan diri.

2. Kemampuan bersosialisasi.

Remaja penyandang disabilitas fisik dan motorik berinteraksi dengan baik dengan anggota masyarakat lainnya karena mereka merasa lebih dihargai dan dipahami mengenai keterbatasannya. Menurut George Lavinger, kedekatan seorang remaja berawal dari ketertarikan atau emosi positif dari lingkungan atau kelompoknya. (Yusuf, 2007) Namun, mereka tidak sepenuhnya memisahkan diri dari lingkungan karena mereka masih dapat membangun pola komunikasi yang efektif. bermain bersama atau mengembangkan hubungan persahabatan dengan tetangga dan kerabat yang lebih muda. Remaja penyandang disabilitas fisik dan motorik menghadapi tantangan saat mencoba berteman karena berisiko ditolak oleh teman sebaya di luar kelompoknya dan diperlakukan tidak adil oleh masyarakat. Banyak orang terpojok atau tidak percaya

ketika mereka berusaha menunjukkan kemampuannya karena dianggap tidak mampu melakukan sesuatu. Mereka merasa sulit untuk mengkomunikasikan keberadaan mereka ke dunia sosial karena hambatan tersebut. Mereka sering merasa ditolak, terjebak, atau bahkan dianggap tidak mampu, yang menyebabkan mereka lebih banyak diam dan menyerah untuk melawan. Akibatnya, remaja penyandang disabilitas fisik akan memiliki kehidupan sosial yang terbatas dan kurangnya paparan sosial. (Martaniah, 2006). 3. harapan lingkungan masyarakat. Remaja penyandang disabilitas fisik atau mental tidak ingin dipinggirkan atau dikucilkan dari masyarakat; sebaliknya, mereka ingin dipahami dan diterima apa adanya. Mereka masih mampu mempelajari kemampuan baru dan terlibat dalam permainan khas remaja. Mereka berusaha untuk menciptakan standar untuk diri mereka sendiri berdasarkan kemampuan dan prestasi mereka agar lebih dapat diterima secara sosial.

Remaja penyandang disabilitas fisik motorik menghadapi hambatan pertumbuhan sosial serta ketidakstabilan emosi, yang dapat ditandai dengan:

1. Perasaan malu.

Mereka mengalami rasa malu karena keterbatasan fisik yang menyebabkan mereka menarik diri ketika berkomunikasi dengan orang-orang seusianya. Namun, perasaan malu ini bersifat sementara, jika orang tua secara aktif bekerja untuk menangkalnya dengan menggunakan pendekatan pengasuhan yang menghargai keterbatasan anak mereka dan membantu mereka merasa lebih nyaman merangkul keterbatasan tersebut. Selain itu, memiliki sikap simpatik terhadap penyandang disabilitas fisik muda akan menimbulkan interaksi yang penuh kasih sayang dan perilaku yang baik. (Martaniah, 2006)

2. Antusias dengan laki-laki. Remaja dengan gangguan fisik dan motorik menunjukkan ketertarikan pada lawan jenis, sama seperti remaja pada umumnya. Selain itu, mereka sering menelepon, mengirim SMS (layanan pesan singkat), atau menggunakan isyarat nonverbal seperti memegang seseorang yang mereka sukai saat melakukan survei. Kemungkinan besar mereka akan kecewa karena sebagian dari mereka lebih memilih lawan jenis daripada masyarakatnya, tetapi ada juga yang lebih memilih di luarnya. Ini karena orang terus meremehkan mereka. Sejalan dengan hal tersebut di atas, keterlibatan orang tua dan sekolah sangat penting dalam pengembangan aspek psikososial. Remaja akan berperilaku berbeda jika ada perbedaan dalam tanggung jawab orang tua dan pendidikan. Pola asuh yang digunakan dalam lingkungan keluarga adalah pola asuh yang terlalu permisif atau protektif pada remaja, sehingga menyebabkan diterapkannya pola pendidikan. Ketimpangan tersebut berupa pola pendidikan yang diterapkan oleh sekolah yaitu pola pendidikan yang mengajarkan kemandirian sehingga dapat menimbulkan keterampilan bagi remaja penyandang disabilitas fisik dan motorik. Remaja yang menunjukkan perilaku yang berbeda di rumah dan di sekolah, seperti responden AR, menghilang saat berada di lingkungan keluarga. Saat di sekolah, AR berkembang menjadi siswa yang terlibat secara sosial yang secara aktif berpartisipasi dalam proyek kelompok yang membutuhkan kolaborasi, tetapi di rumah, AR berubah menjadi anak muda yang kesulitan bergaul dengan tetangganya. Berbeda dengan AR, pendekatan pengasuhan orang tua responden DF menanamkan pada anak-anak mereka kemampuan untuk mandiri dan menyelesaikan tugas sehari-hari sendiri tanpa bantuan. untuk membuat DF lebih siap menerima batasannya. Remaja penyandang disabilitas fisik-motorik

membutuhkan banyak bantuan dari orang tua dan masyarakat agar dapat berfungsi sebagai remaja.

Cara Mengatasi Masalah Disabilitas Fisik

1. Dukungan Sosial

Semakin tinggi dukungan sosial akan diiringi dengan meningkatnya kualitas hidup pada individu dengan disabilitas fisik(Shellyna, 2018)

Dua faktor yang mempengaruhi perkembangan aspek psikososial remaja dengan disabilitas fisik, yaitu faktor internal yang terkait dengan penerimaan diri, reaksi emosi, identitas personal dan penyesuaian diri. Faktor eksternal yang terkait dengan pola pendidikan sekolah, pengaruh teman sebaya, lingkungan sosial dan lingkungan keluarga.(‘AINI, 2011)

2. Akses Fasilitas dan layanan sosial

Graham, Lauren, Ross, Eleanor, (2016) meningkatkan akses fasilitas dan layanan sosial merupakan peningkatan kemampuan yang berpotensi untuk memenuhi kebutuhan disabilitas fisik dan meningkatkan kualitas hidup disabilitas fisik. (Graham, Lauren, Ross, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- 'AINI, W. 2011. *Aspek Psikososial Remaja Dengan Disabilitas Fisik Motorik Tubuh, Skripsi*. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim.
- Effendi, M. 2006. *Pengantar Psikopedagogik anak berkelainan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Graham, Lauren, Ross, E. 2016. 'Disparities in quality of life among south Africans with and without disabilities.', *Sosial Indicators Research*, 127(2), pp. 721–739.
- Lindsay, S.& N.Y. 2014. 'Weather, disability, vulnerability, and resilience: exploring how youth with physical disabilities experience winter.', *Disability and Rehabilitation Informa healthcare*. [Preprint].
- Martaniah, S. 2006. *Psikologi Rehabilitasi*. Yogyakarta.
- Shellyna, R.N. 2018. 'Hubungan Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup pada Individu Disabilitas Fisik', *skripsi, Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang*, p. 79.
- Somantri, S. 2006. *Psikologi Anak Luar Biasa*. Bandung. Bandung: PT Rfika Aditama.
- Yusuf, S. 2007. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

BAB 3

KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN FISIK

Oleh Ni Ketut Ayu Wulandari

Kelahiran seorang anak dalam sebuah keluarga adalah suatu bagian yang indah, sampai-sampai anak disebut sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi stabilitas pernikahan. Anak merupakan titipan Tuhan kepada kedua orangtuanya, hatinya masih suci bagaikan mutiara yang indah, bersih dan kosong dari segala ukiran gambar. Setiap orangtua atau pendidik menginginkan buah hati atau anak didiknya tumbuh menjadi anak yang cerdas, sehat, mandiri, kreatif (Uswatun, 2016).

Pada saat seorang ibu sedang mengandung, tentunya ia mengharapkan anak yang ada dalam kandungannya lahir dengan sehat dan sempurna. Namun pada kenyataannya, tidak semua anak lahir sesuai dengan harapan dan impian orang tuanya. Tidak semua anak lahir dengan kondisi yang sehat dan sempurna, beberapa dari mereka terlahir dengan memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan, baik fisik maupun psikis. Berikut di bawah ini akan dijelaskan lebih mendalam tentang anak yang memiliki kebutuhan fisik (Melati, 2013).

3.1 Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Fisik Kelainan Genetik

Tak hanya ciri fisik yang dapat diwariskan orangtua ke anaknya melalui genetik, melainkan juga penyakit tertentu. Kelainan genetik adalah penyakit akibat perubahan (mutasi) pada gen tertentu. Kondisi ini bisa diturunkan dari orang tua kepada anak, atau terjadi secara acak akibat paparan faktor tertentu. Pada

kelainan genetik, anak bisa mewarisi gen yang rusak dari salah satu maupun kedua orang tua. Hal ini membuat anak lebih berisiko menderita kelainan genetik sejak lahir.

Selain terjadi sejak lahir, kelainan genetik dapat berkembang selama masa hidup penderitanya akibat paparan faktor tertentu, seperti penggunaan obat-obatan atau paparan zat kimia.

3.1.1 Penyebab

1. Kelainan Kromosom

Kelainan genetik berupa gangguan kromosom terjadi karena perubahan pada bentuk maupun jumlah kromosom. Beberapa penyakit yang disebabkan oleh kelainan kromosom adalah sindrom Down, sindrom Patau atau trisomi 13, dan sindrom Klinefelter. Seharusnya anak mewarisi 23 kromosom dari ayah dan ibunya sehingga totalnya adalah 46 kromosom.

2. Multifaktorial atau Kompleks

Kelainan genetik ini terjadi akibat kombinasi perubahan pada beberapa gen tertentu dan faktor lain, seperti paparan zat kimia, penggunaan obat-obatan, atau kekurangan zat gizi tertentu. Contoh kelainan genetik kompleks adalah kanker, autisme, spina bifida, dan penyakit Alzheimer

3. Monogenik atau Cacat Gen Tunggal

Monogenik adalah kelainan genetik yang disebabkan oleh perubahan pada gen tertentu. Kondisi ini bisa diturunkan kepada anak apabila salah satu atau kedua orang tua memiliki kelainan genetik yang sama atau menjadi pembawa (*carrier*) kelainan gen tersebut. Contoh dari kelainan monogenik adalah cystic fibrosis, *hiperkolesterolemia familial*, hemokromatosis, dan anemia sel sabit.

3.1.2 Gejala Kelainan Genetik

1. Sindrom Down

Down Syndrome atau *Sindrom Down* merupakan kelainan genetik disebabkan oleh kelebihan kromosom 21 yang

memiliki tiga kromosom (trisomi 21). Kelebihan kromosom pada penderita Down Syndrome mengubah keseimbangan genetik tubuh dan mengakibatkan perubahan karakteristik fisik dan kemampuan intelektual, serta gangguan dalam fungsi fisiologi tubuh. Down Syndrome terjadi sekitar 1 dari 700 kelahiran bayi dan lebih sering terjadi pada ibu hamil berusia di atas 35 tahun (Pienaar, 2012; Abdullah, 2016).

Adanya kromosom ekstra tersebut dapat menimbulkan kelainan fisik, serta gangguan perkembangan dan kecerdasan pada anak, seperti:

- a. Ukuran kepala lebih kecil
- b. Hidung dan mulut kecil
- c. Bentuk telinga kecil atau tidak normal
- d. Leher pendek
- e. Otot lemah dan sangat lentur
- f. Kesulitan belajar

2. Alzheimer

Penyakit Alzheimer adalah penyakit otak yang menyebabkan penurunan daya ingat, menurunnya kemampuan berpikir dan berbicara, serta perubahan perilaku. Penyakit ini bisa memburuk seiring waktu sehingga membuat penderitanya tidak mampu lagi melakukan pekerjaan sehari-hari.

Penyakit Alzheimer bisa berkembang seiring berjalannya waktu dan memengaruhi beberapa fungsi otak. Penyakit ini termasuk salah satu jenis penyakit degeneratif. Pada tahap awal, penderitanya akan mengalami gangguan daya ingat bersifat ringan, seperti tidak mengingat nama benda, percakapan, atau peristiwa yang belum lama terjadi.

Penyakit Alzheimer terjadi akibat penumpukan protein abnormal yang mengganggu kinerja sel-sel saraf di otak. Dalam jangka panjang, otak akan kehilangan beragam fungsi, seperti mengontrol pikiran, memori, dan bahasa.

Penelitian juga menunjukkan bahwa penyakit Alzheimer dipicu oleh berbagai faktor, seperti genetik, pola hidup, dan lingkungan.

3. Anemia Sel Sabit

Anemia sel sabit (*sickle cell anemia*) adalah kelainan genetik yang menyebabkan bentuk sel darah merah menjadi tidak normal. Tidak normalnya bentuk sel darah tersebut mengakibatkan pasokan darah sehat dan oksigen ke seluruh tubuh menjadi berkurang.

Pada kondisi normal, sel darah merah berbentuk bundar dan lentur sehingga mudah bergerak dalam pembuluh darah. Sementara pada anemia sel sabit, sel darah merah berbentuk seperti sabit, kaku, dan mudah menyumbat pembuluh darah kecil, sehingga menghambat pasokan darah sehat dan oksigen yang dibutuhkan tubuh.

3.1.3 Diagnosis Kelainan Genetik

Dalam beberapa kasus, untuk mendiagnosa kelainan genetik dokter dapat melakukan beberapa pemeriksaan baik sebelum kehamilan, selama kehamilan dan setelah bersalin,.

1. *Carrier testing*

Tes ini bertujuan untuk mengetahui apakah pasien menjadi pembawa gen dari kelainan genetik yang bisa diturunkan kepada anaknya kelak. *Carrier testing* juga bisa dilakukan pada pasien yang tidak memiliki riwayat kelainan genetik dalam keluarga.

2. *Prenatal screening*

Prenatal screening bertujuan untuk menilai apakah janin berisiko tinggi menderita kelainan genetik. Tes ini dilakukan dengan mengambil sampel darah dan pemeriksaan USG. Nama lain skrining ini adalah *noninvasive prenatal testing* (NIPT)

3. *Prenatal diadnostic testing*

Pada tes ini, dokter akan memeriksa air ketuban untuk mendeteksi kelainan genetik pada janin.

4. *Newborn screening*

Pemeriksaan ini bertujuan agar dokter dapat segera memberikan tindakan medis jika bayi dipastikan menderita kelainan genetik. *Newborn screening* dilakukan dengan memeriksa sampel darah janin.

3.1.4 Terapi

Pada anak dengan cacat fisik dan mental akibat kelainan genetik, tenaga kesehatan dapat memberikan terapi sesuai kebutuhan dan usianya. Beberapa terapi yang dapat diberikan diantaranya adalah:

1. Terapi bicara untuk melatih pasien berbahasa dan berkomunikasi lebih baik
2. Terapi okupasi bertujuan untuk membantu pasien agar dapat melakukan kegiatan sederhana, seperti berpakaian, makan, membuka pintu, atau mengambil benda
3. Fisioterapi bertujuan untuk memperkuat otot, menjaga postur tubuh yang baik, dan mengajarkan pasien cara bergerak yang benar.

3.1.5 Pencegahan

Kelainan genetik monogen dan kromosomal sulit untuk dicegah. Namun, skrining genetik sebelum merencanakan kehamilan dapat membantu pasangan untuk mengetahui perkiraan anak lahir dengan kelainan genetik tertentu.

Sementara pada kelainan genetik kompleks, upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi selain dengan skrining genetik adalah:

1. Menjalani pola hidup sehat, serta memperbanyak konsumsi buah dan sayuran

2. Tidak merokok dan tidak mengonsumsi minuman beralkohol
3. Berolahraga rutin, minimal 150 menit per minggu
4. Beristirahat yang cukup dan mengelola stres dengan baik
5. Membatasi konsumsi makanan yang mengandung pengawet
6. Menjalani skrining kanker secara rutin, seperti *pap smear* dan mammografi

3.2 Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Fisik Perbedaan Ras

Ras merupakan penggolongan manusia berdasarkan ciri-ciri fisiknya. Ciri fisik yang dimaksud dapat berupa warna kulit, bentuk rambut, warna mata, tinggi badan serta warna rambut.

Indonesia terbangun dari masyarakat yang memiliki beragam latar belakang suku, agama, dan ras antar golongan. Keberagaman inilah yang membuat persatuan semakin kuat. Namun apabila tidak dijaga dan dikelola dengan baik maka bisa menjadi bumerang yang memecah belah kesatuan.

Walaupun ras dapat diamati secara fisik biologis, namun ras adalah hal yang tidak memiliki dasar biologis. Beberapa sosiolog percaya bahwa pembagian ras adalah klasifikasi yang lebih didasarkan pada konsep sosiologis daripada prinsip biologis.

Dikutip dari Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) ras adalah golongan bangsa berdasarkan ciri-ciri fisik. Ras juga didefinisikan sebagai rumpun bangsa. Ras adalah kategori individu yang secara turun-temurun terdapat ciri-ciri fisik dan biologis tertentu yang khas. Selain itu dilansir dari Ensiklopedia Britannica, ras adalah gagasan bahwa spesies manusia dibagi menjadi kelompok-kelompok berbeda atas dasar perbedaan fisik dan perilaku yang diwariskan. Ras biasanya dikaitkan dengan biologi dan dikaitkan dengan karakteristik fisik, seperti tekstur rambut atau warna kulit dan mencakup pilihan yang relatif sempit.

3.2.1 Ras Menurut Para Ahli

1. Hortun dan Hunt
Hortun dan Hunt menilai ras adalah suatu kelompok manusia yang agak berbeda dengan kelompok-kelompok lainnya dari segi ciri-ciri fisik bawaan. Disamping itu banyak juga ditentukan oleh pengertian yang digunakan oleh masyarakat.
2. Bruce J. Cohen
Ras adalah kategori individu yang secara turun temurun memiliki ciri-ciri fisik dan biologis tertentu yang sama.
3. Alex Thio
Ras adalah sekelompok orang yang dianggap oleh masyarakat memiliki ciri-ciri biologis yang berbeda.
4. Banton
Seorang ahli antropolog, Banton, bahwa ras adalah suatu ciri peran, perbandingan fisik yang dijadikan kaidah untuk memutuskan peran yang berbeda-beda. Ras dapat diartikan secara fisik dan sosial. Ras secara fisik meliputi kondisi fisik yang tampak, sedangkan secara sosial menyangkut peran dan kebiasaan-kebiasaan yang dilakukan.
5. Stephen K.Sanderson
Ras adalah entitas kelompok atau kategori orang-orang yang mengidentifikasi diri mereka sendiri, dan diidentifikasi oleh orang-orang lain, sebagai perbedaan sosial yang dilandasi oleh ciri-ciri fisik atau biologis.
6. Giss dan Gilbert
Ras adalah kelompok orang yang dapat dibedakan berdasarkan ciri-ciri fisik yang diperoleh melewati prosedur reproduksi.

3.2.2 Undang-undang Tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis

Menimbang Undang-undang Republik Indonesia No 40 Tahun 2008 tentang Penghapusan Diskriminasi Ras dan Etnis menyatakan bahwa adanya diskriminasi ras dan etnis dalam kehidupan bermasyarakat merupakan hambatan bagi hubungan kekeluargaan, persaudaraan, persahabatan, perdamaian, keserasian, keamanan, dan kehidupan bermata pencaharian di antara warga negara yang pada dasarnya selalu hidup berdampingan;

1. BAB II Asas dan Tujuan

Pasal 2

- 1) Penghapusan diskriminasi ras dan etnis dilaksanakan berdasarkan asas persamaan, kebebasan, keadilan, dan nilai-nilai kemanusiaan yang universal.
- 2) Asas persamaan, kebebasan, keadilan dan nilai-nilai kemanusiaan yang universal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan dengan tetap memerhatikan nilai-nilai agama, sosial, budaya, dan hukum yang berlaku di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pasal 3

Penghapusan diskriminasi ras dan etnis bertujuan mewujudkan kekeluargaan, persaudaraan, persahabatan, perdamaian, keserasian, keamanan, dan kehidupan bermata pencaharian di antara warga negara yang pada dasarnya selalu hidup berdampingan

2. BAB III Tindakan Diskriminatif

Tindakan diskriminatif ras dan etnis berupa :

- a. Memperlakukan perbedaan, pengecualian, pembatasan, atau pemilihan berdasarkan pada ras dan etnis, yang mengakibatkan pencabutan atau pengurangan pengakuan, perolehan, atau pelaksanaan hak asasi

- manusia dan kebebasan dasar dalam suatu kesetaraan di bidang sipil, politik, ekonomi, sosial, dan budaya; atau
- b. Menunjukkan kebencian atau rasa benci kepada orang karena perbedaan ras dan etnis yang berupa perbuatan:
 - 1) Membuat tulisan atau gambar untuk ditempatkan, ditempelkan, atau disebarluaskan di tempat umum atau tempat lainnya yang dapat dilihat atau dibaca oleh orang lain;
 - 2) Berpidato, mengungkapkan, atau melontarkan katakata tertentu di tempat umum atau tempat lainnya yang dapat didengar orang lain;
 - 3) Mengenakan sesuatu pada dirinya berupa benda, kata-kata, atau gambar di tempat umum atau tempat lainnya yang dapat dibaca oleh orang lain; atau
 - 4) Melakukan perampasan nyawa orang, penganiayaan, pemerkosaan, perbuatan cabul, pencurian dengan kekerasan, atau perampasan kemerdekaan berdasarkan diskriminasi ras dan etnis

3. **BAB IV Pemberian Perlindungan dan Jaminan**

Pasal 5

Penghapusan diskriminasi ras dan etnis wajib dilakukan dengan memberikan:

- a. Perlindungan, kepastian, dan kesamaan kedudukan di dalam hukum kepada semua warga negara untuk hidup bebas dari diskriminasi ras dan etnis;
- b. Jaminan tidak adanya hambatan bagi prakarsa perseorangan, kelompok orang, atau lembaga yang membutuhkan perlindungan dan jaminan kesamaan penggunaan hak sebagai warga negara; dan
- c. Pemahaman kepada masyarakat mengenai pentingnya pluralisme dan penghargaan hak asasi manusia melalui penyelenggaraan pendidikan nasional.

Pasal 6

Perlindungan terhadap warga negara dari segala bentuk tindakan diskriminasi ras dan etnis diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat, serta melibatkan partisipasi seluruh warga negara yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 7

Untuk penyelenggaraan perlindungan terhadap warga negara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6.

4. BAB VI. Hak, Kewajiban dan Peran Serta Warga Negara Hak dan Kewajiban Warga Negara

Bagian Pertama. Hak dan Kewajiban Warga Negara

Pasal 9

Setiap warga negara berhak memperoleh perlakuan yang sama untuk mendapatkan hak-hak sipil, politik, ekonomi, sosial, dan budaya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, tanpa pembedaan ras dan etnis.

Pasal 10

Setiap warga negara wajib:

- a. Membantu mencegah terjadinya diskriminasi ras dan etnis; dan
- b. Memberikan informasi yang benar dan bertanggung jawab kepada pihak yang berwenang jika mengetahui terjadinya diskriminasi ras dan etnis;

Bagian Kedua Peran Serta Warga Negara

Pasal 11 Setiap warga negara berperan serta dalam upaya penyelenggaraan perlindungan dan pencegahan terhadap diskriminasi ras dan etnis.

Pasal 12

Peran serta warga negara sebagaimana dimaksud dalam

Pasal 11 dilaksanakan dengan cara:

- a. Meningkatkan keutuhan, kemandirian, dan pemberdayaan anggota masyarakat;
- b. Menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan serta kepeloporan masyarakat;
- c. Menumbuhkan sikap tanggap anggota masyarakat untuk melakukan pengawasan sosial; dan
- d. Memberikan saran, pendapat, dan menyampaikan informasi yang benar dan bertanggung jawab

3.2.3 Kebutuhan Khusus Yang Dapat Diberikan Pada Permasalahan Ras

1. Ajak berpikir kritis dan terbuka. Perkenalkan kepada anak bahwa keragaman yang ada dilingkungan sekitar adalah anugerah dari Tuhan Yang Maha Esa.
2. Ajak bersosialisasi dengan lingkungan. Beri kebebasan kepada anak untuk berteman dengan siapapun tanpa memandang agama, suku maupun ras.
3. Bangun rasa percaya diri. Bangun rasa percaya diri anak dengan cara melatih mencintai dirinya sendiri. Motivasi anak untuk menonjolkan kelebihan yang ada pada diri mereka.
4. Bacakan cerita tentang perbedaan dan keragaman.
5. Bertamasya. Ajak berkunjung ke tempat-tempat yang penuh keragaman
6. Contoh teladan anak adalah merupakan pembelajar yang cepat, terlebih belajar dari sikap-sikap yang ditunjukkan oleh orang tua.
7. Tanamkan karakter kebangsaan. Orangtua ataupun guru dapat mengajak anak mengikuti kegiatan-kegiatan yang emberikan semangat untuk tumbuhnya rasa nasionalisme dan karakter kebangsaan.

3.3 Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Fisik Anak Usia Kurang 21 Tahun

Masa remaja merupakan periode terjadinya pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik secara fisik, psikologis maupun intelektual. Sifat khas remaja mempunyai rasa keingintahuan yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani menanggung risiko atas perbuatannya tanpa didahului oleh pertimbangan yang matang (Kemenkes RI, 2015). Menurut *World Health Organization* (WHO), remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, menurut Peraturan Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah

3.3.1 Tahap Perkembangan Remaja

Menurut tahap perkembangan, masa remaja dibagi menjadi tiga tahap (Putra, 2013) yaitu :

1. Masa remaja awal (12-15 tahun), dengan ciri khas antara lain:
 - a. Lebih dekat dengan teman sebaya
 - b. Ingin bebas
 - c. Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir abstrak
2. Masa remaja tengah (15-18 tahun), dengan ciri khas antara lain:
 - a. Mencari identitas diri
 - b. Timbulnya keinginan untuk kencan
 - c. Mempunyai rasa cinta yang mendalam
 - d. Mengembangkan kemampuan berpikir abstrak
 - e. Berkhayal tentang aktivitasseks
3. Masa remaja akhir (18-21 tahun), dengan ciri khas antara lain
 - a. Pengungkapan identitas diri
 - b. Lebih selektif dalam mencari teman sebaya
 - c. Mempunyai citra jasmani dirinya

- d. Dapat mewujudkan rasa cinta
- e. Mampu berpikir abstrak

3.3.2 Perkembangan Perilaku Seksual Remaja

Terjadinya peningkatan perhatian remaja terhadap lawan jenis sangat dipengaruhi oleh faktor perubahan-perubahan fisik selama periode pubertas (Santrock, 2003). Sebagian besar dari remaja biasanya sudah mengembangkan perilaku seksualnya dengan lawan jenis dalam bentuk pacaran atau percintaan. Bila ada kesempatan para remaja melakukan sentuhan fisik, mengadakan pertemuan untuk bercumbu bahkan kadang-kadang remaja tersebut mencari kesempatan untuk melakukan hubungan seksual (Soetjiningih, 2004). Menurut Irawati (Irawati dan Prihyugiarto, 2005) remaja melakukan berbagai macam perilaku seksual berisiko yang terdiri atas tahapan-tahapan tertentu. Perilaku hubungan seksual pranikah pada remaja ini pada akhirnya dapat mengakibatkan berbagai dampak yang merugikan remaja itu sendiri (Darmasih, 2011)

3.3.3 Kebutuhan Khusus Yang Dapat Diberikan Pada Permasalahan Fisik Pada Anak Usia Kurang 21 Tahun

Remaja adalah seseorang yang tumbuh menjadi dewasa mencakup kematangan mental, emosional sosial dan fisik. Dimana remaja mempunyai rasa keingintahuan yang besar dan sedang mengalami proses perkembangan sebagai persiapan memasuki masa dewasa untuk itu, beberapa hal yang dapat kita lakukan untuk memenuhi kebutuhan khusus pada anak adalah :

1. Jadilah pendengar yang baik.
2. Hormati privasi anak.
3. Sepakati aturan-aturan penting.
4. Berikan motivasi untuk cita-citanya.
5. Berikan informasi dalam bergaul.
6. Sampaikan cara mengelola stress.

DAFTAR PUSTAKA

- Alodokter. 2023. Kelainan Genetik.
- Antonarakris, S. 2019. Carrier Screening for Recessive Disorders. *Nature Reviews Genetics*, 20(9), pp. 549–561.
- Cleveland Clinic. 2023. Disease & Conditions. Down Syndrome.
- Cleveland Clinic. 2023. Health Essentials. 9 Ways to Prevent Disease (and To Live Your Healthiest Life).
- Cleveland Clinic. 2022. Disease & Conditions. Alzheimer's Disease.
- Cleveland Clinic. 2021. Disease & Conditions. Genetic Disorders.
- Everyday Health . 2022. Down Syndrome: Treatments, Therapies, Services.
- Giau, V., et al. 2019. APP, PSEN1, and PSEN2 Mutations in Asian Patients with Early-onset Alzheimer Disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(19), pp. 4757.
- Irfan. 2022. Ras Adalah Konsep Turunan Fisik. *Datakata.co.id*
- Khan, U., et al. 2022. An Infant With Patau Syndrome Associated With Congenital Heart Defects. *Annals of Medicine and Surgery*, 80.
- Kids Health. 2021. For Teens. Genes and Genetics.
- National Cancer Institute. 2022. The Genetics of Cancer
- National Institute of Health. 2021. MedlinePlus. What is The Prognosis of A Genetic Condition?
- Mayo Clinic. 2023. Diseases & Conditions. Alzheimer's Disease.
- Mayo Clinic. 2022. Diseases & Conditions. Anemia.
- Mayo . 2022. Diseases & Conditions. Sickle Cell Anemia.
- Mayo Clinic. 2022. Healthy Lifestyle. Prenatal Testing: Is it Right for You?
- Mayo Clinic. 2021. Diseases & Conditions. Familial Hypercholesterolemia.
- MedicineNet. 2022. Genetic Diseases.

- Melati Levianti. 2013. PENERIMAAN DIRI IBU YANG MEMILIKI ANAK TUNANETRA, Jurnal Psikologi Volume 11 Nomor 1, Juni 2013, hlm. 39
- National Institute of Health. 2022. MedlinePlus. Genetics.
- National Institute of Health. 2021. MedlinePlus. How are Genetic Conditions Treated or Managed.
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2008. Penghapusan diskriminasi Ras dan Etnis
- University of Rochester Medical Center. 2023. Health Encyclopedia. Medical Genetics: Multifactorial Inheritance.
- Uswatun Hasanah. 2016. Pengembangan Kemampuan Fisik Motorik Melalui permainan Tradisional Bagi Anak Usia Dini, Jurnal Pendidikan Anak, Volume 5, Edisi 1,
- Verywell Mind. 2022. How Alzheimer's Disease Is Treated.
- Verywell Health. 2021. Treatments for Down Syndrome.
- Verywell Health. 2020. 7 Steps for Disease Prevention and Healthy Living.
- WebMD. 2022. Bone Marrow Transplants for Sickle Cell Disease.
- WebMD. 2022. Down Syndrome.
- World Health Organization. 2022. Cancer.

BAB 4

KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN PSIKOLOGIS

Oleh Nurul Sya'bin

4.1 Pendahuluan

World Health Organization (WHO) Indonesian *Mental Health Officer* Albert Maramis menjelaskan bahwa faktor biologis seperti siklus hormonal, persalinan dan menopause mempengaruhi gangguan emosi perempuan. Secara sederhana, kesehatan jiwa atau gangguan kejiwaan dapat dikelompokkan menjadi gangguan emosi ringan dan gangguan berat seperti skizofrenia, manik depresi dan psikosis (Çolak, 2014).

Angka bunuh diri perempuan juga lebih tinggi dibandingkan laki-laki. "Alasan lainnya adalah perubahan biologis pada tubuh wanita. Perubahan hormonal memengaruhi kondisi emosional wanita, misalnya saat hamil, setelah bersalin, serta sebelum dan selama menopause," ujar ketua program kesehatan mental perwakilan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) di kantor Perwakilan WHO di Jakarta Albert Maramis. Gangguan mental ringan seperti depresi menyebabkan wanita mengabaikan kesehatan mereka dan bayinya, sehingga meningkatkan risiko kematian bagi ibu dan anak. Menurut Tun Kurniash, hal terpenting bagi pemerintah saat ini adalah menyebarkan informasi tentang pencegahan dan penanganan gangguan kesehatan jiwa kepada masyarakat. "Saat orang tahu, mereka lebih peduli dan bereaksi lebih cepat untuk mencegah terjadinya gangguan jiwa," ujar Tun Kurniash Bastaman (ANT)(Çolak, 2014).

Menurut Gunarsa (1998) dalam (Amelia & Anwar, 2013), psikosis adalah gangguan jiwa yang melibatkan seluruh

kepribadian, sehingga penderitanya tidak dapat menyesuaikan diri dengan standar kehidupan yang normal dan diterima secara umum. (Maramis, 2018) menyatakan bahwa psikosis adalah gangguan kesehatan jiwa yang disertai hilangnya persepsi terhadap realitas. Penyimpangan tersebut dapat dideteksi berdasarkan gangguan pada emosi, pikiran, kemauan, keterampilan motorik, dll. sangat parah sehingga perilaku pasien tidak lagi sesuai dengan kenyataan. Orang normal tidak dapat memahami perilaku psikotik, sehingga menyebut penderitanya gila.

4.2 Jenis-Jenis Gangguan Psikologis

4.2.1 Skizofrenia

a. Pengertian

Secara etimologis, skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu *schizo* yang berarti terpotong atau terbelah, dan *phren* yang berarti pikiran, jadi skizofrenia berarti pikiran yang terpisah (Maramis, 2018). Arti kata-kata tersebut menjelaskan ciri utama dari gangguan skizofrenia, yaitu terputusnya pikiran, perasaan, dan perilaku yang dialami. Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan distorsi realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, dan persepsi, pemikiran, dan pemikiran yang tidak teratur (Stuart, 2013).

Skizofrenia adalah bentuk psikosis fungsional yang paling parah dan menyebabkan gangguan kepribadian terbesar. Skizofrenia juga merupakan bentuk psikosis yang ditemukan di mana-mana sejak zaman kuno. Namun, pengetahuan kita tentang penyebab dan patogenesisnya masih kurang. Dalam kasus yang parah, klien begitu jauh dari kenyataan sehingga pemikiran dan perilaku mereka tidak normal. Perjalanan penyakit ini berangsur-angsur mengarah ke mahkota, tetapi kadang-kadang bisa juga

terjadi flare-up. Pemulihan penuh spontan jarang mungkin terjadi dan, jika tidak ditangani, biasanya menghasilkan "luka" kepribadian yang rusak.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan pada pola pikir, proses persepsi, keterikatan dan perilaku sosial (Kopelowicz *et al*, 2003 dalam Sari, 2019). Pasien yang didiagnosis skizofrenia juga biasanya memiliki gejala positif, seperti halusinasi dan delusi, dan gejala negatif, seperti menarik diri dari pergaulan, penolakan diri, kehilangan motivasi dan inisiatif, serta kebosanan (Picchioni & Murray, 2007 dalam Sari, 2019).

Dari pengertian yang telah diuraikan di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa dimana pikiran, perasaan dan perilaku penderitanya menyimpang dan ditandai dengan penyimpangan dari kenyataan, penarikan diri dari interaksi sosial dan difusi persepsi, pikiran, dan pengetahuan.

b. Tanda dan Gejala

Menurut (Maramis, 2018)

1) Asosiasi

Yakni hubungan antara pikiran yang terganggu, atau sering disebut pikiran yang terganggu, dan asosiasi yang longgar

2) Afek

Yaitu respon emosional data atau tidak sesuai

3) Ambivalensi

Dengan kata lain, individu memiliki perasaan ambivalen terhadap orang lain, seperti kebencian dan cinta terhadap pasangannya

4) Autisme

Yaitu penarikan diri ke dunia fantasi pribadi yang dibebaskan dari prinsip-prinsip logika.

Menurut (Maramis, 2018), gejala yang muncul pada pasien skizofrenia terbagi menjadi tiga gejala, yaitu:

1) Gejala Positif

- a) Waham atau khayalan, yaitu keyakinan yang tidak rasional, meskipun keyakinan tersebut secara objektif terbukti tidak rasional, penderitanya tetap meyakini kebenaran.
- b) Halusinasi adalah persepsi sensorik palsu yang terjadi tanpa rangsangan eksternal. Orang dengan skizofrenia merasa bahwa mereka melihat, mendengar, mencium, merasakan atau menyentuh sesuatu yang sebenarnya tidak ada.
- c) Disorganisasi berpikir dan berbicara, termasuk pola bahasa yang tidak terkoordinasi dan penggunaan bahasa yang tidak biasa pada pasien skizofrenia.
- d) Perilaku tidak teratur yang melibatkan aktivitas motorik yang biasanya tidak diikuti oleh orang normal, mis. B. Kebisingan, kegelisahan, kegelisahan, pergolakan dan agresi.
- e) Gejala positif lain yang dapat terjadi pada pasien skizofrenia adalah pikirannya dipenuhi keraguan atau seolah-olah mengancam diri sendiri dan juga mengandung rasa permusuhan.

2) Gejala Negatif

- a) *Affective flattening* adalah gejala di mana seseorang memiliki sedikit respons emosional terhadap rangsangan, sedikit bahasa tubuh, dan sangat sedikit kontak mata. Dalam hal ini, bukan berarti penderita skizofrenia tidak memiliki perasaan. Orang dengan skizofrenia memiliki dan merasakan emosi di dalam, tetapi tidak dapat mengungkapkannya.

- b) Alogia adalah kekurangan kata-kata bagi individu sehingga dianggap tidak tanggap dalam percakapan. Penderita skizofrenia seringkali tidak memiliki inisiatif untuk berbicara dengan orang lain bahkan takut untuk berinteraksi dengan orang lain, sehingga sering menarik diri dari lingkungan sosial.
- c) *Avolition* adalah kurangnya inisiatif seseorang, seolah-olah orang tersebut telah kehilangan tenaga untuk melakukan sesuatu.

3) Gejala Kognitif

Gejala kognitif yang dialami penderita skizofrenia termasuk kekurangan dalam ingatan dan perhatian. Gejala kognitif memengaruhi aktivitas sehari-hari penderita skizofrenia, seperti kesulitan memahami informasi, membuat keputusan, sulit berkonsentrasi, dan mengingat (Maramis, 2018).

c. Jenis Skizofrenia:

- 1) Disorganisasi: sering disajikan dengan perilaku yang tidak teratur, bahasa yang tidak koheren, dan delusi yang tidak teratur dengan tema seksual/agama.
- 2) Katatonik: sering muncul sebagai aktivitas yang melambat dan berlanjut menjadi kantuk serta kegelisahan.
- 3) Paranoid: sering terjadi dengan halusinasi pendengaran dan delusi yang menyebabkan ketakutan atau kecemasan (Nevid, 2005 dalam Sari, 2019).

d. Klasifikasi

Skizofrenia dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Adapun pengklasifikasian skizofrenia sebagai berikut: (Stuart, 2013)

- 1) Skizofrenia Paranoid
 - a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
 - b) Delusi
 - c) Gangguan mood, keinginan, bahasa, dan gejala katatonik relatif tidak ada
- 2) Skizofrenia Hebefrenik
 - a) Memenuhi kriteria skizofrenia
 - b) Hebephrenia pertama kali didiagnosis pada remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
 - c) Gejala berlangsung hingga 2-3 minggu
 - d) Menjadi dangkal dan tidak wajar, tersenyum pada diri sendiri dan mengatakan sesuatu berulang kali.
- 3) Skizofrenia Katatonik
 - a) Memenuhi kriteria umum skizofrenia
 - b) Stupor (daya tanggap rendah dan keengganan untuk berbicara)
 - c) Berisik - gelisah (menunjukkan aktivitas motorik yang tidak dimaksudkan untuk rangsangan eksternal)
 - d) Rigiditas (badan kaku)
 - e) Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia tidak ditegakkan karena pasien tidak berkomunikasi.
- 4) Skizofrenia Tak Terinci
 - a) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
 - b) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefreni dan katatonik
 - c) Tidak sesuai dengan diagnosis sisa skizofrenia atau depresi pasca skizofrenia
- 5) Skizofrenia Pasca Skizofrenia
 - a) Klien pernah menderita skizofrenia dalam 12 bulan terakhir
 - b) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi

- c) Gejala depresif jelas akan mengganggu
- 6) Skizofrenia Simpleks
 - a) Gejala negatif tipikal tanpa halusinasi, delusi, atau manifestasi lain dari episode psikotik sebelumnya
 - b) Ada perubahan signifikan dalam perilaku pribadi
- 7) Skizofrenia Tak Spesifik

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasi kesalahsatu jenis yang telah disebutkan
- e. Faktor Penyebab

Menurut (Maramis, 2018) faktor-faktor yang berisiko untuk terjadinya skizofrenia adalah sebagai berikut:

 - 1) Genetika

Faktor genetika menentukan prevalensi skizofrenia, yang dibuktikan dengan penelitian terhadap keluarga penderita skizofrenia, khususnya kembar identik. Penyakit ini 0,9-1,8% pada saudara tiri, 7-15% pada saudara kandung, 7-16% pada anak yang anggota keluarganya menderita skizofrenia, dan 40-68% jika kedua orang tua memiliki kembar dizigotik skizofrenia (heterozigot) 2-15%, pada anak kembar dari satu sel telur (identik) 61-86%.
 - 2) Endokrin

Skizofrenia dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan hormon. Teori ini dikemukakan sehubungan dengan kambuhnya skizofrenia selama masa remaja, kehamilan atau persalinan, dan menopause.
 - 3) Metabolisme

Sebagian orang beranggapan bahwa skizofrenia disebabkan oleh gangguan metabolisme karena penderita skizofrenia terlihat pucat dan tidak sehat.
 - 4) Susunan Saraf Pusat

Ada yang berpendapat bahwa penyebab skizofrenia diakibatkan oleh kelainan pada susunan saraf pusat, yaitu pada meninges atau korteks.

5) Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit fisik, melainkan reaksi yang salah, gangguan penyesuaian. Hal ini menyebabkan pembubaran kepribadian dan orang tersebut secara bertahap menjauhkan diri dari kenyataan (autisme).

6) Teori Sigmund Freud

Ini adalah kelemahan ego yang dapat menyebabkan psikogenik atau somatik. Superego dikesampingkan sehingga tidak berdaya dan id mendominasi dan terjadi regresi ke tingkat narsistik.

7) Eugen Bleuler

Skizofrenia yaitu split mind adalah perpecahan atau disharmoni antara proses berpikir, merasakan dan berbuat.

f. Penatalaksanaan

Tujuan utama pengobatan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal pasien dan mencegahnya berulang. Tidak ada pengobatan khusus untuk setiap sub tipe skizofrenia (Prabowo, 2014). Menurut Tujuan utama pengobatan skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal pasien dan mencegahnya berulang. Tidak ada pengobatan khusus untuk setiap sub tipe skizofrenia (Prabowo, 2014). Menurut (Maramis, 2018) pengobatan skizofrenia yaitu:

1) Terapi Farmakologi

Obat yang digunakan dalam pengobatan farmakologi pasien skizofrenia adalah antipsikotik. Penggunaan antipsikotik telah lama digunakan karena antipsikotik bekerja dalam terapi pemeliharaan, mencegah (Prabowo, 2014).

2) Terapi Non Farmakologi

Menurut terapi non farmakologi yang diberikan pada klien dengan skizofrenia antara lain:

- a) Pendekatan Psikososial
Tujuan dari pendekatan psikososial adalah memberikan dukungan emosional kepada klien untuk memungkinkan klien memaksimalkan fungsi sosial dan pekerjaan mereka.
- b) Psikoterapi Suportif
Psikoterapi suportif adalah suatu bentuk terapi yang bertujuan untuk mendorong dan memotivasi penderita skizofrenia agar tidak merasa putus asa dan menghadapi hidup dengan semangat juang (Prabowo, 2014). Orang dengan skizofrenia membutuhkan dorongan untuk berjuang demi kesembuhannya dan mencegah kekambuhan.
- c) Psikoterapi Re-edukatif
Tujuan dari bentuk terapi ini adalah pelatihan ulang untuk mengganti model pelatihan lama dengan yang baru, sehingga penderita skizofrenia dapat lebih beradaptasi dengan dunia luar (Prabowo, 2014).
- d) Psikoterapi Rekonstruksi
Tujuan dari psikoterapi rekonstruktif adalah untuk memperbaiki kepribadian yang telah berubah akibat stres yang tidak dapat diatasi oleh klien (Stuart, 2013).
- e) Psikoterapi Kognitif
Psikoterapi kognitif adalah terapi yang dirancang untuk mengembalikan fungsi kognitif sehingga penderita skizofrenia dapat membedakan nilai-nilai etika sosial.

4.2.2 Depresi

a. Pengertian

Yaitu terganggunya fungsi manusia yang terkait dengan perasaan sedih alami dan gejala terkait, termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, fungsi psikomotorik, konsentrasi, kelelahan, perasaan putus asa dan tidak berdaya, serta pikiran untuk bunuh diri. Depresi juga dapat diartikan sebagai suatu bentuk gangguan emosional kejiwaan yang ditandai dengan perubahan suasana hati, kelesuan, kurangnya kegembiraan dalam hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, dll. Depresi adalah perasaan sedih dan penderitaan yang menyertainya. Itu bisa berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Pomerantz, 2013).

Depresi adalah gangguan mood patologis yang ditandai dengan berbagai perasaan, sikap dan keyakinan bahwa seseorang hidup sendiri, pesimis, putus asa, tidak berdaya, rendah diri, perasaan bersalah, harapan negatif dan ketakutan akan bahaya yang akan segera terjadi (Çolak, 2014). Depresi mirip dengan kesedihan, yaitu emosi normal yang terjadi akibat situasi tertentu, seperti kematian orang yang dicintai. Alih-alih tidak menyadari kehilangannya, dia menyangkal kehilangan itu dan menunjukkan tanda-tanda kesedihan dan depresi. Orang dengan mood depresi biasanya mengalami kehilangan minat dan kegembiraan serta penurunan energi, yang menyebabkan kelelahan dan berkurangnya aktivitas. Depresi dianggap normal dalam banyak tekanan hidup dan dianggap tidak normal hanya jika tidak proporsional dengan peristiwa yang menyebabkannya dan berlangsung hingga titik di mana kebanyakan orang pulih (Pomerantz, 2013).

b. Penyebab menurut (Prabowo, 2014):

1) Genetik

Depresi dan bunuh diri sering terjadi pada keluarga; Misalnya, sekitar 8-18 persen pasien depresi berat memiliki setidaknya satu kerabat dekat (ayah, ibu, saudara kandung) yang menderita depresi. Selain itu, pasien yang kerabat dekatnya mengalami depresi memiliki kemungkinan 1,5 hingga 3 kali lebih besar untuk menderita depresi daripada orang normal.

2) Kepribadian

Orang dengan ciri kepribadian tertentu lebih cenderung mengalami depresi. Ciri-ciri yang menyebabkan depresi meliputi pemikiran negatif, pesimisme, kekhawatiran berlebihan, harga diri rendah, ketergantungan berlebihan pada orang lain, dan respons stres yang tidak efektif.

3) Lingkungan

Keadaan hidup yang sulit, kehilangan, perubahan, atau stres terus-menerus dapat menyebabkan ketidakseimbangan tingkat neurotransmitter yang dapat menyebabkan depresi. Di sisi lain, peristiwa yang menggembirakan seperti persalinan pun dapat menyebabkan perubahan kadar hormon yang berujung pada stres, yang dapat memicu depresi seperti depresi pascapersalinan.

4) Kondisi Medik

Depresi juga bisa terjadi akibat penyakit tertentu, seperti penyakit jantung, stroke, diabetes, kanker, ketidakseimbangan hormon (terutama perimenopause atau hipotiroidisme), penyakit Parkinson dan penyakit alzheimer. Meskipun alergi tidak dianggap menyebabkan depresi atau sebaliknya, telah ditemukan bahwa orang yang menderita alergi non-

makanan sedikit lebih rentan terhadap depresi dibandingkan orang tanpa alergi.

5) Penggunaan Obat

Beberapa obat jangka panjang, seperti prednison, obat tekanan darah tertentu, dan dalam beberapa kasus pil KB, dapat menyebabkan depresi atau memperparah depresi. Beberapa obat kejang, seperti lamotrigin dan gabapentin, juga dikaitkan dengan peningkatan risiko bunuh diri.

6) Penyalahgunaan Zat Berbahaya

Walaupun sudah lama dianggap bahwa depresi menyebabkan orang menyalahgunakan alkohol dan obat-obatan untuk merasa lebih baik, hal sebaliknya juga bisa terjadi, karena penyalahgunaan obat-obatan dapat menyebabkan depresi.

c. Tanda dan Gejala

Menurut PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) III pasien dengan gangguan depresi ditandai dengan hilangnya minat dan kegembiraan, serta penurunan energi yang dapat menyebabkan kelelahan saat beraktivitas ringan. Gejala umum lainnya adalah:

- 1) Menurunnya kemampuan berkonsentrasi dan memperhatikan.
- 2) Menurunnya harga diri dan kepercayaan.
- 3) Tidur terganggu.
- 4) Nafsu makan menurun.
- 5) Tindakan yang membahayakan diri sendiri.
- 6) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
- 7) Perasaan bersalah dan tidak berharga (Hawari, 2016)

d. Penatalaksanaan menurut (Hawari, 2016)

Pengobatan untuk depresi dapat berupa non-farmakologis, farmakologis, atau kombinasi keduanya, tergantung pada tingkat keparahan depresi yang diderita orang tersebut, namun mengobati depresi dengan kombinasi keduanya jauh lebih efektif daripada keduanya saja.

1) Terapi Nonfarmakologis

- a) Psikoterapi
- b) Terapi kejang listrik

2) Terapi Farmakologis

- a) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI)
- b) *Tricyclic Antidepressan* (TCA)
- c) Serotonin /Norepinephrin Reuptake Inhibitor (SNRI)
- d) Antidepresan Aminoketone
- e) Antidepresan Triazolopiridine
- f) Antidepresan Tetrasiklik
- g) Mono Amine Oxidase Inhibitor (MAOI)

3) Terapi Tambahan

- a) Mood Stabilizer (penstabil suasana hati)
- b) Antipsikotik

4.2.3 Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan dalam bahasa Inggris adalah anxiety, berasal dari kata latin angustus yang berarti kaku, dan ango, anci yang berarti mati lemas (Annisa & Ifdil, 2016). Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman yang samar-samar yang disebabkan oleh ketidaknyamanan atau ketakutan dan disertai dengan reaksi (penyebabnya tidak individual atau tidak diketahui). Perasaan takut dan tidak aman adalah sinyal yang mengingatkan orang akan peringatan bahaya dan memberdayakan individu untuk bertindak melawan ancaman (Yusuf *et al.*, 2015).

Kecemasan merupakan respon emosional dan fisiologis terhadap ancaman ketidakpuasan yang dialami seseorang (Pratiningsih & Sahrah, 2016). Dari berbagai pengertian yang telah dijelaskan di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan suatu kondisi dimana individu merasa tidak nyaman akibat suatu kondisi cemas.

Sebagai pengalaman psikis yang normal dan wajar setiap orang tentunya harus memotivasi individu tersebut untuk menghadapi masalah yang dihadapinya dengan sebaik mungkin. Suatu kondisi di mana seseorang merasa takut dan cemas sebagai respons terhadap ancaman yang tidak spesifik. Penyebab atau sumbernya tidak diketahui atau tidak dikenali. Intensitas rasa takut bervariasi dari ringan hingga berat. Menurut Sundeen (1995), (Stuart, 2013) mengidentifikasi rentang respon kecemasan dalam empat tahap, yaitu kecemasan ringan, sedang, berat, dan kecemasan panik.

Sebagai pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami oleh Tanda dan Gejala Kecemasan. Menurut (Maramis, 2018) gejala-gejala yang timbul pada saat mengalami kecemasan:

- 1) Gejala Fisik
 - a) Gugup
 - b) Tremor
 - c) Bernafas terasa berat atau merasa kesulitan
 - d) Tangan berkeringat serta lembab
 - e) Kesulitan berbicara
 - f) Detak jantung cepat
 - g) Badan terasa tina-tiba panas dingin
 - h) Mual
 - i) Tenggorokan serta mulut terasa kering
 - j) Pusing, leher atau punggung kaku

- 2) Gejala Behavioral
 - a) Perilaku menghindar
 - b) Perilaku ketergantungan
 - c) Kebingungan
- 3) Gejala Kognitif
 - a) Khawatir tentang sesuatu
 - b) Merasa yakin bahwa sesuatu yang berbahaya akan terjadi tanpa alasan
 - c) Merasa terancam oleh peristiwa yang biasanya tidak mengancam
 - d) Khawatir kehilangan kendali
 - e) Khawatir tidak mampu memecahkan masalah
 - f) Merasa pikiran yang mengganggu terus muncul berulang-ulang
 - g) Merasa perlu menjauh dari keramaian
 - h) Sulit berkonsentrasi

b. Jenis Kecemasan

Menurut Feist & Feist (dalam Annisa & Ildil, 2016) membedakan kecemasan menjadi tiga jenis yaitu:

- 1) Kecemasan Neurosis: takut akan bahaya yang belum diketahui. Emosi berbeda dengan ego, tetapi muncul dari dorongan. Kecemasan neurotik bukanlah ketakutan akan insting, melainkan ketakutan akan hukuman yang bisa timbul jika insting terpenuhi.
- 2) Kecemasan Moral: perasaan ini disebabkan oleh konflik antara ego dan superego. Ketakutan ini datang dari ketidaksetujuan dengan apa yang mereka yakini benar secara moral. Kecemasan moral adalah kecemasan hati nurani. Distres moral juga memiliki dasar yang nyata, individu tersebut sebelumnya telah dihukum karena melanggar standar moral dan dapat dihukum lagi.

- 3) Kecemasan Realistik: perasaan tidak nyaman, non-spesifik disertai dengan kemungkinan menyakiti diri sendiri. Ketakutan realistis juga merupakan ketakutan akan bahaya eksternal yang nyata.

c. Penatalaksanaan

1) Farmakologis

Pengobatan farmakologis hanya diberikan untuk kecemasan dan kepanikan yang parah, yaitu pemberian alprazolam, benzodiazepin, buspirone dan beberapa antidepresan lainnya. Pemngobatan farmakologis untuk kecemasan tidak dianjurkan dalam jangka waktu yang lama karena dapat menyebabkan ketergantungan (Vishal *et al.*, 2014).

2) Non-Farmakologis

a) Relaksasi

Relaksasi meningkatkan sekresi endorphine dari tubuh, membuat orang tersebut merasa nyaman dan tidak terfokus pada kecemasan yang dialaminya. Terapi musik klasik adalah contoh musik yang meredakan ketegangan dan kecemasan (relaksasi).

b) Distraksi

Distraksi adalah cara untuk menghilangkan kecemasan dengan mengalihkan perhatian pada hal lain sehingga orang tersebut melupakan kecemasannya dan bahkan dapat meningkatkan toleransinya terhadap kecemasan yang dialaminya. Rangsangan sensorik yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin, yang dapat menghambat rangsangan cemas, sehingga mengurangi rangsangan cemas yang ditransmisikan ke otak (Stuart, 2013).

- c) Pengendalian pernafasan
Kontrol napas adalah teknik kontrol napas yang cepat dan berfokus pada napas. Orang dengan kecemasan cenderung bernapas dengan cepat dan dangkal karena perasaan panik dan cemas, meskipun hal ini dapat meningkatkan kecemasan. Pernapasan yang lambat dan dalam selalu memiliki efek menenangkan dan merupakan salah satu cara tercepat untuk menghentikan serangan panik.
- d) *Cognitive behavior therapy*
Terapi perilaku kognitif adalah pendekatan terapeutik berorientasi pembelajaran yang menggabungkan teknik kognitif dan perilaku. Terapi ini berupaya mengintegrasikan teknik terapi yang berfokus pada membantu individu membuat perubahan, tidak hanya dalam perilaku yang tampak, tetapi juga dalam pemikiran, keyakinan, dan sikap yang mendasarinya.

4.2.4 Gangguan Kepribadian

Klinik tersebut menunjukkan bahwa gejala gangguan kepribadian (psikopati) dan gejala neurosis hampir sama pada orang dengan kecerdasan tinggi atau rendah. Kita dapat berbicara tentang gangguan kepribadian, kegugupan dan gangguan intelektual. Sebagian besar independen atau tidak terafiliasi. Klasifikasi gangguan kepribadian: kepribadian parafroid, kepribadian afektif atau cyclops, kepribadian skizoid, kepribadian eksploif, kepribadian anancaste atau obsesif kompulsif, kepribadian histeris, kepribadian asthenik, kepribadian antisosial, kepribadian pasif-agresif, kepribadian inadequate (American Psychiatric Association, 2013).

4.2.5 Gangguan Mental Organik

a. Pengertian

Gangguan mental organik adalah gangguan mental psikotik atau non-psikotik yang diakibatkan oleh disfungsi jaringan otak (Marasmis, WF & Albert, A.M., 2014). Kemunduran jaringan otak dapat disebabkan oleh gangguan fisik yang mempengaruhi terutama otak atau terutama non-otak. Jika bagian otak yang rusak besar, maka gangguan jiwa dasarnya sama terlepas dari penyakit penyebabnya. Ketika hanya bagian otak dengan fungsi spesifik yang terpengaruh, lokasi tersebut menentukan gejala dan sindrom, bukan penyakit penyebabnya. Perbedaan antara gangguan psikotik dan non-psikotik lebih memprediksi keparahan penyakit otak pada penyakit tertentu daripada perbedaan antara akut dan kronis.

b. Ciri-Ciri Gangguan Mental Organik (Maramis, 2018)

- 1) Berkurangnya fungsi intelektual serta memori
- 2) Kesulitan bicara dan bahasa
- 3) Disorientasi ruang, waktu dan orang
- 4) Adanya gangguan motorik
- 5) Kesulitan dalam pengambilan keputusan
- 6) Emosi menjadi tidak stabil
- 7) Kepribadian yang berubah dan menyimpang

c. Jenis – Jenis Gangguan Mental Organik

- 1) Delirium
- 2) Dimensia
- 3) Gangguan amnestic

4.2.6 Gangguan Psikosomatik

a. Pengertian

Yaitu komponen psikologis yang diikuti dengan penurunan fungsi tubuh. Perkembangan neurotik sering terjadi, yang terutama atau secara eksklusif disebabkan oleh gangguan fungsional organ yang dikendalikan oleh

sistem saraf otonom. Gangguan psikosomatis dapat dibandingkan dengan apa yang disebut neurosis organ. Karena biasanya hanya fungsi fisiologis saja yang terganggu, maka sering disebut sebagai gangguan psikofisiologis (Maramis, 2018).

Psikosomatik adalah gangguan fisik yang dialami seseorang yang dipicu oleh faktor psikologis (Davison, Neale, Kring, 2006, Stuart, 2103). Psikosomatik berasal dari kata *psyche* yang berarti jiwa dan *soma* yang berarti badan atau tubuh yang berarti gangguan fisik yang disebabkan oleh masalah kejiwaan.

Psikosomatik merupakan penyakit yang disebabkan oleh manajemen stres yang tidak akurat atau tidak efektif. Ketika seseorang mengalami masalah tekanan/stres, mereka mengambil langkah-langkah untuk mengurangi tekanan tersebut. Sumber stres (*stressor*) berbeda pada setiap orang, menjadi *stressor* utama dapat menjadi masalah bagi sebagian orang dan menjadi masalah normal bagi sebagian orang lainnya. Stres mempengaruhi tubuh atau organ terlemah seseorang, sehingga ketika mengalami stres, organ terlemah itu akan sakit. Stres tidak hanya memicu gangguan fisik atau biasa disebut gangguan psikosomatis, tetapi juga memperparah penyakit fisik yang dialami sebelumnya jika tidak ditangani secara tepat (Pomerantz, 2013).

b. Faktor – Faktor Penyebab Psikosomatis

Tidak ada penyebab tunggal gangguan psikosomatik; seperti kebanyakan penyakit kejiwaan, penyakit tersebut merupakan hasil interaksi antara faktor genetik dan berbagai peristiwa dalam riwayat hidup individu. Berbagai mekanisme psikologis, sosial, patofisiologis, familial, dan genetik telah diusulkan untuk menjelaskan asal mula penyakit psikosomatis (Çolak, 2014).

1) Faktor Sosial dan Ekonomi

Kepuasan kerja, kesulitan keuangan, pekerjaan yang tidak aman, pekerjaan yang banyak, kualitas pelayanan yang tidak memuaskan, yang dapat menyebabkan peningkatan ketidakhadiran kerja karena absensi, kecelakaan kerja, kurangnya motivasi, komitmen.

2) Faktor Perkawinan atau Keluarga

Kepuasan pernikahan, seperti pertengkaran, perceraian dan kekecewaan dalam hubungan seksual, anak-anak yang buruk dan bermasalah. Keadaan di mana keluarga dapat menyebabkan stres, yang dapat membuat tubuh tegang dan secara langsung jika sakit dapat menyebabkan atau bahkan memperburuk kondisi tersebut.

3) Faktor Kesehatan

Kesehatan juga bisa menjadi faktor munculnya gangguan psikosomatis, seperti berbagai masalah yaitu kecanduan narkoba, tabrakan, penyakit kronis, rawat inap, operasi, kecanduan tembakau, serta efek dari operasi.

4) Faktor Psikologis

Efek psikologis yang dapat menyebabkan atau memperburuk penyakit fisik yang disebabkan oleh stresor terutama disebabkan oleh sikap maladaptif. Dalam penelitiannya, Selye berpendapat bahwa faktor psikologis tertentu dalam kepribadian seseorang dapat membuat seseorang jarang sakit atau ketika mereka dapat bertahan ketika berada di bawah tekanan (Wirawihardja, 2015).

4.2.7 Retardasi Mental

a. Pengertian

Retardasi mental adalah suatu kondisi dimana kecerdasan lebih lemah (di bawah normal) pada beberapa tahap perkembangan (lahir atau masa kanak-kanak). Secara umum, perkembangan mentalnya lemah, tetapi gejala utamanya adalah kecerdasan yang lambat. Keterbelakangan mental disebut juga oligophrenia (oligo = kurang atau kurang dan fren = jiwa) atau keterbelakangan mental. Retardasi mental yaitu suatu kondisi yang penting secara klinis dan sosial. Gangguan ini ditandai dengan gangguan kemampuan akibat gangguan signifikan dalam kecerdasan terukur dan perilaku adaptif. Kecacatan perkembangan juga mencakup status sosial, yang dapat menyebabkan lebih banyak kecacatan daripada kecacatan itu sendiri. Karena garis antara normalitas dan kecacatan intelektual seringkali sulit untuk ditarik, identifikasi, evaluasi, dan perawatan anak-anak dengan kesulitan kognitif dan keluarganya memerlukan kecanggihan teknis yang tinggi. dan kepekaan antar pribadi (Muhith, 2015).

b. Klasifikasi

Menurut (Muhith, 2015), berdasarkan level Intelligence Quotient (IQ) karakteristik retardasi mental dapat dibedakan:

- 1) Retardasi mental ringan (IQ = 50 – 70, sekitar 85% dari penyandang retardasi mental)
- 2) Retardasi mental sedang (IQ = 35-55, sekitar 10% dari penyandang retardasi mental)
- 3) Retardasi mental berat (IQ = 20-40, sebanyak 4% dari penyandang retardasi mental)
- 4) Retardasi mental berat sekali (IQ = 20-25, sekitar 1 sampai 2 % dari penyandang retardasi mental).

c. Ciri – Ciri Retardasi Mental (Muhith, 2015)

1) Psikis

Kondisi mental anak tunagrahita biasanya sulit berkonsentrasi, mudah lupa, sulit membuat kreasi baru dan rentang perhatian pendek, mudah bosan, mengantuk, tidak tertarik belajar dalam jangka panjang, mudah frustrasi, misalnya mMenghentikan suatu kegiatan atau pekerjaan ketika tidak bekerja, mudah marah atau sakit hati dan tidak kooperatif, bingung, menarik diri dan kurang berani berkomunikasi dengan orang lain (Kemis & Rosnawati, 2013).

2) Sosial

Perilaku sosial adalah suatu kegiatan dalam berhubungan dengan orang lain yang melibatkan pemikiran, perasaan dan pengambilan keputusan. Dalam masyarakat, anak tunagrahita tidak dapat mengurus dirinya sendiri, mereka bergantung pada orang lain. Anak-anak penyandang disabilitas perkembangan sering bermain dengan anak yang lebih kecil karena kemampuan intelektual mereka terbatas. Kepribadian anak penyandang disabilitas perkembangan kurang dinamis, mudah berfluktuasi, dan kurang memiliki visi yang komprehensif. Anak tunagrahita mengalami kesulitan memahami norma-norma lingkungan, sehingga anak tunagrahita sering dianggap aneh di masyarakat karena tindakannya tidak sesuai dengan usianya (Kemis & Rosnawati, 2013).

d. Pencegahan dan Pengobatan

Berdasarkan Lumbantobing,S.M., (2001) dalam (Muhith, 2015) bahwa pencegahan dan pengobatan retardasi mental:

1) Pencegahan Primer

Hal ini dapat dilakukan melalui pendidikan kesehatan masyarakat, perbaikan kondisi sosial ekonomi, konseling genetik, dan intervensi medis (misalnya perawatan prenatal yang baik, mengurangi kehamilan pada remaja dan wanita di atas 40 tahun, dan mencegah ensefalitis pada anak-anak).

2) Pencegahan Sekunder

Termasuk deteksi dini dan pengobatan ensefalitis, perdarahan subdural, kraniostenosis (jahitan kranial menutup terlalu cepat, dapat dibuka dengan kraniotomi, pembedahan tidak membantu mikrosefali kongenital).

3) Pencegahan Tersier

Yaitu pendidikan pasien atau pendidikan khusus sebaiknya di sekolah khusus. Neuroleptik dapat diberikan pada pasien yang gelisah, hiperaktif atau destruktif.

4) Konseling

Pendekatan yang fleksibel dan pragmatis ditawarkan kepada orang tua untuk membantu mereka mengatasi rasa frustrasi yang terkait dengan anak tunagrahita. Orang tua sering menginginkan obat untuk anaknya, sehingga dapat dijelaskan bahwa tidak ada obat yang dapat membuat anak menjadi pintar, yang ada hanya obat yang dapat menunjang metabolisme (metabolisme) pada sel otak.

5) Latihan Pendidikan

- a) Menggunakan dan mengembangkan lebih lanjut keterampilan yang ada dengan cara sebaik mungkin.
- b) Memperbaiki karakteristik tidak benar atau antisosial.

- c) Mengajarkan suatu keterampilan (skill), agar anak kelak dapat menghidupi dirinya sendiri.
- 6) Latihan Diberikan Secara Kronologis
- a) Latihan rumah: pelajaran tentang makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan pribadi.
 - b) Latihan sekolah: terpenting dalam hal ini adalah pembangunan sosial.
 - c) Latihan teknis: berikan sesuai dengan minat, jenis kelamin, dan status sosial.
 - d) Latihan moral: anak harus diberi tahu apa yang baik dan apa yang tidak. Agar anak mengerti, setiap pelanggaran disiplin harus disertai dengan hukuman dan setiap perbuatan baik harus disertai dengan hadiah.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, D. R., & Anwar, Z. 2013. Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 01(01), 53–65.
- Annisa, D. F., & Ildil, I. 2016. Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia). *Konselor*, 5(2), 93. <https://doi.org/10.24036/02016526480-0-00>
- Çolak, T. S. 2014. Somatic Expression of Psychological Problems (Somatization): Examination with Structural Equation Model. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 1(1), 8–14. <https://doi.org/10.17220/ijpes.2014.01.003>
- Hawari, D. 2016. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Kemis, & Rosnawati, A. 2013. *endidikan Anak Berkebutuhan Khusus Tunagrahita : Peserta Didik Berkebutuhan Khusus dengan Hambatan Kecerdasan*. Luxima Metro Media.
- Maramis. 2018. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press.
- Muhith, A. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa(Teori dan Aplikasi)*. Andi Offset.
- Prabowo, E. 2014. *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Pratiningsih, P., & Sahrah, A. 2016. Pengaruh Pelatihan Goal Setting Terhadap Efikasi Diri Manajer Tingkat Menengah Di Pt Bat Yogyakarta. *Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 18(2), 191. <https://doi.org/10.26486/psikologi.v18i2.396>
- Sari, P. 2019. Dinamika Psikologi Penderita Skizofrenia Paranoid Yang Sering Mengalami Relapse. *Psikoislamedia Jurnal Psikologi*, 4(2), 124–136. <https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/Psikoislam/article/view/5751>

- Vishal, G., Brahmabhatt, M., & Vankar, G. 2014. Somatic Symptom Disorder: Study of Medically Unexplained Symptoms. *Scholar Journal of Applied Medical Sciences*, 2, 664–670. <https://doi.org/10.36347/sjams.2014.v02i02.040>
- Wirawihardja, S. A. 2015. *Pengantar Psikologi Abnormal*. Refika Aditama.
- Yusuf, A., Fitryasari, R., & Nihayati, H. E. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

BAB 5

KEBUTUHAN KHUSUS

PERMASALAHAN GEOGRAFIS

Oleh Grhasta Dian Perestroika

5.1 Pendahuluan

Ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi baru lahir termasuk kelompok rentan yang memerlukan perawatan khusus dan sensitif. Namun, faktor lingkungan dan geografis dari tempat tinggal mereka dapat mempengaruhi kesehatan mereka secara signifikan (Makanga *et al.*, 2016). Oleh karena itu, perhatian khusus dalam penanganan kebidanan pada kelompok rentan berdasarkan letak geografis sangatlah penting.

Aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan, air bersih, sanitasi, dan nutrisi yang memadai sangat penting dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi. Tetapi, faktor geografis dapat menyulitkan pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan (Hierink *et al.*, 2021). Contohnya, daerah yang terisolasi dan sulit dijangkau bisa membuat aksesibilitas menjadi suatu tantangan.

Karenanya, asuhan kebidanan pada kelompok rentan harus mempertimbangkan faktor geografis tempat tinggal pasien sebagai upaya mengatasi tantangan ini (Muthoharoh, Purnomo & NurLatif, 2016). Perlu dilakukan pengkajian yang komprehensif dan strategi khusus untuk memastikan aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan serta sumber daya lainnya yang diperlukan untuk mendukung kesehatan ibu dan bayi.

Membangun perhatian khusus terhadap kondisi geografis dalam asuhan kebidanan pada kelompok rentan dapat membantu mengurangi kesenjangan kesehatan dan meningkatkan kualitas

hidup masyarakat setempat. Negara-negara yang mengutamakan perawatan kebidanan pada kelompok rentan berdasarkan faktor geografis berhasil mengurangi angka kematian ibu dan bayi secara signifikan (Muthoharoh, Purnomo & NurLatif, 2016; Susiloningtyas, Wulandari & Dinastiti, 2021).

Melalui pemahaman yang mendalam tentang pentingnya perawatan kebidanan pada kelompok rentan berdasarkan faktor geografis, semua pihak, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat, harus bersama-sama dalam memastikan kelompok rentan ini menerima perawatan kesehatan yang terbaik dan memadai.

5.2 Kebutuhan Khusus di Daerah Pegunungan

Daerah pegunungan memiliki karakteristik yang berbeda dengan daerah dataran rendah, sehingga masalah kesehatan yang terjadi juga berbeda. Wilayah pegunungan memiliki beberapa karakteristik khas seperti ketinggian yang lebih tinggi, kemiringan yang curam, cuaca yang cenderung lebih sejuk dan bersuhu rendah, terutama di ketinggian yang lebih tinggi. Kelembapan juga dapat bervariasi tergantung pada lokasi geografis dan kondisi iklim di wilayah tersebut. Wilayah pegunungan juga cenderung memiliki lahan yang terbatas dan sulit diakses (Hermawan, 2014). Berikut adalah beberapa kebutuhan khusus pada kesehatan ibu dan balita di daerah pegunungan beserta solusi permasalahannya oleh bidan:

1. Akses Terhadap Fasilitas Kesehatan

Akses terhadap fasilitas kesehatan di wilayah pegunungan sering menjadi masalah utama yang dihadapi masyarakat di wilayah tersebut. Jarak dan transportasi yang sulit membuat banyak wilayah di pegunungan sulit diakses dan jauh dari fasilitas kesehatan, sehingga masyarakat kesulitan untuk memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan, seperti imunisasi, pemeriksaan kesehatan

rutin, pengobatan penyakit, dan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal (Schirpke *et al.*, 2020).

Untuk mengatasi masalah ini, bidan dapat melakukan kunjungan rumah ke daerah-daerah yang sulit dijangkau dan memberikan pelayanan kesehatan serta memeriksa kesehatan masyarakat secara langsung. Selain itu, bidan juga dapat membangun hubungan yang baik dengan komunitas di wilayah pegunungan dan memperluas jaringan kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang ada di wilayah sekitar (Claramita *et al.*, 2019).

Selain memberikan pelayanan langsung, bidan juga dapat membantu meningkatkan ketersediaan obat-obatan dan perlengkapan medis di wilayah pegunungan (Wangmo *et al.*, 2016). Hal ini akan membantu mempercepat akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang memadai.

Tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan, bidan juga dapat memberikan edukasi tentang cara mencegah penyakit dan cara merawat kesehatan diri sendiri dan keluarga di wilayah pegunungan (Halim *et al.*, 2022). Bidan dapat membantu masyarakat di wilayah pegunungan untuk lebih memahami tentang pentingnya menjaga kesehatan dan menghindari penyakit dengan cara yang sederhana dan mudah dilakukan.

Terakhir, bidan juga dapat membantu meningkatkan akses terhadap informasi kesehatan dan memfasilitasi kegiatan-kegiatan sosialisasi kesehatan (Halim *et al.*, 2022). Dengan melakukan hal ini, bidan dapat membantu masyarakat di wilayah pegunungan untuk lebih memahami tentang pentingnya kesehatan dan bagaimana cara menjaganya, sehingga dapat membantu meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

2. Ketersediaan Air Bersih

Ketersediaan air bersih di wilayah pegunungan sering menjadi masalah utama yang dihadapi masyarakat di

wilayah tersebut. Wilayah pegunungan sering kali memiliki kondisi geografis yang sulit sehingga sumber air bersih sangat terbatas, bahkan sulit diakses (Wada *et al.*, 2017)1. Hal ini menyebabkan banyak masyarakat di wilayah pegunungan kesulitan mendapatkan akses ke air bersih dan terpaksa menggunakan air dari sumber yang tidak aman dan berpotensi mengakibatkan masalah kesehatan. Untuk mengatasi masalah ini, bidan dapat memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya kebersihan air dan cara pengolahan air yang baik dan aman (Audina & Astarie, 2017). Dengan begitu, masyarakat di wilayah pegunungan dapat memahami cara mengambil air dari sumber yang aman dan menjaga kebersihan sumber air tersebut.

3. Pola Hidup yang Tidak Sehat

Memang benar bahwa di wilayah pegunungan, terutama yang berada di dataran tinggi, terdapat keuntungan akses terhadap bahan makanan segar seperti sayuran dan buah-buahan (Spies, 2020). Namun, di beberapa wilayah pegunungan yang sulit dijangkau, terkadang akses terhadap bahan makanan yang sehat dan segar masih menjadi kendala (Mustakim, Efendi & Sofiany, 2021). Selain itu, pola hidup yang kurang sehat seperti kebiasaan masyarakat yang cenderung mengonsumsi makanan tinggi kalori dan rendah serat juga masih dapat terjadi di wilayah pegunungan (Mustakim, Efendi & Sofiany, 2021). Hal ini bisa terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang pentingnya pola hidup sehat dan kurangnya akses ke informasi terkait makanan sehat.

Oleh karena itu, sebagai solusi, bidan dapat memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya pola hidup sehat dan bergizi, serta mengajarkan cara memasak makanan sehat dari bahan-bahan yang mudah didapatkan di wilayah pegunungan (Othman *et al.*, 2020). Selain itu,

bidan dapat bekerja sama dengan instansi pemerintah dan organisasi masyarakat setempat untuk menyediakan informasi tentang makanan sehat dan bergizi serta memberikan akses ke bahan makanan yang sehat (Blake *et al.*, 2021).

4. Pendidikan Kesehatan yang Rendah

Masalah utama yang dihadapi oleh wilayah pegunungan dalam hal pendidikan kesehatan adalah rendahnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan dan sanitasi (Zhang *et al.*, 2020). Hal ini seringkali terkait dengan akses yang terbatas terhadap sumber daya dan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan (Febriani, Samino & Sari, 2016). Selain itu, keterbatasan infrastruktur dan sarana kesehatan di daerah pegunungan juga mempersulit upaya pencegahan dan pengobatan penyakit (Rafli, 2022).

Untuk mengatasi permasalahan ini, bidan di wilayah pegunungan harus memiliki peran yang lebih aktif dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat setempat. Salah satu solusi yang dapat dilakukan adalah melaksanakan kegiatan penyuluhan tentang kesehatan dan sanitasi, baik secara individu maupun kelompok (Prasanti & Fuady, 2017). Bidan juga dapat memfasilitasi akses masyarakat ke informasi dan sumber daya yang diperlukan untuk menjaga kesehatan mereka (Rodiah, Budiono & Rohman, 2018).

Selain itu, bidan dapat melakukan koordinasi dengan pemerintah setempat untuk memperjuangkan infrastruktur dan sarana kesehatan yang memadai bagi masyarakat di wilayah pegunungan (Pembangunan, 2019). Hal ini dapat dilakukan dengan melaporkan keadaan kesehatan masyarakat dan memperjuangkan dana untuk

membangun puskesmas atau klinik kesehatan di daerah tersebut.

Dalam menghadapi masalah kesehatan di daerah pegunungan, bidan perlu memahami karakteristik daerah setempat dan menyesuaikan solusi yang diberikan dengan kondisi yang ada. Selain itu, bidan juga perlu bekerja sama dengan pemerintah daerah, instansi kesehatan, dan masyarakat setempat untuk meningkatkan kesehatan ibu dan balita di daerah pegunungan.

5.3 Kebutuhan Khusus di Daerah Pesisir

Daerah pesisir memiliki karakteristik yang berbeda dengan daerah pegunungan, sehingga masalah kesehatan yang terjadi juga berbeda. Berikut adalah beberapa kebutuhan khusus pada kesehatan ibu dan balita di daerah pesisir beserta solusi permasalahannya oleh bidan:

- 1. Risiko Kekurangan Yodium**

Risiko kekurangan yodium di wilayah pesisir merupakan masalah kesehatan yang serius. Wilayah pesisir cenderung memiliki rendahnya kandungan yodium di dalam tanah dan air laut, sehingga masyarakat di wilayah tersebut rentan mengalami gangguan kesehatan seperti gondok, hipotiroidisme, dan keterbelakangan mental pada anak-anak (Budhiarko Pramana, 2023).

Untuk mengatasi masalah ini, solusi yang dapat dilakukan adalah memberikan suplemen yodium, seperti tablet yodium, kepada masyarakat dan mempromosikan konsumsi makanan yang kaya akan yodium seperti ikan laut dan rumput laut (Mustafa, 2016). Selain itu, bidan dapat berperan penting dalam edukasi dan kampanye kesehatan terkait kebutuhan yodium, khususnya pada ibu hamil dan anak-anak. Lebih lanjut lagi, bidan juga dapat

melakukan screening yodium pada ibu hamil dan anak-anak untuk mengetahui apakah mereka membutuhkan suplemen yodium atau tidak (Agustina *et al.*, 2022).

2. Ketersediaan Air Bersih

Permasalahan ketersediaan air bersih di wilayah pesisir sangat kompleks dan meliputi beberapa faktor seperti keterbatasan sumber daya air, pertumbuhan penduduk yang cepat, penggunaan air yang tidak efisien, serta dampak perubahan iklim yang semakin terasa (Noviyanti & Setiawan, 2014). Solusi untuk mengatasi permasalahan ini bisa dilakukan dengan mengadopsi praktek-praktek konservasi air, seperti menangkap air hujan, penggunaan teknologi irigasi yang efisien, dan pengelolaan sumber daya air yang berkelanjutan (David, Pharmawati & Usman, 2019).

Sebagai bidan, ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk membantu mengatasi permasalahan ketersediaan air bersih di wilayah pesisir. Misalnya, memberikan edukasi tentang pentingnya penggunaan air yang bijak kepada masyarakat, terutama bagi ibu hamil dan anak-anak yang membutuhkan asupan air yang cukup. Selain itu, bidan juga dapat berperan dalam menggalakkan kampanye penggunaan air yang berkelanjutan dan mempromosikan praktek-praktek konservasi air (Widiantoro, 2014).

3. Risiko Terkena Penyakit Tropis

Wilayah pesisir seringkali menjadi daerah yang rawan terkena penyakit tropis seperti malaria, demam berdarah, dan penyakit kulit (Widiantoro, 2014). Faktor yang mempengaruhi risiko terjadinya penyakit tropis di wilayah pesisir meliputi iklim yang panas dan lembap serta kondisi lingkungan yang memungkinkan nyamuk dan serangga lain berkembang biak (Novita, 2019). Selain itu, kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai cara

mencegah penularan penyakit tropis juga menjadi faktor yang memperburuk situasi tersebut.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, bidan di wilayah pesisir dapat berperan penting dalam memberikan edukasi dan penyuluhan mengenai cara mencegah penularan penyakit tropis kepada masyarakat setempat. Bidan dapat memberikan informasi tentang pentingnya menjaga kebersihan lingkungan dan cara meminimalisir tempat-tempat berkembangnya nyamuk. Selain itu, bidan juga dapat memberikan informasi tentang tanda-tanda penyakit tropis dan langkah-langkah yang harus diambil jika seseorang terinfeksi (Audina & Astarie, 2017). Lebih lanjut lagi bidan dapat memberikan penyuluhan mengenai penggunaan kelambu berinsektisida (Nurmaliani & Arisanti, 2021). Kelambu berinsektisida adalah salah satu cara efektif untuk melindungi masyarakat dari gigitan nyamuk dan serangga lainnya. Selain itu, bidan juga dapat memberikan informasi tentang penggunaan obat anti-nyamuk dan pentingnya mengenakan pakaian yang menutupi seluruh tubuh.

4. Kekurangan Gizi

Meskipun daerah pesisir memiliki akses yang lebih mudah terhadap makanan laut, tetapi variasi makanan dan gizi yang cukup seringkali tidak terpenuhi. Hal ini disebabkan oleh kurangnya akses masyarakat pesisir ke sumber makanan yang bergizi serta kurangnya pengetahuan mengenai pola makan yang sehat dan bergizi (Asiku, 2022). Selain itu, kondisi lingkungan yang sulit juga mempengaruhi ketersediaan makanan bergizi di daerah tersebut.

Untuk mengatasi permasalahan ini, bidan di wilayah pesisir dapat berperan aktif dalam memberikan edukasi dan penyuluhan tentang pola makan yang sehat dan bergizi kepada masyarakat setempat (Asri *et al.*, 2021).

Bidan dapat mengajarkan masyarakat tentang jenis-jenis makanan yang sehat dan bergizi, serta cara mempersiapkan makanan yang sehat dengan sumber daya yang ada di sekitar mereka.

Selain itu, bidan dapat membantu masyarakat dalam mengembangkan berbagai sumber makanan yang bergizi dengan mempromosikan program seperti program budi daya ikan atau pertanian keluarga (Firmansyah & Isnaeni, 2021).

5. Keterbatasan Akses

Salah satu masalah kesehatan yang umum terjadi di wilayah pesisir adalah keterbatasan akses fasilitas kesehatan. Kondisi ini seringkali disebabkan oleh jarak yang jauh antara wilayah pesisir dengan kota besar yang memiliki pusat layanan kesehatan yang memadai (Kristian, 2019). Selain itu, terkadang kondisi geografis seperti pantai yang terisolasi juga menyulitkan upaya pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan yang memadai di daerah tersebut.

Untuk mengatasi permasalahan ini, bidan di wilayah pesisir dapat memainkan peran yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat setempat. Salah satu solusi yang dapat dilakukan adalah dengan membuka posyandu atau puskesmas mobile yang dapat mengunjungi masyarakat di daerah terpencil (Wahyuni & Ferial, 2023).

Selain itu, bidan juga dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat sekitar dalam hal perawatan kesehatan diri sendiri dan keluarga (Asri *et al.*, 2021). Hal ini dapat dilakukan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan yang terfokus pada upaya pencegahan penyakit dan pengobatan sederhana (Agustina *et al.*, 2022). Dalam upaya ini, bidan dapat mengajarkan masyarakat tentang cara merawat luka,

membersihkan air bersih dan lingkungan, serta praktik kesehatan lainnya.

Dalam menghadapi masalah kesehatan di daerah pesisir, bidan perlu memahami karakteristik daerah setempat dan menyesuaikan solusi yang diberikan dengan kondisi yang ada. Selain itu, bidan juga perlu bekerja sama dengan pemerintah daerah, instansi kesehatan, dan masyarakat setempat untuk meningkatkan kesehatan ibu dan balita di daerah pesisir.

5.4 Kebutuhan Khusus di Daerah Pedalaman

Kebutuhan khusus pada kesehatan ibu dan balita di wilayah pedalaman dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor geografis seperti aksesibilitas yang terbatas, kurangnya fasilitas kesehatan yang memadai, dan lingkungan yang tidak sehat.

Beberapa kebutuhan khusus pada kesehatan ibu dan balita di wilayah pedalaman yang perlu diperhatikan adalah:

1. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang memadai

Di wilayah pedalaman seringkali terdapat keterbatasan pelayanan kesehatan. Keterbatasan pelayanan kesehatan di wilayah pedalaman ditandai dengan kurangnya tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, peralatan medis, informasi kesehatan, akses transportasi, air bersih, sanitasi, obat-obatan, dan makanan bergizi (Jimung, 2019; Yuwanti, Mulyaningrum & Susanti, 2021). Hal ini menyebabkan kesulitan dalam mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai dan meningkatkan risiko penyebaran penyakit.

Bidan dapat memperbaiki situasi ini dengan cara meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan dasar yang terjangkau dan berkualitas, seperti puskesmas dan klinik kecil yang dilengkapi dengan fasilitas dasar, seperti obat-obatan, alat kesehatan, dan staf medis yang terlatih (Pembangunan, 2019; Wahyuni & Ferial, 2023).

2. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan
Kesehatan berkelanjutan menjadi salah satu kebutuhan utama dalam pelayanan kesehatan di wilayah pedalaman, namun terdapat berbagai permasalahan yang menghambat pencapaian kesehatan berkelanjutan di wilayah tersebut, seperti kurangnya tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan yang kurang memadai, kurangnya peralatan medis, akses transportasi yang terbatas, kurangnya akses air bersih dan sanitasi, serta kurangnya informasi kesehatan (Hierink *et al.*, 2021).

Sebagai bidan, ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk membantu mencapai kesehatan berkelanjutan di wilayah pedalaman. Pertama, melakukan pendidikan dan promosi kesehatan yang aktif kepada masyarakat setempat, terutama tentang pencegahan penyakit dan pengobatan yang tepat (Agustina *et al.*, 2022). Kedua, membentuk jaringan kerja sama dengan layanan kesehatan lain di wilayah tersebut, sehingga memudahkan rujukan dan kolaborasi dalam memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik (Insani & Purwito, 2020). Ketiga, memperluas jangkauan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan, misalnya dengan menyediakan layanan kesehatan berkala dan mobile clinic untuk masyarakat yang sulit dijangkau (Makanga *et al.*, 2016).

3. Kebutuhan akan nutrisi yang seimbang
Di daerah pedalaman, kebutuhan akan nutrisi yang seimbang seringkali terkendala oleh beberapa faktor seperti keterbatasan akses dan ketersediaan makanan yang sehat, minimnya pengetahuan masyarakat tentang gizi seimbang dan praktik pangan yang baik, serta rendahnya daya beli masyarakat (Indonesia, 2019).
Untuk mengatasi masalah ini, bidan dapat melakukan beberapa tindakan, seperti memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya makanan yang sehat dan

bergizi, cara mempersiapkannya, serta menjelaskan manfaat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh (Indonesia, 2019). Selain itu, bidan dapat mengembangkan program pemberian makanan tambahan atau suplemen gizi bagi ibu hamil dan balita, dan mempromosikan konsumsi makanan lokal yang memiliki nilai gizi tinggi (Suntari, Ermiati & Harun, 2020). Bidan juga dapat berpartisipasi dalam program kesejahteraan sosial dan membantu mengembangkan usaha mikro dan kecil di masyarakat untuk meningkatkan daya beli dan akses pada makanan yang sehat dan bergizi.

4. Kebutuhan akan perlindungan dari penyakit menular

Di wilayah pedalaman, terdapat beberapa permasalahan yang mempengaruhi kebutuhan akan perlindungan dari penyakit menular. Pertama, keterbatasan akses pada pelayanan kesehatan dan obat-obatan yang diperlukan untuk mencegah dan mengobati penyakit menular (Su'udi *et al.*, 2022). Kedua, minimnya pengetahuan masyarakat tentang cara mencegah penularan penyakit menular, sehingga mereka cenderung melakukan perilaku yang meningkatkan risiko penularan penyakit, seperti kurang menjaga kebersihan (Ningsih, Ovany & Anjelina, 2022). Ketiga, rendahnya ketersediaan air bersih dan sanitasi yang memadai, sehingga memudahkan penyebaran penyakit melalui air atau melalui kontak langsung dengan limbah (Ngambut & Takesan, 2021).

Untuk mengatasi masalah tersebut, bidan dapat berperan dalam meningkatkan akses pada pelayanan kesehatan dengan memberikan edukasi kepada masyarakat tentang cara mencegah penularan penyakit menular, melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, dan membantu meningkatkan ketersediaan obat-obatan yang dibutuhkan (Asri *et al.*, 2021). Bidan juga dapat berpartisipasi dalam program-program kesehatan masyarakat untuk

meningkatkan ketersediaan air bersih dan sanitasi yang memadai (Ngambut & Takesan, 2021).

Selain itu, bidan juga dapat membantu meningkatkan ketersediaan vaksin dan program vaksinasi untuk mencegah penyebaran penyakit menular (Kamarudin *et al.*, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, M., Perwiraningrum, D. A., Wahyuni, L. E. T. & Khuzaimah, U. 2022. *Promosi, Edukasi dan Advokasi*. Get Press.
- Asiku, V. 2022. Stunting Di Kawasan Pesisir Kabupaten Gorontalo (Tinjauan Antropologi)= Stunting In The Coastal Area Of Gorontalo Regency (Antropological Review). Universitas Hasanuddin.
- Asri, I. H., Lestarini, Y., Husni, M., Muspita, Z. & Hadi, Y. A. 2021. Edukasi pola hidup sehat di masa COVID-19. *Jurnal Abdi Populika*, 2(1), 56–63.
- Audina, W. S. & Astarie, A. D. 2017. Hubungan Promosi Kesehatan Lingkungan dan Peran Bidan terhadap Perilaku Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR). *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*, 7(04), 199–207.
- Blake, H., Watkins, K., Middleton, M. & Stanulewicz, N. 2021. Obesity and diet predict attitudes towards health promotion in pre-registered nurses and midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 18(24), 13419.
- Budhiarko Pramana, P. 2023. Hubungan Kadar Yodium Urin Ibu Hamil Dengan Kadar Yodium Garam Di Daerah Pesisir Pulau Lombok Yang Terdampak Polusi Pertambangan Emas. Universitas Mataram.
- Claramita, M., Setiawati, E. P., Kristina, T. N., Emilia, O. & Van Der Vleuten, C. 2019. Community-based educational design for undergraduate medical education: a grounded theory study. *BMC medical education*. BioMed Central, 19(1), 1–10.

- David, V. V., Pharmawati, K. & Usman, D. K. 2019. Implementasi konsep konservasi air di Gedung Apartemen X. *Jurnal Serambi Engineering*, 4(2).
- Febriani, W., Samino, S. & Sari, N. 2016. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS): Studi Pada Program STBM Di Desa Summersari Metro Selatan 2016. *Jurnal Dunia Kesmas*, 5(3).
- Firmansyah, E. & Isnaeni, S. 2021. Budidaya Ikan Dalam Ember: Solusi Alternatif Pemenuhan Kebutuhan Pangan Keluarga di Masa Pandemi Covid-19. *Community Empowerment*, 6(2), 238–245.
- Halim, I. S. S., Nontji, W., Ahmad, M. & Arsyad, N. A. 2022. Analysis Of The Role Of Midwives In Achieving Antenatal K4 Visit Coverage: A Literature Review. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*, 11(1), 182–193.
- Hermawan, H. 2014. Karakteristik rumah tinggal tradisional di daerah pegunungan jawa tengah. *Jurnal Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat UNSIQ*, 1(3), 212–219.
- Hierink, F., Okiro, E. A., Flahault, A. & Ray, N. 2021. The winding road to health: A systematic scoping review on the effect of geographical accessibility to health care on infectious diseases in low-and middle-income countries. *Plos one*. Public Library of Science San Francisco, CA USA, 16(1), e0244921.
- Indonesia, K. R. 2019. *Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Insani, K. N. & Purwito, D. 2020. Persepsi tenaga kesehatan tentang praktek kolaboratif di puskesmas bojong kabupaten purbalingga. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*.
- Jimung, M. 2019. Filosofi Penyakit Berbasis Kesehatan Lingkungan. *Jurnal Kesehatan Lentera Acitya*, 6(1).

- Kamarudin, K. H., Hasan, A. A. G., Rashid, M. F. & Loganathan, N. 2021. Impak COVID-19 terhadap Kelestarian Sosioekonomi Masyarakat Pedalaman di Malaysia: Kajian Kes daerah Segamat Johor. in *Paper presented at Persidangan Kependudukan Kebangsaan 2021 (PERKKS21), 16-17 November 2021 (online)[Impact of COVID-19 on the Socioeconomic Sustainability of Remote Rural Community in Malaysia: case study of Segamat district Johor. National Population Conference 2021]*.
- Kristian, I. 2019. Pengelolaan Wilayah Pesisir Secara Terpadu Dan Berkelanjutan Yang Berbasis Masyarakat. *Jurnal Rasi*, 1(1), 49–63.
- Makanga, P. T., Schuurman, N., von Dadelszen, P. & Firoz, T. 2016. A scoping review of geographic information systems in maternal health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Elsevier, 134(1), 13–17.
- Mustafa, M. 2016. Analisis Kadar Iodium pada Ikan Asin laut yang di perjualbelikan dipasar hartako kota makassar. *Jurnal Media Laboran*, 6(2), 5–9.
- Mustakim, M., Efendi, R. & Sofiany, I. R. 2021. Pola Konsumsi Pangan Penduduk Usia Produktif Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 1–12.
- Muthoharoh, N. A., Purnomo, I. & NurLatif, R. V. 2016. Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kematian Maternal Dikabupaten Batang. *Pena Medika Jurnal Kesehatan*, 6(1).
- Ngambut, K. & Takesan, I. 2021. Meningkatkan Mutu Layanan Kesehatan Puskesmas melalui Penyediaan Air, Sanitasi, dan Kebersihan yang Berkelanjutan. *Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 6(4), 995–1004.

- Ningsih, F., Ovany, R. & Anjelina, Y. 2022. Literature Review: Hubungan Pengetahuan terhadap Sikap Masyarakat tentang Upaya Pencegahan Penularan Tuberculosis: Literature Review: Relationship of Knowledge to Community Attitude about Tuberculosis Prevention Measures. *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 7(2), 108–115.
- Novita, R. 2019. Kajian literatur: Dampak perubahan iklim terhadap timbulnya penyakit tular nyamuk terutama Limfatik Filariasis. *Journal of Health Epidemiology and Communicable Diseases*, 5(1), 30–39.
- Noviyanti, E. & Setiawan, R. P. 2014. Penyediaan Air Bersih pada Kawasan Rawan Air Bersih di Pesisir Utara Lamongan. *Tataloka*. Diponegoro University, 16(2), 116–132.
- Nurmaliani, R. & Arisanti, M. 2021. Efektivitas Kelambu Berinsektisida dalam Pengendalian Vektor Malaria di Indonesia. *SPIRAKEL*, 13(2), 70–77.
- Othman, S. M. E., Steen, M., Fleet, J.-A. & Jayasekara, R. 2020. Healthy eating in pregnancy, education for midwives: A pre-post intervention study. *European journal of midwifery*. EUEP European Publishing, 4.
- Pembangunan, B. P. 2019. Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan.
- Prasanti, D. & Fuady, I. 2017. Penyuluhan Program Literasi Informasi Kesehatan Dalam Meningkatkan Kualitas Sanitasi Bagi Masyarakat Di Kaki Gunung Burangrang Kab. Bandung Barat. *JPPM (Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 1(2), 129–138.
- Rafle, M. A. 2022. Analisis pengaruh kemiskinan, pengeluaran pemerintah bidang kesehatan, dan ketersediaan infrastruktur kesehatan terhadap indeks pembangunan manusia di Provinsi Banten pada tahun 2015-2019. Fakultas Ekonomi dan Bisnis uin jakarta.

- Rodiah, S., Budiono, A. & Rohman, A. S. 2018. Model diseminasi informasi komunikasi kesehatan masyarakat pedesaan di Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Kajian Komunikasi*, 6(2), 175–190.
- Schirpke, U., Scolozzi, R., Dean, G., Haller, A., Jäger, H., Kister, J., Kovács, B., Sarmiento, F. O., Sattler, B. & Schleyer, C. 2020. Cultural ecosystem services in mountain regions: Conceptualising conflicts among users and limitations of use. *Ecosystem Services*. Elsevier, 46, 101210.
- Spies, M. 2020. High Mountain Agriculture and Changing Socionatures in Nagar, Northern Pakistan. *European Bulletin of Himalayan Research*. CNRS, Heidelberg University, University of London, (54), 101–102.
- Su'udi, A., Putranto, R. H., Harna, H., Irawan, A. M. A. & Fatmawati, I. 2022. Analisis Kondisi Geografis dan Ketersediaan Peralatan di Puskesmas Terpencil/Sangat Terpencil di Indonesia. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 16(2), 132–138.
- Suntari, Y., Ermianti, E. & Harun, H. 2020. Intervensi masalah nutrisi pada masa kehamilan: studi literatur. *Riset Informasi Kesehatan*, 9(1), 22–36.
- Susiloningtyas, L., Wulandari, R. F. & Dinastiti, V. B. 2021. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Tentang Metode Kontrasepsi Di Wilayah Ngadiluwih dan Ngancar Kabupaten Kediri. *Journal of Community Engagement in Health*, 4(2), 432–440.
- Wada, Y., Bierkens, M. F. P., De Roo, A., Dirmeyer, P. A., Famiglietti, J. S., Hanasaki, N., Konar, M., Liu, J., Müller Schmied, H. & Oki, T. 2017. Human–water interface in hydrological modelling: current status and future directions. *Hydrology and Earth System Sciences*. Copernicus GmbH, 21(8), 4169–4193.

- Wahyuni, S. & Ferial, L. 2023. Pemeriksaan Puskesmas di Daerah Terpencil terhadap Fasilitas Kesehatan. *JOURNAL OF BAJA HEALTH SCIENCE*, 3(01), 91–108.
- Wangmo, S., Suphanchaimat, R., Htun, W. M. M., Tun Aung, T., Khitdee, C., Patcharanarumol, W., Htoon, P. T. & Tangcharoensathien, V. 2016. Auxiliary midwives in hard to reach rural areas of Myanmar: filling MCH gaps. *BMC public health*. Springer, 16, 1–8.
- Widiantoro, D. 2014. Perancangan Komunikasi Visual Kampanye “Menabung Air Untuk Kehidupan Berkelanjutan” Di Yogyakarta. Institut Seni Indonesia Yogyakarta.
- Yuwanti, Y., Mulyaningrum, F. M. & Susanti, M. M. 2021. Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Stunting Pada Balita Di Kabupaten Grobogan. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 10(1), 74–84.
- Zhang, R., Chen, Y., Liu, S., Liang, S., Wang, G., Li, L., Luo, X. & Li, Y. 2020. Progress of equalizing basic public health services in Southwest China--- health education delivery in primary healthcare sectors., 1–13.

BAB 6

KEBUTUHAN KHUSUS MASALAH EKONOMI PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KONDISI RENTAN

Oleh Neny Yuli Susanti

6.1 Pengertian Kemiskinan



Badan Pusat Statistik, 2021

Ketidakmampuan untuk menghidupi diri sendiri pada tingkat yang konsisten dengan norma lokal adalah yang kami maksud saat berbicara tentang kemiskinan (Bidara Pink, 2018).

Ketidakmampuan untuk membeli makanan, pakaian, dan tempat tinggal menjadi ciri kesulitan ini (Jonaidi, 2012). Karena kurangnya pendapatan yang dapat dibuang, kebutuhan dasar seperti kesehatan masyarakat dan pendidikan tidak dapat dipenuhi pada tingkat yang sama seperti jika penduduk memiliki pendapatan yang lebih tinggi. Kemiskinan saat ini banyak digunakan sebagai indikator studi pembangunan, dan umumnya terlihat di negara-negara berkembang dan dua puluh dua negara dunia ketiga. Kemiskinan di banyak negara telah melampaui masalah moneter untuk mencakup kurangnya hak pilihan orang di bidang lain masyarakat juga. Sederhananya, kemiskinan adalah keadaan memiliki standar hidup yang rendah ketika gaji rata-rata orang tidak cukup untuk memastikan keberadaannya (Brier and Lia Dwi Jayanti, 2020).



6.2 Bentuk Dan Jenis Kemiskinan

Kemiskinan dapat dipecah menjadi empat kategori berdasarkan bagaimana hal itu dialami. Keempat jenis kemiskinan tersebut antara lain(*et al.*, 2022) :

1. Kemiskinan Absolut

Apakah keadaan memiliki gaji atau sumber pendapatan lain yang sangat rendah sehingga membuat Anda tidak memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, pakaian, perawatan medis, tempat tinggal yang aman, dan pendidikan yang baik untuk anak-anak Anda. Garis kemiskinan adalah jumlah uang atau jumlah barang yang dibutuhkan setiap tahun untuk mempertahankan standar hidup yang sesuai dengan kelangsungan hidup. Dalam kebanyakan konteks, istilah "kemiskinan absolut" digunakan untuk mengacu pada bentuk kesulitan keuangan yang ekstrim ini.

2. Kemiskinan Relatif

Ini adalah bentuk kemiskinan yang muncul ketika manfaat dari kebijakan pembangunan tidak terdistribusi secara merata di seluruh masyarakat, yang menyebabkan perbedaan pendapatan atau dukungan sosial. Daerah tertinggal adalah daerah yang belum terjangkau oleh program pembangunan seperti ini.

3. Kemiskinan Kultural

Budaya dan tradisi yang menolak mengadopsi metode baru untuk meningkatkan taraf hidup seringkali disalahkan atas jenis kemiskinan ini. Perilaku ini dapat berupa kurangnya inisiatif, pengeluaran yang berlebihan, kurangnya penghematan, kurangnya pemikiran orisinal, dan ketergantungan yang berlebihan pada pendapat orang lain.

4. Kemiskinan Struktural

5. kemiskinan akses sumber daya yang rendah terjadi ketika masyarakat hidup dalam sistem sosial, budaya, atau politik

yang tidak mendorong pengentasan kemiskinan. Diskriminasi dapat menjadi faktor penyebab kemiskinan semacam ini.

Beberapa ciri pendefinisian kemiskinan yang masih berlaku hingga saat ini adalah (Rahayu, 2021) :

- a. Kurangnya akses ke sumber daya yang diperlukan seperti tanah, modal, peralatan, dan tenaga kerja terlatih.
- b. Tingkat pendidikan di bawah rata-rata.
- c. Mereka setengah menganggur karena mereka bekerja di lingkungan sektor informal dengan sumber daya terbatas dan ruang lingkup pekerjaan terbatas.
- d. Terletak di bagian yang kurang sentral dari kota atau wilayah yang lebih besar, atau di daerah terpencil yang lebih padat penduduknya.
- e. Memiliki prospek yang rendah untuk memenuhi kebutuhan dasar, seperti memperoleh pelayanan kesehatan dan pendidikan yang memenuhi syarat kesejahteraan minimum.

6.3 Indikator Kemiskinan

Metode pengukuran kemiskinan konvensional mengandalkan perhitungan berdasarkan pendapatan rata-rata regional dan tingkat konsumsi. Mengukur jumlah penduduk yang memiliki akses ke sumber daya kesehatan dan pendidikan adalah salah satu cara untuk mengukur ruang lingkup masalah kemiskinan (Martias, 2021). Dimensi sosiopolitik merupakan acuan yang digunakan untuk menjelaskan kemunculan kemiskinan, dan merupakan salah satu dimensi tambahan yang termasuk dalam beberapa perluasan pengukuran. Metrik agregat yang digunakan untuk mengevaluasi kemiskinan dikenal sebagai indikator kemajuan sosial. Faktor-faktor yang menjadi indikator kemiskinan antara lain (Nafi, 2021) :

a. Indikator Kemiskinan Berdasarkan Dimensi Ekonomi Berdasarkan Sudut Pandang Ekonomi

Definisi: Kemiskinan terjadi ketika seseorang atau sekelompok orang tidak memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Menurut Bank Dunia, orang menjadi miskin secara ekonomi ketika mereka tidak memiliki akses ke sumber daya yang memungkinkan mereka untuk meningkatkan standar hidup mereka, apakah itu berupa uang atau bentuk kekayaan lainnya. Dari perspektif ini, ada dua komponen kemiskinan ekonomi: komponen pendapatan dan komponen konsumsi atau pengeluaran. Ukuran dampak kemiskinan terhadap ekonomi suatu negara adalah garis kemiskinan, sedangkan rasio penghitungan kemiskinan adalah ukuran dampak kemiskinan terhadap standar hidup suatu negara.

b. Indikator Kemiskinan Berdasarkan Dimensi Peran Pemerintah

Ini adalah salah satu pemain kunci dalam memerangi kemiskinan karena peran gandanya sebagai pengatur ekonomi dan kekuatan pendorong. Di Indonesia, Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan bekerja sama dengan administrasi layanan kesehatan dan sosial untuk melaksanakan program-program yang ditujukan untuk mengurangi kemiskinan. Anggaran belanja dan pembangunan nasional (APBN) untuk program-program pembangunan mendanai inisiatif pengentasan kemiskinan ini (Islami and Anis, 2019).

c. Indikator Kemiskinan Berdasarkan Dimensi Kesehatan Dari Berbagai Data Kemiskinan Yang Dihimpun Menyebutkan Adanya Keterkaitan Antara Kemiskinan dan Kualitas Kesehatan Masyarakat.

- d. Gizi yang tidak memadai dan akses ke layanan kesehatan adalah dua cara di mana masyarakat berpenghasilan rendah tidak memenuhi standar kesehatan yang ideal (Adhitya, Prabawa dan Kencana, 2022). Efek dari keadaan ini termasuk peningkatan kemungkinan malnutrisi dan peningkatan kerentanan terhadap penyakit menular. Ada tingkat kematian yang tinggi di kalangan penduduk miskin karena kurangnya akses ke layanan kesehatan yang berkualitas. Salah satu indikator kualitas hidup yang tinggi adalah akses terhadap air bersih atau pelayanan air minum. Memiliki akses ke air bersih akan membantu masyarakat di daerah tersebut mempertahankan gaya hidup sehat dan hidup produktif (Zahra *et al.*, 2019).

Dalam hal ini, memiliki akses ke air bersih akan mengurangi kemungkinan sakit karena sanitasi air yang tidak memadai. Menurut teori ini, persentase penduduk berpenghasilan rendah di suatu wilayah berbanding terbalik dengan kedekatan air perpipaan (Juhaidi dan Umar, 2020). Sisi lain dari persoalan ini adalah kemampuan pembangunan infrastruktur air bersih dalam menjangkau lingkungan atau permukiman masyarakat menjadi penentu utama ketersediaan air bersih. Terdapat korelasi antara ketersediaan air bersih dengan kesehatan masyarakat, dan mereka yang tinggal di daerah yang akses air bersihnya kurang memiliki kesehatan yang lebih buruk secara keseluruhan.

- e. Dampak Kemiskinan Terhadap Kesehatan Masyarakat
Kemiskinan dapat berdampak buruk bagi masyarakat. Contoh kemiskinan sering menyebabkan hasil berikut:
1. Angka kematian yang sangat tinggi
Angka kematian yang tinggi merupakan salah satu akibat dari hidup dalam kemiskinan. Ini karena orang miskin seringkali kekurangan sumber daya untuk menjaga kesehatan.

Orang-orang di bawah garis kemiskinan memiliki tingkat kematian yang jauh lebih tinggi sebagai akibatnya. Selain itu, malnutrisi adalah masalah umum di antara orang miskin. Efek terhadap kesehatan dan pertumbuhan tubuh seseorang dapat merugikan jika tidak mendapatkan nutrisi yang tepat.

2. Dua hal: 1) kejahatan meningkat, dan 2) kemiskinan merupakan faktor utama penyebab kejahatan. Orang yang kurang beruntung lebih cenderung menggunakan cara ilegal, seperti melakukan kejahatan, untuk memenuhi kebutuhan, yang merupakan salah satu alasan mengapa kemiskinan berkontribusi pada tingkat kejahatan yang lebih tinggi. Pencurian, penipuan, perampokan, pembunuhan, dan sebagainya hanyalah beberapa bentuk kejahatan yang paling umum.
3. Akhirnya, kemiskinan membatasi kemampuan seseorang untuk memajukan pendidikannya dengan membuatnya lebih menantang untuk mendaftar dan menyelesaikan program pendidikan tinggi. Hal ini disebabkan mahalnya biaya pendidikan sehingga tidak terjangkau oleh keluarga berpenghasilan rendah. Agar masyarakat miskin menjadi tidak terurus dan tidak mampu bersaing, mencegah mereka keluar dari situasi genting saat ini.
4. Di saat pengangguran meningkat, mereka yang tidak memiliki kemampuan finansial untuk melanjutkan pendidikan tinggi akan mengalami kesulitan yang jauh lebih sulit untuk bersaing mendapatkan pekerjaan yang tersedia. Hal ini rentan terhadap dampak kemiskinan yang dapat meningkatkan angka pengangguran.
5. Tindakan anarkis merupakan pelampiasan umum bagi ketidakpuasan dan kekecewaan masyarakat miskin, yang dapat mengobarkan ketegangan dalam masyarakat bahkan memunculkan ketegangan rasial.

f. Strategi Pemerintah Dalam Penanggulangan Kemiskinan
Saat ini, pemerintah menawarkan sejumlah inisiatif terkoordinasi yang ditujukan untuk mengurangi kemiskinan. Berbagai tingkat pemerintahan di tingkat federal, negara bagian, dan lokal menjalankan berbagai program yang dirancang untuk membantu mereka yang hidup dalam kemiskinan. Ini termasuk mereka yang berfokus pada pemberian bantuan sosial, mendorong pertumbuhan komunitas, dan membantu peluncuran bisnis baru. RKP 2019 menjabarkan lima prioritas utama pemerintah, dengan program prioritas direncanakan hingga ke tingkat proyek (unit tiga) untuk setiap provinsi, kabupaten, dan kota. Kelima prioritas nasional tersebut adalah:

1. Pertama, kemajuan bagi masyarakat secara keseluruhan dengan menghapuskan kemiskinan dan meningkatkan akses ke layanan esensial.
2. Meningkatkan konektivitas dan kemaritiman sebagai salah satu cara untuk mengurangi disparitas wilayah.
3. Meningkatkan nilai tambah pertanian, industri, pariwisata, dan jasa produktif lainnya, dan dengan demikian meningkatkan lapangan kerja.
4. Peningkatan energi dan keamanan pangan.

g. Peran Bidan Dalam Masalah Kebutuhan Khusus Dengan Masalah Ekonomi

Manajemen asuhan bidan adalah pendekatan metodis untuk menyelesaikan masalah yang muncul selama praktik kebidanan. Bidan, untuk membuat keputusan dan memberikan asuhan berkualitas tinggi, perlu mengembangkan keterampilan berpikir kritis mereka untuk sampai pada diagnosis kebidanan yang tepat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji salah satu keterampilan yang dibutuhkan bidan profesional; yaitu kemampuan berpikir kritis (Kia dan Di, 2014).

Continuum of Care in Midwifery Practice

PROMOTIVE-PREV

Golden Period

Child Health

Pre Menopause

Pre Pregnancy

Pregnancy

Child Birth & neonatal

Baby

Child < 5

Menopause

- Pre Pregnancy**
 - P4K
 - Buku KIA
 - ANC terpadu
 - Kases Ibu Hamil
 - Fe & asam folat
 - PMT Ibu hamil
 - T3 B. hamil
- Pregnancy**
 - Child Birth & neonatal
- Baby**
 - Pertolongan Persalinan
 - Inisiasi Menyusu Dini
 - Vit K 1 inj
 - Imunisasi Hep B
 - KB pasca persalinan
- Child < 5**
 - ASI eksklusif * PMT
 - imunisasi dasar lengkap
 - Pemantauan Tumbuh Baki
 - Vit A
 - MTBS
- Child Health**
 - Pelayanan bagi anak SMP/A & remaja
- Menopause**
 - Kecpro remaja
 - Konseling: Grl HIV/AIDS, NAPZA dll
 - Fe

Ketiga, keterlambatan penerimaan bantuan, yang mungkin disebabkan oleh pihak pemberi bantuan atau pihak medis. Salah satu langkah pertama yang dapat diambil untuk mengurangi kemungkinan terjadinya hal ini adalah melatih bidan dan

penyedia layanan kesehatan lainnya untuk selalu berpikir kritis dan rasional tentang keputusan mereka. Proses manajemen dalam kebidanan mirip dengan proses manajemen lainnya yang melibatkan penetapan tujuan, pengalokasian sumber daya, dan mengawasi kemajuan menuju tujuan tersebut (Computer dan Jikem, 2022).

Keterampilan dalam berpikir kritis sangat penting untuk kesuksesan karir sebagai bidan. Kemampuan untuk berpikir secara logis dan rasional, untuk merenungkan pengalaman seseorang, untuk menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi bukti yang relevan, dan untuk menerapkan pengetahuan ini pada masalah yang ada adalah sifat yang diperlukan untuk menjadi bidan yang sukses (Problem Solving)(Yendra, 2021).

h. Peran Bidan Yang Dapat Dilakukan

Perawatan kesehatan yang komprehensif, termasuk promosi, pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi, tercakup dalam asuransi kesehatan masyarakat, dengan pemerintah membayar tagihan dengan imbalan sebagian dari premi yang dibayarkan oleh anggota masyarakat atau peserta.(Kia and Di, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Adhitya, B., Prabawa, A. and Kencana, H. 2022. 'Analisis Pengaruh Pendidikan, Kesehatan, Sanitasi dan Rata-Rata Jumlah Anggota Keluarga Per Rumah Tangga terhadap Kemiskinan di Indonesia', *Ekonomis: Journal of Economics and Business*, 6(1), p. 288. doi: 10.33087/ekonomis.v6i1.501.
- Bidara Pink. 2018. 'Data Baru BPS : Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia Berkurang', *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 1(1), pp. 1–6.
- Brier, J. and lia dwi jayanti. 2020. Title', 21(1), pp. 1–9. Available at: <http://journal.umsurabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Islami, N. and Anis, A. 2019. 'Pengaruh Upah Minimum Provinsi, Pendidikan Dan Kesehatan Terhadap Kemiskinan Di Indonesia', *Jurnal Kajian Ekonomi dan Pembangunan*, 1(3), p. 939. doi: 10.24036/jkep.v1i3.7721.
- Jonaidi, A. 2012. 'Bahan mendeley analisis pertumbuhan ekonomi dan kemiskinan', *Kajian Ekonomi*, 1(April), pp. 140–164.
- Juhaidi, A. and Umar, M. 2020. 'Pernikahan Dini, Pendidikan, Kesehatan Dan Kemiskinan Di Indonesia : Masihkah Berkorelasi?', *Khazanah: Jurnal Studi Islam dan Humaniora*, 18(1), p. 1. doi: 10.18592/khazanah.v18i1.3585.
- Kia, P. and Di, K. B. 2014. 'Peran bidan dalam pelayanan kia - kb di era jkn - 2014'.
- Komputer, J. I. and Jikem, M. 2022. 'Jurnal Ilmu Komputer, Ekonomi dan Manajemen (JIKEM)', 2(1), pp. 923–926.
- Martias, A. 2021. 'Modul Pembelajaran', *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Nafi, B. 2021. 'Analisis Faktor-Faktor yang Dapat Mempengaruhi Pengentasan Kemiskinan di Indonesia (2016-2019)', *Jurnal Ilmiah Ekonomi Islam*, 7(02), pp. 953–960.

- Rahayu, S. R. I. 2021. 'DISUSUN OLEH: SRI RAHAYU, Am.Keb NIM. 20061019'.
- Yendra, M. 2021. 'Peran Lembaga Kesejahteraan Sosial (Lks) Pos Pemberdayaan Keluarga (Posdaya) Dalam Penanggulangan Kemiskinan Dan Isu Sustainable Development Goals (Sdgs) Se-Kabupaten Pasaman', *Abdimas Journal of Mai Wandeu*, 1(1), pp. 26–35.
- Zahra, A. *et al.* 2019. 'Struktur Kemiskinan Indonesia: Berapa Besar Pengaruh Kesehatan, Pendidikan dan Kelayakan Hunian?', *Jurnal Inovasi Ekonomi*, 4(02), pp. 67–74. doi: 10.22219/jiko.v4i2.9856.
- et al.* 2022. 'Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Psikologi Perempuan pada Kehamilan tidak Diinginkan dengan Hipnoterapi', *Journal of Issues in Midwifery*, 6(2), pp. 97–103. doi: 10.21776/ub.joim.2022.006.02.4.

BAB 7

KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN SOSIAL

Oleh Faridah Hariyani

7.1 Pendahuluan

Kematian ibu dan bayi di Indonesia masih tinggi, angka penurunannya belum sesuai dengan harapan. Tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) selain dipengaruhi oleh sektor kesehatan juga dipengaruhi oleh permasalahan sosial (Laksono & Rachmawati, 2013) Determinan sosial kesehatan dapat berpengaruh pada ketidakadilan dan perbedaan kesehatan yang perlu dihindari pada status kesehatan di suatu negara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh ekonomi, kekuasaan, sumber daya dan kebijakan ditingkat lokal, global, atau nasional. Mengutamakan dan menanamkan partisipasi sosial dalam semua tahapan pengambilan keputusan dan pembuatan kebijakan, khususnya dalam pengawasan dan pertanggungjawaban sangat diperlukan. Selain itu diperlukan sumber keuangan dan pendidikan khususnya ditujukan untuk memperkuat peluang dan kapasitas masyarakat pada kelompok rentan (WHO, 2011) Pada kesehatan ibu dan anak, faktor determinan sosial tidak berbeda jauh dengan determinan sosial secara umum. Kesehatan ibu dan anak merupakan kelompok rentan yang menjadi tolok ukur kinerja sistem kesehatan di suatu wilayah.

Kesehatan tidak dapat dicapai tanpa mengatasi determinan sosial kesehatan. Kesehatan juga penting untuk mencapai pembangunan yang inklusif dan berkelanjutan dan menangani determinan sosial adalah kuncinya. Perlu adanya kesadaran, tindakan dan akuntabilitas. Jawaban untuk mengatasi determinan

sosial kesehatan tidak hanya terletak pada sektor kesehatan(WHO, 2011)

7.2 Permasalahan Sosial

Permasalahan sosial merupakan permasalahan di masyarakat yang dapat mempersulit seseorang untuk mencapai potensi penuh mereka. Masalah sosial dianggap merugikan masyarakat. Permasalahan sosial bagian yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Hal ini disebabkan masalah sosial terwujud dari kebudayaan manusia itu sendiri dan akibat dari hubungan dengan manusia lainnya (Abarca, 2021). Kemiskinan, pengangguran, rasisme, ketidaksetaraan gender, perumahan yang tidak standar, diskriminasi pekerjaan, pelecehan seksual, penelantaran anak, kejahatan dan penyalahgunaan zat merupakan beberapa contoh masalah sosial. Masalah sosial tidak hanya mempengaruhi banyak orang secara langsung, tetapi juga mempengaruhi kita semua secara tidak langsung (Stepney, 1998)

Mahoney (2003) berpendapat bahwa empat kondisi berikut ini harus ada sebelum suatu isu atau situasi dianggap sebagai masalah sosial:

1. Kondisi atau situasi harus dilihat secara publik sebagai permasalahan sosial karena protes publik.
2. Kondisi yang terjadi harus bertentangan dengan nilai-nilai masyarakat yang lebih luas
3. Sebagian besar orang harus setuju bahwa ada masalah
4. Harus ada solusi untuk masalah sosial

Menurut Vincent Parillo dalam Soetomo (2013) permasalahan sosial terdiri atas empat komponen :

1. Permasalahan berlangsung lama pada satu periode waktu tertentu, bukan terjadi dalam waktu singkat.
2. Permasalahan dirasakan dapat menimbulkan kerugian fisik dan nonfisik, pada individu maupun masyarakat.

3. Terjadi karena suatu pelanggaran terhadap nilai-nilai dalam bermasyarakat.
4. Menimbulkan kebutuhan untuk pemecahan masalah.

Menurut Soekanto (1973) permasalahan sosial dibagi menjadi 4 macam yaitu :

1. Faktor ekonomi seperti kemiskinan, kriminalitas, gizi buruk, pengganguran
2. Faktor psikologis seperti depresi, stress, bunuh darah, aliran sesat
3. Faktor biologis seperti wabah, penyakit menular, bencana alam
4. Faktor budaya seperti perceraian, pergaulan bebas, tawuran, kenakalan remaja

7.3 Dampak Masalah Sosial Pada Perempuan dan Anak

Permasalahan sosial pada anak dan perempuan mempunyai dampak antara lain :

1. Kekerasan pada perempuan dan anak

Kekerasan pada perempuan dan anak dapat menimbulkan gangguan kesehatan, penderitaan fisik, psikis, seksual, penelantaran, ekonomi dan pendidikan. Kekerasan terhadap perempuan dan anak dapat menimbulkan berbagai dampak hingga mencapai usia dewasa. Pada sisi kesehatan dapat menurunkan kondisi fisik seperti disabilitas karena luka fisik dan mental serta gangguan kesehatan lainnya termasuk keinginan untuk melakukan kekerasan lanjutan. Trauma yang dialami oleh anak berlangsung seumur hidup (Wijaningsih et al., 2021)

2. Kemiskinan

Beberapa kondisi sebagai dampak dari kemiskinan antara lain kekurangan pangan, penghasilan dibawah standar, tingginya penyakit karena tidak mendapatkan pengobatan karena masalah biaya dan akses ke fasilitas kesehatan, gizi buruk, rumah yang kurang sehat, lingkungan yang buruk dan sulitnya persediaan air bersih. Kondisi ini membuat orang miskin menghabiskan waktu dan tenaganya untuk memenuhi kebutuhan dasar supaya bisa bertahan hidup. Pendidikan yang rendah atau bahkan buta huruf semakin membatasi orang miskin untuk mengakses informasi kesehatan. Menurut Birdshal dan McGreevey (1983) beban perempuan miskin lebih besar karena peran ganda perempuan yaitu sebagai pengurus rumah tangga dan pencari nafkah untuk keluarga.

Terdapat keterkaitan antara perempuan dengan kondisi kemiskinan. Adanya budaya patriarki secara tidak langsung telah memberikan batasan-batasan bagi perempuan, menyebabkan terjadinya ketidakadilan serta ketidaksetaraan sehingga melahirkan kedekatan identitas perempuan dengan kemiskinan. Penurunan angka kemiskinan diharapkan bisa mendorong peningkatan partisipasi dan kesejahteraan perempuan. Apabila perempuan tidak menjadi target sasaran pengentasan kemiskinan dan analisis gender tidak digunakan untuk melihat akar penyebab kemiskinan, maka program pengentasan kemiskinan tidak akan bisa menjangkau sebagian besar perempuan yang memiliki keterbatasan akses terhadap ruang publik.

Dalam hak atas kesehatan, selama ini hak perempuan hanya dikaitkan pada persoalan reproduktif saja, padahal hak atas kesehatan perempuan harus dilihat secara lebih menyeluruh. Perempuan berhak untuk mendapatkan

kesempatan yang aman saat melahirkan, dan hak tersebut harus dijamin oleh negara. Negara mempunyai kewajiban menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan Keluarga Berencana (KB), kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Josua Limbong, 2019)

3. Bencana Alam

Perempuan sangat rentan saat terjadi bencana dan setelah bencana. Penelitian menyebutkan fasilitas kesehatan yang kurang memadai selama bencana dan pasca bencana menyebabkan perempuan rentan terhadap masalah kesehatan reproduksi. Di pengungsian, perempuan cenderung mengalami defisiensi gizi khususnya saat mereka hamil atau menyusui bayi. Kurangnya tempat yang memadai untuk menyusui bayi, minimnya makanan yang bergizi sesuai dengan kebutuhan nutrisi, serta kualitas bahan pakaian yang kurang memadai merupakan banyak hal yang menjadi alasan rentannya perempuan di pengungsian. Keberagaman adat, budaya, dan keyakinan agama yang dianut perempuan, menyebabkan sulitnya perempuan untuk dapat mengakses fasilitas yang tersedia di lingkungan pengungsian. Di tempat pengungsian, keterbatasan ruang privasi membuat sebagian besar perempuan merasa tidak nyaman. Tempat penampungan yang kurang privasi bisa memicu timbulnya kekerasan seksual pada perempuan. Kekerasan seksual pada perempuan bahkan menjadi hal yang harus diwaspadai di lingkungan pascabencana (Islam, 2019)

Anak memiliki kerentanan yang sangat tinggi untuk mengalami gangguan yang ditimbulkan oleh bencana alam. *World Risk Report* (2018) menyatakan bahwa anak-anak merupakan populasi yang mengalami dampak terburuk dari terjadinya bencana, terutama di negara-negara berkembang

(Fothergill, 2017). Dampak bencana pada anak berpengaruh pada aspek fisik, akademik, kerohanian dan spiritual.

Berbagai permasalahan yang terkait dengan kerentanan anak dalam situasi bencana disebabkan karena beberapa hal (Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Anak, 2019)

1. Anak masih sangat bergantung pada orang-orang dewasa untuk melakukan aktifitas sehari-hari demi kelangsungan hidup mereka.
2. Anak-anak belum mampu berupaya untuk memperoleh hak-hak mereka
3. Kapasitas kognitif maupun wawasan informasi yang dimiliki oleh anak-anak mengenai hak-hak yang mereka miliki masih terbatas.
4. Kapasitas daya pikir serta kemampuan berkomunikasi yang belum maksimal, seringkali anak tidak terlalu dilibatkan dalam respon bencana, termasuk ketika fase pra bencana.
5. Informasi telah diberikan kepada anak-anak tetapi penyampaiannya tidak sesuai dengan kapasitas yang bisa dimengerti oleh anak.

7.4 Penanganan Masalah Sosial

Upaya mengatasi masalah sosial (WHO, 2011)

1. Dalam mengatasi krisis ekonomi dan keuangan saat ini, memastikan bahwa tidak ada kemunduran hak dan kebijakan sosial yang akan mengakibatkan peningkatan ketidaksetaraan.
2. Membangun kemitraan yang lebih kuat dan lebih efektif di tingkat lokal, nasional, regional dan global untuk memiliki intervensi lintas sektoral yang lebih terintegrasi, koheren dan untuk berbagi ide dan strategi dalam menangani masalah kesehatan dan kesetaraan.

3. Mendorong tata kelola dan akuntabilitas publik untuk memastikan bahwa orang-orang, khususnya kelompok yang terpinggirkan, berpartisipasi dalam proses pembuatan kebijakan dan keputusan.
4. Melobi agar kesetaraan menjadi pusat agenda pembangunan yang inklusif dan berkelanjutan.

Kebijakan dan membangun akuntabilitas terhadap determinan sosial (WHO, 2011)

1. Membangun komitmen politik tingkat tinggi untuk mengatasi determinan sosial kesehatan.
2. Tetapkan tujuan untuk pemerataan.
3. Pisahkan indikator berdasarkan stratifikasi yang sesuai (jenis kelamin, etnis, pendidikan, perkotaan/pedesaan).
4. Mengarahkan upaya tambahan untuk meningkatkan hubungan antara data konteks sosial dan kesenjangan kesehatan.
5. Memperkuat sistem informasi untuk memanfaatkan data dengan lebih baik dan memantau tren.
6. Mengungkapkan data untuk mengurangi ketidaktampakkan dan ketidaksetaraan dalam kesehatan.
7. Mengembangkan perangkat lintas sektoral untuk menilai dampak determinan sosial.
8. Menciptakan mekanisme untuk menjalin kemitraan dengan sektor dan aktor lain (misalnya para pemimpin opini, peneliti) untuk menghasilkan informasi.
9. Melibatkan masyarakat sipil.

Penanggulangan masalah sosial pada perempuan dan anak antara lain :

1. Pemerintah wajib memberikan dan menjamin ketersediaan akses setiap perempuan dan anak terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan

2. Menghapus diskriminasi terhadap perempuan dan anak
Prinsip non-diskriminatif dalam pemenuhan hak atas kesehatan perempuan dan anak misalnya dalam hal akses nutrisi yang sama, lingkungan yang aman, serta bebas dari kekerasan fisik dan mental.
3. Peningkatan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
4. Upaya kesehatan promotif dan preventif harus lebih ditingkatkan. Upaya kuratif dan rehabilitatif wajib dijamin ketersediaannya oleh pemerintah, antara lain melalui peningkatan penyediaan layanan air minum dan sanitasi, pemberian imunisasi dan vitamin, penanganan dan pengobatan penyakit, pelayanan konseling, rujukan dan klinis medis serta upaya lainnya.
5. Perlu dilakukan upaya kesehatan anak secara menyeluruh dan berkesinambungan dari kandungan, masa bayi, masa balita, usia prasekolah dan usia sekolah
6. Membangun motivasi perempuan untuk maju, meningkatkan kemampuan perempuan memproduksi dan untuk berwirausaha
7. Peningkatan produktivitas ekonomi perempuan berbasis industri rumahan. (KPPPA, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Abarca, R. M. 2021. E-Modul Sosiologi. In *Direktorat Pembinaan SMA - Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan*.
- Islam, F. 2019. Ketimpangan akses akibatkan perempuan lebih rentan saat terjadi bencana alam. *The Conversation*, 1–3. <https://theconversation.com/ketimpangan-akses-akibatkan-perempuan-lebih-rentan-saat-terjadi-bencana-alam-109651>
- Josua Limbong, R. 2019. Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia. In *ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta* (Vol. 53, Issue 9). www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Anak. 2019. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia. In *Kemenpppa.Go.Id*. <https://kekerasan.kemenpppa.go.id/ringkasan>
- KPPPA. 2016. Kajian peran perempuan dalam penanggulangan kemiskinan melalui kegiatan industri rumahan. *Peran Perempuan Dalam Penanggulangan Kemiskinan*, 1–44.
- Laksono, A., & Rachmawati, T. 2013. *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Stepney, P. 1998. Social Work in the 21st Century. In *International Social Work* (Vol. 41, Issue 3). <https://doi.org/10.1177/002087289804100312>
- WHO. 2011. Meeting report. In *Agents and Actions* (Vol. 27, Issues 1–2). <https://doi.org/10.1007/BF02222183>
- Wijaningsih, D., Suteki, Djalil, A., Faculty, E. W. P., Purwanti, A., & Mahfud, M. A. 2021. Optimalisasi Penanganan Korban Kekerasan Terhadap Perempuan. *Administrative Law & Governance*, 4(2), 280–293.

BAB 8

ASUHAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE)PADA IBU KEBUTUHAN KHUSUS

Oleh Meda Yuliani

8.1 Pendahuluan

Kebidanan merupakan bagian bidang ilmu yang mempelajari terkait keilmuan dan seni yang mempersiapkan kehamilan, pertolongan persalinan, asuhan nifas serta menyusui, masa interval /antara dan juga dalam masa pengaturan kesuburan, klimakterium dan menopause, bayi baru lahir, balita dan anak, serta terkait fungsi-fungsi reproduksi manusia serta memberikan bantuan atau dukungan pada individu (perempuan), keluarga dan komunitasnya. (salsabila, 2023)

Angka kematian Ibu dan anak menjadi salah satu indikator untuk melihat dan mengukur derajat kesehatan dari suatu negara juga untuk menilai tingkat kemampuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Kegiatan upaya deteksi dini untuk mengatasi kesakitan dan kematian baik ibu, bayi dan balita tersebut dapat dilakukan dengan salah satunya yaitu implementasi asuhan berkelanjutan atau *Continuity Of Care* (COC) yang komprehensif dimulai dari masa Pra kehamilan, masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, sampai KB. (Pratiwi P, 2021)

8.2 *Continuity Of Care* (COC)

Asuhan berkelanjutan merupakan salah satu model dari asuhan kebidanan sebagai upaya untuk melakukan pendeteksian dini komplikasi. Model asuhan kebidanan yang berkelanjutan

(COC) ini dapat di sector swasta dan juga publik oleh tenaga kesehatan baik seperti oleh dokter umum, dokter kandungan, dan juga bidan. Seorang wanita yang menerima asuhan kebidanan berkelanjutan ini, yang diberikan asuhan oleh bidan lebih cenderung memiliki kedekatan secara emosional dengan bidan yang mereka kenal selama kehamilan, persalinan dan kelahiran, dan lebih memungkingkan memiliki kelahiran secara vagina spontan dan kecil kemungkinannya mengalami episiotomi, ataupun juga kelahiran dengan bantuan alat. Selain itu, seorang Wanita yang mendapatkan asuhan kebidanan berkelanjutan yang diberikan oleh bidan juga akan memperoleh kepuasan dan ada kecenderungan ke arah efek penghematan biaya untuk model yang dipimpin bidan (Homer, 2016).

8.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Asuhan kebidanan adalah suatu kegiatan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan kewenangannya dan juga sesuai dengan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu kebidanan. Ruang lingkup pelayanan kebidanan berfokus pada upaya pencegahan / preventif, promosi kesehatan, pertolongan persalinan, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, melaksanakan tindakan asuhan sesuai dengan kewenangan atau bantuan lain jika diperlukan, serta melakukan tindakan kegawatdaruratan. Bidan mempunyai tugas penting dalam memberikan konseling dan serta pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga termasuk kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini mencakup pada pendidikan antenatal dan sampai persiapan menjadi orang tua serta termasuk pendidikan kesehatan pada perempuan, kesehatan seksual atau kesehatan reproduksi serta asuhan anak. (Ivenngeline D, 2016).

Model asuhan kebidanan komprehensif mempunyai tujuan untuk meningkatkan asuhan yang berkesinambungan selama periode tertentu. Dalam asuhan kebidanan komprehensif bidan sebagai tenaga profesional, mempunyai peran memimpin dalam perencanaan, organisasi dan pemberian asuhan selama kehamilan,

kelahiran, postpartum, serta termasuk bayi dan program keluarga berencana, mampu memberikan kontribusi untuk kualitas asuhan yang lebih baik. (Salsabila P, 2023).

Menurut WHO dimensi pertama dari asuhan berkelanjutan yaitu dimulai saat sebelum kehamilan, selama kehamilan dan persalinan, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan. Dimensi kedua yaitu tempat pelayanan yang menjadi penghubung berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat / komunitas, dan juga sarana kesehatan. Dengan demikian bidan sebagai tenaga kesehatan dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan pada perempuan . (Rina Raidanti. 2020.)

Nilai filosofi model *continuity of care* menekankan pada kondisi fisiologis yaitu membantu perempuan agar mampu menjalani kelahiran dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan juga pada keluarga.(Salsabila P, 2023).

8.2.2 Ruang Lingkup

Asuhan berkelanjutan merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik dalam membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan serta membangun hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, dkk, 2022).

Menurut *Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health* (RMNCH) *Continuity of Care* meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya. (Astuti, dkk, 2022).

Menurut Saifuddin (dalam Dina R, 2020), asuhan kehamilan yang berkesinambungan mempunyai tujuan umum sebagai berikut:

1. Memonitoring kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.

2. Meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
3. Mendeteksi secara dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
4. Memantau dan Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan trauma seminimal mungkin dan mempersiapkan kelahiran selamat ibu maupun bayinya.
5. Mempersiapkan masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal.
7. Mengoptimalkan penurunan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

Dampak yang mungkin terjadi jika tidak dilakukan asuhan kebidanan yang berkesinambungan yaitu dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi pada ibu yang tidak tertangani sehingga menyebabkan penanganan yang terlambat terhadap komplikasi dan meningkatkan angka morbiditas serta mortalitas. Komplikasi yang dapat timbul pada kehamilan diantaranya meliputi anemia, hipertensi, perdarahan, aborsi, oedema pada wajah dan kaki, dan lain-lain. Komplikasi yang dapat timbul pada persalinan meliputi distosia, inersia uteri, presentasi bukan belakang kepala, prolaps tali pusat, ketuban pecah dini (KPD), dan lain-lain. Pada masa nifas komplikasi yang dapat terjadi meliputi bendungan ASI, dan lain-lain. Serta komplikasi yang mungkin timbul pada bayi baru lahir meliputi berat badan lahir rendah (BBLR), asfiksia, kelainan kongenital, tetanus neonatorum, dan lain-lain.

8.3 Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu Berkebutuhan Khusus

Asuhan berkelanjutan merupakan asuhan secara berkesinambungan yang dilakukan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana sebagai upaya dalam penurunan AKI & AKB. Indikator keberhasilan pelayanan kesehatan di Indonesia salah satunya dengan menilai angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Tetapi pada kenyataannya ada juga persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi. Asuhan kebidanan secara berkelanjutan pada ibu dengan kebutuhan khusus, membutuhkan penanganan dan perhatian dari pemerintah dan tenaga kesehatan yang lebih karena ibu dengan kebutuhan khusus berpotensi terjadi komplikasi yang lebih besar. Oleh itu karena petugas kesehatan berperan sangat penting dalam hal ini. (Nurul, 2023). Dalam pelaksanaan *Continuity of care* ini dapat diberikan melalui tim bidan yang berbagi beban kasus, yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima semua asuhannya dari satu bidan atau tim praktiknya. Bidan dapat bekerja sama secara multi disiplin dalam melakukan konsultasi serta berkolaborasi dan juga melakukan rujukan dengan tenaga kesehatan lainnya. (Astuti, dkk, 2022)

Pada pasien yang mendapat asuhan kebidanan yang berkelanjutan cenderung merasa puas dengan asuhan kebidanan yang didapatkan. Kontribusi asuhan kebidanan berkelanjutan yaitu untuk melakukan deteksi dini kegawatdaruratan yang mungkin terjadi, selain itu juga tercipta keterikatan antara bidan dan klien akan terjalin melalui perawatan, kepercayaan dan pemberdayaan lebih mudah dilakukan pada klien sehingga kesinambungan asuhan kebidanan dapat berhasil dicapai. Hal ini memiliki kesamaan dengan sebuah penelitian yang mengidentifikasi dan menganalisa sebuah temuan yang disajikan pada perspektif klien maternitas yang mendapat asuhan kebidanan yang berkelanjutan (COC). (Perriman *et al.*, 2018).

8.3.1 Asuhan pada ibu dan anak berkebutuhan khusus

Filosofi dalam praktik kebidanan yang dilakukan yaitu dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman secara holistik terhadap perempuan, yang memandang sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksi dalam satu kesatuan utuh.

1. Spiritualitas

Spiritualitas dapat diartikan sebagai sebuah kekuatan yang menyatukan semua aspek manusia, termasuk komponen agama, memberikan dorongan kepada seseorang untuk menemukan arti, tujuan, dan pemenuhan dalam kehidupan, serta dan menumbuhkan semangat untuk hidup. Konsep spiritualitas merupakan hal yang tidak dapat dikesampingkan dalam pelayanan kebidanan, secara tidak langsung aspek spiritualitas membantu dalam mengatasi stres pada kehamilan risiko tinggi, dan diyakini dapat meningkatkan kesejahteraan ibu dan janin dalam perkembangan penelitian menyebutkan bahwa asuhan kebidanan yang diberikan selama kehamilan dengan memperhatikann keseimbangan fisik, psikis dan spiritual pada wanita dengan risiko rendah dapat menurunkan intervensi medis dalam proses persalinan. Pemenuhan Dalam kehamilan, asuhan kebidanan yang diberikan secara seimbang, baik aspek fisik, psikis, dan spiritual akan meningkatkan derajat kesehatan, serta menghindarkan kecemasan. Kondisi ini jika selalu diperhatikan akan dapat meningkatkan keyakinan ibu hamil serta dapat menghindarkan ibu dari persoalan psikologis saat akan menghadapi dan menjalani proses persalinan, dikarenakan spiritualitas sendiri ini merupakan bentuk coping dalam menghadapi persalinan. Pada masa setelah melahirkan, spiritualitas dapat membantu proses penyembuhan dan mengurangi kejadian depresi postpartum.

2. Spiritual Care

Asuhan kebidanan yang dilakukan secara holistik pada masa kehamilan berdampak positif pada proses persalinan dan juga hasil dari persalinan itu sendiri. Pengabaian terhadap aspek spiritual ini dapat menyebabkan klien akan mengalami tekanan secara spiritual. Pemenuhan kebutuhan spiritual klien pada pendekatan asuhan holistik ini dilakukan dengan pemberian *spiritual care*. Aspek penghormatan, menghargai martabat dan memberikan asuhan dengan penuh kasih sayang merupakan bagian dari asuhan spiritual care ini. Pada asuhan spiritual care, tenaga kesehatan (bidan) berperan dalam upaya mengenali dan memenuhi kebutuhan spiritual klien dengan memperhatikan aspek penghormatan pada klien. Bidan juga berperan memfasilitasi klien dalam melakukan kegiatan ritual keagamaan. Selain itu, membangun komunikasi, memberikan perhatian, dukungan, menunjukkan empati, serta membantu klien untuk menemukan makna dan tujuan dari hidup, termasuk berkaitan dengan kondisi yang sedang mereka hadapi. Spiritual care dapat membantu klien untuk dapat bersyukur dalam kehidupan mereka, mendapatkan ketenangan dalam diri dan menemukan strategi dalam menghadapi rasa sakit maupun ketidaknyamanan yang dialami, baik dalam masa kehamilan, maupun persalinan. Selain itu, hal ini juga akan membantu klien dalam memperbaiki konsep diri bahwa kondisi sakit ataupun tidak nyaman yang dialami juga bentuk lain dari cinta yang diberikan oleh tuhan.

Kehamilan dan persalinan merupakan peristiwa peralihan ataupun perubahan yang memerlukan adaptasi secara cepat dalam kehidupan seorang wanita. Pemberian asuhan kebidanan dengan tidak mengabaikan aspek spiritual merupakan hal yang sangat penting dalam menunjang kebutuhan klien. Ibu dan bayi yang sehat, fase tumbuh kembang anak yang sehat, serta menjadi manusia yang berhasil dan berkontribusi positif bagi masyarakat

merupakan harapan bersama. Bidan berperan dalam kesehatan ibu dan anak diharapkan agar dapat memberikan asuhan dengan pemahaman holistik terhadap wanita dengan memperhatikan aspek spiritual juga sebagai pemenuhan asuhan. (Dina R, 2020).

8.3.2 Perawatan anak berkebutuhan khusus

Pada pemberian asuhan kepada anak-anak berkebutuhan khusus, para pendamping memerlukan pengetahuan tentang anak-anak tersebut, keterampilan mengasuh dan melayaninya. Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami keterbatasan ataupun keluarbiasaannya, baik pada fisik, mental-intelektual, sosial, maupun pada emosionalnya, yang sangat berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan atau perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak lain yang seusia dengannya.

1. Jauhkan dari perasaan kecewa, khawatir dan cemas, serta marah, menyalahkan diri sendiri dan orang lain, serta putus asa yang berlarut larut.
2. Bahwa Anak berkebutuhan khusus mempunyai hak yang sama dengan anak lain dan dapat hidup mandiri, berprestasi sesuai dengan minat dan potensi yang dimiliki. Sehingga perlu memperkenalkan kegiatan diluar rumah untuk meningkatkan kapasitas interaksi dengan orang lain untuk pemenuhan kebutuhan sosialiasinya
3. Penelantaran anak berkebutuhan khusus merupakan perilaku yang melanggar Hak Asasi Manusia.
4. Kondisi anak yang berkebutuhan khusus merupakan bukan penyakit dan tidak menular. Sehingga pemberian menyebarluaskan informasi tentang hal tersebut perlu dilakukan termasuk informasi mengenai prestasi atau kesuksesan yang didapat oleh anak berkebutuhan khusus.
5. konsisten dan bersikap terbuka terhadap lingkungan sekitar dalam menangani anak berkebutuhan khusus.

6. kemampuan teknis dan menstimulasi sedini mungkin perkembangan anak berkebutuhan khusus di rumah dan lingkungannya.

8.3.2 Peran Bidan pada Wanita Berkebutuhan Khusus Secara Budaya

Dalam menjalankan perannya bidan memiliki keyakinan yang dijadikan panduan dalam memberikan asuhan. Keyakinan tersebut meliputi:

1. Bahwa kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses alamiah (fisiologis) dan bukan merupakan suatu penyakit.
2. Bahwa setiap perempuan adalah pribadi unik yang mempunyai hak, kebutuhan, serta keinginan masing-masing.
3. Bahwa Fungsi utama profesi bidan adalah mengupayakan dalam kesejahteraan ibu dan bayinya, proses fisiologis harus dihargai, didukung dan dipertahankan. Bila timbul penyulit ataupun komplikasi, dapat menggunakan teknologi tepat guna dan rujukan yang efektif untuk mengatasi komplikasi tersebut, serta peran fungsi profesi adalah untuk memastikan kesejahteraan perempuan dan janin/bayinya.
4. Pemberdayaan perempuan ; Perempuan harus diberdayakan dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan untuk dirinya maupun keluarga melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan konseling
5. Pelibatan perempuan dalam pengambilan keputusan secara bersama-sama dengan pihak leuarga dan juga pemberi asuhan.
6. Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi yaitu untuk mengurangi kesakitan dan kematian. Fokus utama dalam pemberian asuhan kebidanan yaitu pada promosi kesehatan, pencegahan, yang bersifat holistik yang diberikan dengan cara yang kreatif dan fleksibel,

kepedulian serta dengan melakukan bimbingan ataupun monitor dan pendidikan berpusat pada perempuan.

7. Bidan memiliki otonomi penuh dalam menjalankan praktiknya yang berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya.
8. Nilai Praktik kebidanan dilakukan dengan menempatkan perempuan sebagai partner dengan pemahaman holistik terhadap perempuan yaitu sebagai satu kesatuan fisik, psikis, emosional, sosial, budaya, spiritual serta pengalaman reproduksinya.
9. Profesi bidan mempunyai pandangan hidup Pancasila, yakni bahwa semua manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang unik dan merupakan satu kesatuan jasmani serta rohani yang utuh dan tidak ada individu yang sama.
10. Setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan dan perbedaan kebudayaan. Serta Setiap individu berhak mendapatkan informasi yang cukup dan juga mempunyai kesempatan berperan disegala aspek pemeliharaan kesehatan.
11. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, dan melahirkan serta bayinya berhak mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan optimal.
12. Pengalaman melahirkan merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan, yang dimulai dari anak-anak sampai menginjak masa-masa remaja.
13. Masyarakat terbentuk dari sekumpulan manusia yang melakukan interaksi antar sesama dan budaya dalam lingkungan yang bersifat dinamis. Keluarga-keluarga yang berada di suatu wilayah/daerah tersebut membentuk keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Homer, C. S. E. 2016. Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *Medical Journal of Australia*, 205(8), 370–374
- Salsabila P. 2023. Asuhan Kebidanan Berkelanjutan / Continuity Of Care. *Journal Of Education*. Volume 05. <https://jonedu.org/index.php/joe/article/view/2159>
- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. 2018. What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 62, 220–229.
- Dina Raidanti. 2020. Modul Asuhan Kebidanan Pada Anak Dan Perempuan Berkebutuhan Khusus. STIKes Gatot Subroto. Jakarta.<http://repository.stikesrspadgs.ac.id/778/1/MODUL%20ASKEB%20RENTAN%20BUAT%20LINK%20REPOS%20PLUS%20COVER.pdf>
- IVENNGELINE DESVIO RISCHA. 2016. Asuhan Berkesinambungan Pada Ny. F umur 32 Tahun Dengan Anemia Ringan Di Puskesmas Kotagede I. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1791/>
- Nurul Maulani. 2023. Modul Asuhan Pada Perempuan dan anak Dengan Kondisi Rentan. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bhakti. <http://repository.stikessaptabhakti.ac.id/181/1/asuhan%20perempuan%20dan%20anak%20kondisii%20rentan.pdf>
- Astuti, dkk. 2022. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Perempuan dan Anak dalam kondisi Rentan.

BAB 9

PELAYANAN KEHAMILAN DAN PERSALINAN DALAM KONDISI RENTAN COVID 19

Oleh Heny Rosiana

9.1 Pendahuluan

COVID-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2. Penyebarannya melalui mulut atau hidung orang yang terinfeksi dalam partikel cair kecil saat mereka batuk, bersin, berbicara, bernyanyi, atau bernapas. (WHO, 2021a).

Ibu hamil dan bersalin memiliki resiko terinfeksi COVID 19 dan bahkan keadaannya akan menjadi lebih parah dibandingkan dengan kelompok lainnya. Risiko pada ibu hamil dan bersalin akan lebih serius jika ada penyakit penyerta seperti kegemukan, darah tinggi, kencing manis atau penyakit lainnya. (Kemenkes, 2021).

Setiap hari di tahun 2020, sekitar 800 wanita meninggal karena penyebab yang dapat dicegah terkait kehamilan dan persalinan artinya seorang wanita meninggal setiap dua menit. (WHO et al., 2019) Secara global, angka kematian ibu menurun lebih dari sepertiga dari tahun 2000 hingga 2017. Untuk setiap wanita meninggal karena sebab yang berhubungan dengan kehamilan, lebih banyak lagi yang menderita morbiditas, kecacatan, dan penyakit yang dapat berlangsung seumur hidup. Yang mengkhawatirkan, pandemi COVID-19 telah menyebabkan gangguan besar pada layanan kesehatan yang memperburuk risiko tersebut, terutama bagi keluarga yang paling rentan. (WHO, 2021b)

Penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk menyadari bahwa wanita hamil dengan COVID-19 dan bayi mereka yang baru lahir mungkin lebih membutuhkan perawatan spesialis, dan bahwa wanita dan bayinya memiliki akses ke perawatan ini. Hal ini terutama berlaku untuk wanita hamil dengan COVID-19 yang memiliki penyakit penyerta atau faktor risiko lain, apakah seorang perempuan mengidap COVID-19 atau tidak, haknya untuk mendapatkan pengalaman kehamilan dan persalinan yang positif. Penting juga untuk mengenali peningkatan stres dan kecemasan yang disebabkan oleh COVID-19 yang mungkin dirasakan terutama oleh wanita hamil, wanita yang baru hamil, serta pasangan, anak, dan keluarga mereka; penyedia layanan kesehatan memiliki peran dalam menanggapi wanita hamil dengan cara yang tepat dan penuh kasih. (WHO, 2020)

Wanita hamil dan janinnya merupakan populasi berisiko tinggi selama wabah penyakit menular. Adaptasi pada kehamilan menjadikan kelemahan menghadapi infeksi secara umum, pada sistem kardio dan pernafasan. Penyesuaian ibu terhadap kehamilan pada dominasi sistem T-helper 2 (Th2), yang melindungi janin, membuat ibu rentan terhadap infeksi virus, yang lebih efektif ditahan oleh sistem Th1 (Dashraath et al., 2020). Menjelang akhir kehamilan terjadi peralihan ke kekebalan T helper 1 dan sistem kekebalan tubuh ibu menjadi proinflamasi, yang mengarah ke rangkaian peristiwa yang terjadi sebelum persalinan (yaitu, pelebaran serviks, kontraksi). (Narang et al., 2020)

Meningkatkan kesehatan ibu adalah salah satu prioritas utama *World Health Organization* (WHO), didasarkan pada pendekatan hak asasi manusia dan terkait dengan upaya cakupan kesehatan universal. WHO mengadvokasi perencanaan kesehatan di mana nilai dan preferensi wanita menjadi pusat perawatan mereka sendiri. Keterlibatan yang berarti dan pemberdayaan perempuan, keluarga, masyarakat, dan penyedia sangat penting untuk inisiatif peningkatan kualitas.

Mempromosikan kesehatan sepanjang masa kehamilan, persalinan, dan perawatan pascakelahiran juga penting. Hal ini termasuk nutrisi yang baik, mendeteksi dan mencegah penyakit, memastikan akses ke kesehatan seksual dan reproduksi, dan mendukung perempuan yang mungkin mengalami kekerasan pasangan (WHO, 2023).

9.2 Penyakit Covid 19 pada ibu hamil dan Bersalin

9.2.1 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala covid 19 pada ibu hamil yaitu serupa dengan Covid 19 secara umum:

1. Sekitar 80% infeksi COVID-19 ringan atau tanpa gejala; 15% parah, membutuhkan oksigen tambahan; dan 5% kritis, membutuhkan ventilasi mekanis. Perubahan pada sistem kardiorespirasi dan kekebalan pada kehamilan meningkatkan kerentanan wanita terhadap infeksi berat dan kompromi hipoksia. sakit tenggorokan dan hidung tersumbat
2. Demam
3. Batuk (Dashraath *et al.*, 2020)

9.2.2 Pencegahan

Tindakan pencegahan, termasuk sering mencuci tangan, menahan diri dari aktivitas luar ruangan yang berlebihan kecuali dalam keadaan darurat, menghindari individu yang terinfeksi, tempat keramaian dan pertemuan umum, harus diikuti secara ketat oleh ibu hamil. Manajemen COVID 19 pada kehamilan untuk penatalaksanaan yang efektif pada ibu hamil yang suspek COVID 19 harus diisolasi dan dipindahkan ke rumah sakit yang dilengkapi dengan fasilitas kesehatan yang memadai. (Rosiana & Sundari, 2021)

Pencegahan yang dapat dilakukan oleh ibu hamil, bersalin dan nifas sebagai berikut:

1. Membersihkan tangan secara teratur dengan cuci tangan memakai sabun selama 40 - 60 detik atau menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol (hand sanitizer) selama 20 - 30 detik. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang tidak bersih. Gunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alkohol 70%, jika air dan sabun tidak tersedia. Cuci tangan terutama setelah Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), dan sebelum makan (baca Buku KIA).
2. Menghindari kontak dengan orang yang sakit
3. Memakai masker saat sakit, tetap di rumah atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, kurangi kegiatan di luar rumah
4. Menutup mulut dan hidung saat batuk atau bersin dengan tisu. Buang tisu pada tempat yang telah ditentukan. Bila tidak ada tisu, lakukan sesuai etika batuk-bersin.
5. Desinfeksi permukaan dan benda yang sering disentuh
6. Menggunakan masker adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19. Akan tetapi penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Penggunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha-usaha pencegahan lainnya, misalnya tetap menjaga jarak.
7. Gunakan masker dengan benar, jika kurang tepat dapat mengurangi keefektifitasannya dan dapat membuat orang awam mengabaikan pentingnya usaha pencegahan lain yang sama pentingnya seperti hand hygiene dan perilaku hidup sehat.

8. Masker medis digunakan untuk ibu yang sakit dan ibu saat persalinan. Sedangkan masker kain dapat digunakan bagi ibu yang sehat dan keluarganya.
9. Cara penggunaan masker yang efektif:
 - a. Pakai masker secara seksama untuk menutupi mulut dan hidung, kemudian eratkan dengan baik untuk meminimalisasi celah antara masker dan wajah.
 - b. Saat digunakan, hindari menyentuh masker.
 - c. Lepas masker dengan teknik yang benar (misalnya: jangan menyentuh bagian depan masker, tapi lepas dari belakang dan bagian dalam).
 - d. Setelah dilepas jika tidak sengaja menyentuh masker yang telah digunakan, segera cuci tangan.
 - e. Gunakan masker baru yang bersih dan kering, segera ganti masker jika masker yang digunakan terasa mulai lembab.
 - f. Jangan pakai ulang masker yang telah dipakai.
 - g. Buang segera masker sekali pakai dan lakukan pengolahan sampah medis'
10. Gunakan masker kain apabila dalam kondisi sehat. Masker kain yang direkomendasikan oleh Gugus Tugas COVID-19 adalah masker kain 3 lapis. Menurut hasil penelitian, masker kain dapat menangkal virus hingga 70%. Disarankan penggunaan masker kain tidak lebih dari 4 jam. Setelahnya, masker harus dicuci menggunakan sabun dan air, dan dipastikan bersih sebelum dipakai kembali.
11. Keluarga yang menemani ibu hamil, bersalin, dan nifas harus menggunakan masker dan menjaga jarak.
12. Jauhi kontak dengan hewan seperti kelelawar, tikus, musang atau hewan lain pembawa COVID-19 serta tidak pergi ke pasar hewan.
13. Jangan pergi ke negara/daerah terjangkit COVID-19, bila sangat mendesak untuk pergi diharapkan konsultasi dahulu dengan spesialis obstetri atau praktisi kesehatan terkait.

14. Aktif mencari informasi yang tepat dan benar mengenai COVID-19 dari sumber yang dapat dipercaya.

9.3 Layanan pada Masa Pandemi

Layanan kesehatan maternal neonatal berkurang karena pembatasan COVID-19 di negara berpenghasilan rendah dan menengah, kualitas layanan mungkin memburuk dan berisiko kematian. Beberapa alasan ketakutan untuk mengunjungi layanan kesehatan yaitu:

1. Takut ibu/bayi tertular, membawa penyakit ke rumah, diperlakukan dengan buruk, atau biaya jika tidak mampu bekerja dan membayar perawatan.
2. Takut dikarantina jauh dari keluarga dan jaringan pendukung jika wanita dinyatakan positif.
3. Lebih sedikit janji rawat jalan yang diberikan untuk mengurangi kepadatan di ruang tunggu, lebih sedikit tempat tidur rawat inap yang tersedia untuk menerapkan jarak fisik.
4. Layanan kesadaran/penjangkauan kesehatan masyarakat dibatalkan.
5. Pekerja kesehatan yang stres, kehilangan motivasi, dan lelah, dengan ketakutan akan lingkungan kerja yang tidak aman, termasuk pekerja pendukung utama seperti petugas kebersihan
6. Informasi baru datang dengan cepat, tidak ada sistem untuk mencerna/menyebarkannya ke petugas kesehatan.
7. Ketersediaan alat tes COVID-19 terbatas; hasil memakan waktu 1-2 hari.
8. Terganggunya impor obat/komoditas, meningkatnya biaya.
9. Kurangnya APD menjadi masalah bagi banyak petugas kesehatan di fasilitas dan masyarakat, dan bagi pengemudi transportasi/ambulans rumah sakit. (Graham et al., 2020)

Pembatasan layanan karena covid 19 terjadi di semua layanan rutin, demikian juga pada pelayanan kesehatan ibu dan anak. (Kemenkes RI, 2020) Pelayanan antenatal yang diberikan oleh bidan, perawat dan dokter penting bagi ibu hamil untuk menjamin kesehatan bayi yang dikandungnya. Selain pemeriksaan kesehatan, layanan ANC memberikan informasi, edukasi, dan persiapan persalinan kepada wanita. Selama pandemi COVID-19 layanan ANC mengalami beberapa perubahan kebijakan terkait sistem, administrasi, dan proses pelaksanaan. Mengingat pentingnya pemeriksaan ANC bagi ibu hamil, maka ibu hamil diharapkan tetap mematuhi jadwal pemeriksaan ANC dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan COVID-19. Masalah yang dialami ibu hamil pada masa pandemi antara lain kecemasan karena hamil di tengah pandemi, ketidaksiapan untuk melahirkan, ancaman pandemi itu sendiri, dan dampak COVID-19 (Widiasih *et al*, 2021)

Pelayanan kesehatan pada ibu perlu dimodifikasi karena akses dan ketersediaan layanan essensial mengalami pergeseran selama wabah COVID-19. (Rosiana & Sundari, 2021)

9.3.1 Pelayanan Ibu Hamil di Puskesmas

Pelayanan Antenatal

1. Pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC)

Pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian

- a. 2x di Trimester 1,
- b. 1x di Trimester 2, dan
- c. 3x di Trimester 3.

Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.

- a. Periksa hamil pertama di Trimester kesatu dilakukan penapisan risiko pada ibu hamil oleh Dokter dengan menggunakan protokol kesehatan yang ketat. Jika ke bidan, maka bidan melakukan pemeriksaan seperti biasa, kemudian dirujuk ke dokter untuk dilakukan

penapisan dengan melakukan janji untuk bertemu terlebih dahulu secara online.

- b. Jika ibu hamil memiliki gejala COVID 19 maka dirujuk ke RS untuk dilakukan pemeriksaan swab, jika tidak bisa mengakses RS maka dilakukan rapid tes, penapisan dilakukan di RS rujukan
- c. Pemeriksaan kehamilan kedua di TM 1, Pemeriksaan ke 3 di TM 2, Pemeriksaan ke 4 di TM 3, Pemeriksaan ke 6 di TM 3 yaitu melakukan tindak lanjut dari penapisan risiko.
- d. Pemeriksaan kehamilan kelima di TM 3, untuk penapisan dan risiko persalinan, tempat persalinan, perlunya rujukan terencana atau tidak. oleh Dokter dengan proses ketat.
- e. Melakukan pendaftaran secara online untuk media komunikasi (telepon/SMS/WA). Saat melakukan janji temu/teleregistrasi, petugas harus menanyakan tanda, gejala, dan faktor risiko COVID-19 serta menekankan pemakaian masker bagi pasien saat datang ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- f. Skrining faktor risiko (penyakit menular, penyakit tidak menular, psikologis kejiwaan, dll) termasuk pemeriksaan USG oleh Dokter pada Trimester 1 dilakukan sesuai Pedoman ANC Terpadu dan Buku KIA.
 - 1) Jika tidak ditemukan faktor risiko, maka pemeriksaan kehamilan ke 2, 3, 4, dan 6 dapat dilakukan di FKTP oleh Bidan atau Dokter. Demikian pula untuk ibu hamil dengan faktor risiko yang bisa ditangani oleh Dokter di FKTP.
 - 2) Jika ditemukan ada faktor risiko yang tidak dapat ditangani oleh Dokter di FKTP, maka dilakukan rujukan sesuai dengan hasil skrining untuk dilakukan tatalaksana secara komprehensif

- (kemungkinan juga dibutuhkan penanganan spesialistik selain oleh Dokter Sp.OG)
- g. Pada ibu hamil dengan kontak erat, suspek, probable, atau terkonfirmasi COVID-19, pemeriksaan USG ditunda sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.
 - h. Menasehati ibu untuk belajar buku KIA dan menerapkannya tentang tanda bahaya kehamilan, segera ke tempat pelayanan kesehatan jika mengalami keluhan:
 - 1) Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko/tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), seperti mual-muntah hebat, perdarahan banyak, gerakan janin berkurang, ketuban pecah, nyeri kepala hebat, tekanan darah tinggi, kontraksi berulang, dan kejang atau ibu hamil dengan penyakit diabetes mellitus gestasional, pre eklampsia berat, pertumbuhan janin terhambat, dan ibu hamil dengan penyakit penyerta lainnya atau riwayat obstetri buruk, maka ibu harus memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - 2) Konseling untuk menjaga kebersihan, makan bergizi seimbang, exercise, yoga/ pilates, peregangan secara mandiri di rumah supaya bugar dan sehat
 - 3) Pastikan gerak janin dirasakan mulai usia kehamilan 20 minggu. Setelah usia kehamilan 28 minggu, hitunglah gerakan janin secara mandiri (minimal 10 gerakan dalam 2 jam). Jika 2 jam pertama gerakan janin belum mencapai 10 gerakan, dapat diulang pemantauan 2 jam berikutnya sampai maksimal dilakukan hal tersebut selama 6x (dalam 12 jam)

- 4) Ibu hamil tetap minum Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
- i. Suplemen zat besi bagi ibu hamil dengan status suspek, probable, atau terkonfirmasi positif COVID-19 dilakukan dengan pertimbangan dokter yang merawat.
- j. saat pelayanan antenatal mulai diberikan KIE mengenai pilihan IMD, rawat gabung, dan menyusui agar pada saat persalinan sudah memiliki pemahaman dan keputusan untuk perawatan bayinya.
- k. Mensehati ibu hamil untuk tidak bepergian jauh keluar negeri atau wilayah yang risiko tinggi

Ibu hamil diharapkan memiliki kesadaran yang tinggi dalam memeriksakan kesehatan janinnya dan memastikan kesejahteraannya. Studi ini mengeksplorasi pengalaman ibu hamil di Indonesia yang memantau kesejahteraan janinnya selama pandemi COVID-19.(Widiasih *et al.*, 2021)

9.4 Pelayanan Persalinan di Puskesmas

- a. Semua persalinan dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- b. Pemilihan tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan:
 - 1) Kondisi ibu yang ditetapkan pada saat skrining risiko persalinan.
 - 2) Kondisi ibu saat inpartu.
 - 3) Status ibu dikaitkan dengan COVID-19.
 - a) Persalinan di RS Rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19 (penanganan tim multidisiplin).
 - b) Persalinan di RS non rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status: suspek, probable, dan terkonfirmasi COVID-19, jika terjadi kondisi RS rujukan COVID-19

penuh dan/atau terjadi kondisi emergensi. Persalinan dilakukan dengan APD yang sesuai.

- c) Persalinan di FKTP untuk ibu dengan status kontak erat (skrining awal: anamnesis, pemeriksaan darah normal ($NLR < 5,8$ dan limfosit normal), rapid test non reaktif). Persalinan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menggunakan APD yang sesuai dan dapat menggunakan *delivery chamber* (penggunaan *delivery chamber* belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19).
- c. Pasien dengan kondisi inpartu atau emergensi harus diterima di semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan walaupun belum diketahui status COVID-19. Kecuali bila ada kondisi yang mengharuskan dilakukan rujukan karena komplikasi obstetrik (Kemenkes RI, 2020)

Kinerja petugas kesehatan selama perawatan intrapartum diukur berdasarkan *Standar WHO 2016 untuk peningkatan kualitas perawatan ibu dan bayi baru lahir di fasilitas kesehatan* pernyataan kualitas perawatan dan proses perawatan. Kesembilan komponen standar tersebut adalah:

- a. Praktik cuci tangan petugas kesehatan saat melahirkan, yang didefinisikan sebagai petugas kesehatan yang membersihkan tangan mereka dengan benar sesuai lima momen kebersihan tangan WHO
- b. Penggunaan sarung tangan dan gaun pelindung oleh petugas kesehatan untuk mengurangi penularan infeksi saat persalinan;
- c. Penyiapan peralatan yang akan digunakan saat persalinan;
- d. Petugas kesehatan menyapa ibu pada saat masuk;
- e. Perempuan memiliki pendamping selama persalinan;
- f. Pemantauan denyut jantung janin intrapartum dengan interval 30 menit;
- g. Tali pusat neonatus dijepit 1 menit setelah lahir;

- h. Kontak kulit bayi dengan ibu setelah melahirkan; dan
- i. Menyusui dalam 1 jam setelah lahir.(WHO, 2016)

9.5 Rujukan

9.5.1 Rujukan Pada Layanan Ibu Hamil

Rujukan terencana dilakukan untuk

- a. Ibu dengan faktor risiko persalinan.
- b. Ibu dirujuk ke RS untuk tatalaksana risiko atau komplikasi persalinan.
- c. Ibu dengan faktor risiko COVID-19

9.5.2 Rujukan Pada Layanan Persalinan

Rujukan terencana untuk:

- a. Ibu yang memiliki risiko pada persalinan dan
- b. Ibu hamil dengan status suspek dan terkonfirmasi covid-19

9.6 Pelayanan di Rumah sakit

9.6.1 Pelayanan ANC

Keputusan seorang wanita untuk mencari perawatan antenatal dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kebutuhan dan keadaan pribadi, karakteristik sosiodemografi, dan akses ke perawatan kesehatan. (de Guzman & Banal-Silao, 2022)

Adapun ANC yang dilakukan pada masa pandemic di RS adalah:

- a. Penapisan terhadap setiap ibu hamil dengan COVID-19 MEOWS SCORE

Gambar 9.1. MEOWS SCORE

MEOWS Score	3	2	1	0	1	2	3
Saturasi O ₂ (%)	≤ 85	86-89	90-95	≥ 96			
Laju Nafas (x/menit)		< 10		10-14	15-20	21-29	≥ 30
Nadi (x/menit)		< 40	41-50	51-100	101-110	110-129	≥ 130
Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	≤ 70	71-80	81-100	101-139	140-149	150-159	≥ 160
Tekanan Darah Diastolik (mmHg)			≤ 49	50-89	90-99	100-109	≥ 110
Diuresis (ml/jam)	0	≤ 20	≤ 35	35-200	≥ 200		
Suhu (°C)		≤ 35	35-36	36-37,4	37,5-38,4	≥ 38,5	
Sistem Saraf Pusat			Agitasi	Sadar	Respon hanya terhadap stimulus verbal	Respon hanya terhadap stimulus nyeri	Tidak ada respon
MEOWS 0-1	Normal						
MEOWS 2-3	Normal dan stabil , laporan kondisi pasien bisa dalam 1 hari						
MEOWS 4-5	Abnormal dan tidak stabil , harus dievaluasi dalam 30 menit						
MEOWS ≥ 6	Abnormal dan tidak stabil , harus dievaluasi dalam 10 menit						

Sumber : Kemenkes RI. 2020. Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir

- Ibu dengan status suspek / kontak erat COVID-19 tanpa gejala atau gejala ringan dapat melakukan isolasi mandiri di rumah atau tempat yang ditunjuk khusus.
- Untuk ibu dengan status suspek gejala sedang atau berat harus segera dirawat di Rumah Sakit.
- Ibu dengan status suspek/terkonfirmasi COVID-19 harus dirawat di ruang isolasi khusus di Rumah Sakit.
- Penggunaan pengobatan di luar penelitian harus mempertimbangkan analisis risk benefit dengan menimbang potensi keuntungan bagi ibu dan keamanan bagi janin.

9.6.2 pelayanan Persalinan

- Jenis persalinan dipertimbangkan dengan sumber daya, sarana RS, ruang rawat, kemampuan dan paparan terhadap nakes
- Indikasi obstetrik menjadi pertimbangan untuk Operasi sesar

- c. Penatalaksanaan dari tim multidisiplin untuk ibu dengan COVID19
- d. Untuk mengurangi risiko penularan , meminimalkan penunggu dan pendamping
- e. Observasi dilakukan sesuai protap, cek saturasi oksigen >94%, titrasi terapi oksigen sesuai kondisi
- f. Observasi kesejahteraan janin secara berlanjut
- g. Bila ada indikasi operasi terencana pada ibu hamil dengan suspek atau terkonfirmasi COVID-19, dilakukan evaluasi urgency-nya, dan apabila memungkinkan ditunda untuk mengurangi risiko penularan sampai infeksi terkonfirmasi atau keadaan akut sudah teratasi.
- h. Persiapan operasi terencana dilakukan sesuai standar.
- i. Penataan ruangan bedah operasi sehingga bertekanan negatif
- j. Ruang operasi kebidanan:
 - 1) Operasi elektif pada pasien COVID-19 harus dijadwalkan terakhir.
 - 2) Pasca operasi, ruang operasi harus dilakukan pembersihan penuh sesuai standar.
 - 3) Jumlah petugas di kamar operasi seminimal mungkin dan menggunakan Alat Perlindungan Diri sesuai standar.
- k. Antibiotik intrapartum harus diberikan sesuai protokol.
- l. Plasenta harus ditangani sesuai praktik normal
- m. Informasi pada Nakes tentang kondisi ibu hamil sehingga mampu untuk melakukan persiapan protokol penatalaksanaan

DAFTAR PUSTAKA

- Dashraath, P., Wong, J. L. J., Lim, M. X. K., Lim, L. M., Li, S., Biswas, A., Choolani, M., Mattar, C., & Su, L. L. 2020. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(6), 521–531. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>
- de Guzman, G. S., & Banal-Silao, M. J. B. 2022. Antenatal care utilization during the COVID-19 pandemic: an online cross-sectional survey among Filipino women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 929. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05234-5>
- Graham, W. J., Afolabi, B., Benova, L., Campbell, O. M. R., Filippi, V., Nakimuli, A., Penn-Kekana, L., Sharma, G., Okomo, U., Valongueiro, S., Waiswa, P., & Ronsmans, C. 2020. Protecting hard-won gains for mothers and newborns in low-income and middle-income countries in the face of COVID-19: call for a service safety net. *BMJ Global Health*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002754>
- Kemenkes, R. 2021. Pencegahan Dan Isolasi Mandiri Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Dengan Covid-19. In 2021. Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Baru*.
- Narang, K., Enninga, E. A. L., Gunaratne, M. D. S. K., Ibirogb, E. R., Trad, A. T. A., Elrefaei, A., Theiler, R. N., Ruano, R., Szymanski, L. M., Chakraborty, R., & Garovic, V. D. 2020. SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 During Pregnancy: A Multidisciplinary Review. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(8), 1750–1765. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.011>

- Rosiana, H., & Sundari, A. 2021. Pengaruh Kader Terhadap Praktik Kesehatan Ibu Hamil Pada Masa Pandemi Covid 19. *Midwifery Care Journal*, 2(1), 21–26. <https://doi.org/10.31983/micajo.v2i1.6655>
- WHO. 2016. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. *Who*.
- WHO. 2020. *Increasing understanding of the impact of COVID-19 for pregnant women and their babies*. <https://www.who.int/news/item/01-09-2020-increasing-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>
- WHO. 2021a. *Coronavirus disease (COVID-19)*. Coronavirus disease (COVID-19)
- WHO. 2021b. *New global targets to prevent maternal deaths*. <https://www.who.int/news/item/05-10-2021-new-global-targets-to-prevent-maternal-deaths>
- WHO. 2023. *Maternal Health*. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- WHO, UNFPA, & WORLD BANK. 2019. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates. In *Sexual and Reproductive Health*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>
- Widiasih, R., Hidayat, D., Zakaria, H., Utama, D. Q., Komariah, M., Maryam, N. N. A., Arifin, H., Agustina, H. S., & Nelson, K. 2021. Self-Fetal Wellbeing Monitoring and Ante-Natal Care during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Descriptive Study among Pregnant Women in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph182111672>

BAB 10

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DALAM KONDISI RENTAN (860)

Oleh Iis Hanifah

10.1 Pendahuluan

Penyakit Coronavirus 2019 atau COVID-19 adalah infeksi Coronavirus Sindrom Pernafasan Akut Parah atau biasa di singkat dengan (SARS-CoV-2). Situasi kritis ini meningkatkan risiko terhadap kesehatan maternal dan neonatal karena kurangnya asuhan dan pelayanan kebidanan yang dapat meningkatkan kematian ibu, meningkatnya risiko komplikasi maternal dan neonatal. Dimana saat ini terdapat lebih dari 100 juta ibu hamil di seluruh dunia, dan hampir semua ibu hamil berisiko tertular COVID-19 karena saat hamil, daya tahan tubuh menurun. Berdasarkan hasil meta-analisis terbaru dari 41 ibu hamil positif COVID-19 menunjukkan bahwa ibu hamil positif COVID-19 berisiko tinggi mengalami keguguran, kelahiran prematur, preeklampsia, dan melahirkan melalui operasi caesar, terutama jika memiliki pneumonia sebagai komorbiditas. Bayi dari ibu dengan COVID-19 positif memiliki risiko lahir mati yang lebih tinggi (2,4%, 1/41), kematian neonatal (2,4%, 1/41), dan masuk ke perawatan intensif.

Apabila pelayanan kesehatan juga ditutup hal ini berakibat pada kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu dan anak, sehingga Kementerian Perlindungan Perempuan serta Anak memastikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan bagi perempuan tetap berjalan meski dalam tengah pandemi Covid-19.

masih melanda indonesia. (Astuti et al., 2018). Situasi kritis saat ini dan kurangnya asuhan dan pelayanan kebidanan akan meningkatkan kematian ibu, meningkatnya risiko komplikasi kehamilan dan persalinan akibat kekurangan gizi, serta terganggunya pelayanan kesehatan akan membuat proses persalinan terjadi dimana saja. Setiap perempuan berhak mendapatkan pengalaman melahirkan yang aman dan positif, meskipun sudah dipastikan tertular COVID-19 atau tidak. Sehingga dalam hal ini WHO merekomendasikan agar pelayanan persalinan bersifat individual. Kemudian untuk keberlangsungan pelayanan bagi perempuan, dalam melindungi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan tersebut, oleh karena bidan dapat menggunakan alat pelindung diri (APD) berdasarkan aturan yang berlaku.

Namun yang menjadi permasalahan saat ini adalah praktik mandiri bidan masih dilakukan seperti biasa di beberapa wilayah Indonesia, hal ini menjadi salah satu permasalahan yang dihadapi Program Kesehatan Ibu dan Anak di masa pandemi Covid-19. Mengingat risiko yang dihadapi bidan dan pasien dalam pemberian pelayanan selama pandemi, maka dipandang perlu penyesuaian pemberian pelayanan kesehatan kepada ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah penularan. Pandemi Covid-19 sudah berlangsung hampir satu tahun, bahkan akhir-akhir ini jumlah yang positif meningkat signifikan. Banyak tenaga kesehatan yang terjangkit virus mematikan tersebut bahkan banyak yang meninggal dunia karena tertular Covid-19.

Saat menjalankan tugasnya. Jumlah orang yang terkonfirmasi hingga 19 Januari 2021 di Indonesia sebanyak 917.015, jumlah kematian 26.282 (Pusat Informasi Covid-19).

Bersamaan dengan berjalannya waktu , masyarakat membutuhkan pelayanan kesehtan yang tidak bisa di hindari, terutama bagi ibu hamil, mau tidak mau mereka harus datang ke pelayanan kesehatan, dan ketika datang ke pelayanan kesehatan mereka sembuh dan rasa kemanusiaan bidan akan meningkat. diuji

dan juga mengingat sumpah profesi yang mereka ambil. katakanlah, mau tidak mau pelayanan harus dilakukan dengan tetap menerapkan protokol kesehatan. (Maryani & Himalaya, 2021).

Maka dengan begitu untuk mencapai pelayanan kesehatan pada maternal dan neonatal di masa pandemi covid-19 sesuai dengan standar yang di keluarkan oleh who dengan bersifat individu perlu kiranya seorang bidan membuat jadwal bagi para ibu hamil sehingga tidak terjadi penumpukan pasien di tempat pelayan yang dapat meningkatkan resiko tertularnya covid – 19.

10.2 Pelayanan Maternal Pada Saat Pandemi Covid – 19

1. Deteksi Dini

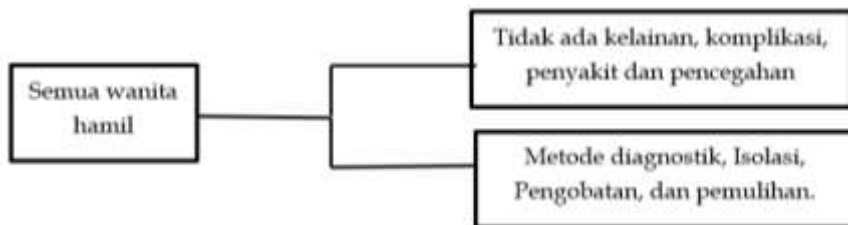
Deteksi dini mengacu pada mengambil langkah-langkah untuk mengidentifikasi anomali, komplikasi, dan penyakit ibu selama kehamilan yang dapat mengembangkan masalah atau komplikasi yang dapat mengancam ibu dan bayi sedini mungkin (Fadlun, 2012). Wanita hamil yang berisiko diidentifikasi melalui variasi perawatan antenatal dini, yang memungkinkan tersedianya perawatan yang memadai dan pencegahan penyakit atau kematian. Diagnosis dini kehamilan merupakan upaya skrining (Raynor, 2016). Proses mengungkap potensi berkembangnya suatu penyakit disebut deteksi dini. kita harus berusaha untuk belajar tentang penyakit sedini mungkin untuk menghindari sakit.

2. Prinsip atau tujuan deteksi dini

Prinsip deteksi dini adalah mencegah atau mengurangi risiko kelainan, komplikasi dan penyakit dalam kehamilan, serta melakukan skrining secara teratur dan ketat terhadap kelainan, komplikasi dan penyakit (Sulistyawati, 2014). Tujuan investigasi adalah untuk mengidentifikasi komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan ibu sehingga dapat

ditangani dengan tenang sehingga dampak apa pun, seperti penyakit atau kematian, dapat dihindari. (Astuti, dkk., 2016). Melakukan deteksi dini adanya penyulit yang terjadi pada masa kehamilan, baik pada trimester I, II, maupun III, dapat memberikan kontribusi pada penurunan AKI dan AKB, seperti perdarahan, infeksi, dan hipertensi kehamilan. Diupayakan pengobatan dini dan atau dilakukan proses tindakan dan ataupun proses rujukan bila diperlukan pada berbagai penyulit yang menyertai kehamilan sehingga tidak menimbulkan komplikasi lanjut selama kehamilan maupun pada masa persalinan dan nifas yang akan datang (Fadlun, 2012: 19).

3. Fungsi pemeriksaan di awal pada kehamilan untuk menghindari adanya masalah yang mungkin beresiko.



Gambar 10.1. Bagan deteksi dini pelayanan maternal di masa pandemi covid – 19

10.3 Hal yang Harus Dilakukan dalam Deteksi Dini

Beberapa hal yang harus dilakukan dalam deteksi dini adalah sebagai berikut (Sulistyawati, 2014).

1. Tes pra-kehamilan (deteksi perawatan antenatal dini (ANC)
 - Ibu hamil idealnya memeriksakan diri saat haidnya sudah terlambat minimal satu bulan agar kelainan yang ada bisa segera ditangani.

- Pemeriksaan fisik lengkap, termasuk pemeriksaan ginekologi, dilakukan.
 - Pemeriksaan panggul diperlukan pada primigravida untuk menemukan kelainan pada ukuran dan bentuk panggul.
2. Pemeriksaan rutin perawatan kehamilan.
- Deteksi dini masalah dan komplikasi persalinan, serta mengajarkan ibu dan keluarga tentang kehamilan, persalinan, dan masa nifas, semuanya dimungkinkan oleh layanan ANC.
- Trimester I: setiap empat minggu (kira-kira setiap 14 minggu).
 - Trimester II: setiap 28 minggu atau setiap dua minggu.
 - Sekali pada Trimester III
 - 1 minggu sekali sejak usia 37 minggu sampai waktu persalinan.
- Pemeriksaan ANC mengacu pada perawatan yang diberikan kepada wanita hamil oleh profesional medis, yang melibatkan persiapan fisik dan mental untuk kelahiran bayi dan periode segera setelah melahirkan.

Tabel 10.1. Kunjungan dan Informasi saat Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Informasi atau Tindakan
Trimester I	1 kali kunjungan pada usia kehamilan 0-13 minggu	Membangun hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan ibu hamil, mengenali masalah dan menanganinya, melakukan antisipasi, dan memberdayakan perilaku sehat.
Trimester II	1 kali kunjungan pada usia kehamilan 14-28 minggu	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil, mengidentifikasi masalah sejak dini dan menanganinya, melakukan antisipasi, dan memberdayakan perilaku sehat dan kesadaran khusus sehubungan dengan preeklampsia.
Trimester III	2 kali kunjungan pada usia kehamilan 28-36 minggu dan 36-40 minggu	Pada saat taksiran persalinan, jika ibu belum melahirkan maka dianjurkan untuk mendeteksi janin secara dini, melakukan rujukan atau tindakan secara tepat, serta mencegah terjadinya kehamilan serotinus.

10.4 Tanda-tanda komplikasi selama kehamilan

1. Pada setiap kunjungan antenatal, dokter harus menjelaskan kepada ibu hamil bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya dan mendesak perhatian medis segera.

Tanda bahaya pada tahap prenatal adalah sebagai berikut.

- a. Pendarahan vagina, pertama.
- b. Sakit kepala panas terus menerus.
- c. Perubahan penglihatan secara tiba-tiba (penglihatan kabur, rabun senja).
- d. Wanita dengan Pembesaran Perut Sistem Penyakit

10.5 Pelayanan Neonatal Selama Pandemi Covid – 19 Ciri-ciri Bayi Normal

1. Berat badan 2500 gram - 4000 gram.
2. Panjang badan saat lahir 48-52 cm.
3. Tinggi 30-35 cm.
4. Lingkar kepala 33-35 cm.

5. Jantung berbunyi pada menit pertama 180x/menit, kemudian 6. menurun menjadi 120-140x/menit.
6. Bernapaslah dengan kecepatan 80x/menit, lalu kurangi menjadi 40x/menit.
7. Kulitnya kemerahan dan halus.
8. Rambut Lanugo tidak terlihat, rambut di kepalanya sempurna
 - a. Panjang dan lemas.
9. Genetalia, labia mayora menutupi labia minora (wanita), testis turun ke dalam skrotum (pria).
10. Refleks menghisap dan menelan itu baik.
11. Refleks moro bagus, pada awalnya bayi akan melihat gerakan-gerakan seperti memeluk.
12. Refleks menggenggam itu baik, ketika sebuah benda diletakkan di telapak tangan anak maka ia akan menggenggamnya.
13. Eliminasi baik, urin dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama. Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Bayi Baru Lahir.

10.6 Perubahan pernapasan atau sistem pernapasan

Selama dalam kandungan, janin menerima oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, ia bernafas melalui paru-parunya. biasanya terjadi dalam 30 detik. Setelah lahir, tekanan di rongga dada bayi saat melewati jalan lahir vagina menyebabkan cairan paru-paru (pada bayi normal jumlahnya 80-100ml) bocor 1/3 dari jumlah cairan sehingga cairan yang hilang bisa hilang, diganti dengan udara. Pernapasan pada bayi baru lahir didominasi diafragma dan perut, dan biasanya masih tidak teratur dalam kecepatan dan kedalaman pernapasan. Bayi biasanya menangis tepat di luar jalan lahir. Seperti sebab-sebab yang menimbulkan nafas pertama, menyatakan:

- 1) Stimulasi kulit bayi.
- 2) Penekanan pada dada sebelum bayi lahir.
- 3) Akumulasi CO₂
- 4) Setelah bayi lahir kadar CO₂ dalam darah bayi meningkat dan ini merupakan rangsangan pernapasan.
- 5) Kekurangan O₂
- 6) Respirasi intrauterine
- 7) Anak sudah melakukan gerakan pernafasan di dalam kandungan bahkan menangis di dalam kandungan, menghembuskan nafas hanya merupakan kelanjutan dari gerakan pernafasan di dalam kandungan.
- 8) Pemeriksaan anak
- 9) Sebagian besar bayi baru lahir mulai bernapas dalam beberapa detik setelah lahir dan menangis dalam waktu setengah menit. Perubahan Metabolisme Karbohidrat atau Glukosa.

Fungsi otak membutuhkan sejumlah glukosa. Dengan menjepit tali pusar saat lahir, bayi harus mulai menjaga kadar gula darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir, gula darah turun dengan cepat (1-2 jam). Koreksi gula darah rendah dapat dilakukan dengan tiga cara: Melalui penggunaan ASI (bayi baru lahir sehat harus didorong untuk menetek/ minum ASI secepat mungkin setelah lahir).

1. Dengan menggunakan ASI (bayi baru lahir yang sehat dianjurkan untuk menyusui/meminum ASI sesegera mungkin setelah lahir).
2. Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenolisis).
3. Dengan membuat glukosa dari sumber lain, terutama lemak (glukonogenesis).

10.7 Perubahan suhu tubuh

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress akibat perubahan lingkungan, suhu tubuh diatas 37,50 c.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas dengan cara Penguapan yang merupakan hilangnya panas akibat penguapan cairan ketuban di permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi itu sendiri. Ini adalah cara utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi saat tubuh bayi lahir Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuh mereka, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan-perubahan lingkungan, temperatur tubuh lebih dari 37,50 c.

1. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas dengan cara berikut:

- Mengalami penguapan merupakan hilangkan kehangatan akibat dari permukaan tubuh bayi . Biasanya cara bayi kehilangan kehangatan juga terjadi jika badan bayi tidak segera dikeringkan atau dimandikan terlalu cepat dan badan tidak segera dikeringkan dan diamankan.
- Konduksi adalah hilangnya panas tubuh melalui kontak koordinat antara tubuh bayi dan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang memiliki suhu lebih rendah dari tubuh bayi akan mengasimilasi hangat tubuh bayi melalui alat konduksi saat anak diletakkan di atas benda-benda tersebut.
- Konveksi adalah kerugian dari panas tubuh yang terjadi ketika bayi terpapar pada pembicaraan sekitar yang lebih dingin. Bayi yang lahir di ruangan dingin akan cepat kehilangan kehangatan juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin yang bertiup dari udara dingin melalui ventilasi atau AC.

- Radiasi adalah karena bayi didekatkan dengan suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda ini menahan radiasi panas dari tubuh bayi (bahkan jika tidak bersentuhan langsung).
2. Perubahan pada Sistem Kardiovaskuler
- Pada sistem kardiovaskuler terjadi 2 perubahan besar, yaitu:
- Penutupan foramen ovale atrium jantung.
 - Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

10.8 Refleks Umum yang Terpantau pada Bayi Baru Lahir Perubahan suhu tubuh

1. Refleks rooting
Saat pipi bayi disentuh ringan dengan jari, benda lunak, atau puting, kepala bayi menoleh ke sisi yang dirangsang dan membuka mulutnya.
2. Refleks genggam
Bayi mengepalkan tangan dengan gerakan atau tekanan pada telapak tangan. Refleks ini sangat kuat pada bayi baru lahir. Refleks yang lemah dapat mengindikasikan gangguan neurologis.
3. Refleks Mengisap
Saat bagian bawah mulut bayi disentuh dengan jari atau dot bersih, bayi mulai menyusu secara spontan. Reaksi ini dimulai sekitar usia kehamilan 32 minggu tetapi tidak sepenuhnya berkembang hingga usia kehamilan 36 minggu. Oleh karena itu, bayi prematur juga memiliki refleks isap yang lemah.

4. Refleks Moro

Juga dikenal sebagai "refleks kaget". Refleks ini dipicu dengan mengagetkan bayi, biasanya dengan menopang kepala dan lengan bayi di punggungnya.

5. Refleks leher tonik (tonic neck)

Saat bayi berbaring telentang, dengan kepala bayi dimiringkan ke satu sisi, rentangkan satu kaki dan satu lengan ke samping ke arah kepala bayi. Lengan dan kaki di sisi lain dalam posisi bengkok.

6. Refleks Babinski

Saat Anda menggosok telapak kaki dari tumit hingga ujung kaki, jari kaki bayi melebar seperti kipas dan ujung kaki mengarah ke dalam. Refleks ini muncul hingga usia 2 tahun.

10.9 Refleks Umum yang Terpantau pada Bayi Baru Lahir Perubahan suhu tubuh

1. Pernafasan

Pernapasan bayi baru lahir biasanya 30-60 napas per menit, tanpa retraksi dada dan tidak mendengus saat menghembuskan napas. Pada anak kecil, mungkin ada sedikit retraksi dada dan jika anak berhenti bernapas secara berkala selama beberapa detik, itu masih dalam batas normal.

2. Warna kulit

Bayi cukup bulan terlihat lebih pucat daripada bayi prematur karena kulitnya lebih tebal.

3. Detak jantung

Detak jantung bayi baru lahir normal adalah antara 100 dan 160 detak per menit, tetapi dianggap normal jika melebihi 160 detak per menit untuk waktu yang singkat, beberapa kali sehari selama beberapa hari pertama kehidupan, terutama saat bayi mengalami nyeri. Jika ragu, ulangi penghitungan detak jantung.

4. Suhu ketiak 36,5°C sampai 37,5°C.
5. Postur dan gerakan
Pola istirahat khas bayi baru lahir adalah tangan terkepal bebas, dengan lengan, pinggul, dan lutut setengah tertekuk. Pada anak-anak muda, batas-batasnya sedikit diperkuat. Pada bayi sungsang selama kehamilan, mereka akan mengalami fleksi penuh pada sendi pinggul dan lutut atau ekspansi penuh pada sendi lutut, sehingga kaki dapat berada pada posisi yang berbeda sesuai dengan posisi bayi di dalam kandungan. Jika kaki dapat diatur pada posisi normalnya tanpa masalah, tidak diperlukan perawatan. Perkembangan batas anak seharusnya tidak dibatasi dan simetris dengan gerakan sendi penuh. Bayi biasa mungkin agak gemetar. Tonus Otot / Tingkat Kesadaran Kisaran normal tingkat kesadaran bayi adalah dari tenang hingga terjaga dan dapat ditenangkan jika gelisah. Bayi dapat dibangunkan jika mereka diam atau tidur.
6. Akhir
Periksa posisi bayi, gerakan, reaksi ekstremitas yang disentuh, dan pembengkakan.
7. Kulit
Warna kulit dan adanya vernix caseosa, benjolan atau bintik hitam, tanda lahir/tanda lahir Mongolia. Selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga bisa dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau berikutnya, dan eritema toksik pada wajah, badan, dan punggung pada hari kedua atau berikutnya. Kulit tubuh, punggung dan perut yang terkelupas pada hari pertama masih tergolong normal.
8. Tali pusar
Normalnya berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai mengering dan mengecil/mengecil dan akhirnya mengelupas setelah 7-10 hari.

9. Berat

Biasanya 2500-4000 gram.

- Waktu kunjungan neonates
- Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatus pertama)
- Pada usia 3-7 hari (2 kali kunjungan neonatus)
- Pada 8-28 hari (3 kali kunjungan neonatus)

Tabel 10.2. Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan <i>Neonatal</i> ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.	1. Jaga suhu tubuh bayi 2. Hindari memandikan bayi minimal enam jam dan hanya setelah itu bila tidak ada gangguan kesehatan dan suhu 36,5 Bungkus bayi dengan kain kering yang hangat, tutupi kepala bayi 3. Pemeriksaan fisik bayi 4. Lakukan pemeriksaan fisik 5. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah ujian 7. Telinga: Periksa posisi mata dan kepala 8. Mata :. tanda-tanda infeksi 9. Hidung dan mulut: Bibir dan langit-langit Periksa celah Refleks menghisap, terlihat saat makan 10. Leher: bengkak, benjolan 11. Dada: bentuk, puting susu, bunyi napas, bunyi jantungBahu lengan dan tangan :Gerakan Normal, Jumlah Jari 12. Sistem saraf: Ada refleks moro 13. Perut: Terasa Keluar Cairan di Sekitar Tali Pusat Saat Menangis, Apakah Tali Pusat Berdarah? 14. Pria: Testis ada di dalam skrotum, penis ada di ujung vagina. 15. wanita: vagina, uretra, labia minora dan labia mayor 16. Tungkai dan kaki: Gerakan normal, Penglihatan normal, Jumlah jari 17. Punggung dan anus : bengkak atau bengkak, bagian depan anus atau bukaan 18. Kulit: Vernik, warna, bengkak atau gelap, tanda lahir

- | | |
|--|---|
| | <p>19. Nasihat: Olah raga, beri makan, rawat tali pusat, agar ibu memperhatikan tanda-tanda gangguan</p> <p>20. Tanda peringatan yang harus diperhatikan ibu:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kesulitan menyusui, kesulitan mengisap, atau hisapan yang burukb. Sesak napas, yaitu napas cepat $> 60 \times / m$ atau penggunaan otot bantu Letargi – bayi tidur terus menerus tanpa menyusuic. Warna kulit tidak normal - biru (sianosis) atau kulit kuning, suhu - terlalu panas (pireksia) atau terlalu dingin (hipotermia).d. Tanda dan perilaku yang tidak normal atau tidak biasae. Gangguan saluran cerna internal (misalnya tidak berak selama 3 hari, muntah terus-menerus, |
|--|---|

Kunjungan	Penatalaksanaan
	menerus, perut bengkak, tinja berwarna hijau tua dan darah lendir, mata bengkak atau berair) o. Perawatan tali pusat Taruh tali pusat yang tersisa di udara, kendurkan dengan kain bersih, lipat popok di bawah tali pusat, dan jika tali pusat kotor, cuci bersih dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan baik. p. Gunakan tempat yang hangat dan bersih q. Mencuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan r. Berikan vaksinasi HB-0.M
Kunjungan ke dua (KN 2) dilaksanakan hari ke tiga sampai hari ke tujuh setelah pasca lahir.	1. Jaga tali pusar tetap bersih dan kering 2. Jaga kebersihan anak 3. Periksa tanda-tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, penyakit kuning, lari, berat badan moo dan masalah menyusui 4. Menyusui Bayi harus disusui minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu setelah lahir 5. Menjaga keamanan anak-anak 6. Jaga suhu tubuh bayi 7. Memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga tentang memilih menyusui untuk menghindari hipotermia dan merawat bayi baru lahir di rumah menggunakan buku KIAKondisi yang memerlukan Tindakan untuk di rujuk
Kunjungan ke tiga dilaksanakan hari ke delapan – enam minggu pasca kelahiran	1. Pemeriksaan fisik 2. Bersihkan bayi 3. Komunikasikan tanda bahaya bayi baru lahir kepada ibu 4. Menyusui Bayi harus disusui minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan. 5. Menjaga bayi 6. Jaga agar bayi tetap hangat 7. Menyarankan ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif untuk mencegah masuk angin dan memberikan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan panduan KIA 8. Beri tahu ibu tentang Vaksin BCG 9. Koordinasikan sesuai kebutuhan

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah, dkk. 2010. Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Astuti, Sri. Ari indra susanti, Rani Nurparidah, Ariati Mandiri. 2016. Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal Care (ANC). Jakarta : Penerbit Erlangga
- Deni Maryani dan Dara Himalaya. 2020. Karakteristik Bidan Dalam Menerapkan Protokol Pelayanan Maternal Dan Neonatal Pada Masa Pandemi Covid-19. Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya. ISSN: 2656-8624
- Diki Retno Yuliani dan Riza Amalia. 2020. Meningkatkan pengetahuan dan perilaku pencegahan COVID-19 maternal neonatal, melalui pendidikan kesehatan secara online : studi pada ibu hamil. Jurnal Riset Kebidanan Indonesia. Vol 4, No. 2, Desember 2020, pp. 66-71. ISSN 2615-5621
- Hani, Umi., Jiarti KM, dan Rita Yulifah. 2011. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis. Jakarta: Salemba Medika.
- Iin Wahyuni dan Dita Selvia Aditia. 2022. Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal untuk Mahasiswa Kebidanan: Disertai dengan Evidence Based Pelayanan Kebidanan. Salemba Medika : Jakarta
- Mandriawati.2010.Asuhan Kebidanan Ibu Hamil. Jakarta:EGC.
- Mochtar, Rustam. 2011. Sinopsis Obstetri (Edisi 3 Jilid I). Jakarta: EGC.
- Pantiawati dan Saryono, 2010, Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). Yogyakarta: Muha Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Remilda Armika Vianti dan Nunung Hasanah. 2022. Edukasi Pelayanan Kehamilan selama Covid-19. Jurnal ABDIMAS-HIP Vol 3 No 1 Februari 2022. e-ISSN : 2721-5229

- R.I., Kementrian Kesehatan. 2010. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- R.I., Kementrian Kesehatan. 2013. Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- R.I., Kementrian Kesehatan. 2016. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. www.depkes.go.id (diakses februari 2020).
- Rizki Yulia. 2022. Labor And Delivery During A Global Pandemi Coronavirus Disease 2019: A Literature Review 2019 – 2020. MIKIA: Mimbar Ilmiah Kesehatan Ibu dan Anak (Maternal And Neonatal Health Journal). e-ISSN: 2599-1116
- Rochjati, poedji., 2010. Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil. Surabaya: Erlangga University Press.
- Wayan Sugandini, Ni Ketut Erawati, dan Luh Mertasari. 2021. Evaluasi Layanan Kesehatan Maternal, Neonatal, dan Keluarga Berencana (KB) pada Masa Pandemi Covid-19 di Praktik Mandiri Bidan. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Sains dan Humaniora. Volume 5, Number 3, Tahun 2021, pp. 397-405. P-ISSN: 1979-7095 E-ISSN: 2615-4501

BAB 11

KEBUTUHAN KHUSUS PADA MASALAH PSIKOLOGIS {RIWAYAT KEHILANGAN DAN KEMATIAN (GRIEF END BEREAVEMENT), KEHAMILAN TIDAK DIINGINKAN (UNWANTED PREGNANCY, GAGAL KB)}

Oleh Tri Marini

11.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan yang berkelanjutan adalah suatu asuhan kebidanan yang akan diberikan sejak kehamilan, bersalin, nifas dan neonatus sampai ibu dapat memilih atau memutuskan untuk memakai alat kontrasepsi (KB) yang akan dijadikan untuk alat membantu mengawasi serta untuk mencegah terjadinya kemungkinan terjadinya suatu komplikasi pada ibu dan anak dari masa kehamilan sampai ibu menggunakan alat kontrasepsi (KB).

Asuhan *Continuity of Care* (COC) merupakan asuhan secara berkesinambungan dari hamil sampai dengan Keluarga Berencana sebagai upaya penurunan AKI & AKB. Angka kematian ibu dan Anak adalah salah satu tolak ukur terpenting yang menjadi indikator untuk menilai suatu keberhasilan layanan kesehatan di wilayah Indonesia, akan tetapi di Indonesia faktanya ada beberapa persalinan yang mengalami komplikasi sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi (Linda, 2001)

Psikologi dalam arti bebas merupakan ilmu yang mempelajari tentang jiwa atau mental. Psikologi tidak mempelajari jiwa atau mental secara langsung karena sifatnya yang abstrak, tetapi psikologi membatasi pada manifestasi dan ekspresi dari jiwa atau mental yang berupa tingkah laku dan proses atau kegiatannya, sehingga psikologi dapat didefinisikan sebagai ilmu pengetahuan

yang mempelajari ilmu tingkah laku dan proses mental(Vera, 2017)

Stress merupakan salah satu bahkan sebagian besar contoh permasalahan psikologis pada kehamilan yang tidak diinginkan. Selain itu terdapat juga beberapa permasalahan yang muncul seperti : kecemasan, self-esteem yang lemah (harga diri), dan strategi koping yang lemah. Permasalahan psikologis tersebut merupakan faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada kehamilan tidak diinginkan. Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan akan mengalami peningkatan depresi, stres, dan penurunan kepuasan hidup, sehingga pada awal kehamilan ada kemungkinan ibu hamil menginginkan abortus (Susanti, 2012)

Salah satu kebutuhan yang diperlukan ibu hamil yang mengalami kehamilan tidak diinginkan yaitu dengan adanya penghargaan diri,dukungan daripasangan,keluarga,teman dan lingkungan sekita serta terapi yang dapat menangani permasalahan psikologis tersebut.

Siklus hidup yang dialami oleh seorang perempuan kerapmenjadikan ibu dan anak berada di posisi yang rentan. Bebanhidup dan kurangnya support system di lingkungan perempuanjuga menjadi pemicu adanya gangguan baik fisik maupun mental.Penting bagi Bidan untuk memiliki kemampuan mengidentifikasigangguan mental pada perempuan yang sering ditemui sehari-hari dalam konteks kebidanan, serta menentukan kebutuhankhusus pada permasalahan psikologis perempuan dan anakterkait kelainan mental, riwayat kehilangan dan kematian danKehamilan yang Tidak Diinginkan di siklus perempuan dan anakkondisi rentan sehingga bisa diselesaikan secara profesional

11.2 Kebutuhan Khusus pada masalah psikologis {riwayat kehilangan dan kematian (*grief and bereavement*), kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*, gagal KB)}

Macam- macam Gangguan Psikologi Pada Masa Kehamilan

a. Pasangan Infertilitas

- a) Definisi Infertilitas merupakan suatu kondisi yang menunjukkan ketidakmampuan suatu pasangan untuk mendapatkan atau menghasilkan keturunan. Kemandulan sering kali disalah artikan dengan kurangnya kemampuan seorang istri daalam melahirkan anak. Kemandulan ini akan menjadi acuan inferioritas dari seorang perempuan, dikarenakan seorang perempuan akan diterima keluarga ataupun lingkungan jika dia melahirkan seorang bayi ataupun anak. Tetapi, pandangan tersebut telah berubah seiiring dengan perkembangan teknologi dan kemajuan. Kemandulan tidak lagi dianggap inferioritas wanita. umumnya kemandulan terjadi jika perempuan ataupun lelaki yang terjadi akibat gangguan fungsi organ reproduksi dan kondisi psikologinya, contohnya :depresi atau stress berat dan lain-lain.

b) Faktor Penyebab Kemandulan

- ❖ Faktor Fisik Merupakan kegagalan fungsi ginekologis pada salah satu pasangan atau keduanya. Gangguan fungsi ginekologis berkaitan dengan gangguan hormone kehamilan, kegagalan reproduksi pria untuk memberikan sel-sel sperma optimal, impotensi, dan abnormalitas psikogenesis.
- ❖ Faktor Psikis Merupakan kemandulan yang disebabkan kompensasi takut hamil, ketakutan yang berhubungan dengan organ reproduksi wanita, perasaan berdosa, sterilisasi psikogenesis dan neorotic obsesive,

psikosomatis, ketakutan pembedahan, persalinan, infantilisme, defence mekanisme, karier atau ketakutan kehilangan didalam keromantisan pada hubungan seksualitas

c) Pengaruh Psikis pada Kemandulan

- ❖ Ketakutan-ketakutan yang tidak disadari (dibawah alam sadar).
- ❖ Ketakutan yang bersifat infantile (kekanak-kanakan). System kerja Fungsi reproduksi sangat erat kaitannya dengan ketakutan ibu. Serta kegiatan seksual berkaitan juga dengan gangguan psikis ibu. pengalaman-pengalaman yang dimulai dari masa pubertas merupakan salah satu dampak dari terjadinya ketakutan psikis pada ibu.

d) Gangguan Mental

World Health Organization (WHO) merilis laporan kesehatan ibu dan anak (Maternal Mental Health and Child Health Development) berdasarkan laporan penelitian yang dilakukan oleh Robertson, Celasun, dan Stewart (2003) tentang gangguan mental setelah melahirkan. Dalam panduan tersebut, prevalensi baby blues mencapai 30–75% dan prevalensi depresi cenderung lebih rendah yaitu 10–15%. Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di area perkotaan di Surabaya dan Denpasar menunjukkan hasil bahwa prevalensi depresi keduanya lebih dari 20. Depresi maternal merupakan gangguan mental yang dialami oleh wanita pada masa kehamilan dan pascamelahirkan (O'Brien, Patricia. G, Winifred Z Kenned, 2013)

Klasifikasi Gangguan Mental dalam Kehamilan

- a. Gangguan Psikotik
- b. Gangguan Suasana Perasaan (manik (bipolar), depresi, kecemasan, bipolar dan obsesif kompulsif). Diagnostic and Statistical Manual (DSM) V.

Gangguan jiwa yang dapat terjadi pada kehamilan antara lain:

- a. Gangguan afektif pada kehamilan
- b. Skizofrenia
- c. Gangguan cemas menyeluruh
- d. Gangguan panic

Tanda dan gejala:

- a. Menampakkan lebih banyak air mata dibandingkan senyum
- b. Kehilangan selera makan, nyaris tidak mau makan dan minum
- c. Jarang melakukan control kehamilan
- d. Tidak memberikan perhatian/ stimulus kepada janin yang dikandungnya
- e. Tidak tertarik mempersiapkan keperluan bayi yang akan dilahirkan.

Mengatasi Gangguan Mental dalam Kebidanan Penatalaksanaan Depresi: Cara menanggulangi depresi berbeda-beda sesuai dengan keadaan pasien, namun biasanya merupakan gabungan dari farmakoterapi dan psikoterapi atau konseling. Dukungan dari orang-orang terdekat serta dukungan spiritual juga sangat membantu dalam penyembuhan.

- a. Hendaknya dihadapi dengan sikap pengertian dan serius
- b. Bersikap optimis namun tetap menghibur diselingi dengan canda agar tidak memperbesar rasa rendah diri dan tidak mampu
- c. Terapi dan konsultasi dengan dokter menggunakan metode support group ataupun psikoterapi juga dapat dilaksanakan secara rutin.

11.2.1 Riwayat kehilangan dan kematian (*grief and bereavement*)

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan. Tipe dari kehilangan salah satunya adalah kematian. Tipe kehilangan dapat mempengaruhi tingkat stress

Kehamilan dengan Keguguran

a. **Konsep Keguguran / Abortus.** Abortus spontan adalah suatu keadaan terputusnya suatu kehamilan dimana fetus belum sanggup hidup sendiri di luar uterus (berat 400 - 1.000 gram atau usia kehamilan kurang dari 28 minggu), sedangkan abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis

b. **Faktor Penyebab Abortus**

- a) Kemiskinan atau ketidakmampuan ekonomi.
- b) Ketakutan terhadap orang tua.
- c) Moralitas sosial.
- d) Rasa malu dan aib.
- e) Hubungan cinta yang tidak harmonis
- f) Pihak pria yang tidak bertanggung jawab.
- g) Kehamilan yang tidak diinginkan.

c. **Tanda dan Gejala Gangguan Psikologis pada Abortus**

- a) Reaksi psikologis wanita terhadap keguguran bergantung konstitusi psikisnya sendiri.
- b) Menimbulkan Sindrom Pasca-Abortus yang meliputi menangis terus-menerus, depresi berkepanjangan, perasaan bersalah, ketidakmampuan untuk memaafkan diri sendiri, kesedihan mendalam, amarah, kelumpuhan emosional, problem atau kelainan seksual, kekacauan pola makan, perasaan rendah diri, penyalahgunaan alkohol dan

obat-obatan terlarang, mimpi-mimpi buruk dan gangguan tidur lainnya, dorongan untuk bunuh diri, kesulitan dalam relasasi, serangan gelisa dan panik, serta selalu melakukan kilas balik (susilowati, 2006)

Kehamilan dengan Janin Mati. Kehamilan dengan riwayat matinya janin merupakan kematian didalam kandungan berikut beberapa penyebab terjadinya janin mati :

- a. Kurang gizi
- b. Stres yang berkepanjangan
- c. Infeksi yang tidak terdiagnosis sebelumnya Ibu dari janin yang meninggal pada periode perinatal akan mengalami penderitaan. Ibu sudah memiliki jalinan atau ikatan dengan janinnya sejak awal, oleh sebab itu ketika ibu mengalami keguguran atau kehilangan bayi seorang ibu tersebut akan merasakan adanya ikatan yang terputus.

Dalam kondisi ini ibu akan mengalami perubahan seperti tingkah laku yang lebih emosional. Hal ini di kelompokkan kedalam berbagai tahapan meliputi :

- a) Syok dan menyangkal, ketika di sampaikan janinnya mati reaksi orang tua atau ibu pertama kali adalah syok, tidak percaya dan menyangkal.
- b) Marah dan bergeming, beberapa ahli menyebut ini sebagai tahap pencarian karena orang tua mencari alasan tentang kematian. Mereka biasanya mencari hal-hal yang mungkin mereka lakukan dengan berbeda
- c) Disorientasi dan depresi, emosi predomininan pada fase ini adalah kesedihan berduka dibarengi dengan kehilangan, mereka menolak dan menarik diri, orang tua mungkin mengalami kesulitan untuk kembali ke kehidupan normal sehari – hari.
- d) Reorganisasi dan penerimaan, fase akhir berduka meliputi penerimaan rasa kehilangan dan kembali beraktivitas normal sehari – hari. Hal yang sangat individu ini mungkin

membutuhkan waktu beberapa bulan. Energi emosional ditinggalkan dan dikurangi serta mengalami kembali hubungan baru serta aktivitas baru (Marriam, 2002)

Menghadapi Kehilangan dan Kematian bagi petugas Layanan Kesehatan

- a) Kedekatan emosional yang kuat, yang tercipta dalam hubungan yang bermakna tidak mudah dihilangkan, kehilangan akibat kematian orang yang dicintai merupakan krisis utama yang memiliki dampak sangat besar pada hidup individu.
- b) Setiap kehilangan dapat dianggap sebagai krisis personal, akan tepat jika petugas kesehatan menerapkan pemahaman tentang teori krisis dalam proses kebidanan.
- c) Mendukung dan membimbing klien dalam menjalani proses berduka yang sulit, ia harus mengamati dan mendengarkan petunjuk dari klien. Petunjuk tersebut mencakup petunjuk kognitif, emosional, spiritual, perilaku dan fisiologis.
- d) Petugas kesehatan harus menjadi pembimbing yang dapat dipercaya bagi klien, mempertahankan kehadirannya yang penuh perhatian, dan menyediakan lingkungan yang aman secara psikologis sehingga klien dapat mengungkapkan perasaannya.
- e) Mempertahankan kehadiran yang penuh perhatian dapat dilakukan dengan menggunakan bahasa tubuh terbuka seperti berdiri atau duduk dengan lengan kebawah dan berhadapan dengan klien serta mempertahankan kontak mata yang cukup, terutama ketika klien berbicara.
- f) Menciptakan lingkungan yang aman secara psikologis mencakup upaya menjamin kerahasiaan klien, berhenti memberikan nasihat tertentu, dan memberi klien kebebasan untuk mengungkapkan pikiran serta perasaannya tanpa merasa takut dihakimi.

- g) Mendorong klien merawat dirinya sendiri membantuklien melakukan koping.Bidan dapat menawarkanmakanan tanpa memaksa klien untuk makan, menjagamakan, tidur cukup, olahraga, dan meluangkan waktuuntuk aktivitas yang menyenangkan adalah cara yangdapat klien lakukan untuk merawat dirinya.
- h) Komunikasi dan keterampilan interpersonal adalah alat yang efektif

11.2.2 Kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*, gagal KB)

Pengertian Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

Istilah kehamilan tidak diinginkan adalah suatu keadaan yang mana pasangan tidak ingin terjadinya suatu kelahiran akibat dari kehamilan. Kehamilan akan mengakibatkan terjadinya suatu p e r u b a h a n perilaku seksualitas yangbisa direncanakan ataupun tidak direncanakan. Banyak kasus yang menunjukkan bahwa tidak sedikit orang yang tidak bertanggung jawab atas kondisi ini.

Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang mana pasangan suami istri tidak menginginkan anak sama sekali atau kehamilan yang diinginkan tetapi tidak tepat pada waktunya /*mistimed pregnancy* (kehamilan terjadi lebih cepat dari yang telah direncanakan), selain itu kehamilan yang diinginkan adalah kehamilan yang terjadi saat waktu yang tepatatau sesuai keinginan. Sedangkan, istilah kehamilan yang diinginkan ini yaitu kehamilan yang akan terjadi sesuai rencana ibu disaat menggunakan alat kontrasepsi ataupun tidak ingin hamil tetapi tidak adanya penggunaan lat kontrasepsi apapun. Kehamilan yang berakhir dengan aborsi dapat diasumsikan sebagai kehamilan yang tidak diinginkan. Semua definisi ini menunjukkan bahwa kehamilan merupakan keputusan yang disadari (Santelli, 2003: 4)

Kehamilan tidak diinginkan ini sangat erat hubungannya dengan terjadinya peningkatan resiko kelahiran pada wanita serta

dengan adanya perilaku kesehatan selama kehamilan yang berhubungan yang akan memberikan efek buruk.

Tanda dan Gejala Gangguan Psikologis pada Wanita dengan Kehamilan yang Tidak Dikehendaki

- a. Pada kehamilan yang tidak dikehendaki, wanita merasa bahwa janin yang dikandungnya bukanlah bagian dari dirinya dan berusaha untuk mengeluarkan dari tubuhnya melalui tindakan seperti aborsi.
- b. Beberapa wanita bersikap aktif-agresif mereka sangat marah dan dendam pada kekasih atau suaminya serta merasa sanggup menanggung konsekuensi dari tindakannya..

Gambaran kondisi psikologis pada pasien dengan kehamilan yang tidak diinginkan:

- a. Depresi: beban psikologis, ekonomi, tuntutan suami, pekerjaan.
- b. Stress, cemas: merasa rendah diri, malu: kerana telah hamil di luar nikah, membunuh janin dll
- c. Kurang percaya diri: tidak bisa mengambil keputusan,
- d. Perasaan dosa, ketakutan, bunuh diri: moral, agama
- e. Penyalahgunaan obat terlarang
- f. Kekerasan dalam rumah tangga, penelantaran anak pada ibu dengan riwayat aborsi

Alasan Kehamilan Tidak Diinginkan

Ada begitu banyaknya alasan yang menjadikan perempuan tidak ingin terjadinya kehamilan seorang anak dalam kehidupannya. Menurut Kartono Muhamad, ada beberapa alasan yang membuat kehamilan itu tidak diinginkan, yaitu (Mohamad, 1998: 122 – 126):

- a. Kehamilan yang terjadi akibat perkosaan
- b. Kehamilan datang pada saat yang belum diharapkan
- c. Bayi dalam kandungan ternyata menderita cacat majemuk

yang berat

- d. Kehamilan yang terjadi akibat hubungan seksual diluar nikah

Dengan adanya penelitian kualitatif studi kasus *unsafe abortion* yang memiliki tujuan agar menelusuri alasan-alasan mengapa perempuan Indonesia banyak yang melakukan aborsi tidak aman beserta akibatnya, diperoleh jawaban atas terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan pada informan dewasa yang sudah menikah, yaitu (Habsjah,2005: 19):

- a. Anak sudah banyak, suami jarang kerja, dan sering mabuk.
- b. Informan masih dalam kontrak kerja.

Dengan ketidak ingin tauhan seorang suami tentang masa subur Dapat juga menjadi alasan terjadinya kehamilan tidak diinginkan,berikut beberapa alasannya :

- a. Umur informan sudah tua dan anak sudah cukup
- b. Tidak boleh hamil anak keempat karena sudah tiga kali operasi Caesar
- c. Suami tidak bersedia menerima kehamilan lagi walaupun anak baru satu
- d. Jarak antara anak terlalu dekat
- e. Suami baru PHK, dan sering sakit sedangkan gaji isteri kecil
- f. Tidak sanggup menanggung anak tambahan

Yang dikutip oleh PKBI (1998), ada begitu banyak alasan yang disebutkan sebab terjadinya kehamilan tidak diinginkan sebagai contohnya yaitu:

- a. Penundaan dan peningkatan jarak usia perkawinan, dan semakin dininya usia menstruasi pertama (*menarche*). Usia menstruasi yang semakin dini dan usia kawin yang semakin tinggi menyebabkan “masa-masa rawan” semakin panjang. Hal ini terbukti dengan banyaknya kasus hamil diluar nikah.
- b. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku

- seksual yang dapat mengakibatkan kehamilan.
- c. Tidak menggunakan alat kontrasepsi, terutama untuk perempuan yang sudah menikah.
 - d. Kegagalan alat kontrasepsi.
 - e. Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan.
 - f. Kondisi kesehatan ibu yang tidak mengizinkan kehamilan.
 - g. Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak).
 - h. Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan dan konsekuensilainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar).
 - i. Kehamilan karena *incest* (hubungan seksual antara yang masih sedarah)
 - j. Kondisi janin yang dianggap cacat berat atau berjenis kelamin yang tidakdiharapkan.

Akibat yang Ditimbulkan oleh Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Beberapa kemungkinan akibat yang menjadi sebab munculnya kehamilan yang tidak diinginkan ,antara lain (PKBI, 1998):

- a. Kehamilan yang tidak diinginkan dapat mengakibatkan lahirnya seorang anak yang tidak diinginkan (*unwanted child*), dimana anak ini akan mendapat cap buruk sepanjang hidupnya. Pada kehidupan kedepan “anak yang tidak diinginkan” sering kali mengalami keadaan yang begitu menyedihkan dikarena anak tersebut tidak mendapat kasih sayang dan pengasuhan yang seharusnya dari orang tuanya, selain itu dalam perkembangan psikologis anak tersebutjuga akan terganggu. Sebagian Besar anak yang tumbuh dengan tidak adanya kasih sayang dan asuhan sering memberikan dampak yang akan menjadi manusia yang tidak mengenal kasih sayang terhadap sesamanya.
- b. Terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat memicu terjadinya pengguguran kandungan (aborsi) karena

sebagian besar perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mengambil keputusan atau jalan keluar dengan melakukan aborsi, terlebih lagi aborsi yang tidak aman.

- c. Kehamilan yang tidak diinginkan selalu berakhir dengan aborsi tidak aman dan melalui rangkaian:
- a) Minum jamu
 - b) minum obat
 - c) Dipijit kedukun pijat
 - d) Makan makanan tertentu / minum
 - e) Ke Klinik illegal
 - f) Memiliki anak yang tidak sehat/ cacat
 - g) Meninggal akibat perdarahan
 - h) Keguguran pada kehamilan berikutnya
 - i) Kelahiran premature atau plasenta previa pada kehamilan berikutnya
 - j) Selain itu juga berisiko hilangnya kesempatan untuk mendapat pendidikan formal.
 - k) Adanya potensi kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan penelantaran anak juga telah menjadi isu akibat dari aborsi.

Peran Bidan untuk Mengurangi Kasus Kehamilan Tidak Diinginkan:

- a. Memberikan pendidikan kesehatan reproduksi disekolah
- b. Dukungan keluarga dengan cara berkomunikasi yang baik dengan anak sehingga dapat menanamkan tentang kesehatan reproduksi
- c. Perlunya lembaga di masyarakat yang mengayomi kebutuhan remaja akan hak reproduksinya, contohnya klinik remaja

- d. Adanya dukungan pemerintah meliputi penyuluhan dari BKKBN bekerja sama dengan LSM yang bergerak dibidang ini
- e. Adanya tanggung jawab bersama dalam melindungi kesehatan reproduksi di keluarga
- f. Adanya kesediaan di layanan bidan praktik untuk memberikan informasi yang jelas dan akurat

Pengelolaan Gangguan Psikologis pada Kehamilan yang Tidak Diinginkan Penanganan dalam permasalahan ini tidak jauh berbedadengan penanganan pada kehamilan di luar nikah.Perbedaannya hanya pada teknik konselingnya, karenakehamilan ini terjadi pada wanita yang telah menikah yaitudengan konseling pasangan.Peran konseling menjadi penting karena berguna untuk:

- a. Membantu memecahkan masalah
- b. Meningkatkan fungsi kepribadian orang yang dibantu/klien (Aktualisasi diri, kesadaran diri, kapasitas diri)
- c. Meningkatkan akses informasi mengenai kesehatan reproduksi.
- d. Meningkatkan tanggung jawab pribadi terhadap kesehatan reproduksi
- e. Menghindari dampak psikologis yang terjadi
- f. Konseling humanistic, individu berhak menentukan keputusannya sendiri dan tiap manusia adalah baik.
- g. Perlu empati, merasakan Bersama, berpikir dan usahaBersama klien dan konselor
- h. *Positive regard (accepternce)* menghargai klien dengan segalakondisi & keberadaannya
- i. *Congruence (genuineness)* kondisi transparan dalam hubungan terapeutik

11.2.3 Kegagalan Kontrasepsi

Tidak ada metode kontrasepsi yang sampai saat ini terbukti 100% efektif. Sekitar 8 – 30 juta kehamilan setiap tahunnya menjadi salah satu hasil dari kegagalan penggunaan alat kontrasepsi yang tidak konsisten atau tidak benar-benar dalam penggunaan alat kontrasepsi atau mungkin karena kegagalan dalam penggunaan metode itu sendiri (WHO, 1998). Bagi yang sudah termotivasi untuk tidak memiliki anak lagi dan sudah menggunakan kontrasepsi tetapi masih juga mengalami kegagalan, biasanya akan mencari jalan keluar dengan cara aborsi (Mohammad, 1998: 83).

Berdasarkan penelitian yang diterbitkan oleh *Family Planning Perspective*, 50% dari semua kehamilan di Amerika Serikat merupakan kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk kehamilan yang berakhir dengan aborsi, keguguran, atau yang lahir hidup. Dikarenakan tingginya angka kegagalan ini, maka perlu diketahui alasan utama kegagalan kontrasepsi yang merupakan faktor risiko terjadinya kehamilan tidak diinginkan (Trierweiler, 2000). beberapa alasan tentang kegagalan dalam penggunaan alat kontrasepsi yang sering terjadi.

1. Tidak mengikuti petunjuk penggunaan kontrasepsi secara benar.

Jika menggunakan pil, konsumsi di waktu yang sama setiap hari dan pastikan mengikuti petunjuk yang ada. Jika menggunakan kondom, pastikan menggunakan secara tepat dan kondom yang digunakan dalam kondisi yang baik sebelum digunakan. Jika menggunakan diafragma atau *cervical cap*, pastikan langsung ditangani oleh dokter atau petugas yang profesional. Akantetapi , wanita yang menggunakan metode alat kontrasepsi IUD, lebih baik mengikuti petunjuk/anjuran dokter untuk selalu memeriksakan setiap bulannya.

2. Penggunaan kontrasepsi yang tidak konsisten.

Alat Kontrasepsi sebaiknya digunakan secara teratur dan sesuai dengan petunjuk yang benar untuk mencapai keefektivitasan atau menambah terjadinya alat kontrasepsi sesuai dengan kegunaan alat kontrasepsi masing-masing. Jika menggunakan kontrasepsi oral dan lupa meminum pil meskipun hanya satu kali, risiko mengalami kehamilan akan meningkat. Dengan Metode penghambat kontrasepsi seperti kondom, *cervical cap*, dan diafragma harus digunakan secara teratur agar lebih efektif. Wanita yang memakai KB alami harus menggunakannya secara tepat dan konsisten untuk mencegah kehamilan yang efektif. Satu tindakan yang tidak terlindungi dalam berhubungan seks dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan.

3. Kondom bocor saat berhubungan seks

Diperkirakan 2 – 5% kondom yang bocor atau robek saat digunakan. Hal ini lebih sering dikarenakan penyalahgunaan; tidak menggunakan pelicin yang cukup dapat menyebabkan kerusakan kondom; selain itu kerobekan kecil juga dapat terjadi karena perhiasan, kuku pada jari tangan, dan lain- lain. Kondom yang dipakai sudah kadaluwarsa, salah penyimpanan, kerusakan selama atau setelah pembuatan secara besar-besaran oleh pabrik, atau penyebab lain yang dapat menimbulkan kegagalan kondom. Spermisida vagina sebaiknya digunakan bersama dengan kondom untuk membantu menurunkan kemungkinan kehamilan karena kejadian kegagalan kondom.

4. Menggunakan antibiotik atau obat-obatan lain atau jamu bersamaan dengan pil kontrasepsi.

Antibiotik yang ditemukan memiliki sifat yang berkebalikan dengan keefektivitasan pil kombinasi

kontrasepsi dengan cara kerja menurunkan konsentrasi steroid hormon plasma. Wanita yang menggunakan pil kombinasi kontrasepsi sebaiknya menggunakan metode alternatif kontrasepsi selama beberapa bulan ketika mereka menggunakan antibiotik; rekomendasi dari jurnal *Contraception Technologies* termasuk penggunaan kontrasepsi alternatif selama penggunaan antibiotik atau 14 hari ditambah 7 hari. Rencana ini diimplementasikan di hari pertama saat mengkonsumsi antibiotik.

5. Mempercayai bahwa pada periode ketidaksuburan tidak bisa hamil atau tidak merasa berisiko karena hanya melakukan hubungan seks satu kali tanpa menggunakan jenis kontrasepsi apapun.

Kehamilan yang normal sering terjadi pada pertengahan siklus, sebagaimana, banyaknya wanita yang mengalami kehamilan di saat periode ketidaksuburannya. Peneliti dari *National Institute of Environmental Health* menemukan secara potensial kemungkinan untuk menjadi hamil di hampir semua hari saat siklus menstruasi anda.

Dengan adanya Kegagalan kontrasepsi akan menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Kasus KTD justru banyak dialami oleh pasangan suami isteri yang mengalami kegagalan dalam ber-KB. Kegagalan KB kasus KTD juga bisa dialami oleh mereka yang tidak menggunakan kontrasepsi dalam 3 bulan terakhir padahal mereka termasuk aktif secara seksual (kelompok unmet need) .

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Institusi Guttmacher di New York, satu dari empat wanita memiliki kemungkinan menjadi hamil karena ketidakkonsistensian penggunaan kontrasepsi. Ada Beberapa masalah dalam kehamilan yang tidak diinginkan dikarenakan kegagalan kontrasepsi dikarenakan kurangnya akses ke pelayanan kesehatan, dimana

para ibu mengatakan mereka tidak memiliki uang atau tidak sanggup untuk beberapa metode kontrasepsi modern yang efektif, seperti pil pengontrol kelahiran yang diresepkan saat kunjungan ke dokter. Banyak wanita yang tidak puas dengan metode kontrasepsi yang ada, sehingga dapat memicu *missing*-nya pil KB atau kegagalan untuk mendapatkan kondom.

Penelitian terbaru dari the Guttmacher Institute menemukan bahwa setiap tahun, sebagian wanita mencari cara menghindari kehamilan yang berisiko – beberapa tidak menggunakan kontrasepsi sama sekali (8%), beberapa tidak menggunakan selama periode tertentu (15%), dan beberapa orang menggunakan metode kontrasepsi tidak konsisten dan tidak benar (27%). Beberapa metode kontrasepsi sulit untuk digunakan secara konsisten dan benar karena harus digunakan saat berhubungan seks (seperti kondom dan diafragma) atau harus mengingat minum pil setiap hari. Data terbaru menunjukkan bahwa dua dari lima pengguna pil melewati sekurangnya satu pil selama tiga bulan sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Linda, w. 2001. *Community – based care during the childebearing year*. W.B Saunders Company. United States of America.
- Marriam. 2002. *kehamilan dan kelahiran*. Jakarta: Mitra Media publisher.
- Obrien, Petricia. G, Winifred Z Kenned, K. A. B. 2013. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Susanti. 2012. *Psikologi Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- susilowati. 2006. *Lebih jauh tentang kehamilan*. jakarta: Edsa Mahkota.
- Vera, W. 2017. *Asuhan Kebidanan Berkelanjutan*. semarang: unisulla.

BIODATA PENULIS



Hesti Wulandari, M.Keb.
Dosen Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Kabupaten Tangerang tanggal 20 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Indonesia Maju Jakarta dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Padjajaran. Selain aktif melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi, penulis juga cukup aktif menulis buku, buku-buku penulis yang telah terbit diantaranya Buku Kolaborasi Antar-Profesi: Panduan Pembelajaran Praktik Kolaborasi Antar-Profesi bagi Mahasiswa Kesehatan (2022) dan buku Pengembangan Program Pendidikan Interprofessional (2023). Selain itu penulis memiliki pengalaman menjadi Fasilitator pada Pelatihan Layanan Kesehatan Reproduksi pada Pandemi Covid-19 bagi Praktisi Bidan Tahap II yang diselenggarakan oleh Knowledge Hub bersama PP IBI, UNFPA pada tahun 2021 dan Pelatihan Balanced Counseling bersama ARA Foundation dan BKKBN pada tahun 2022. Penulis dapat dihubungi melalui email : hestiwulandari85@gmail.com

BIODATA PENULIS



Royani Chairiyah, S.SiT., M.Kes, M.Keb.

Dosen Program Studi Sarjana Bidan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Padang tanggal 9 Mei 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Menyelesaikan SPK Depkes Bukittinggi tamat tahun 1998, Program Pendidikan Bidan Depkes Bukittinggi tamat tahun 1999, D3 Kebidanan Poltekkes Jakarta III tamat tahun 2004 dan D4 Kebidanan tamat 2006 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat pada Jurusan Kesehatan Reproduksi tamat 2012 dan Januari 2023 menyelesaikan Magister Kebidanan Universitas Padjajaran. Penulis aktif melakukan Tridarma Perguruan Tinggi.

PEKERJAAN diawali dari Bidan PTT di Puskesmas X Koto I Tanah Datar Sumatera Barat Tahun 2001 Bekerja Jadi Bidan di RB Sayyidah Jakarta Tahun 2005 Dosen di Akademi Kebidanan Farama Mulya, Tahun 2019 sampai sekarang Dosen Kebidanan Universitas Binawan. Aktif di Organisasi Ikatan Bidan Indonesia sekarang menjabat pengurus seksi pendidikan IBI Ranting Pondok Gede dan membuka praktek Bidan Mandiri di daerah Radar selatan Jaticepaka Pondok Gede Bekasi.

BIODATA PENULIS



Ni Ketut Ayu Wulandari, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb

Dosen Program Pendidikan Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng

Penulis lahir di Waingapu (NTT) pada tanggal 27 Juni 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di UPT Akademi Kebidanan Dinas Pendidikan Provinsi Bali dan D4 Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Jombang serta melanjutkan S2 Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Guna Bangsa Yogyakarta. Penulis menekuni bidang Kebidanan Kesehatan Reproduksi.

Beberapa mata kuliah yang diampu dikampus yakni Fisika Kesehatan dan Biokimia dalam Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan, KDPK, Asuhan Kebidanan Nifas, Asuhan Kebidanan Pranikah dan Prakonsepsi, Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak dengan Kondisi Rentan, Asuhan Kebidanan Pada Kasus Kompleks, Praktik Profesionalisme Bidan, Kesehatan Lansia, Mitigasi Bencana. Sebelumnya penulis juga telah menghasilkan buku kolaborasi yang berjudul Bersama Duta Kampus Kita Melawan Covid-19 dan buku kolaborasi berjudul HIV/AIDS Pada Ibu Hamil. Penulis dapat dihubungi melalui email : ayulan93@gmail.com , nomor telepon : 085701307787.

BIODATA PENULIS



Dr. Grhasta Dian Perestroika, S.ST., M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Penulis lahir di Kabupaten Banjarnegara pada tahun 1989. Penulis adalah Dosen yang mengabdikan diri di Program Studi Sarjana dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta (FK UNS). Menyelesaikan program D4 Kebidanan di FK UNS pada Tahun 2011. Penulis menyelesaikan jenjang S2 Peminatan Kebidanan, Konsentrasi Sain Terapan Kesehatan, Program Magister Epidemiologi, Sekolah Pasca Sarjana Universitas Diponegoro (UNDIP) pada Tahun 2014 dan pada Tahun 2022 beliau berhasil meraih gelar Doktor di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (FK-KMK UGM).

BIODATA PENULIS



Neny Yuli Susanti.,SST.,M.Keb

Dosen tetap pada Program Studi S1 Bidan dan Profesi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ibrahimy

Penulis lahir di Mojokerto tanggal 03 Juli 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Bidan dan Profesi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Ibrahimy. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada Jurusan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Fakultas Kedokteran, Universitas Padjajaran Bandung. Penulis menekuni bidang Menulis beberapa artikel dan publikasi ilmiah baik nasional maupun internasional yang bertemakan kehamilan, remaja dan anak.

BIODATA PENULIS



Faridah Hariyani, SST., M.Keb

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan D-IV dan S2 pada Jurusan Kebidanan Universitas Padjadjaran Bandung. Buku yang pernah ditulis ; Dasar Kesehatan Reproduksi, Asuhan Kebidanan Komunitas dan Tanggap Bencana, Asuhan Kebidanan pada Kasus Kompleks, Kejang, Psikologi Kesehatan, Psikososial Kebidanan, dan Psikologi Anak

BIODATA PENULIS



Meda Yuliani, SST.,M.Kes

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Univerisitas Bhakti Kencana

Penulis lahir di Bogor, pada tanggal 27 Juli 1987. Menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Sains Terapan Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Jend. Ahmad Yani Cimahi pada tahun 2010, Magister Kesehatan pada jurusan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia (URINDO) pada tahun 2015. Sejak tahun 2008 sampai sekarang ini masih aktif menjadi Dosen Tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

BIODATA PENULIS



Heny Rosiana, SST., Bdn., M.Keb
Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis lahir di Kendal, 10 November 1982. Penulis menempuh pendidikan Diploma Diploma III di AKBID Pemkab Kendal lulus tahun 2004, Pendidikan DIV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2010-2011. Pada tahun 2017 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan dari Universitas Padjadjaran Bandung. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Semarang. Mata Kuliah yang diampu antara lain Asuhan Persalinan dan bayi baru lahir, Asuhan kehamilan dan Manajemen Bencana.