

ILMU KANDUNGAN

Neta Ayu Andera

Maryuni

Intan Renata Silitonga

Haspita Rizki Syurya Handini

Nabila Amelia Hanisyah Putri

Endang Susilowati

Nor Tri Astuti Wahyuningsih

Syafitriya Ningsih

Lutfi Handayani

Kadek Sri Ariyanti

Dea Lestari

Mella Yuria R.A.

Sri Ayu Nata

Putu Arik Herliawati



GET PRESS INDONESIA

ILMU KANDUNGAN

Penulis :

Neta Ayu Andera
Maryuni
Intan Renata Silitonga
Haspita Rizki Syurya Handini
Nabila Amelia Hanisyah Putri
Endang Susilowati
Nor Tri Astuti Wahyuningsih
Syafitriya Ningsih
Lutfi Handayani
Kadek Sri Ariyanti
Dea Lestari
Mella Yuria R.A.
Sri Ayu Nata
Putu Arik Herliawati

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, Amd.Kep

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 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 Ilmu Kandungan ini.

Buku ini membahas Pemeriksaan rutin, Kehamilan, Pola Menstruasi, Infertilitas, Keluhan Menopause, Kontrasepsi, Kanker Reproduksi, Gangguan Hormonal, Perawatan Ginekologi, Kesehatan Seksual, Manajemen Kehamilan Risiko Tinggi, Persalinan dan Pemulihan Pasca-Persalinan, Kesehatan Reproduksi Remaja, Konseling Psikologis.

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, Desember 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
BAB 1 PEMERIKSAAN RUTIN.....	1
1.1 Landasan Teori.....	1
1.2 Pengertian Pemeriksaan/skrining kesehatan.....	1
1.3 Tujuan Cek Pemeriksaan Rutin	3
1.4 Kriteria Pelaksanaan Kegiatan Pemeriksaan Rutin	4
DAFTAR PUSTAKA	8
BAB 2 KEHAMILAN	9
2.1 Kehamilan	9
2.2 Fisiologi Kehamilan.....	9
2.3 Tanda dan Gejala Kehamilan	11
2.4 Perubahan – Perubahan Fisiologis Kehamilan	13
2.5 Tanda Bahaya dalam Kehamilan.....	14
2.6 Kebijakan Pemerintah yang berkaitan dengan Asuhan Kehamilan.....	14
DAFTAR PUSTAKA	17
BAB 3 POLA MENSTRUASI.....	19
3.1 Pendahuluan.....	19
3.2 Endokrin dalam Siklus Menstruasi.....	19
3.3 Perubahan Ovarium dalam Siklus Menstruasi.....	20
3.3.1 Fase Folikuler	20
3.3.2 Fase Ovulasi.....	20
3.3.3 Fase Luteal	20
3.4 Peredaran Darah Uterus	21
3.5 Perubahan Endometrium Saat Menstruasi.....	21
3.5.1 Fase Proliferasi	21
3.5.2 Fase Sekresi.....	21
3.5.3 Fase Implantasi.....	22
3.5.4 Fase Deskuamasi.....	22
3.6 Aspek Klinis Menstruasi.....	23
3.6.1 Menarche, Pubertas, Masa Reproduksi dan Menopause	24

3.6.2 Siklus Menstruasi.....	24
3.6.3 Lamanya Menstruasi	24
3.6.4 Darah Menstruasi.....	24
3.6.5 Faktor Jaringan dan Pembekuan Darah Menstruasi	25
3.6.6 Fibrinolisis Bekuan Darah Menstruasi	25
3.6.7 Kehilangan Darah Menstruasi	25
3.6.8 Sindrom Premenstruasi.....	25
DAFTAR PUSTAKA.....	26
BAB 4 INFERTILITAS	27
4.1 Pendahuluan	27
4.2 Pengertian	27
4.3 Etiologi.....	28
4.3.1 Faktor Perempuan.....	29
4.3.2 Faktor Laki-Laki	30
4.4 Patofisiologi.....	31
4.4.1 Anovulasi	31
4.4.2 Endometriosis	32
4.5 Faktor Risiko	33
4.6 Pengkajian.....	35
4.7 Penatalaksanaan Infertilitas.....	38
4.8 Sistem Rujukan Infertilitas.....	39
DAFTAR PUSTAKA.....	42
BAB 5 KELUHAN MENOPAUSE.....	45
5.1 Proses terjadinya Menopause pada Wanita	46
5.2 Jenis keluhan Menopause	47
5.2.1 Kelelahan	47
5.2.2 Mudah Cemas dan Marah.....	47
5.2.3 Hot Flashes	48
5.2.4 Keluhan Jantung	48
5.2.5 Gangguan Tidur	49
5.2.6 Keluhan Sendi dan Otot	50
5.2.7 Masalah seksual (Kekeringan vagina)	50
5.2.8 Keluhan kencing	51
5.3 Cara Mengatasi Keluhan Menopause	51
5.3.1 Menjaga Pola Makan dan Nutrisi.....	51
5.3.2 Olahraga rutin.....	52

5.3.3 Istirahat dan tidur yang cukup.....	52
5.3.4 Dukungan Keluarga serta Konseling atau Terapi Psikologis	53
DAFTAR PUSTAKA	54
BAB 6 KONTRASEPSI	57
6.1 Pendahuluan	57
6.2 Kontribusi Penyedia Layanan Keluarga Berencana ...	57
6.3 Kesetaraan Gender dan Inklusivitas Gender	59
6.4 Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)	61
6.4.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).....	62
6.4.2 Kontrasepsi Implan/Susuk	77
6.4.3 Metode Operasi Wanita (MOW)/Sterilisasi Wanita.....	85
6.4.4 Metode Operasi Pria(MOP)/Vasektomi.....	90
DAFTAR PUSTAKA	93
BAB 7 KANKER REPRODUKSI	95
7.1 Pendahuluan.....	95
7.2 Kanker Ovarium.....	96
7.2.1 Kanker ovarium yang kurang umum	96
7.2.2 Stadium.....	97
7.3 Kanker Uterus	104
7.3.1 Kanker Endometrium	104
7.3.2 Sarkoma Uterus	110
7.4 Kanker Serviks.....	112
7.4.1 Penyebab Kanker Serviks	114
7.4.2 Pencegahan Kanker Serviks	115
7.4.3 Stadium Kanker Serviks	116
7.5 Kanker Vagina.....	122
7.5.1 Jenis Kanker Vagina.....	122
7.5.2 Penyebab Kanker Vagina	122
7.5.3 Tanda dan gejala kanker vagina termasuk rasa sakit atau perdarahan vagina yang tidak normal	124
7.6 Kanker Vulva	125
7.6.1 Penyebab Kanker Vulva.....	126
7.6.2 Tanda dan Gejala Kanker Vulva	128
DAFTAR PUSTAKA	129

BAB 8 GANGGUAN HORMONAL.....	131
8.1 Faktor yang mempengaruhi gangguan Hormonal	132
8.2 Penanganan Gangguan Hormonal	132
8.3 Jenis Penyakit Akibat Gangguan Hormonal	133
8.3.1 Endometriosis	133
8.3.2 <i>Polycystic Ovary Syndrome</i> (PCOS)	135
8.3.3 Gangguan Menstruasi	136
8.3.4 Sindrom Cushing	138
8.3.5 Diabetes Militus	139
DAFTAR PUSTAKA.....	141
BAB 9 PERAWATAN GINEKOLOGI	145
9.1 Pendahuluan	145
9.2 Anatomi Organ Reproduksi Wanita.....	145
9.2.1 Rahim (Uterus).....	145
9.2.2 Indung Telur (Ovarium)	146
9.2.3 Vagina	146
9.3 Kehamilan Sehat.....	147
9.3.1 Perencanaan Kehamilan	147
9.3.2 Pemeriksaan Kehamilan	147
9.3.3 Perawatan Kehamilan Sehat.....	148
9.3.4 Gaya Hidup Sehat	148
9.4 Persiapan untuk Persalinan.....	149
9.4.1 Pilih Lokasi Persalinan	149
9.4.2 Pemahaman Proses Persalinan	149
9.4.3 Pembicaraan dengan Tim Perawatan	149
9.5 Persalinan.....	149
9.5.1 Manajemen Nyeri Selama Persalinan.....	149
9.5.2 Pendampingan dan Dukungan Emosional.....	149
9.5.3 Pantauan Proses Persalinan	149
9.6 Nifas dan Perawatan Pasca Persalinan	150
9.6.1 Perubahan Fisik.....	150
9.6.2 Perubahan Emosional.....	151
9.6.3 Perawatan Pasca Persalinan.....	152
9.6.4 Dukungan Kesehatan Mental	152
DAFTAR PUSTAKA.....	153
BAB 10 KESEHATAN SEKSUAL	155

10.1 Apa Itu Kesehatan Seksual?	155
10.1.1 Memahami Siklus Menstruasi	155
10.1.2 Mencapai Kesehatan Seksual	157
10.1.3 Kontrasepsi dan Keluarga Berencana	157
10.1.4 Kehamilan dan Kesuburan	158
10.1.5 Melindungi dari Penyakit Menular Seksual	163
10.1.6 masalah kesehatan seksual	164
10.2 Hak atas Kesehatan Seksual dan Reproduksi	
Perempuan	164
10.2.1 Hak atas Kesehatan Seksual dan Reproduksi	
Perempuan	164
10.2.2 Standar Hak Asasi Manusia yang Relevan	
dengan Kesehatan Seksual dan Reproduksi	
Perempuan	165
DAFTAR PUSTAKA	167
BAB 11 MANAJEMEN KEHAMILAN RISIKO TINGGI....	169
11.1 Kehamilan Risiko Tinggi	169
11.2 Kriteria Kehamilan Risiko Tinggi	170
11.3 Faktor Risiko Tinggi	170
11.4 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi	174
11.5 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi	176
11.6 Tujuan dilakukannya Deteksi dini terhadap	
komplikasi kehamilan	176
11.7 Alat untuk Deteksi dini rterhadap komplikasi	
kehamilan (Alat Skrining Ibu Hamil)	177
11.8 Buku KIA	178
DAFTAR PUSTAKA	180
BAB 12 PERSALINAN DAN PEMULIHAN	
PASCA PERSALINAN	181
12.1 Pendahuluan	181
12.2 Asuhan Komplementer Persalinan	182
12.2.1 Nyeri Persalinan	183
12.3 Asuhan Komplementer Pasca Persalinan	189
12.3.1 Pemijatan selama masa nifas	190
12.3.2 Aromaterapi Selama Masa Nifas	190
12.3.3 Herbal Selama Masa Nifas	190
DAFTAR PUSTAKA	194

BAB 13 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA	197
13.1 Pendahuluan	197
13.2 Pengertian Remaja	199
13.3 Karakteristik Remaja	200
13.4 Perkembangan Remaja	203
13.5 Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja	207
13.6 Hak-hak Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi.....	208
13.7 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja.....	213
13.8 Penanganan Masalah Reproduksi Remaja.....	220
DAFTAR PUSTAKA.....	226
BAB 14 KONSELING PSIKOLOGIS.....	229
14.1 Konsep Psikologi.....	229
14.2 Konsep Konseling	230
14.3 Intervensi Psikologi Kebidanan	232
14.3.1 Persyaratan Menjadi Konselor	232
14.3.2 Psikoterapi Kebidanan	233
14.3.3 Psikoanalisa Dalam Konseling	234
14.4 Tahapan Konseling.....	236
14.5 Hubungan Konselor dengan klien.....	238
14.6 Proses Konseling.....	239
DAFTAR PUSTAKA.....	242
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Gambar Umpan Balik, Ovarium, dan Endometrium	23
Gambar 7.1. Organ Reproduksi Wanita.....	96
Gambar 7.2. Kanker Ovarium Stadium IA	98
Gambar 7.3. Kanker Ovarium Stadium IB	99
Gambar 7.4. Kanker Ovarium Stadium IC	99
Gambar 7.5. Kanker Ovarium Stadium IIA.....	100
Gambar 7.6. Kanker Ovarium Stadium IIB.....	101
Gambar 7.7. Kanker Ovarium Stadium IIIA2	102
Gambar 7.8. Kanker Ovarium Stadium IIIB	102
Gambar 7.9. Kanker Ovarium Stadium IIIC	103
Gambar 7.10. Kanker Ovarium Stadium IV	104
Gambar 7.11. Kanker Endometrium Stadium I	106
Gambar 7.12. Kanker Endometrium Stadium II.....	106
Gambar 7.13. Kanker Endometrium Stadium IIIA.....	107
Gambar 7.14. Kanker Endometrium Stadium IIIB.....	107
Gambar 7.15. Kanker Endometrium Stadium IIIC	108
Gambar 7.16. Kanker Endometrium Stadium IVA.....	109
Gambar 7.17. Kanker Endometrium Stadium IVB	110
Gambar 7.18. Anatomi Serviks	113
Gambar 7.19. Anatomi Serviks	114
Gambar 7.20. Model multifaktorial etiologi kanker serviks.....	115
Gambar 7.21. Kanker Serviks Stadium IA	116
Gambar 7.22. Kanker Serviks Stadium IB1	117
Gambar 7.23. Kanker Serviks Stadium IB2 & IB3	117
Gambar 7.24. Kanker Serviks Stadium II.....	118
Gambar 7.25. Kanker Serviks Stadium IIIA	119
Gambar 7.26. Kanker Serviks Stadium IIIB	119
Gambar 7.27. Kanker Serviks Stadium IIIC	120
Gambar 7.28. Kanker Serviks Stadium IVA	121
Gambar 7.29. Kanker Serviks Stadium IVB	121
Gambar 7.30. Anatomi Vulva.....	126

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Anamnesis pada Perempuan.....	35
Tabel 4.2. Pemeriksaan Hormon.....	37
Tabel 4.3. Penatalaksanaan Infertilitas.....	39
Tabel 6.1. Waktu Pemasangan AKDR Cooper	65
Tabel 6.2. Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel	73
Tabel 6.3. Waktu Pemasangan Implan	81
Tabel 6.4. Waktu Tindakan Sterilisasi Wanita.....	88
Tabel 7.1. Stadium leiomyosarkoma (LMS), sarkoma stroma endometrium (ESS), dan adenosarkoma	a111
Tabel 11.1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok.....	171
Tabel 14.1. Struktur kepribadian menurut Freud terdiri dari; id, ego, dan super ego.....	235

BAB 1

PEMERIKSAAN RUTIN

Oleh Neta Ayu Andera

1.1 Landasan Teori

Konsep Pemeriksaan Rutin meliputi pengertian, tujuan, kriteria pelaksanaan, dan indikator cek kesehatan rutin. Adapun konsep cek pemeriksaan rutin rutin menurut Kementerian Kesehatan RI (2016) adalah sebagai berikut:

1.2 Pengertian Pemeriksaan/skrining kesehatan

Secara rutin merupakan upaya promotif preventif yang diamanatkan untuk dilaksanakan oleh bupati/walikota sesuai Permendagri No. 18 Tahun 2016 dengan tujuan untuk: mendorong masyarakat mengenali faktor risiko PTM terkait perilaku dan melakukan upaya pengendalian segera ditingkat individu, keluarga dan masyarakat; mendorong penemuan faktor risiko fisiologis berpotensi PTM yaitu kelebihan berat badan dan obesitas, tensi darah tinggi, gula darah tinggi, gangguan indera dan gangguan mental; mendorong percepatan rujukan kasus berpotensi ke FKTP dan sistem rujukan lanjut. Cek kesehatan rutin adalah suatu upaya untuk mendeteksi adanya kelainan yang terjadi pada tubuh, walaupun belum timbul gejala, dan dilakukan secara rutin atau berkala. Terdapat beberapa keadaan sakit yang hanya dapat diketahui kalau melakukan pemeriksaan kesehatan, seperti pemeriksaan laboratorium.

Kegiatan Pemeriksaan/skrining kesehatan secara rutin sebagai upaya pencegahan yang harus dilakukan oleh setiap penduduk usia >15 tahun keatas untuk mendeteksi secara dini adanya faktor risiko perilaku yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit Jantung, Kanker, Diabetes dan penyakit paru kronis, gangguan indera serta gangguan mental(Muslihatun, 2010). Pembudayaan cek kesehatan secara rutin merupakan

penerapan upaya promotif preventif yang efektif dan menjadi pilar utama dalam peningkatan derajat kesehatan, meningkatkan kualitas SDM bangsa, pencapaian target SDGs (pembangunan berkelanjutan). Investasi dalam upaya promotif preventif dalam pencegahan penyakit tidak menular akan menghindarkan Indonesia dari beban pembiayaan kesehatan dan beban ekonomi dikarenakan peningkatan PTM(Astuti, 2010). Beberapa landasan teori yang mendukung pemeriksaan rutin dalam ilmu kandungan melibatkan aspek-aspek sebagai berikut

1. Teori Pemantauan Kesehatan

Pemeriksaan rutin dirancang untuk memantau kesehatan ibu hamil dan janin secara berkala. Pemantauan ini mencakup parameter seperti tekanan darah, berat badan, detak jantung, dan ukuran rahim . Tujuannya adalah untuk mendeteksi dini potensi masalah kesehatan dan memberikan intervensi yang diperlukan(Pernoll, 2010).

2. Teori Deteksi Dini dan pencegahan

Pemeriksaan rutin bertujuan untuk mendeteksi dini adanya potensi masalah atau risiko komplikasi selama kehamilan. Dengan melakukan pemeriksaan secara teratur, penyakit atau kondisi yang mungkin timbul dapat diidentifikasi lebih awal, memungkinkan intervensi secara cepat dan pencegahan komplikasi lebih lanjut.

3. Teori Kesejahteraan psikososial

Pemeriksaan rutin tidak hanya berkaitan dengan aspek fisik, tetapi juga mendukung kesejahteraan psikososial ibu hamil. Interaksi dengan penyedia layanan kesehatan selama pemeriksaan dapat memberikan dukungan emosional, memberikan informasi, dan memberdayakan ibu hamil dalam pengambilan keputusan terkait perawatan dan persalinan.

4. Teori Keterlibatan Pasien

Pemeriksaan rutin menciptakan keterlibatan aktif ibu hamil dalam perawatan kesehatan mereka. Dengan memberikan informasi dan melibatkan ibu hamil dalam proses pengambilan keputusan, pemeriksaan rutin dapat

meningkatkan pemahaman dan kepatuhan ibu terhadap perawatan yang diberikan.(Astuti, 2010)

5. Teori Pendidikan Kesehatan

Pemeriksaan rutin juga merupakan kesempatan untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu hamil. Informasi yang diberikan melalui pemeriksaan membantu ibu hamil memahami, mempersiapkan persalinan optimal untuk diri mereka sendiri dan bayi yang akan dilahirkan.

1.3 Tujuan Cek Pemeriksaan Rutin

1. Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan mendeteksi faktor risiko bersama yang menjadi penyebab terjadinya PTM terutama Jantung, Kanker, Diabetes dan Penyakit Paru kronis yaitu diet tidak sehat (kurang mengonsumsi sayur dan buah, mengonsumsi makanan tinggi garam, gula, lemak dan diet gizi tidak seimbang), kurang beraktifitas fisik 30 menit setiap hari, menggunakan tembakau/rokok serta mengonsumsi alkohol(Siswo, 2020).
2. Mendorong dan menggerakkan masyarakat untuk melakukan modifikasi perilaku berisiko tersebut diatas menjadi perilaku hidup sehat mulai dari individu, keluarga dan masyarakat sebagai upaya pencegahan PTM.
3. Mendeteksi masyarakat yang mempunyai risiko hipertensi dan diabetes melitus serta mendorong rujukan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama untuk ditatalaksana lebih lanjut sesuai standar.
4. Mengurangi terjadinya komplikasi, kecacatan dan kematian prematur akibat penyakit tidak menular karena ketidaktahuan/keterlambatan untuk mendeteksi PTM utamanya Hipertensi dan Diabetes Mellitus pada tahap dini.
5. Mendorong dan menggerakkan masyarakat khususnya para ibu untuk memeriksakan diri agar terhindar dari kanker leher rahim dan kanker payudara dengan deteksi dini tes IVA/SADANIS.

1.4 Kriteria Pelaksanaan Kegiatan Pemeriksaan Rutin

1. Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan pemeriksaan/skrining kesehatan sesuai standar. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota wajib memberikan pemeriksaan kesehatan sesuai standar pada warga negara usia 15 – 59 tahun di wilayah kerjanya(Muslihatun, 2010).
2. Pelayanan pemeriksaan/ skrining kesehatan usia >15 tahun keatas diberikan, sesuai kewenangannya, oleh: dokter; bidan; perawat; nutrisisionis/tenaga gizi. Petugas Pelaksana Posbindu PTM terlatih.
3. Pelayanan pemeriksaan/skrining kesehatan dilakukan di Puskesmas dan jaringannya (Posbindu PTM) serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
4. Pemeriksaan/skrining kesehatan usia 15 tahun keatas dilakukan minimal dilakukan satu tahun sekali.

Indikator Pemeriksaan Rutin kesehatan sesuai standar usia 15-59 tahun meliputi:

1. Deteksi faktor risiko riwayat penyakit PTM keluarga dan faktor risiko perilaku (merokok dan terpapar asap rokok, diet tidak sehat, tidak beraktifitas fisik 30 menit perhari, mengkonsumsi alkohol(Buchmann E, 2017)
2. Deteksi kemungkinan Obesitas dilakukan dengan memeriksa Tinggi Badan dan Berat Badan serta lingkar perut.
3. Deteksi Hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer.
4. Deteksi kemungkinan Diabetes Mellitus menggunakan tes cepat gula darah.
5. Deteksi Gangguan Mental Emosional Dan Perilaku.
6. Pemeriksaan ketajaman penglihatan
7. Pemeriksaan ketajaman pendengaran

8. Deteksi dini kanker dilakukan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA khusus untuk wanita usia 30 – 59 tahun.
9. Individu yang ditemukan mempunyai faktor risiko perilaku atau menderita kelainan wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya.

Faktor –faktor yang melibatkan pemeriksaan rutin dalam ilmu kandungan

1. Faktor Kesehatan Ibu :
Teori Kesehatan Manusia: Faktor-faktor seperti riwayat kesehatan ibu, penyakit kronis, atau kondisi medis tertentu dapat mempengaruhi frekuensi dan jenis pemeriksaan yang diperlukan
2. Faktor Kesejahteraan Psikososial
Teori Kesejahteraan Psikososial: Kondisi psikologis dan sosial ibu, seperti dukungan sosial, stres, atau masalah psikologis, dapat memengaruhi kebutuhan untuk pemeriksaan rutin.
3. Faktor Demografis dan sosial
Teori Pemantauan Kesehatan: Faktor-faktor seperti usia, status sosioekonomi, dan lingkungan tempat tinggal dapat memainkan peran dalam menentukan apakah pemeriksaan rutin diperlukan lebih sering atau tidak.
4. Faktor keterlibatan pasien
Teori Keterlibatan Pasien: Tingkat partisipasi dan keterlibatan ibu dalam perawatan kesehatan mereka sendiri dapat mempengaruhi sejauh mana pemeriksaan rutin dapat dijalankan dan diikuti
5. Faktor budaya dan nilai
Teori Asuhan Holistik: Nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan preferensi individu dapat memainkan peran dalam pemilihan dan frekuensi pemeriksaan rutin.
6. Faktor Aksesibilitas layanan Kesehatan
Teori Pemantauan Kesehatan: Ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan mempengaruhi seberapa mudah ibu hamil dapat mengakses pemeriksaan rutin.

7. Faktor Pendidikan Kesehatan

Teori Pendidikan Kesehatan: Tingkat pemahaman ibu hamil tentang pentingnya pemeriksaan rutin, pengetahuan tentang perubahan selama kehamilan, dan persiapan persalinan dapat memengaruhi kepatuhan mereka terhadap pemeriksaan

8. Faktor Lingkungan

Teori Pencegahan: Lingkungan tempat tinggal, pekerjaan, dan paparan zat-zat tertentu dapat memerlukan pemantauan khusus atau pemeriksaan tambahan.

Teori Kebijakan dalam pemeriksaan Rutin

1. Teori Kesetaraan Akses dan Pelayanan Kesehatan:

- a. Prinsip: Menciptakan kebijakan yang menjamin kesetaraan akses terhadap pemeriksaan rutin bagi semua ibu hamil.
- b. Strategi: Mengembangkan program pemeriksaan rutin yang terjangkau, mudah diakses, dan dapat diakses oleh berbagai kelompok masyarakat.

2. Teori Pemberdayaan Pasien:

- a. Prinsip: Mengakui peran aktif ibu hamil dalam perawatan kesehatan mereka dan memberikan informasi yang memungkinkan pengambilan keputusan yang berdaya.
- b. Strategi: Mendorong partisipasi ibu hamil dalam perencanaan dan pelaksanaan pemeriksaan rutin, serta memberikan informasi yang mudah dimengerti.

3. Teori Perawatan Terpadu:

- a. Prinsip: Menyelenggarakan perawatan kesehatan yang terintegrasi, menyeluruh, dan melibatkan berbagai disiplin ilmu kesehatan.
- b. Strategi: Mengintegrasikan pemeriksaan rutin dalam sistem perawatan maternal dan anak, termasuk kolaborasi antara dokter kandungan, bidan, dan penyedia layanan kesehatan lainnya.

4. Teori Pencegahan dan Promosi Kesehatan:
 - a. Prinsip: Memfokuskan pemeriksaan rutin pada tindakan pencegahan dan promosi kesehatan.
 - b. Strategi: Menyediakan layanan edukasi kesehatan selama pemeriksaan rutin, memberikan vaksinasi yang diperlukan, dan memberikan panduan gaya hidup sehat
5. Teori Manajemen Kualitas:
 - a. Prinsip: Menerapkan standar kualitas dan pemantauan hasil untuk meningkatkan kualitas perawatan.
 - b. Strategi: Mengembangkan pedoman pemeriksaan rutin berbasis bukti, melakukan audit klinis secara teratur, dan melibatkan umpan balik pasien untuk meningkatkan kualitas layanan
6. Teori Kesehatan Global:
 - a. Prinsip: Menciptakan kebijakan yang sesuai dengan konteks kesehatan global dan mendukung tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs).
 - b. Strategi: Menyesuaikan pemeriksaan rutin dengan kebutuhan lokal, regional, dan global, serta memperhatikan isu-isu kesehatan global yang mungkin memengaruhi ibu hamil

Melalui penerapan strategi-strategi ini, kebijakan pemeriksaan rutin diharapkan dapat memberikan layanan kesehatan maternal yang optimal, merata, dan berkelanjutan bagi semua ibu hamil. (Buchmann E, 2017)

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, M. 2010. *Buku Pintar Kehamilan*. Jakarta: EGC.
- Buchmann E 2017. 'Monitoring Maternal and Fetal Heart Rate Patterns During Pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics &Gynaecology', 38, pp. 25–38.
- Muslihatun, W. N. 2010. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta.
- Pernoll, M. . . 2010. *Buku Saku Obstetri Dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Siswo, S. 2020. *Obstetri Fisiologi*. Jakarta: Pustaka Cendekiana.

BAB 2

KEHAMILAN

Oleh Maryuni

2.1 Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang alamiah (fisiologis). Dalam beberapa literatur kehamilan memiliki beberapa definisi yang pada dasarnya memiliki satu benang merah yakni suatu proses dan rangkaian perubahan yang terjadi pada organ dan jaringan wanita akibat adanya pembuahan (Fertilisasi) spermatozoa dan ovum hingga terjadi perkembangan janin didalam rahim (uterus). Menurut kalender internasional, keseluruhan proses mulai dari pembuahan hingga kelahiran rata-rata memakan waktu 266 hingga 270 hari atau setara dengan 40 minggu atau sekitar 9 bulan. (Fijri, 2021).

2.2 Fisiologi Kehamilan

1. Fertilisasi

Sel telur/Ovum dapat dibuahi jika sudah mengalami *oogenesis*. Sel telur ini disekresikan oleh ovarium selama ovulasi, satu kali per siklus menstruasi, dan digunakan saat menopause. Sel telur memiliki umur 2 – 4 hari setelah dilepaskan dari ovarium. Sel telur memiliki dua lapisan yaitu sel granulosa dan zona pelusida yang harus ditembus sperma agar kehamilan bisa terjadi. (Hartini, 2018).

Sperma yang telah dikeluarkan dari testis akan melalui proses pematangan yang disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan menurun namun tidak akan berkurang seperti oosit dan akan terus terjadi bahkan pada orang lanjut usia. Pemupukan memakan rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma dalam setiap mililiter air mani/3 cc setiap ejakulasi. Mengeluarkan enzim hyaluronidase untuk melunakkan sel – sel granulosa. (Hartini, 2018).

Fertilisasi pada masa kehamilan diawali dengan pembuahan, yaitu pertemuan sel telur dan sperma. Tempat paling sering bertemunya sel telur dan sperma adalah di ampula tuba. Sebelum terjadi pertemuan antara sel telur dan sperma, ada tiga fase yang harus dilalui, yaitu;

- a. Fase penembusan korona radiata
- b. Fase Penembusan zona pellusida
- c. Fase penyatuan oosit dan membran sel sperma

Proses Fertilisasi terjadi di ampula tuba, namun hanya satu sperma yang telah melalui proses kapasitasi yang dapat melewati zona pelusida masuk ke dalam vitellus ovum. Kemudian area zona pelusida akan mengalami perubahan sehingga sperma lain tidak dapat melewatinya. (Hartini, 2018).

2. Konsepsi

Nidasi/implantasi adalah proses tertanamnya sel telur yang telah dibuahi (pada stadium blastokista) ke dalam endometrium. Didalam endometrium terdapat sel – sel yang kaya akan glikogen, yang mudah dihancurkan oleh trofoblas (Hartini, 2018).

Blastula, didalamnya terdapat banyak sel yang dengan mudah masuk ke dalam desidua, sehingga menimbulkan luka kecil yang kemudian akan sembuh dan menutup. Inilah sebabnya, terkadang saat proses implantasi terjadi sedikit pendarahan akibat luka desidua. Biasanya implantasi terjadi di dinding depan atau belakang rahim dekat fundus uteri (Hartini, 2018).

3. Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi

Hasil konsepsi akan tumbuh dan berkembang di dalam rahim selama kurang lebih 9 bulan. Setiap bulannya, janin mengalami proses perkembangan yang berbeda – beda. Untuk dapat tumbuh dan berkembang dengan baik, ibu membutuhkan asupan makanan yang mengandung nutrisi yang seimbang. (Hartini, 2018).

Pada masa kehamilan, wanita akan mengalami peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan (ibu dan janin), antara lain energi, protein, mineral, kalsium,

air, omega 3, vitamin, asam folat, zat besi. Pertumbuhan dan perkembangan janin dipengaruhi oleh beberapa faktor dan subfaktor antara lain:

a. Faktor ibu

- 1) Keadaan kesehatan ibu saat hamil
- 2) Penyakit yang menyertai kehamilan
- 3) Penyulit kehamilan
- 4) Kelainan pada uterus
- 5) Kehamilan tunggal atau ganda atau triplet
- 6) Kebiasaan ibu, merokok, alkohol, kecanduan

b. Faktor janin

- 1) Jenis kelamin janin
- 2) Penyimpangan genetik: kelainan kongenital, pertumbuhan abnormal
- 3) Infeksi intrauterine

c. Faktor plasenta

Plasenta merupakan organ yang membantu janin untuk dapat tumbuh dan berkembang secara normal di dalam rahim. Oleh karena itu, plasenta memegang peranan yang sangat penting dalam menjamin kesehatan janin dalam rahim, hal ini ditentukan oleh indeks plasenta. Indeks plasenta = berat plasenta (Hartini, 2018).

2.3 Tanda dan Gejala Kehamilan

Pada masa kehamilan, tubuh wanita bereaksi dengan banyak perubahan fisik dan psikis, yang kemudian dijadikan indikator untuk mengetahui apakah wanita tersebut hamil atau tidak. Ada 3 jenis tanda kehamilan yang perlu diketahui, yaitu:

1. Tanda dan gejala pasti (*positive sign*)

Tanda dan gejala pasti pada kehamilan adalah tanda – tanda yang bersifat objektif dan berarti bahwa kehamilan tersebut sudah pasti terkonfirmasi (dipastikan sebagai kehamilan). Yang termasuk dalam kategori ini, antara lain:

- a. Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ) *Fetal Heart Sound*
Jantung janin mulai berdenyut sejak hari ke 24 setelah konsepsi, namun DJJ baru dapat mulai didengar menggunakan *doppler* pada usia kehamilan sekitar 10

minggu atau 16 minggu jika menggunakan *fetoscope* (*laennec*). Selain menggunakan *Doppler* dan *Laennec*, DJJ juga dapat dipantau menggunakan *stetoscope* fundus, USG atau bisa juga menggunakan CTG (*cardiotokografi*). DJJ dikatakan normal jika frekuensi antara 110 – 160 kali per menit dengan perbedaan 5 hingga 25 kali per menit. Detak jantung janin berubah saat janin merespon kondisi di dalam uterus. DJJ menjadi salah satu indikator penting dalam menilai kesejahteraan janin dalam kandungan.

- b. Teraba Bagian Tubuh Janin Pada Pemeriksaan Palpasi
Pada saat pemeriksaan palpasi, diagnosa kehamilan dapat ditegakkan secara objektif melalui perabaan bagian – bagian tubuh janin dan adanya gerakan janin. Palpasi abdomen pada kehamilan dikenal dengan istilah Pemeriksaan Leopold.
Melalui pemeriksaan ini, bidan mendapatkan hasil berupa tinggi fundus uteri (TFU) yang dapat di jadikan patokan dalam menyimpulkan usia kehamilan, posisi dan sikap janin.
- c. Tampak Hasil Konsepsi Dalam Uterus Pada Pemeriksaan USG

2. Tanda dan gejala (mungkin) tidak pasti (*presumptive/probable sign*)

Berbeda dengan tanda gejala pasti kehamilan, tanda gejala tidak pasti bersifat subjektif, berasal dari pengakuan/keluhan ibu terhadap perubahan fisik atau psikis yang dialami atau dirasakannya. Seringkali presumptive sign ini dijadikan dugaan awal saat tanda pasti kehamilan belum muncul. Beberapa hal yang termasuk presumptive adalah sebagai berikut:

- a. Amenorhea
- b. Suhu basal tubuh meningkat
- c. Mual (nausea) dan Muntah (vomiting)
- d. Ngidam
- e. Sering merasa letih dan mengantuk

- f. Sakit kepala
 - g. Tanda Hartman dan kram perut
 - h. Sensitivitas Payudara Meningkat
 - i. Perut membesar
 - j. Sering berkemih
 - k. Sembelit (konstipasi)
 - l. Quickening
3. Tanda dan gejala palsu (*pseudocysis sign*)
- Tanda dan gejala kehamilan palsu umumnya bersifat psikis adalah keyakinan seorang wanita bahwa dirinya sedang hamil. Keadaan ini biasanya terjadi pada seorang wanita yang sangat menginginkan dan terobsesi pada kehamilan.
- Gejala pseudocysis umumnya sama dengan tanda dan gejala kehamilan lain seperti amenorrhea, payudara sensitive dan membesar, perut yang membesar, mual muntah, kenaikan berat badan dan merasakan gerakan janin secara subjektif (Fijri, 2021).

2.4 Perubahan – Perubahan Fisiologis Kehamilan

Pada masa kehamilan, seluruh sistem reproduksi wanita mengalami perubahan mendasar untuk dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam kandungan. Seiring perkembangannya, plasenta akan mengeluarkan hormon somatomotropin, estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan perubahan pada bagian tubuh berikut:

1. Uterus
2. Ovarium
3. Serviks
4. Vagina dan Perineum
5. Payudara (*mamae*)
6. Sistem pernapasan
7. Saluran pencernaan (*traktus digestivus*)
8. Sistem Integumen
9. Sistem perkemihan
10. Kelenjar Endokrin
11. Sistem Kardiovaskuler

12. Sistem Muskuloskeletal (Wulandari *et al.*, 2021).

2.5 Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang dapat terjadi selama kehamilan dan jika tidak terdeteksi, dapat menyebabkan kematian ibu. Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2016) Segera bawa ibu hamil ke fasilitas kesehatan terdekat jika menemui keluhan dan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Sakit kepala berat
2. Perdarahan pervagina
3. Gangguan penglihatan
4. Pembengkakan pada wajah dan tangan
5. Nyeri abdomen (epigastrium)
6. Mual dan muntah berlebihan
7. Demam, menggigil dan berkeriangat
8. Air ketuban pecah sebelum waktunya
9. Ibu mengalami batuk lebih dari 2 minggu
10. Sesak nafas
11. Jantung berdebar-debar
12. Keluar cairan dari jalan lahir yang berbau, gatal dan berwarna.
13. Janin tidak bergerak sebanyak biasanya

2.6 Kebijakan Pemerintah yang berkaitan dengan Asuhan Kehamilan

Antenatal care (ANC) merupakan pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan kepada wanita pada masa kehamilan, misalnya dengan memantau kesehatan fisik dan psikisnya, termasuk tumbuh kembangnya, serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran supaya ibu siap menghadapi peran baru sebagai orangtua (Wagiyo & Putranto, 2016)

Menurut (Kemenkes RI, 2020a) pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 6 kali selama masa kehamilan dan pemeriksaan oleh dokter minimal 2 kali pada trimester 1 dan 3. Pemeriksaan kehamilan dilakukan 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 24 minggu), 3 kali pada

trimester ketiga (kehammilan di atas 24 minggu sampai 40 minggu).

Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 kali sesuai kebutuhan. Pemeriksaan kehamilan di Indonesia yang dikenal dengan nama “10 T” yaitu:

1. Timbang berat badan

Pemeriksaan yang pertama adalah timbang berat badan dan ukur tinggi badan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui adakah risiko kehamilan yang mungkin terjadi. Dan kenaikan berat badan akan terus dipantau agar dapat diketahui apakah kenaikan berat badannya tergolong normal atau tidak.

2. Tekanan darah diperiksa

Pemeriksaan yang kedua adalah tekanan darah. Normalnya, tekanan darah berada di angka 110/80 hingga 140/90 mmHg. Hal ini dilakukan untuk mengetahui detail risiko apabila tekanan darah diketahui terlalu rendah atau tinggi.

3. Tinggi Fundus Uteri

Pemeriksaan yang ketiga adalah tinggi fundus uteri. Hal ini dilakukan sebagai salah satu indikator usia kehamilan. Idealnya, tinggi puncak rahim ini sama dengan usia kehamilan. Jika ada perbedaan, toleransinya pun hanya 1-2 cm.

4. Vaksinasi tetanus

Pemeriksaan yang keempat adalah pemberian vaksinasi tetanus untuk ibu hamil. Namun, perlu mengetahui status imunisasi sebelumnya agar dapat mengetahui berapa dosis yang harus diberikan.

5. Tablet zat besi

Pemeriksaan yang kelima adalah pemberian tablet atau suplemen zat besi untuk ibu hamil. Umumnya, akan diberikan vitamin pendukung seperti asam folat, kalsium, dan lainnya sesuai kebutuhan dan kondisi ibu.

6. Tetapkan status gizi

Pemeriksaan yang keenam adalah mengukur Lingkar Lengan Atas guna mengetahui status gizi ibu hamil. Jika, gizi

ibu hamil kurang tercukupi, maka risiko bayi mengalami berat badan lahir rendah.

7. Tes laboratorium

Pemeriksaan yang ketujuh adalah pemeriksaan laboratorium di trimester awal dan trimester akhir. Yang bertujuan untuk mengetahui kondisi yang umum seperti golongan darah, rhesus, hemoglobin, HIV, dan lainnya.

8. Denyut jantung janin

Pemeriksaan yang kedelapan adalah denyut jantung bayi. Pada usia kehamilan 8 minggu djj sudah bisa terdengar melalui USG, sedangkan jika menggunakan doppler djj baru terdengar di usia kehamilan 12 minggu. Hal ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko kematian karena cacat bawaan, infeksi, atau gangguan pertumbuhan.

9. Tatalaksana kasus

Bagi ibu hamil dengan risiko tinggi, maka akan ada tatalaksana kasus yang memastikan calon ibu mendapat perawatan dan fasilitas kesehatan memadai. Pihak rumah sakit atau dokter akan mendiskusikan opsi-opsinya dengan ibu.

10. Temu wicara (konseling)

Tanyakan segala hal terkait kehamilan agar mendapat informasi sejelas-jelasnya saat sedang konsultasi. Termasuk konseling Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan (Kemenkes RI, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Fijri, B. 2021. *Pengantar Asuhan Kebidanan*. Pertama. Yogyakarta: Bintang Pustaka Madani. Available at: <http://webadmin.ipusnas.id/ipusnas/publications/books/182314/>.
- Hartini, E. E. 2018. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Pertama. Jakarta: Wineka Media. Available at: https://play.google.com/store/books/details?id=-_CYDwAAQBAJ.
- Kemenkes RI. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir di Era Adaptasi Baru*. Available at: <https://covid19.go.id/storage/app/media/Materi Edukasi/2020/Oktober/revisi-2-a5-pedoman-pelayanan-antenatal-persalinan-nifas-dan-bbl-di-era-adaptasi-kebiasaan-baru.pdf>.
- Wulandari, R. C. L. *et al.* 2021. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Pertama. Edited by R. Widyastuti. Bandung: MEDIA SAINS INDONESIA. Available at: <https://play.google.com/store/books/details?id=mZ5BEAAAQBAJ>.

BAB 3

POLA MENSTRUASI

Oleh Intan Renata Silitonga

3.1 Pendahuluan

Menstruasi merupakan suatu tanda pubertas pada perempuan. Menstruasi ini dipengaruhi oleh endokrin yang terjadi pada sumbu Hipotalamus-Hipofisis-Ovarium dan juga pada endometrium sebagai target organ. Terjadi perubahan pada endometrium serta ovarium selama satu siklus menstruasi yang dipengaruhi gonadotropin (Baziad & Prabowo, 2011).

3.2 Endokrin dalam Siklus Menstruasi

Uterus terdiri atas tiga buah lapisan yaitu perimetrium, miometrium, dan endometrium.

Siklus menstruasi dipengaruhi sumbu Hipotalamus-Hipofisis-Ovarium (sumbu H-H-O), yaitu (Baziad & Prabowo, 2011):

1. Gonadotropin (FSH, LH) meningkat dan memicu perubahan di ovarium, yaitu terjadi pematangan folikel, dan disebut sebagai fase folikuler. Folikel antral membesar dan sekresi estrogen meningkat.
2. Sekresi estrogen dan inhibin B yang tinggi akan menghambat sekresi FSH dan dihasilkan satu folikel dominan. Dengan membesarnya folikel dominan maka kadar estrogen semakin tinggi, dan akan meningkatkan sekresi LH sehingga terjadi lonjakan LH.
3. Sekitar 35-48 jam dari lonjakan LH, terjadi ovulasi yaitu keluarnya oosit dari folikel. Setelah ovulasi, maka akan memasuki fase luteal dan kadar progesteron akan meningkat. LH digunakan untuk mempertahankan korpus luteum. Setelah hari ke-7 paska ovulasi progesteron dan

estrogen menurun sehingga korpus luteum mengalami atresia.

4. Sekitar 14 hari paska ovulasi kadar progesteron dan estrogen cukup rendah sehingga gonadotropin meningkat lagi. Bila terjadi pembuahan, maka 6-7 hari paska ovulasi dihasilkan β -hCG oleh sel trofoblas sehingga kadar progesteron dipertahankan dan tidak terjadi menstruasi.

3.3 Perubahan Ovarium dalam Siklus Menstruasi

Stimulasi gonadotropin pada ovarium menyebabkan folikulogenesis yang terdiri atas fase folikuler, fase ovulasi, dan fase luteal (Baziad & Prabowo, 2011).

3.3.1 Fase Folikuler

Fase folikuler sekitar 10-14 hari, dimulai dengan folikel antral kemudian folikel dominan di hari ke-5-7. Folikulogenesis itu sendiri sudah dimulai sejak pertengahan kehamilan yaitu folikel primordial. Folikel primordial berisi oosit dalam fase pembelahan meiosis profase dan disimpan sebagai cadangan ovarium yaitu 1-2 juta saat janin dilahirkan, 300-500 ribu saat *menarche*, dan sangat sedikit saat menopause (Baziad & Prabowo, 2011).

3.3.2 Fase Ovulasi

Ovulasi terjadi 24-36 jam setelah puncak estrogen dan 10-12 jam setelah puncak LH. Lonjakan LH memicu sekresi prostaglandin dan progesteron, bersamaan dengan lonjakan FSH yang mengaktifkan enzim proteolitik sehingga dinding folikel pecah (Baziad & Prabowo, 2011).

3.3.3 Fase Luteal

Korpus luteum adalah sel granulosa yang membesar sebelum dinding folikel pecah dan terjadi ovulasi, dan membentuk vakuola, dan terjadi penumpukan pigmen kuning. Korpus luteum akan mengalami regresi 9-11 hari paska ovulasi (Baziad & Prabowo, 2011).

3.4 Peredaran Darah Uterus

Peredaran darah uterus terdiri atas dua arteri uterina yang merupakan cabang dari arteri iliaka interna dan masuk ke kedua sisi lateral bawah uterus. Di bagian lateral bawah uterus, arteri uterina bercabang menjadi arteri vaginalis yang mengarah ke bagian bawah serta cabang yang ke atas yang membentuk dua arteri arkuata yang berjalan sejajar dengan kavum uteri, yang kemudian bercabang menjadi arteri radialis yang berjalan tegak lurus menuju kavum endometrium dan bertugas merawat miometrium. Arteri radialis bercabang menjadi arteri basalis saat memasuki lapisan endometrium dan kemudian menuju permukaan kavum uteri dan lapisan fungsional endometrium sebagai arteri spiralis serta berfungsi merawat lapisan endometrium (Baziad & Prabowo, 2011).

3.5 Perubahan Endometrium Saat Menstruasi

Endometrium terbagi atas lapisan non fungsional atau lapisan basalis dan lapisan fungsional yaitu lapisan endometrium yang memberikan respon terhadap stimulus steroid seks (Baziad & Prabowo, 2011).

3.5.1 Fase Proliferasi

Fase proliferasi endometrium berkaitan dengan fase folikuler di ovarium. Setelah haid maka tertinggal lapisan basalis endometrium dan sedikit sisa lapisan spongiosium. Estrogen memicu terbentuknya jaringan, ion, air, dan asam amino sehingga stroma endometrium akan mengembang kembali dan terjadi penebalan endometrium dari 0,5 mm menjadi 3,5-5 mm. Fase ini berlangsung 5-7 hari (Baziad & Prabowo, 2011).

3.5.2 Fase Sekresi

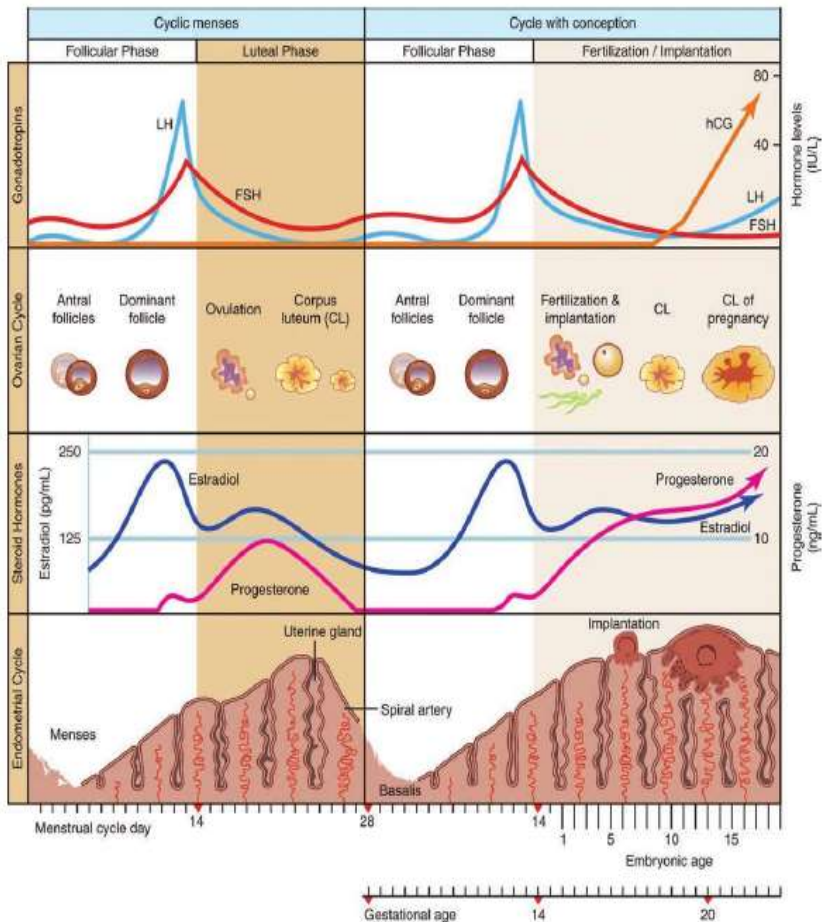
Pada paska ovulasi, estrogen dan progesteron dari korpus luteum akan mempengaruhi pertumbuhan endometrium menjadi fase sekresi sehingga jaringan endometrium tumbuh dengan tebal dan struktur yang tetap sehingga kelenjar menjadi berliku dan arteri spiralis menjadi berpilin. Fase sekresi berlangsung sekitar 12-14 hari (Baziad & Prabowo, 2011).

3.5.3 Fase Implantasi

Pada 7 hari setelah ovulasi, kelenjar endometrium menjadi sangat berliku dan menggembung. Pada hari ke 22-23 siklus terjadi desidualisasi endometrium. Pada hari ke-27 siklus ketebalan endometrium dibagi menjadi stratum basalis, spongiosium, dan kompaktum (Baziad & Prabowo, 2011).

3.5.4 Fase Deskuamasi

Pada hari ke-25 siklus yaitu 3 hari sebelum haid, predesidual membentuk lapisan kompaktum di atas lapisan fungsional endometrium. Bila kehamilan tidak terjadi maka korpus luteum tidak dipertahankan, dan kadar estrogen dan progesteron berkurang sampai kadar rendah, maka ketebalan endometrium menurun, terjadi apoptosis, dan terjadi pelepasan endometrium (Baziad & Prabowo, 2011).



Gambar 3.1. Gambar Umpan Balik, Ovarium, dan Endometrium
(Sumber : Cunningham, 2022)

3.6 Aspek Klinis Menstruasi

Menstruasi adalah periode keluarnya darah, mukus, dan kotoran seluler dari mukosa uterus. Menstruasi terjadi secara teratur, siklik, dan dapat diprediksi, di luar masa kehamilan, laktasi, anovulasi, atau akibat obat. Menstruasi merupakan keluarnya darah akibat penurunan progesteron setelah ovulasi pada siklus nonfertil (Cunningham, 2022).

3.6.1 Menarche, Pubertas, Masa Reproduksi dan Menopause

Menarche adalah usia pertama kali menstruasi. Semakin lama usia menarche ini menjadi semakin muda, yaitu usia 12-13 tahun, dan paling muda bisa pada usia 10 tahun dan maksimal usia 16 tahun. Pubertas adalah istilah umum untuk perubahan maturasi seksual sebagai peralihan dari anak-anak menjadi dewasa. *Menarche* merupakan salah satu tanda pubertas (Cunningham, 2022).

Masa reproduksi adalah sekitar usia 20-40 tahun, dengan siklus haid sudah teratur dan tidak banyak mengalami perubahan lagi. Menopause adalah berhentinya haid, yang ditandai dengan minimal 1 tahun tidak mengalami haid lagi. Masa sesudah satu tahun dari menopause diketahui sebagai masa paskamenopause (Baziad & Prabowo, 2011)

3.6.2 Siklus Menstruasi

Siklus menstruasi adalah interval antar menstruasi, rata-rata 28 hari, dan bisa bervariasi antara siklus terpendek dengan siklus terpanjang sekitar 8-9 hari (Cunningham, 2022).

3.6.3 Lamanya Menstruasi

Lamanya menstruasi bervariasi, umumnya 4-6 hari, namun variasi 2-8 hari masih dikatakan normal (Cunningham, 2022).

3.6.4 Darah Menstruasi

Menstruasi merupakan keluarnya fragmen endometrium bercampur darah. Darah menstruasi berbentuk cair, namun bila darahnya berlebihan maka tampak bekuan darah dengan ukuran bervariasi. Keluarnya bekuan darah pada kondisi non siklik biasanya anovulasi, yaitu darah keluar tanpa naik dan turunnya progesteron (Cunningham, 2022). Jumlah darah menstruasi sekitar 80 ml, dengan ganti pembalut sekitar 2-6 kali per hari (Baziad & Prabowo, 2011).

3.6.5 Faktor Jaringan dan Pembekuan Darah Menstruasi

Faktor jaringan merupakan protein yang terikat membran plasma yang terlibat pada jalur ekstrinsik yaitu efek pembekuan setelah gangguan vaskular. Faktor jaringan ini penting dalam konversi protrombin menjadi trombin pada saat awalnya proses pembekuan. Progesteron diaktifkan oleh *epidermal growth factor receptor*. Aktivator plasminogen menghambat kerja plasminogen aktivator inhibitor dan mencegah fibrinolisis (Cunningham, 2022).

3.6.6 Fibrinolisis Bekuan Darah Menstruasi

Serine proteinase diproduksi di endometrium. Aktivator plasminogen merupakan enzim penting dalam memulai fibrinolisis. Plasmin dihasilkan dari aktivator plasminogen di endometrium (Cunningham, 2022).

3.6.7 Kehilangan Darah Menstruasi

Kehilangan darah menstruasi rata-rata 25-60 mL kadar hemoglobin normal sekitar 14 gr/dL Hemostatik endometrium dipengaruhi oleh pembentukan plug hemostatik dan juga vasokonstriksi intens arteri spiralis (Cunningham, 2022).

3.6.8 Sindrom Premenstruasi

Sindrom premenstruasi adalah kumpulan gejala perubahan *mood*, tingkah laku, dan fisik. PMS dapat diatasi dengan terapi GnRH agonis, yang berfungsi menghentikan fungsi ovarium. Fungsi progesteron dalam PMS adalah meluasnya metabolisme ekstrahepatik progesteron ke metabolit bioaktif terpilih, hubungan dekat metabolik progesteron dan gangguan rekurensi fase luteal (Cunningham, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Baziad, A., & Prabowo, R. 2011. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Cunningham, F. G. 2022. In F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, C. Y. Spong, & J. S. Dashe, *Williams Obstetrics* (pp. 121-141). New York: McGraw Hill.

BAB 4

INFERTILITAS

Oleh Haspita Rizki Syurya Handini

4.1 Pendahuluan

Masalah infertilitas yang dapat terjadi pada perempuan, laki-laki atau keduanya setelah menikah dapat memberikan dampak yang besar terhadap pasangan suami istri yang mengalami hal tersebut. Infertilitas dapat berdampak pada kesehatan fisik, psikologis dan ekonomi dimana pasangan yang mengalami infertilitas akan berupaya dengan berbagai cara dan membutuhkan waktu yang panjang untuk mendapatkan keturunan. WHO memperkirakan bahwa 1 dari 6 orang usia reproduksi di dunia akan mengalami infertilitas dengan prevalensi infertilitas seumur hidup mencapai 17,5%. Mengatasi infertilitas merupakan komponen penting dari kesehatan seksual dan merupakan hak reproduksi setiap individu, namun di sebagian besar negara tidak ada kebijakan dan layanan infertilitas yang memadai (WHO, 2023).

Di Indonesia persentase perempuan yang mengalami infertilitas primer usia 25-49 tahun adalah 6%. Angka kejadian infertilitas idiopatik berkisar 22-28%. Penelitian terbaru dari pasangan yang berkunjung ke klinik fertilitas menunjukkan 21% perempuan berumur < 35 tahun dan 26% perempuan > 35 tahun mengalami infertilitas. Pertambahan umur seorang perempuan akan mempengaruhi fertilitasnya sedangkan pada laki-laki belum jelas pengaruh umur terhadap fertilitas (Hendarto *et al.*, 2019).

4.2 Pengertian

Infertilitas diartikan sebagai keadaan dimana seorang perempuan yang belum mengalami kehamilan setelah menikah dan berhubungan seksual secara aktif tanpa menggunakan alat

kontrasepsi. Klasifikasi infertilitas dibagi menjadi : (Hendarto *et al.*, 2019)

1. Infertilitas primer

Perempuan yang belum pernah mengalami kehamilan setelah minimal 12 bulan menikah.

2. Infertilitas sekunder

Perempuan yang tidak bisa lagi mempertahankan kehamilannya setelah mengalami kehamilan sebelumnya dengan anak lahir hidup.

3. Infertilitas idiopatik

Pasangan infertilitas yang tidak dapat hamil setelah menjalani pemeriksaan standar fertilitas yaitu tes ovulasi, patensi tuba dan analisis semen dengan hasil yang normal.

Untuk perempuan diatas 35 tahun, evaluasi dan pengobatan dapat dilakukan setelah 6 bulan menikah. Kehamilan dapat terjadi pada siklus menstruasi tertentu (masa subur), dimana kurang lebih 20% tergantung pada umur perempuan tersebut.

4.3 Etiologi

Hasil penelitian multinasional WHO menunjukkan 37% infertilitas disebabkan oleh faktor perempuan, 35% karena faktor laki-laki dan faktor perempuan dan 8% disebabkan oleh faktor laki-laki. Penyebab paling umum terjadinya infertilitas pada perempuan diantaranya adalah :(Matthew H. Walker; Kyle J. Tobler., 2022)

1. Gangguan ovulasi (25%)
2. Endometriosis (15%)
3. Adhesi panggul (12%)
4. Penyumbatan tuba (11%)
5. Kelainan tuba/rahim lainnya (11%)
6. Hiperprolaktinemia (7%)

4.3.1 Faktor Perempuan

Penyebab infertilitas pada perempuan terbagi menjadi 3, yaitu :

1. Gangguan ovulasi

Gangguan ovulasi terdiri dari sindrom ovarium polikistik, gangguan siklus haid dan insufisiensi ovarium primer. Infertilitas yang disebabkan oleh gangguan ovulasi diklasifikasikan berdasarkan siklus haid yaitu amenore primer atau amenore sekunder. Namun, tidak semua infertilitas dengan gangguan ovulasi memiliki gejala amenore, dapat juga berupa gejala oligomenorea.

2. Gangguan tuba dan pelvis

Gangguan atau kerusakan pada tuba dapat disebabkan oleh infeksi atau endometriosis. Proses infeksi dapat menyebabkan perlengketan panggul atau tuba dan infeksi yang paling sering mempengaruhi infertilitas adalah penyakit radang panggul. Salah satu penyebab infertilitas yang berhubungan dengan penyakit radang panggul adalah *Chlamydia trachomatis* yang dapat menurunkan kemungkinan hamil pada infertilitas karena faktor tuba. Tingkat keparahan infertilitas juga tergantung pada serangan penyakit radang panggul. Penelitian menunjukkan kemungkinan hamil setelah serangan penyakit radang panggul pertama sebesar 89%, setelah serangan yang kedua menurun menjadi 77% dan menurun menjadi 46% setelah serangan penyakit radang panggul yang ketiga.

3. Gangguan uterus

Penyakit yang termasuk gangguan uterus adalah mioma, polip endometrium, leiomioma dan sindrom Asherman. Penyebab infertilitas yang terkait dengan gangguan uterus berhubungan dengan lesi yang menempati kavum uteri atau berkurangnya penerimaan endometrium terhadap hasil pembuahan. Sebuah meta analisis menunjukkan pada leiomioma uterus hanya fibroid submukosa atau intracavitary yang dapat mengganggu implantasi dan terjadinya kehamilan dibandingkan dengan penyebab infertilitas lainnya. Kelainan rahim bawaan seperti septum

uterus juga dapat berhubungan dengan infertilitas, walaupun jarang ditemukan.

4.3.2 Faktor Laki-Laki

Penyebab infertilitas pada laki-laki berdasarkan letaknya terbagi menjadi 3, yaitu : (Hendarto *et al.*, 2019)

1. Pra testikuler

Gangguan pra testikuler adalah gangguan yang terjadi pada sistem reproduksi pria sebelum testis yang mempengaruhi spermatogenesis meliputi gangguan hormonal baik yang bersifat genetik ataupun non genetik. Gangguan hormonal yang bersifat genetik dapat disebabkan oleh mutasi, delesi atau ekspansi polimorfisme gen spesifik yang berperan pada regulasi hormonal. Gangguan ini dapat terjadi pada tingkat hipotalamus, tingkat hipofisis dan tingkat gonad. Kelainan ini dapat menyebabkan gangguan hormon, faktor pertumbuhan dan disfungsi reseptor yang mempengaruhi aksis hipotalamus-hipofisis-gonad.

Pada laki-laki infertil yang menunjukkan kadar testosteron yang rendah disertai rendahnya kadar LH perlu diperkirakan adanya adenoma hipofisis yang harus dipastikan dengan MRI. Pada adenoma hipofisis dapat ditemukan juga hiperprolaktinemia. Hal ini menunjukkan infertilitas terjadi karena adanya hambatan pelepasan GnRH karena peningkatan kadar prolaktin.

2. Testikuler

Gangguan ini terjadi pada bagian testis dan atau sekitarnya, baik yang berakibat langsung atau tidak langsung pada testis. Gangguan ini meliputi varikokel, kelainan genetik, kriptorkismus dan gonadotoksin.

3. Pasca testikuler

Gangguan pasca testikuler merupakan gangguan yang terjadi pada sistem reproduksi pria yang mempengaruhi jalur ejakulasi ataupun fungsi motilitas sperma. Gangguan ini meliputi obstruksi yang terjadi di sepanjang saluran saluran reproduksi mulai dari epididimis sampai duktus

ejakulatorius, infertilitas imunologik dan gangguan seksual (disfungsi ereksi dan gangguan ejakulasi).

4.4 Patofisiologi

Ada beberapa mekanisme yang mendasari terjadinya infertilitas, diantara adalah :

4.4.1 Anovulasi

25% penyebab infertilitas pada perempuan adalah gangguan ovulasi. Oligo ovulasi atau anovulasi dapat menyebabkan infertilitas karena tidak ada oosit yang dikeluarkan setiap bulannya. Hal ini membuat tidak adanya kemungkinan untuk terjadi fertilisasi dan kehamilan. Menurut WHO gangguan ovulasi ini terbagi menjadi 4 klasifikasi, yaitu :

1. Anovulasi hipogonadotropin hipogonad

Amenore hipotalamus atau amenore hipotalamus fungsional berkaitan dengan penurunan asupan kalori, penurunan berat badan atau olahraga yang berlebihan sehingga menyebabkan penurunan GnRH di hipotalamus akibat adanya peningkatan kortisol. Hal ini menyebabkan penurunan pelepasan gonadotropin, FSH dan LH dari hipofisis anterior sehingga mengganggu pertumbuhan folikel, estrogen rendah dan anovulasi (Herzog and Misra, 2014).

2. Anovulasi normogonadotropin normoestrogenik

Sindrom ovarium polikistik (SOPK) merupakan gangguan yang paling sering ditemui dari tipe anovulasi normogonadotropin normoestrogenik. 80-85% SOPK menyebabkan anovulasi. Infertilitas yang disebabkan oleh SOPK mungkin berhubungan dengan disfungsi perkembangan folikel sehingga menyebabkan anovulasi. Hubungan SOPK dengan infertilitas mungkin disebabkan oleh pulsatilitas GnRH yang abnormal. Banyaknya folikel yang tertahan dan munculnya ovarium polikistik berhubungan dengan peningkatan anti mullerian hormon.

3. Anovulasi hipergonadotropin hipoestrogenik.

Anovulasi hipergonadotropin hipoestrogenik merupakan kategori insufisiensi dan resistensi ovarium yang berhubungan dengan umur. Berkurangnya jumlah folikel

terjadi di sepanjang kehidupan seorang perempuan dan faktor eksternal seperti merokok juga dikaitkan dengan penurunan jumlah folikel. Tingkat keparahan merokok akan semakin menurunkan fekundabilitas dan kuantitas folikel. Selain itu, semakin bertambahnya umur perempuan, terdapat peningkatan yang signifikan dari jumlah nondisjungsi meiosis yang mengakibatkan aneuploid dan abnormal kromosom oosit atau embrio. Hal ini dapat menurunkan kualitas oosit yang merupakan faktor penting fertilitas (Broekmans, Soules and Fauser, 2009). Insufisiensi ovarium primer merupakan jenis anovulasi hipergonadotropin hipoestrogenik yang terjadi sebelum umur 40 tahun yang ditandai dengan berkurangnya folikulogenesis, penurunan estrogen, tidak adanya oosit dan infertilitas.

4. Anovulasi hiperprolaktinemia

Anovulasi tipe ini sering berkaitan dengan adenoma hipofisis yang menyebabkan peningkatan prolaktin. Hal ini dapat menekan sekresi GnRH yang menyebabkan rendahnya LH sehingga terjadi anovulasi, oligomenore atau amenore.

4.4.2 Endometriosis

Endometriosis merupakan jaringan endometrium yang tumbuh diluar rahim. Sebagian besar endometriosis terjadi di rongga panggul, namun dapat menyebar sampai ke abdomen. Endometriosis terjadi pada 10-15% perempuan usia reproduksi dan dari 40-50% perempuan dengan endometriosis mengalami infertilitas (Prescott *et al.*, 2016). Patofisiologi endometriosis yang menjadi penyebab infertilitas tergantung pada stadium endometriosis. Pada stadium 1 dan 2, infertilitas terjadi sehubungan dengan adanya peradangan yang menyebabkan peningkatan prostaglandin, sitokin, makrofag dan sel pembunuh alami. Peradangan ini dapat mengganggu fungsi tuba dan ovarium sehingga gangguan pertumbuhan folikel (Matthew Latham Macer and Taylor, 2013).

Pada stadium 3 dan 4, infertilitas berhubungan dengan adanya perlengketan panggul atau massa yang mengganggu anatomi panggul. Hal ini dapat mengganggu motilitas tuba,

pelepasan oosit dan motilitas sperma. Selain itu, endometriosis stadium lanjut dapat mengganggu folikulogenesis sehingga mempengaruhi kualitas oosit yang berhubungan dengan peradangan cairan peritoneum dan stres oksidatif (Wallach *et al.*, 2008).

4.5 Faktor Risiko

Ada beberapa faktor yang menjadi faktor risiko terjadinya infertilitas, diantaranya adalah : (Rossi, Abusief and Missmer, 2016)

1. Alkohol

Alkohol telah diketahui bersifat teratogen yang harus dihindari selama kehamilan, namun efek terhadap konsepsi belum jelas. Alkohol dapat meningkatkan estrogen yang dapat menurunkan sekresi FSH dan menyebabkan gangguan ovulasi sehingga dapat mengganggu fertilitas. Alkohol juga berdampak pada sel Leydig dengan mengurangi sintesis testosteron dan menyebabkan kerusakan membran basal. Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan gangguan fungsi hipotalamus dan hipofise.

2. Merokok

Komponen racun dari rokok termasuk kadmium dan nikotin dapat menginduksi stres oksidatif intrafolikuler, menyebabkan kerusakan oksidatif pada mitokondria oosit, menyebabkan kerusakan DNA sel kumulus ovarium, menyebabkan kerusakan morfologi sperma dan menyebabkan abortus.

3. Kafein

Efek kafein terhadap infertilitas belum diketahui secara pasti. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kafein dapat mempengaruhi metabolisme glukosa atau kadar insulin sehingga dapat memperbaiki resistensi insulin pada anovulasi seperti gejala sindrom ovarium polikistik. Penelitian pada perempuan yang sedang menjalani bayi tabung, konsumsi kafein yang berlebihan menyebabkan puncak kadar estradiol yang jauh lebih rendah tetapi tidak

ada perbedaan pada jumlah oosit yang dapat diambil, kecepatan fertilisasi dan implantasi.

4. Indeks Massa Tubuh (IMT)

IMT yang terlalu rendah dan yang terlalu berlebihan memiliki efek yang negatif bagi fertilitas dan outcome kehamilan. IMT dan berat badan berkaitan erat dengan fungsi reproduksi. Berat badan yang berlebihan dapat menyebabkan amenore, anovulasi, subfertilitas hingga infertilitas. Dampak negatif obesitas dapat berkaitan dengan disfungsi ovulasi atau mekanisme lainnya. Obesitas juga menunjukkan kadar lemak yang berlebihan sehingga dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon reproduksi. Perempuan dengan IMT > 29 cenderung memerlukan waktu yang lebih lama untuk hamil. Upaya menurunkan berat badan pada perempuan dengan IMT > 29 dan mengalami anovulasi akan meningkatkan peluang untuk hamil. Pada perempuan dengan IMT < 19 dan mengalami gangguan haid, peningkatan berat badan akan memperbesar peluang untuk hamil.

5. Olahraga

Perempuan banyak yang melakukan olahraga secara teratur, diantaranya ada yang melakukan olahraga untuk mengurangi stres yang terkait infertilitas atau menurunkan obesitas. Hasil penelitian menunjukkan perempuan yang olahraga rutin lebih dari tiga kali seminggu lebih berisiko mempunyai masalah fertilitas dibandingkan dengan perempuan yang tidak melakukan olahraga rutin. Olahraga yang berlebihan dapat menyebabkan dampak buruk terhadap kesehatan termasuk dapat menyebabkan infertilitas. Olahraga ringan sampai sedang dapat meningkatkan aliran darah dan antioksidan sehingga meningkatkan fertilitas. Olahraga berat yang dapat menurunkan fertilitas adalah lebih 5 jam/minggu untuk laki-laki dan 3-5 jam/minggu untuk perempuan.

6. Stres

Perempuan dengan infertilitas memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan yang subur. Mekanisme pengaruh stres terhadap fertilitas sedang diteliti. Penelitian terbaru menunjukkan perempuan dengan kadar

alfa amilase tinggi mempunyai kemungkinan kecil untuk hamil. Alfa amilase menghasilkan pelepasan katekolamin (dopamin, epinefrin dan norepinefrin. Stres juga dapat mempengaruhi hormonal sehingga terjadi ketidakseimbangan regulasi hormon reproduksi yang menjadi penyebab terjadinya infertilitas.

4.6 Pengkajian

A. Anamnesis

Evaluasi infertilitas dilakukan jika seorang perempuan tidak mengalami kehamilan setelah 12 bulan melakukan hubungan seksual secara aktif dan tanpa menggunakan alat kontrasepsi atau setelah 6 bulan pada perempuan yang berumur > 35 tahun (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019). Walaupun 37% pada pasangan infertil penyebabnya adalah dari faktor perempuan tetapi pemeriksaan pada laki-laki juga diperlukan. Anamnesis pada perempuan yang berkaitan dengan sistem reproduksi harus meliputi riwayat menstruasi, kehamilan, penggunaan kontrasepsi dan riwayat penyakit ginekologi. Riwayat yang perlu dikaji pada perempuan dapat dilihat pada tabel dibawah ini : (Strauss JF, Barbieri RL Yen and Jaffe's, 2013)

Tabel 4.1. Anamnesis pada Perempuan

No	Komponen
1.	Durasi infertilitas
2.	Riwayat kehamilan sebelumnya
3.	Riwayat menstruasi
4.	Riwayat operasi, pengobatan dan penyakit ginekologi termasuk riwayat penyakit menular seksual
5.	Riwayat penggunaan kontrasepsi
6.	Riwayat seksual meliputi frekuensi koitus, waktu dan fungsi seksual
7.	Riwayat sosial dan pola hidup termasuk merokok, alkohol, narkoba, olahraga, diet dan pekerjaan
8.	Riwayat stres, kecemasan dan depresi

No	Komponen
9.	Riwayat keluarga; skrining faktor genetik, riwayat trombosis vena, abortus berulang dan infertilitas

B. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan standar evaluasi infertilitas diawali dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik yang meliputi hal-hal dibawah ini : (Strauss JF, Barbieri RL Yen and Jaffe's, 2013)

1. Tanda-tanda vital dan IMT
2. Evaluasi tiroid
3. Pemeriksaan payudara pada galaktore
4. Gejala kelebihan androgen : pemeriksaan kulit dan genetalia eksterna
5. Pemeriksaan vagina atau anatomi serviks yang abnormal
6. Adanya massa atau nyeri pada pelvis
7. Pemeriksaan posisi dan pembesaran uterus serta mobilitasnya
8. Pemeriksaan pada ligamen sakrouterina dan *cul de sac*
9. USG transvaginal dapat digunakan sebagai bagian dari pemeriksaan awal

C. Pemeriksaan Penunjang

15% pasangan infertilitas mengalami gangguan ovulasi dan 40% merupakan penyebab infertilitas pada perempuan. Pemeriksaan infertilitas yang dilakukan adalah : (Hendarto *et al.*, 2019)

1. Konfirmasi ovulasi
Perempuan yang mempunyai siklus dan frekuensi haid teratur setiap bulan kemungkinan mengalami ovulasi sehingga hal ini harus ditanyakan pada setiap perempuan. Pengukuran suhu basal tubuh tidak direkomendasikan untuk menilai adanya ovulasi.
2. Pemeriksaan hormon
Pemeriksaan hormon diperlukan untuk menegaskan diagnosis infertilitas dan menyingkirkan adanya gangguan hormon lainnya. Rekomendasi pemeriksaan

hormon pada kasus infertilitas dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.2. Pemeriksaan Hormon

No	Ovulasi	Cadangan Ovarium
1.	Progesteron serum	Kadar AMH
2.	LH urin	Hitung folikel antral
3.	Biopsi endometrium	FSH dan estradiol hari ke-3

Pemeriksaan biopsi endometrium untuk mengevaluasi fase luteal tidak direkomendasikan karena tidak terdapat bukti dapat meningkatkan kehamilan.

3. Kelainan uterus

Pemeriksaan kelainan uterus dapat meningkatkan angka implantasi dan kehamilan. Pemeriksaan histeroskopi tidak dianjurkan jika tidak ada indikasi karena efektifitas pembedahan sebagai terapi kelainan uterus untuk meningkatkan kehamilan belum dapat ditegakkan.

4. Kelainan tuba

Pemeriksaan tuba dapat meningkatkan implantasi dan kehamilan. Perempuan yang tidak memiliki riwayat penyakit panggul, endometriosis dan kehamilan ektopik disarankan untuk melakukan pemeriksaan histerosalpingografi (HSG) untuk melihat adanya oklusi tuba. Pemeriksaan ini tidak invasif dan lebih efisien dari laparoskopi. Namun, pada perempuan yang pernah mengalami penyakit radang panggul dianjurkan untuk melakukan tindakan laparoskopi kromotubasi. Pemeriksaan alternatif yang efektif untuk oklusi tuba penggunaan sono histerosalpingografi dapat dipertimbangkan.

5. Pemeriksaan clamidia

Salah satu infeksi asimtomatis yang dapat menyebabkan infertilitas adalah *Chlamydia trachomatis*. Pemeriksaan sebaiknya menggunakan teknik yang sensitif dan jika

hasil tes positif, pasangan infertilitas sebaiknya dirujuk untuk mendapatkan pengobatan.

6. Pemeriksaan lendir serviks dan uji pasca sanggama
Penilaian lendir serviks pasca sanggama tidak dianjurkan untuk menilai infertilitas karena tidak dapat memprediksi terjadinya kehamilan.

7. Pemeriksaan histeroskopi dan laparoskopi

Histeroskopi adalah pemeriksaan *gold standard* untuk mengevaluasi faktor uterus karena memungkinkan visualisasi langsung rongga uterus dan gangguan patologis yang relevan dari setiap kelainan yang terdeteksi. Namun, penggunaan pemeriksaan histeroskopi secara rutin masih diperdebatkan dan tidak ada pedoman yang menjelaskan efektivitasnya dalam meningkatkan prognosis pasangan infertil (Di *et al.*, 2016).

Laparoskopi biasanya merupakan pemeriksaan infertilitas terakhir untuk menghindari operasi terbuka. Laparoskopi diagnostik dapat digunakan sebagai pemeriksaan tambahan salpingografi untuk menegaskan diagnosa penyebab infertilitas. Lesi yang mungkin tidak terlihat pada salpingografi seperti endometriosis dan adhesi dapat dilihat lebih baik dengan laparoskopi. Laparoskopi diagnostik merupakan tindakan yang aman digunakan pada perempuan dengan infertilitas (Hori Y, 2008).

4.7 Penatalaksanaan Infertilitas

Secara garis besar penatalaksanaan infertilitas dapat dilihat pada tabel dibawah ini :(Matthew H. Walker; Kyle J. Tobler., 2022)

Tabel 4.3. Penatalaksanaan Infertilitas

No	Komponen	Tata Laksana
1.	Gaya hidup	a. Meningkatkan BMI menjadi normal pada perempuan dengan BMI < 19 b. Menurunkan BMI menjadi normal pada perempuan dengan BMI >26 c. Mengurangi konsumsi alkohol d. Mengurangi kebiasaan merokok e. Mengurangi olahraga yang berat f. Menghindari stres
2.	Induksi ovulasi	Dengan penggunaan obat-obatan dari dokter (letrozol, klomifen sitrat, metformin atau gonadotropin)
3.	Adhesi tuba dan pelvis	IVF atau bayi tabung
4.	Uterus abnormal	Histeroskopi
5.	Endometriosis	a. Terapi hormonal/herbal b. Teknologi Reproduksi Berbantu c. Tindakan pembedahan

4.8 Sistem Rujukan Infertilitas

Penanganan infertilitas memerlukan pelayanan yang komprehensif berjenjang dari tingkat primer sampai tersier agar penatalaksanaannya tepat, efektif dan efisien (Hendarto *et al.*, 2019).

1. Pelayanan Primer

Pemeriksaan diagnostik awal diperlukan untuk menentukan penyebab infertilitas dan apakah pasangan tersebut memerlukan rujukan ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Pada pelayanan primer perlu dijelaskan prosedur penanganan infertilitas dan konseling serta dukungan untuk mengurangi kecemasan. Pelayanan primer diberikan oleh dokter umum dan dilakukan pada kondisi :

- Infertilitas yang terjadi kurang dari 24 bulan
- Umur istri kurang dari 30 tahun

- c. Tidak ada faktor risiko patologi pelvis dan kelainan sistem reproduksi laki-laki
- d. Belum ada keberhasilan pengobatan setelah 4 bulan terapi

2. Pelayanan Sekunder

Pelayanan infertilitas sekunder diberikan oleh dokter spesialis obstetri ginekologi dan spesialis uro-andrologi. Kondisi-kondisi dibawah ini memerlukan pelayanan tingkat sekunder, yaitu :

- a. Umur perempuan lebih dari 35 tahun dengan lama infertilitas maksimal 36 bulan.
- b. Mempunyai gangguan siklus haid berupa amenore atau oligomenore
- c. Ada galaktorea
- d. Ada kecurigaan mengalami gangguan fungsi tiroid
- e. Ada kecurigaan mengalami penyakit radang panggul
- f. Ada kecurigaan mengalami endometriosis
- g. Ada Riwayat operasi di daerah panggul
- h. Ada gejala hirsutisme
- i. Mengalami obesitas ($IMT > 30$) atau gizi kurang ($IMT < 20$)
- j. Mempunyai gangguan ovulasi (kadar progesteron < 30 nmol/l)
- k. Mengalami kelainan genetalia interna maupun eksterna
- l. Mengalami kelainan analisis sperma (jumlah, gerakan maupun bentuk)
- m. Mempunyai riwayat infeksi pada genetalia ataupun sistemik yang dapat mempengaruhi fertilitas
- n. Mempunyai riwayat pembedahan urogenital

3. Pelayanan Tersier

Pelayanan infertilitas tingkat tersier memerlukan keahlian khusus karena memerlukan teknologi reproduksi berbantu. Pendekatan yang dilakukan dalam menangani infertilitas merupakan pendekatan multidisiplin dari beberapa spesialis dan subspecialis, psikiatri, perawat dan lain-lain. Kriteria pasien yang memerlukan pelayanan infertilitas tersier adalah:

- a. Pasangan yang tidak memenuhi kualifikasi pelayanan primer dan sekunder
- b. Pasangan yang kemungkinan memerlukan Teknologi Reproduksi Berbantu (TRB)

DAFTAR PUSTAKA

- Broekmans, F.J., Soules, M.R. and Fauser, B.C. 2009. 'Ovarian Aging: Mechanisms and Clinical', 30(August), pp. 465–493. Available at: <https://doi.org/10.1210/er.2009-0006>.
- Di, A. *et al.* 2016. 'Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples : a systematic review and', 22(4), pp. 479–496. Available at: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw008>.
- Hendarto, H. *et al.* 2019. *Konsensus Penanganan Infertilitas*. Jakarta: Himpunan Endokrinologi Reproduksi dan Fertilitas Indonesia (HIFERI) – Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI).
- Herzog, B. and Misra, M. 2014. Cortisol Secretory Parameters in Young Exercisers in Relation to LH Secretion and Bone Parameters', 78(1), pp. 114–119. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2012.04458.x>.Cortisol.
- Hori Y. 2008. 'Diagnostic Laparoscopy Guidelines', *Surgical Endoscopy*, 22(5), pp. 1353–83.
- Matthew H. Walker; Kyle J. Tobler. 2022. 'Female Infertility', *StatPearls* [Preprint]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556033/>.
- Matthew Latham Macer and Taylor, H.S. 2013. 'Endometriosis and infertility: a review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility', *Obstet Gynecol Clin North Am*, 39(4), pp. 535–549. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2012.10.002>.Endometriosis.
- Prescott, J. *et al.* 2016. 'A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility', 31(7), pp. 1475–1482. Available at: <https://doi.org/10.1093/humrep/dew085>.
- Rossi, B. V, Abusief, M. and Missmer, S.A. 2016. 'Modifiable Risk Factors and Infertility: What Are the'. Available at: <https://doi.org/10.1177/1559827614558020>.

- Strauss JF, Barbieri RL Yen and Jaffe's. 2013. *Reproductive Endocrinology E-book: Physiology, Pathophysiology and Clinical Management (Expert Consult-Online and Print)*. Elsevier Health Sciences.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2019. 'Infertility Workup for the Women ' s Health Specialist', *Obsterics Gynecology*, 133(781), pp. 377–384.
- Wallach, E.E. *et al.* 2008. 'Pathogenic mechanisms in endometriosis-associated infertility', 90(2). Available at: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.02.093>.
- WHO. 2023. *Infertility Prevalence Estimates, 1990-2021*. Geneva: World Health Organization.

BAB 5

KELUHAN MENOPAUSE

Oleh Nabila Amelia Hanisyah Putri

Pada tahun 2025, WHO memperkirakan wanita menopause di Asia dapat mencapai 373 juta jiwa. Selain itu, data menunjukkan pada tahun 2020 jumlah wanita menopause khususnya di Indonesia telah mencapai lebih dari 30 juta. Setiap wanita pasti akan mengalami masa menopause. Pada fase ini, terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron yang mengakibatkan perubahan fisik dan psikologis. Hal ini menimbulkan gangguan ringan hingga berat yang menyebabkan ketidaknyamanan. Gejala yang umum dirasakan oleh wanita menopause melibatkan vasomotor, masalah urogenital seperti sering buang air kecil dan inkontinensia urin, serta peningkatan risiko infeksi saluran kemih. Keluhan psikologis juga sering terjadi, seperti perubahan daya ingat, perubahan mood, dan perasaan tertekan. Keseluruhan keluhan menopause dapat memengaruhi kualitas hidup wanita yang sedang mengalami masa ini. (Widjayanti, 2021)

Transformasi struktural dan fisiologis pada berbagai sel, jaringan, organ, dan sistem tubuh manusia menjadi penyebab perubahan fisik dan psikologis wanita yang mengalami menopause. Proses ini secara alamiah berkontribusi pada timbulnya keluhan dan ketidaknyamanan pada wanita yang mengalami menopause. Menopause, seperti halnya menarche dan kehamilan, dianggap sebagai peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan seorang wanita. Menarche pada remaja putri menandai dimulainya produksi hormon estrogen, sedangkan menopause terjadi ketika fungsi organ reproduksi berhenti memproduksi hormon estrogen. Rata-rata pada usia 45 tahun, indung telur wanita mulai menua dan tidak lagi memproduksi hormon estrogen. Seluruh sistem hormonal berangsur-angsur menurun, dan perubahan produksi hormon menyebabkan

berbagai perubahan fisik dan mempengaruhi keadaan psikologis wanita menopause.

Dalam bab ini akan dipaparkan mengenai proses terjadinya menopause, jenis keluhan yang dialami oleh wanita menopause hingga cara mengatasi keluhan tersebut.

5.1 Proses terjadinya Menopause pada Wanita

Setelah masa menopause, ovarium mengalami pengecilan ukuran dan tidak lagi mengandung folikel. Proses menopause terjadi karena penurunan jumlah folikel dan interaksi antara sistem saraf pusat dengan ovarium. Seiring dengan berjalannya waktu, kadar FSH meningkat pada 3- 4 tahun sebelum menopause. Sedangkan produksi estrogen serta progesteron oleh ovarium menurun. Siklus menstruasi menjadi lebih pendek dengan fase folikuler yang secara bertahap memendek. Akhirnya, ovulasi dan menstruasi berhenti sama sekali.

Kegagalan ovarium dan perubahan fungsi pada tingkat hipofisis merupakan proses terjadinya menopause. Pada saat ovarium berhenti memproduksi estradiol dan ovum, kelenjar hipofise mencoba merangsang ovarium untuk menghasilkan estrogen. Akhirnya terjadi peningkatan produksi FSH. Penurunan produksi estrogen dan inhibin mengakibatkan pengurangan umpan balik negatif terhadap hipofisis dan hipotalamus. Hal ini menyebabkan kadar gonadotropin meningkat secara signifikan.

Perubahan yang terjadi selama klimakterium melibatkan ketidakaturan dan gangguan menstruasi, pengecilan ovarium, penurunan fertilitas, peningkatan aktivitas yang ditandai dengan gejala rangsangan seksual yang lebih intens, serta gangguan neurovegetatif seperti gejala panas, keringat malam yang berlebihan, sakit kepala, dan gejala psikis seperti depresi, kelelahan, kurang semangat, insomnia, atau kesulitan tidur.(Widjayanti, 2016)

5.2 Jenis keluhan Menopause

5.2.1 Kelelahan

Seiring bertambahnya usia, terjadi penurunan kemampuan fisik manusia dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan aktivitas fisik muncul, seperti kerentanan terhadap jatuh, perubahan gaya berjalan, dan peningkatan kelelahan. Artinya, Wanita menopause yang juga menjelang usia lansia, cenderung tidak mampu melakukan aktivitas yang tergolong berat. Selain itu, seiring bertambahnya usia manusia terjadi proses penuaan degeneratif yang berdampak pada perubahan manusia, tidak hanya perubahan fisik saja, namun juga perubahan kognitif, emosional, sosial, dan seksual. (Simon, Tinungki and Tuwohingide, 2018) Keluhan kelelahan ini dapat diatasi dengan berbagai aktivitas, sebagai berikut;

1. Olahraga ringan dan rutin
2. Menjaga berat badan tetap ideal
3. Menjaga asupan makanan
4. Istirahat dan tidur yang cukup

5.2.2 Mudah Cemas dan Marah

Kecemasan adalah sebuah reaksi seseorang terhadap situasi yang tidak menyenangkan. Kecemasan biasanya timbul dari ancaman terhadap integritas biologis, seperti menopause. Selain itu timbul dari ancaman terhadap keselamatan pribadi, seperti: tidak sesuainya pandangan diri terhadap lingkungan nyata yang dihadapi. Kecemasan yang timbul di masa menopause juga sering berhubungan dengan munculnya kekhawatiran dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah terpikirkan atau dikhawatirkan. (Maretti, 2020)

Pada masa menopause, terjadi perubahan pada tubuh wanita akibat terhentinya produksi estrogen, dan estrogen. Padahal kedua hormone tersebut merupakan hormone yang paling aktif berada di jaringan pembentuk saluran reproduksi dan payudara Wanita. Terjadinya defisiensi hormon estrogen juga mempengaruhi fungsi sistem saraf pusat, khususnya suasana hati, fungsi kognitif dan sensorik, serta perilaku,

sehingga menimbulkan perasaan mudah tersinggung, mudah tersinggung, dan kecemasan.(Ulfah, 2017)

5.2.3 Hot Flashes

Tidak adanya respon oosit indung telur (ovarium) yang disebabkan oleh terhentinya ovulasi, disebut menopause. Penurunan jumlah sel telur dan ovarium terjadi pada masa ini. Selain itu juga terdapat penurunan jumlah estrogen dan progesteron. Perubahan fisiologis akibat penurunan kadar estrogen, sering menyebabkan perubahan fisiologis yang signifikan pada fungsi tubuh, termasuk timbulnya rasa panas yang ditandai dengan beberapa gejala sebagai berikut;

1. Timbulnya kemerahan di kulit
2. Sesak nafas
3. Gelisah
4. Mudah letih
5. Berkeringat banyak
6. Sakit kepala
7. Insomnia
8. Ganggua pencernaan, dstnya

Timbulnya kemerahan di kulit, disebut *hot flushes*. *Hot flushes* merupakan suatu kejadian memerahnya kulit bagian kepala, leher, dan dada secara tiba tiba, serta timbul bersamaan dengan perasaan panas tubuh yang hebat, hingga akhirnya menimbulkan produksi keringat. *Flush* menjadi sering muncul dan timbul pada malam hari ketika seorang Wanita terjaga dari tidur, yang akhirnya berdampak pada jam tidur dan kelelahan. Gejala panas yang dirasakan berpotensi berada pada skala berat sehingga dapat pula menurunkan produktivitas hingga perasaan depresi.(Marettih, 2020)

5.2.4 Keluhan Jantung

Kadar estrogen pada masa menopause mengalami penurunan. Salah satu fungsi estrogen adalah sebagai perlindungan jantung dalam berbagai cara. Pembuluh darah juga terjaga untuk tetap rileks dan terbuka, sehingga

menyebabkan aliran darah tetap lancar dan mencegah terjadinya penumpukan kolesterol. Pada saat menopause, estrogen berhenti diproduksi oleh ovarium. Padahal hormone ini mengontrol siklus menstruasi. Adapun fungsi lain estrogen adalah menjaga pembuluh darah agar tetap kuat. Pada saat mendekati menopause, produksi estrogen oleh ovarium semakin minim. Defisiensi atau minimnya hormon ini menyebabkan perubahan signifikan pada sistem pembuluh darah, distribusi lemak tubuh, dan kadar lipid darah pada wanita menopause.

Hal ini menyebabkan peningkatan risiko penyakit jantung koroner pada Wanita. Namun penurunan kadar estrogen ini bukan penyebab satu-satunya terkait keluhan jantung. Melainkan dari kombinasi beberapa factor lainnya. Misalnya jika wanita menopause memiliki asupan makanan yang tidak terkontrol atau kebiasaan makan yang tidak sehat, penyakit-penyakit tersebut dapat meningkatkan risiko wanita terkena atau mengalami keluhan pada jantung.

5.2.5 Gangguan Tidur

Menopause mengakibatkan berbagai masalah ketidaknyamanan pada Wanita, salah satunya adalah insomnia (gangguan tidur). Kualitas tidur ini adalah salah satu gejala atau ketidaknyamanan yang paling umum dialami oleh Wanita yang menopause. Ketidakseimbangan hormone mengakibatkan kualitas tidur pada Wanita menurun. Kualitas tidur menurun salah satunya disebabkan juga oleh kebiasaan terbangun pada malam hari sehingga akan sulit untuk tidur Kembali.

Sebanyak 63% Wanita menopause mengalami keluhan gangguan tidur seperti susah tidur atau terbangun terlalu pagi. *Hot flushes* juga bisa menyebabkan wanita terbangun dari tidurnya. Masalah insomnia juga disebabkan oleh penurunan kadar serotonin akibat penurunan kadar estrogen. Padahal serotonin mempengaruhi suasana hati seseorang. Adanya penurunan kadar serotonin dalam tubuh ini dapat menyebabkan depresi dan gangguan tidur. Hot flush paling sering membangunkan wanita dari tidurnya dan dapat

menyebabkan gangguan tidur yang berat atau insomnia. Sehingga keluhan gangguan tidur pada menopause erat kaitannya dengan gejala atau keluhan *hot flushes*.(Alejos, 2017)

5.2.6 Keluhan Sendi dan Otot

Wanita menopause mengalami perubahan pada hormon reproduksi, fisik, hingga emosional. Diantaranya yaitu hilangnya sendi dalam jangka pendek yang berujung pada gangguan rematik. Untuk mencegah pengeroposan tulang pada persendian, diperlukan aktivitas fisik secara rutin. Saat menopause, ketika hormon estrogen menurun, kepadatan tulang juga ikut menurun. Wanita menopause juga rentan mengalami gangguan nyeri pada area persendian karena menurunnya fleksibilitas dan kapasitas serta pengeroposan tulang tersebut. Data epidemiologi menunjukkan bahwa selama masa reproduksi Wanita (sebelum menopause), hormone estrogen secara signifikan melindungi system kardiovaskular, system reproduksi, organ tulang, hati, dan otak tempat reseptor estrogen berada. (Arista, Indriyani and Dewi, 2021)

5.2.7 Masalah seksual (Kekeringan vagina)

Menopause adalah masa dimana aktivitas seksual berubah. Menopause merupakan fase yang pasti dialami oleh wanita, dan pada titik ini respon seksual wanita tidak lagi sama. Seringkali wanita mengalami banyak ketidaknyamanan dalam hubungan seksual, Beberapa penelitian telah mengungkapkan bahwa terdapat perubahan cara pandang seksual pada wanita pascamenopause yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara gangguan seksual pramenopause dan pascamenopause yang meliputi gangguan libido, dispareunia, hingga gangguan orgasme.

Masalah seksual pada Wanita menopause juga disebabkan oleh multifaktor, salah satunya adalah seksualitas perempuan sudah tidak seperti dulu lagi, sehingga pada masa menopause keinginan untuk berhubungan intim cenderung berkurang, organ vital tidak lagi peka terhadap rangsangan, cairan pelumas berkurang sehingga menyebabkan nyeri saat

berhubungan, kepuasan seksual menurun dan pencapaian orgasme semakin sulit. (Hartati, Multazim and Asrina, 2018)

5.2.8 Keluhan kencing

Pada fase menopause wanita, terjadi berbagai perubahan dalam tubuhnya, salah satunya disebabkan oleh penurunan tingkat estrogen. Hal ini juga mempengaruhi saluran urogenital, di mana wanita yang telah memasuki menopause akan mengalami transformasi pada organ reproduksinya. Vagina pada wanita pasca menopause cenderung mengalami pengecilan dan penyempitan karena peningkatan jaringan ikat submukosa. Rugae vagina juga akan menjadi kurang terlihat, dan penurunan estrogen menyebabkan pergeseran indeks maturasi sel, dengan sel-sel parabasal dan intermediate yang mendominasi.

Dampak lain dari penurunan estrogen adalah kekeringan pada vagina, yang disebabkan oleh penurunan glikogen pada epitel vagina dan produksi sekret yang lebih sedikit. Hal ini mengakibatkan pertumbuhan *Lactobacillus* yang berkurang dan peningkatan pertumbuhan flora lainnya. Kondisi ini membuat vagina lebih rentan terhadap trauma, iritasi bahkan infeksi. Sama halnya yang terjadi pada uretra juga mengalami perubahan serupa. Terjadi transformasi pada daerah trigonum kandung kemih yang dapat menyebabkan kondisi seperti sistitis atropikans, uretritis atropikans, karunkula uretra, hingga inkontinensia. (Tendean, 2015)

5.3 Cara Mengatasi Keluhan Menopause

Keluhan menopause dapat diatasi dengan beberapa cara antara lain;

5.3.1 Menjaga Pola Makan dan Nutrisi

Makanan yang disarankan untuk dikonsumsi adalah yang tinggi kalsium, seperti susu, keju, dan kacang-kacangan, karena dapat membantu mengurangi risiko keropos tulang. Selain itu, disarankan untuk mengonsumsi makanan yang kaya vitamin dari buah-buahan dan sayuran, yang dapat memberikan manfaat kesehatan tambahan. Sebaiknya, mengurangi konsumsi

minuman seperti teh, kopi, soda, dan alkohol, karena dapat memperlambat penyerapan kalsium dalam tubuh.

Memperhatikan pola makan yang sehat dan seimbang, serta memastikan asupan nutrisi yang mencukupi diperlukan pada masa ini. Mengonsumsi makanan kaya kalsium dan vitamin D dapat membantu menjaga kesehatan tulang. Salah satu penelitian juga mengungkapkan bahwa konsumsi susu kedelai dapat berpengaruh terhadap pengurangan keluhan masa menopause. (Anggrahini and Handayani, 2014)

5.3.2 Olahraga rutin

Seorang wanita yang menghadapi menopause dapat mencari informasi dan mengaplikasikan berbagai strategi persiapan fisik untuk menjalani fase ini. Salah satu langkah yang dapat diambil adalah berolahraga secara teratur, dengan fokus pada kekuatan tulang. Aktivitas seperti berjalan kaki, jogging, dan berenang dapat membantu meningkatkan kekuatan tulang, sehingga dapat mengurangi risiko keropos tulang yang sering terkait dengan menopause.

Olahraga teratur juga dapat membantu menjaga berat badan, meningkatkan kesehatan jantung, dan mengelola stres, yang dapat menjadi faktor penting dalam menghadapi perubahan hormonal yang terkait dengan menopause. Selain itu, konsultasi dengan profesional kesehatan atau pelatih kebugaran dapat membantu merancang program latihan yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi fisik masing-masing individu.

Salah satu penelitian juga menunjukkan bahwa Latihan fisik sesuai dengan usia dengan frekuensi tiga kali seminggu dan durasi 30 menit setiap Latihan, terbukti memberikan hasil yang optimal dalam meningkatkan kualitas hidup Wanita menopause. (Simangunsong and Wahyuni, 2020)

5.3.3 Istirahat dan tidur yang cukup

Tidak hanya menjaga nutrisi dan rutin berolahraga, menjalani gaya hidup yang sehat dengan cukup tidur, mengelola stres, dan menghindari kebiasaan merokok serta konsumsi alkohol berlebihan juga dapat berkontribusi positif dalam

menjalani masa menopause dengan lebih baik secara fisik. Beberapa penelitian menunjukkan efektivitas aroma terapi sereh (lemon grass) terhadap kualitas tidur pada Wanita menopause. (Kec and Kab, 2022) Selain itu juga Self-hypnosis terbukti efektif mengatasi gangguan tidur pada Wanita menopause. (Marizi *et al.*, 2023)

5.3.4 Dukungan Keluarga serta Konseling atau Terapi Psikologis

Wanita menopause cenderung akan mengalami perubahan suasana hati yang ekstrem serta gejala psikologis lainnya. Konseling atau terapi psikologis pada psikolog atau psikiater bisa dilakukan jika diperlukan. Selain itu yang terpenting adalah memperoleh dukungan keluarga dan kerabat dalam menghadapi masa menopause.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggrahini, K. and Handayani, S. 2014. 'PENGARUH KONSUMSI SUSU KEDELAI TERHADAP KELUHAN MENOPAUSE Kunthy Anggrahini & Sri Handayani Akademi Kebidanan Estu Utomo Boyolali', *Jurnal Kebidanan*, VI(02), pp. 1–7.
- Arista, R., Indriyani, D. and Dewi, S.R. 2021. 'Hubungan functional capacity dengan kejadian nyeri sendi pada wanita menopause di wilayah puskesmas bangsalsari jember', *Jurnal Ilmiah*, pp. 1–14.
- Hartati, Multazim, A.M. and Asrina, A. 2018. 'Fungsi Seksual Perempuan Menopause di Kota Makassar Tahun 2018', *Public Health Science Journal*, 10(1), pp. 40–48.
- Kec, T. and Kab, T. 2022. '39-Article Text-194-1-10-20221210', 4, pp. 1–9.
- Marettih, A.K.E. 2020. 'Kualitas Hidup Perempuan Manopause', *Marwah*, 19(Jurnal Perempuan, Agama, dan Jender). Available at: <http://ejournal.uin-suska.ac.id/index.php/marwah/article/viewFile/506/486>.
- Marizi, L. et al. 2023. 'Effectiveness of self-hypnosis In Overcoming Sleep Disorders In Menopausal Women', *Journal of Maternal and Child Health Sciences (JMCHS)*, 3(1), pp. 271–278. Available at: <https://doi.org/10.36086/maternalandchild.v3i1.1701>.
- Simangunsong, D.E. and Wahyuni, T.S. 2020. 'Penurunan keluhan menopause dengan latihan', *Jurnal kesehatan Manarang*, 6(1), pp. 1–7. Available at: <http://jurnal.poltekkesmamuju.ac.id/index.php/m>.
- Simon, S., Tinungki, Y.L. and Tuwohingide, Y.E. 2018. 'Gambaran Aktivitas Fisik pada Lansia di Kampung Kumai Kecamatan Tabukan Tengah (Overview of Physical Activity of The Elderly in The Village of Kuma I District of Central Tabukan)', *Jurnal Ilmiah Tindalung*, 2(2), pp. 76–79.

- Tendean, H. 2015. 'Deteksi Inkontinensia Urin Pada Usia Post Menopause Dengan Menggunakan Kuesioner IIQ-7 Dan UDI-6 "Urinary Incontinence Detection in Post-Menopause Age Using IIQ-7 and UDI-6" - Neliti', *Jurnal Kedokteran Maranatha*, 6(2), pp. 30–43. Available at: <https://www.neliti.com/publications/149020/deteksi-inkontinensia-urin-pada-usia-post-menopause-dengan-menggunakan-kuesioner>.
- Ulfah, M. 2017. 'Hubungan Usia Dan Lama Menopause Dengan Tingkat Kecemasan Wanita Menopause', *Journal Of Issues In Midwifery*, 1(1), pp. 47–50. Available at: <https://doi.org/10.21776/ub.joim.2017.001.01.5>.
- Widjayanti, Y. 2016. 'Gambaran Keluhan Akibat Penurunan Kadar Hormon Estrogen pada Masa Menopause', *Adi Husada Nursing Journal*, 2(1), pp. 96–101. Available at: <https://adihusada.ac.id/jurnal/index.php/AHNJ/article/view/41/121>.
- Widjayanti, Y. 2021. 'Status Gizi, Aktivitas Fisik Dan Keluhan Menopause', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6(1). Available at: <https://doi.org/10.30651/jkm.v6i1.7711>.

BAB 6

KONTRASEPSI

Oleh Endang Susilowati

6.1 Pendahuluan

Terjaminnya kesetaraan gender serta pemberdayaan seluruh wanita dan perempuan pada tahun 2030 menjadi tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) yang kelima dari tujuh belas goals. Terjaminnya akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional menjadi tujuan pembangunan manusia dalam SDGs yang ketiga terkait kehidupan sehat dan sejahtera pada point 3.7. Memastikan akses kepada pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk keluarga berencana serta pendidikan dan informasi kesehatan seksual dan reproduksi pada wanita dan remaja. Pemantauan indikator-indikator utama keluarga berencana termasuk di dalamnya jangkauan dan jenis metode kontrasepsi yang digunakan menjadi penilaian terkait kemajuan dari target SDGs. Penyediaan dan penggunaan layanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi serta penggunaan metode-metode tertentu. (Kemenkes RI, 2015; Alisjahbana and Murniningtyas, 2018)

6.2 Kontribusi Penyedia Layanan Keluarga Berencana

Setiap orang memiliki hak untuk menentukan jalan kehidupan mereka masing-masing. Rencana untuk apakah, kapan memiliki anak, berapa banyak dan dengan siapa menjadi bagian yang sangat penting dalam haknya sebagai warga negara. Penyedia layanan keluarga berencana memiliki hak dan tanggung jawab untuk membantu masyarakat dalam mengambil

dan melaksanakan rencana maupun keputusan-keputusan tersebut. Layanan keluarga berencana yang memiliki kualitas tinggi dan tenaga kesehatan yang memberikan layanan tersebut dengan menghormati, melindungi dan memenuhi hak asasi semua klien keluarga berencana. Setiap pihak memiliki peranan yang penting dalam memberikan pelayanannya.

Sembilan prinsip hak asasi manusia sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan keluarga berencana sebagai penyedia layanan keluarga berencana:

1. Non-diskriminasi. Menyambut semua klien dengan setara. Menghormati setiap kebutuhan dan keinginan klien. Mengesampingkan penilaian pribadi dan pendapat negatif terkait klien apa pun itu. Memberikan pelayanan yang terbaik untuk setiap klien.
2. Ketersediaan informasi dan layanan kontrasepsi. Mengetahui dan memastikan ketersediaan berbagai macam metode keluarga berencana untuk klien dan bagaimana menggunakannya. Tidak mengesampingkan metode apapun untuk klien dan menyampaikan seluruh informasi terkait metode keluarga berencana.
3. Informasi dan pelayanan yang dapat diakses. Membantu memastikan bahwa semua orang dapat menggunakan fasilitas layanan keluarga berencana termasuk yang memiliki disabilitas. Aktif berpartisipasi dalam memberikan penyuluhan. Tidak meminta klien, untuk mendapatkan persetujuan kepada orang lain untuk memakai metode keluarga berencana tertentu.
4. Informasi dan layanan yang dapat diterima. Memiliki sikap yang ramah dan bersahabat. Mampu menempatkan diri seperti kondisi klien. Menanyakan hal-hal yang penting bagi klien, apa yang menjadi keinginan klien dan bagaimana cara untuk melakukannya.
5. Kualitas. Selalu melakukan pembaharuan keilmuan dan keterampilan. Menggunakan keterampilan komunikasi yang baik. Memastikan alat kontrasepsi yang disediakan tidak kedaluarsa.

6. Pengambilan keputusan yang tepat. Menjelaskan metode-metode keluarga berencana dengan jelas, termasuk bagaimana cara menggunakannya, seberapa efektif dan efek samping apa yang mungkin ditimbulkan oleh metode keluarga berencana. Membantu klien untuk mempertimbangkan apa saja yang penting bagi klien dalam menggunakan metode keluarga berencana.
7. Privasi dan kerahasiaan. Tidak mendiskusikan kondisi klien dengan orang lain kecuali dengan seijin klien dan sesuai kebutuhan klien dalam mendapatkan tindakan. Pada saat melakukan wawancara memastikan ruangan aman dan nyaman dan tidak dapat didengar oleh orang lain. Menjaga kerahasiaan klien dan menyimpan dokumentasi klien ditempat yang aman.
8. Partisipasi. Menanyakan kepada klien apa saja yang mereka pikirkan tentang pelayanan keluarga berencana. Menindaklanjuti masukan dari klien dalam rangka meningkatkan pelayanan.
9. Akuntabilitas. Pemberi layanan harus dapat mempertanggungjawabkan setiap pelayanan metode keluarga berencana yang diberikan kepada klien.

Prinsip-prinsip hak asasi manusia ini memandu pekerjaan setiap penyedia layanan metode kontrasepsi. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

6.3 Kesetaraan Gender dan Inklusivitas Gender

Kesetaraan Gender dan Keluarga Berencana

Terbaikannya hak-hak reproduksi perempuan menjadikan kesempatan perempuan baik dalam kehidupan publik dan pribadi terbatas, termasuk kesempatan untuk mendapatkan pendidikan dan pemberdayaan ekonomi dan politik. Kesetaraan gender dan akses terhadap keluarga berencana berkaitan secara integral. Setiap orang memiliki hak untuk menentukan "apakah dan kapan akan memiliki anak, berapa banyak, dan dengan siapa". Hal ini merupakan hal yang

mendasar bagi pemberdayaan dan hak setiap individu atas tubuh dan kehidupannya.

Penyedia layanan dalam menerapkan asuhan yang responsif gender harus memberikan perhatian untuk memberdayakan semua perempuan, laki-laki, dan orang-orang yang memiliki keragaman jenis untuk:

1. Mendapatkan akses penuh dan setara terhadap layanan, informasi, dan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi.
2. Membuat keputusan berdasarkan informasi yang cukup mengenai perawatan kesehatan, penggunaan alat kontrasepsi, dan apakah akan menyetujui atau tidak menyetujui hubungan seksual dengan pasangan mereka; ini termasuk hak untuk membuat keputusan sendiri atau dengan pasangan mereka.

Penyedia layanan harus menyadari kebutuhan dan realitas yang berbeda antara perempuan, laki-laki, dan kehidupan masyarakat yang beragam. Penyedia layanan harus mempertimbangkan bagaimana keadaan sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat, dan khususnya norma-norma gender yang berbahaya dan ketidaksetaraan yang mereka hadapi, memengaruhi pengambilan keputusan kontrasepsi, akses mereka terhadap perawatan, dan penggunaan metode metode yang mereka pilih. Pendekatan penyedia layanan terhadap perawatan harus sepenuhnya memberdayakan semua perempuan, laki-laki, dan orang-orang dengan gender yang beragam, terlepas dari situasi ini.

Inklusivitas Gender

Secara umum, panduan keluarga berencana dan dokumen terkait lainnya hanya mengacu pada "perempuan", sebagai kaum mayoritas yang mencari dan mendapatkan metode keluarga berencana. Namun secara internasional, terdapat peningkatan pengakuan terhadap kebutuhan kontrasepsi yaitu kontrasepsi pria baik dalam penggunaan metode keluarga berencana maupun dukungan pria terhadap

pengambilan keputusan dan penggunaan kontrasepsi pasangannya serta kebutuhan orang dengan memiliki orientasi seksual dan identitas gender yang beragam.

Penyedia layanan mungkin akan menjumpai orang-orang transgender dan beragam gender yang mencari metode keluarga berencana. Ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender, transgender dan orang transgender menghadapi kerugian sistemik, kekerasan, stigma, dan diskriminasi di masyarakat maupun dalam layanan kesehatan. Hal ini dapat menimbulkan hambatan terhadap akses ke layanan kesehatan, dukungan, dan informasi yang seharusnya diakses oleh seluruh masyarakat secara luas. Penting bagi penyedia layanan kesehatan mengenali dan menangani keragaman klien dan pasangan yang mencari layanan keluarga berencana dan mendapatkan akses layanan tanpa stigma dan diskriminasi. Mendorong klien untuk memberikan keputusan yang aman, tepat dan sesuai dengan kebutuhannya. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

6.4 Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Terdapat dua jenis metode kontrasepsi yang dapat menjadi pilihan bagi pasangan usia subur yang sudah menikah. Pertama adalah cara modern dan yang kedua adalah cara tradisional. Cara modern terbagi menjadi non-hormonal, hormonal dan sterilisasi. Cara tradisional terdiri dari sanggama terputus, pantang berkala atau sistem kalender, metode ovulasi billing (MOB) dan metode suhu basal (MSB). Cara modern Non Hormonal meliputi metode amenore laktasi, kondom, diafragma, AKDR/IUD. Cara modern hormonal meliputi pil, suntik, dan implan. Cara modern sterilisasi meliputi metode operasi wanita (MOW) dan metode operasi pria (MOP)/Vasektomi. (Kemenkes RI and BKKBN, 2021b)

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional membagi menjadi 2 jenis, yaitu metode kontrasepsi jangka pendek dan metode kontrasepsi jangka panjang. Metode kontrasepsi jangka pendek terdiri dari pil KB dan suntikan KB, kondom, sedangkan metode kontrasepsi jangka panjang terdiri dari alat kontrasepsi

dalam Rahim (IUD), Implan, Tubektomi dan Vasektomi. Metode kontrasepsi yang dijelaskan pada bab ini merupakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) yang tersedia di Indonesia. Untuk merk dagang yang di tuliskan sebagai contoh merupakan merk dagang alat kontrasepsi yang masuk dalam program pemerintah. (Kemenkes RI and BKKBN, 2021b)

6.4.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah salah satu metode kontrasepsi yang dipasang ke dalam rahim wanita dalam rangka mencegah terjadinya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Jenis AKDR ada 2 yaitu AKDR Copper (non hormonal) dan AKDR Levonogestrel (hormonal). (Kemenkes RI and BKKBN, 2021a)

1. AKDR Copper (Cu)

Pengertian:

AKDR Cooper adalah suatu batang plastik kecil dan fleksibel yang mengandung tembaga dalam bentuk lengan atau terdapat kawat disekelilingnya.

Tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasukkan AKDR Cooper ke dalam rahim wanita melalui vagina dan leher rahimnya. Hampir semua jenis AKDR Cooper memiliki satu atau dua senar atau benang yang diikatkan, dan benang-benang tersebut menggantung melalui leher rahim ke dalam vagina. AKDR Cooper bekerja dengan cara menyebabkan perubahan kimiawi yang merusak sperma-sperma dan sel telur sebelum keduanya dapat bertemu. AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program) AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri (Kemenkes RI and BKKBN, 2021b; WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Efektifitas

AKDR Cooper menjadi salah satu metode yang paling efektif dan tahan lama:

- a. Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

- b. Risiko kehamilan setelah tahun pertama penggunaan dan akan terus ada selama penggunaan AKDR Cooper meskipun angka kejadiannya kecil.
 - 1) Sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan pada penggunaan lebih dari 10 tahun.
 - 2) Penelitian menemukan bahwa AKDR Cooper efektif selama 12 tahun, namun penyedia layanan tetap harus mengikuti pedoman nasional mengenai kapan AKDR Cooper harus dilepas, yaitu sesuai label penggunaan AKDR Cooper (10 tahun).
 - 3) Tidak terdapat jeda waktu kesuburan wanita kembali setelah AKDR Cooper dilepas.
 - 4) Tidak ada perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS). (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Efek Samping AKDR Cooper

Beberapa pengguna AKDR Cooper melaporkan hal-hal berikut ini:

Perubahan pola perdarahan (terutama pada 3 sampai 6 bulan pertama), termasuk:

- a. Perdarahan bulanan yang berkepanjangan dan berat
- b. Perdarahan yang tidak teratur
- c. Kram dan nyeri pada abdomen selama perdarahan bulanan

Perubahan perdarahan yang terjadi normal dan tidak berbahaya. Kebutuhan akan konseling dan dukungan dari tenaga kesehatan bagi wanita yang melakukan pemasangan AKDR Cooper untuk meminimalisasi kecemasan akan efek samping yang dialami.

Manfaat AKDR Cooper bagi Kesehatan

- a. Melindungi dari risiko kehamilan.
- b. Melindungi dari kanker endometrium dan kanker serviks
- c. Mengurangi risiko kehamilan ektopik.

Risiko Kesehatan

- a. Secara umum menyebabkan anemia apabila sebelum pemasangan AKDR Cooper sudah memiliki simpanan zat besi dalam darah yang rendah, AKDR Cooper menyebabkan perdarahan bulanan yang lebih berat.
- b. Penyakit radang panggul (PID) dapat terjadi jika pada saat pemasangan AKDR Cooper wanita tersebut menderita klamidia atau gonore.

Komplikasi

- a. Apabila terjadi tusukan (perforasi) pada dinding rahim oleh AKDR Cooper atau peralatan pada saat pemasangan, pada umumnya kesembuhan terjadi tanpa pengobatan.
- b. Keguguran, kelahiran prematur, atau infeksi namun jarang terjadi. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Meluruskan Kesalahpahaman

AKDR Cooper:

- a. Dapat digunakan oleh perempuan dari segala usia, termasuk remaja.
- b. Dapat digunakan oleh perempuan yang sudah pernah memiliki anak maupun yang belum.
- c. Jarang menyebabkan PID (*pelvic inflammatory disease*).
- d. Tidak meningkatkan risiko tertular IMS, termasuk HIV.
- e. Tidak meningkatkan risiko keguguran ketika seorang perempuan hamil.
- f. Tidak meningkatkan risiko keguguran ketika perempuan hamil setelah AKDR Cooper dilepas.
- g. Tidak membuat perempuan menjadi tidak subur.
- h. Tidak menyebabkan cacat lahir.
- i. Tidak menyebabkan kanker.
- j. Tidak berpindah ke jantung atau otak.
- k. Tidak menimbulkan rasa tidak nyaman atau sakit bagi perempuan atau laki-laki saat berhubungan seks.
- l. Secara substansial mengurangi risiko kehamilan ektopik.

Sebagian besar wanita dapat menggunakan AKDR Cooper dengan aman dan efektif, termasuk wanita yang:

- a. Belum maupun yang sudah memiliki anak.
- b. Belum maupun sudah menikah.
- c. Berusia berapapun termasuk berusia lebih dari 40 tahun dan juga remaja.
- d. Baru saja keguguran apabila tidak ada indikasi terjadinya infeksi.
- e. Wanita yang sedang menyusui.
- f. Memiliki pekerjaan fisik yang berat
- g. Memiliki riwayat kehamilan ektopik
- h. Memiliki riwayat penyakit radang panggul (PID)
- i. Memiliki infeksi pada vagina
- j. Mengalami anemia
- k. Memiliki penyakit HIV tanpa gejala, baik sedang dalam terapi antiretroviral maupun tidak
- l. Sedang menjalani terapi antiretroviral. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Waktu Pemasangan AKDR Cooper

Seorang wanita dapat memulai pemasangan AKDR Cooper kapan saja apabila cukup yakin bahwa klien tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menjadi kontraindikasi.

Tabel 6.1. Waktu Pemasangan AKDR Cooper

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Cooper
Menstruasi teratur	• Metode kontrasepsi tambahan tidak diperlukan apabila dimulai dalam 12 hari setelah permulaan menstruasi. • Metode kontrasepsi tambahan tidak diperlukan apabila mulai lebih dari 12 hari setelah permulaan menstruasi. AKDR Cooper dilakukan pemasangan kapanpun apabila yakin klien

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Cooper
	tidak hamil.
Pergantian dari metode kontrasepsi lain	• Pemasangan AKDR Cooper dapat segera dilakukan apabila klien menggunakan metode kontrasepsi lain konsisten dan benar, atau yakin bahwa klien tidak hamil. Metode kontrasepsi tambahan tidak diperlukan dan tidak harus menunggu menstruasi datang. • AKDR Cooper dapat dipasang pada saat jadwal suntik ulang apabila klien berganti dari kontrasepsi suntik, tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.
Pasca klien melahirkan baik klien yang menyusui maupun tidak	• Setiap saat dalam 48 jam setelah melahirkan, baik persalinan pervaginam maupun sesar. • Tunda pemasangan apabila melebihi 48 jam setelah melahirkan, pemasangan ditunda minimal empat minggu setelah klien melahirkan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	• Tunda pemasangan apabila melebihi 48 jam setelah melahirkan dan apabila menstruasi belum muncul, pemasangan ditunda setidaknya 4 minggu dan 6 bulan setelah melahirkan dan tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan. • Apabila telah terjadi menstruasi, AKDR Cooper dapat dipasang

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Cooper
	seperti saran yang diberikan kepada klien yang memiliki siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	• AKDR Cooper dapat langsung dilakukan pemasangan apabila klien belum mendapatkan menstruasinya dan yakin klien tidak hamil serta tidak diperlukan kontrasepsi tambahan. • Apabila menstruasi telah datang, dapat dilakukan pemasangan AKDR Cooper seperti saran yang diberikan kepada klien yang memiliki siklus menstruasi.
Tidak ASI eksklusif atau tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	• AKDR Cooper dapat langsung dilakukan pemasangan apabila klien belum mendapatkan menstruasinya dan yakin tidak hamil serta tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. • Apabila menstruasi telah datang, dapat dilakukan pemasangan AKDR Cooper seperti saran yang diberikan kepada klien yang memiliki siklus menstruasi.
Tidak menstruasi (bukan klien setelah melahirkan/ menyusui)	• AKDR Cooper dapat langsung dilakukan pemasangan apabila yakin klien tidak hamil dan tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
Pasca keguguran atau aborsi dan belum mendapatkan menstruasi.	• AKDR Cooper segera dapat dipasang dalam 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan apabila

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Cooper
	klien tidak terjadi infeksi serta tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan. • AKDR Cooper dapat dipasang kapan saja apabila lebih dari 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan tidak terjadi infeksi serta yakin klien tidak hamil, dalam hal ini klien tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. • Apabila terjadi infeksi, harus mendapatkan pengobatan atau dilakukan rujukan. Tenaga kesehatan dapat membantu klien memilih metode lain. Apabila tetap memilih AKDR Cooper maka dilakukan pemasangan setelah infeksi sembuh. • Pelatihan khusus sangat dibutuhkan bagi tenaga kesehatan pada pemasangan AKDR Cooper pasca keguguran atau aborsi trimester 2. Penundaan pemasangan setidaknya 4 minggu pasca keguguran atau aborsi apabila tenaga kesehatan tidak terlatih secara khusus.
Pasca menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	• Dapat dilakukan pemasangan AKDR Cooper dihari yang sama dengan hari minum PKD (PKD progestin, kombinasi, atau ulipristal acetate) dan tidak diperlukan metode kontrasepsi

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Cooper
	tambahan. • Pemasangan AKDR Cooper dapat dilakukan kapan saja sepanjang yakin klien tidak hamil pada klien yang tidak melakukan pemasangan dengan segera, namun klien kembali lagi menghendaki untuk dilakukan pemasangan.
Menjadi kontrasepsi darurat	• Pemasangan dilakukan dalam 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman. • AKDR Cooper dapat dilakukan pemasangan sampai dengan 5 hari setelah ovulasi apabila waktu ovulasi dapat diperkirakan, kadang-kadang dapat terjadi lebih dari 5 hari setelah melakukan hubungan seksual tanpa pengaman.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana, Kementerian Kesehatan RI, 2021

2. AKDR Levonogestrel (LNG)

Pengertian

AKDR Levonogestrel merupakan suatu batang plastik berbentuk T yang melepaskan sejumlah kecil levonorgestrel setiap harinya secara terus menerus. (Levonorgestrel adalah hormon progestin yang juga digunakan pada beberapa alat kontrasepsi implan dan pil kontrasepsi oral).

Tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasukkan AKDR Cooper ke dalam rahim wanita melalui vagina dan leher rahimnya. Disebut juga dengan sistem intrauterin pelepas levonorgestrel, LNG-IUS, atau IUD hormonal. Dipasarkan dengan berbagai merek seperti Mirena, Liletta,

Levosert, Kyleena, Skyla, dan Jaydess. IUD Kyleena, Skyla, dan Jaydess dan alat penisipnya berukuran sedikit lebih kecil daripada Mirena, Liletta, dan Levosert. Bekerja dengan cara mencegah sperma membuahi sel telur.

Efektifitas

AKDR Levonogetrel merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan jangka panjang:

- a. Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR Levonogetrel selama tahun pertama (2 per 1.000 perempuan).
- b. Terjadinya kehamilan tetap ada setelah satu tahun pertama penggunaan dan terus berlanjut selama perempuan tersebut menggunakan AKDR Levonogetrel meskipun risikonya kecil. Lebih dari 5 tahun penggunaan AKDR Levonogetrel Mirena: Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan.
- c. Mirena dan Kyleena penggunaannya hingga 5 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa Mirena tetap sangat efektif selama 7 tahun. Levosert dan Liletta penggunaannya hingga 4 tahun. Penelitian mendukung penggunaan Levosert dan Liletta hingga 5 tahun. Skyla dan Jaydess penggunaannya hingga 3 tahun.

Tidak terdapat jeda waktu kesuburan klien kembali setelah AKDR Levonogestrel dilepas dan tidak adanya perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS). (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Efek Samping AKDR Levonogestrel

Pengguna AKDR Levonogestrel beberapa melaporkan hal-hal berikut ini:

- a. Pola perdarahanyang berubah, termasuk:
 - 1) Perdarahan lebih ringan dan jumlah hari perdarahan lebih pendek
 - 2) Perdarahan yang jarang terjadi
 - 3) Perdarahan yang tidak teratur
 - 4) Tidak ada perdarahan bulanan

- 5) Perdarahan yang berkepanjangan
- b. Terdapatnya jerawat
- c. Terjadinya Sakit kepala
- d. Kelembutan atau nyeri pada payudara
- e. Mual pada lambung
- f. Kenaikan/penurunan berat badan
- g. Pusing
- h. Perubahan suasana hati/mood
- i. Kista ovarium adalah perubahan fisik lain yang mungkin terjadi.

Perubahan perdarahan yang terjadi normal dan tidak berbahaya. Apabila seorang wanita merasa mengganggu, konseling dan dukungan dari tenaga kesehatan dapat membantu.

Manfaat AKDR Levonogestrel bagi Kesehatan

- a. Membantu wanita melindungi dari risiko kehamilan dan anemia kekurangan zat besi.
- b. Membantu wanita melindungi dari kanker endometrium dan kanker serviks.
- c. Mengurangi kram menstruasi, pendarahan bulanan yang berat, gejala endometriosis (nyeri panggul, perdarahan yang tidak teratur) dan risiko kehamilan ektopik.

Risiko Kesehatan

Meskipun jarang terjadi dalam dalam jangka pendek, PID dapat terjadi jika wanita tersebut memiliki gonore atau klamidia pada saat pemasangan alat kontrasepsi

Komplikasi

- a. Meskipun jarang terjadi tusukan (perforasi) pada dinding rahim oleh AKDR Levonogestrel atau alat instrumen yang digunakan pada saat pemasangan, pada umumnya tanpa pengobatan akan sembuh dengan sendirinya.
- b. Keguguran, kelahiran prematur, atau infeksi, dan terjadinya kehamilan adalah komplikasi yang jarang terjadi

Meluruskan Kesalahpahaman

AKDR Levonogestrel:

- a. Dapat digunakan oleh perempuan dari segala usia, termasuk remaja.
- b. Dapat digunakan oleh perempuan yang sudah pernah memiliki anak maupun yang belum.
- c. Tidak meningkatkan resiko tertular IMS, termasuk HIV.
- d. Tidak meningkatkan resiko keguguran ketika perempuan hamil
- e. Tidak meningkatkan resiko keguguran ketika perempuan hamil setelah IUD dilepas.
- f. Tidak membuat perempuan menjadi tidak subur.
- g. Tidak menyebabkan cacat lahir.
- h. Tidak menyebabkan kanker.
- i. Tidak berpindah ke jantung atau otak.
- j. Tidak menimbulkan rasa tidak nyaman atau sakit bagi perempuan atau laki-laki saat berhubungan seks.

AKDR Levonogestrel aman dan efektif untuk hampir semua wanita termasuk wanita:

- a. Belum atau sudah memiliki anak.
- b. Belum atau sudah menikah.
- c. Memiliki usia berapapun, termasuk yang berusia diatas 40 tahun dan juga remaja.
- d. Pasca aborsi atau keguguran baru saja, dan tidak ada indikasi terjadinya infeksi.
- e. Wanita yang menyusui
- f. Memiliki pekerjaan fisik yang berat
- g. Riwayat terjadinya kehamilan ektopik
- h. Riwayat terjadinya penyakit radang panggul (PID)
- i. Memiliki infeksi pada vagina
- j. Mengalami anemia
- k. Pasien dengan HIV ringan ataupun tanpa gejala, baik sedang dalam terapi antiretroviral atau tidak
- l. Sedang menjalani terapi antiretroviral. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel

Seorang wanita dapat memulai pemasangan AKDR Levonogestrel kapan saja apabila cukup yakin bahwa klien tidak hamil dan tidak ada indikasi medis.

Tabel 6.2. Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel
Pasca klien melahirkan baik klien yang menyusui maupun tidak	• Setiap saat dalam 48 jam setelah melahirkan. • Tunda pemasangan apabila melebihi 48 jam setelah melahirkan, setidaknya 4 minggu setelah melahirkan.
Menstruasi teratur atau berganti dari metode nonhormonal pertama setelah pemasangan.	• Pemasangan dapat dilakukan dibulan tersebut dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi dan tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. • Pemasangan AKDR Levonogestrel dilakukan kapanpun selama yakin klien tidak hamil apabila lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
Pergantian dari metode hormonal	• Pemasangan dilakukan sesegera mungkin apabila klien menggunakan metode kontrasepsi konsisten dan benar, serta yakin bahwa klien tidak hamil. Pada kasus seperti ini tidak harus menunggu menstruasi datang.. • Klien tidak memerlukan

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel
	kontrasepsi tambahan apabila klien memulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi. • Klien memerlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama apabila pemasangan lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi. • AKDR Levonogestrel dapat dipasang pada saat jadwal suntik ulang apabila klien berganti dari kontrasepsi suntik dan tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	• Pemasangan AKDR Levonogestrel dapat dilakukan kapanpun antara 4 minggu dan 6 bulan setelah melahirkan apabila tidak dipasang dalam 48 jam pertama setelah melahirkan dan apabila menstruasi belum muncul kembali. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan • Apabila telah datang menstruasi, AKDR Levonogestrel dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	• AKDR Cooper dapat langsung dilakukan pemasangan kapanpun apabila klien belum mendapatkan menstruasinya sepanjang yakin klien tidak hamil serta tidak diperlukan

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel
	kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. • Apabila telah datang menstruasi, pemasangan AKDR Levonogestrel dapat dilakukan seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
Tidak ASI eksklusif atau tidak menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	• Pemasangan AKDR Levonogestrel ditunda pemasangan hingga setidaknya 4 minggu setelah melahirkan apabila tidak dilakukan pemasangan dalam 48 jam pertama setelah melahirkan.
Tidak ASI eksklusif atau tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	• Pemasangan AKDR Levonogestrel dapat dilakukan kapanpun sepanjang dipastikan klien tidak hamil, apabila menstruasi belum muncul kembali. Pada kasus ini diperlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. • Apabila telah datang menstruasi, pemasangan AKDR Levonogestrel dapat dilakukan seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
Tidak menstruasi (bukan klien setelah melahirkan/ menyusui)	• Pemasangan AKDR Levonogestrel dapat langsung dilakukan pemasangan kapanpun apabila yakin klien

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel
	tidak hamil namun tetap memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Pasca keguguran atau aborsi	• Pemasangan AKDR Levonogestrel segera dapat dilakukan pemasangan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan apabila klien tidak mengalami infeksi serta tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan. • Pemasangan AKDR Levonogestrel dapat dilakukan kapanpun selama klien yakin tidak hamil. Pemasangan dilakukan apabila lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan tidak terjadi infeksi pada klien. Tetap diperlukan kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. • Membantu klien untuk memilih metode lain apabila terjadi infeksi, dan klien harus mendapatkan pengobatan dan rujukan. Pemasangan dilakukan apabila infeksi sudah sembuh dan klien tetap ingin menggunakan AKDR Levonogestrel sebagai metode kontrasepsinya.

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan AKDR Levonogestrel
	• Pelatihan khusus sangat dibutuhkan bagi tenaga kesehatan pada pemasangan AKDR Levonogestrel setelah keguguran atau aborsi trimester 2. Penundaan pemasangan setidaknya 4 minggu pasca keguguran atau aborsi apabila tenaga kesehatan tidak terlatih secara khusus.
Pasca menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat progestin, kombinasi, atau ulipristal acetate (UPA)	• Pemasangan AKDR Levonogestrel dapat dilakukan sepanjang dapat dipastikan klien tidak hamil, misal setelah menstruasi berikutnya datang. Tetap diperlukan metode kontrasepsi tambahan atau pil untuk pakai klien sampai dengan AKDR dipasang. • Dalam 6 hari pertama setelah minum PKD UPA seharusnya tidak dilakukan pemasangan AKDR Levonogestrel. Terjadi interaksi obat apabila AKDR Levonogestrel dipasang lebih awal. Ada kemungkinan menjadi kurang efektif apabila kedua metode ini ada di dalam tubuh.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana, Kementerian Kesehatan RI, 2021

6.4.2 Kontrasepsi Implan/Susuk

Implan/Susuk merupakan batang plastik berukuran kecil (memiliki ukuran seperti batang korek api) dengan cara melakukan pelepasan progestin dalam tubuh wanita.

Tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus melakukan tindakan prosedur pembedahan kecil untuk menempatkan 1 atau 2 batang implan di bawah kulit lengan atas wanita. Implan ini tidak mengandung estrogen, sehingga dapat penggunaannya bisa selama masa menyusui dan oleh wanita yang tidak dapat menggunakan metode kontrasepsi yang mengandung estrogen.

Jenis-jenis implan:

1. Jadelle: berisi 2 batang implan yang mengandung Levonorgestrel (LNG), memiliki efektifitas selama 5 tahun.
2. Implanon NXT (juga dikenal sebagai Nexplanon; menggantikan Implanon): 1 batang mengandung etonogestrel (ETG), untuk penggunaan hingga 3 tahun (baru-baru ini penelitian terbaru menunjukkan bahwa ini kemungkinan sangat efektif selama 5 tahun). Implanon NXT apabila menggunakan sinar-X dapat dilihat dan memiliki perangkat penyisipan yang lebih baik.
3. Levoplant (Sino-Implant (II)): implan sejumlah 2 batang yang mengandung LNG, memiliki keefektifan penggunaan hingga 3 tahun.
4. Norplant: implan yang terdiri dari 6 batang dan memiliki keefektifan selama 5-7 tahun, tetapi pada tahun 2008 dihentikan dan sudah tidak tersedia lagi.
5. Susuk bekerja terutama dengan mencegah terlepasnya sel telur dari indung telur (ovulasi), menjadikan lendir servik menjadi lebih kental (hal ini untuk menghalangi sperma mencapai sel telur).

Efektifitas

Kontrasepsi implan menjadi salah satu metode yang paling efektif dan paling tahan lama.

1. Secara spesifik, hanya 1 kehamilan dari setiap 1.000 perempuan menggunakan implan selama tahun pertama.
2. Setelah tahun pertama pemasangan risiko kehamilan meskipun kecil masih bisa terjadi dan terus berlanjut selama wanita tersebut menggunakan implan.

3. Perempuan yang memiliki berat badan berlebih, dapat terjadi penurunan keefektifan menjelang akhir durasi penggunaan Jadelle dan Levoplant.

Tidak terdapat jeda waktu kembalinya kesuburan setelah Implan dilepas dan tidak terdapat perlindungan untuk kasus infeksi menular seksual (IMS).

Efek Samping Implan

Beberapa pengguna Implan melaporkan hal-hal berikut ini:

1. Pola perdarahan terjadi perubahan:
 - a. Beberapa bulan pertama hingga 1 tahun:
 - 1) Perdarahan yang lebih ringan dan waktu yang pendek terjadinya perdarahan
 - 2) Perdarahan yang berkepanjangan
 - 3) Perdarahan yang terjadinya tidak teratur
 - 4) Perdarahan yang jarang terjadi
 - 5) Perdarahan perbulan tidak ada
 - b. Setelah sekitar 1 tahun:
 - 1) Perdarahan yang lebih ringan dan tidak ada perdarahan bulanan
 - 2) Perdarahan yang tidak teratur
 - 3) Perdarahan yang jarang terjadi
 - 4) Tidak terjadi perdarahan bulanan
2. Pengguna Implanon dan Implanon NXT lebih mungkin mengalami perdarahan yang jarang, berkepanjangan, atau tidak ada perdarahan bulanan dan perdarahan yang tidak teratur.
3. Sakit pada kepala
4. Sakit pada perut
5. Kejadian jerawat (dapat membaik atau memburuk)
6. Perubahan kenaikan/penurunan berat badan
7. Nyeri pada payudara
8. Pusing pada kepala
9. Perubahan suasana hati/mood
10. Mual pada lambung

Perubahan perdarahan yang terjadi normal dan tidak berbahaya. Apabila seorang wanita merasa mengganggu, konseling dan dukungan dari tenaga kesehatan dapat membantu.

Manfaat bagi Kesehatan

Kontrasepsi Implan membantu wanita:

1. Kehamilan dan risiko-risiko dalam kehamilan termasuk kehamilan ektopik dapat dicegah.
2. Kejadian anemia defisiensi zat besi dapat dikurangi
3. Risiko kehamilan ektopik dapat dikurangi

Komplikasi

1. Jarang terjadi infeksi di tempat pemasangan (kebanyakan infeksi terjadi dalam 2 bulan pertama setelah pemasangan).
2. Pengangkatan/pencabutan yang sulit (jarang terjadi jika dimasukkan dengan benar dan penyedia layanan terampil terampil dalam melakukan pengangkatan/pencabutan).
3. Jarang ekspulsi pada implan (sebagian besar ekspulsi terjadi dalam 4 bulan pertama setelah pemasangan)
4. Sangat jarang terjadi migrasi implan. Ada beberapa laporan bahwa ditemukan implan di tempat lain di dalam tubuh karena pemasangan yang tidak tepat (misalnya, di dalam pembuluh darah).

Meluruskan Kesalahpahaman

1. Implan tidak bekerja efektif setelah dilepas.
2. Tidak mengakibatkan bahaya apapun apabila tidak terjadi perdarahan bulanan/menstruasi.
3. Tidak menjadikan wanita tidak subur.
4. Tidak meningkatkan resiko kehamilan ektopik.

Implan aman dan efektif untuk hampir semua wanita, termasuk wanita yang:

1. Belum memiliki atau sudah memiliki anak.
2. Belum atau sudah menikah.

3. Usia berapapun, termasuk diatas 40 tahun serta remaja.
4. Aborsi, keguguran yang baru saja terjadi atau kehamilan ektopik.
5. Merokok.
6. Wanita menyusui.
7. Penderita anemia.
8. Memiliki varises.
9. Pasien HIV, baik yang sedang menjalani terapi antiretroviral atau tidak.

Waktu Pemasangan Implan

Seorang wanita dapat memulai pemasangan AKDR Levonogestrel kapan saja apabila yakin bahwa tidak dalam kondisi hamil dan tidak indikasi medis.

Tabel 6.3. Waktu Pemasangan Implan

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan Implan
Menstruasi teratur atau Pergantian dari metode nonhormonal	• Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja dalam bulan itu mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasinya, dan tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan. • Pemasangan implan dilakukan kapan saja apabila yakin klien tidak hamil namun tetap diperlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. Hal ini dilakukan apabila pemasangan mulai dari 7 hari setelah permulaan menstruasinya.
Pergantian dari metode hormonal lainnya	• Pemasangan implan dapat dilakukan segera apabila klien menggunakan metode

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan Implan
	kontrasepsi konsisten dan benar, atau yakin klien tidak hamil. Klien tidak harus menunggu menstruasinya datang dan tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan. • Pemasangan implan dilakukan pada saat jadwal suntik ulang apabila klien berganti dari KSK atau KSP dan tidak diperlukannya metode kontrasepsi tambahan.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	• Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja diantara waktu melahirkan sampai dengan 6 bulan dan tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan apabila menstruasi klien belum datang. • Apabila telah menstruasi, pemasangan implan dapat dilakukan seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	• Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja selama yakin klien tidak hamil namun memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan apabila klien belum menstruasi. • Apabila telah menstruasi, pemasangan implan dapat dilakukan seperti saran yang diberikan kepada klien dengan

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan Implan
	siklus menstruasi.
Tidak ASI Eksklusif Apabila belum menstruasi	• Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja selama yakin klien tidak hamil namun diperlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Tidak ASI Eksklusif Jika telah menstruasi	• Pemasangan implan dilakukan apabila menstruasi klien telah kembali, yang dianjurkan adalah wanita yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	• Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja dan tidak diperlukannya metode kontrasepsi tambahan
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	• Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja dengan yakin bahwa klien tidak hamil namun tetap memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan apabila klien belum menstruasi. • Apabila telah datang menstruasi, pemasangan implan dapat dilakukan seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
Tidak menstruasi (tidak setelah melahirkan atau tidak menyusui)	• Pemasangan implan dilakukan kapan saja dengan keyakinan klien tidak hamil namun tetap diperlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan Implan
Pasca keguguran atau aborsi	• Pemasangan implan segera dapat dilakukan tanpa metode kontrasepsi tambahan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 • Pemasangan implan dilakukan dengan tambahan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. Hal ini dilakukan apabila lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2.
Pasca pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	• Pemasangan implan dilakukan pada hari yang sama dengan penggunaan PKD dan tetap diperlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama. • Pemasangan implan dapat dipasang kapan pun asal klien yakin tidak hamil apabila tidak segera memulai pemasangan implan dan klien tetap ingin menggunakannya. Pemasangan implan pasca pemakaian PKD ulipristal asetat: • Pemasangan dilakukan pada hari ke-6 setelah menggunakan PKD UPA dan tidak perlu menunggu menstruasi pada bulan berikutnya. Harus mendapatkan perhatian interaksi implan dengan UPA, ada kemungkinan efektifitas menjadi berkurang pada salah satu atau keduanya

Kondisi Klien	Waktu Pemasangan Implan
	apabila implan dipasang lebih dulu sehingga keduanya berada di dalam tubuh. • Memastikan janji temu dengan klien untuk kembali pada hari ke-6 untuk dilakukan pemasangan implan, atau sesegera mungkin setelahnya. • Pada kasus seperti ini klien tetap memerlukan metode kontrasepsi tambahan sejak dari minum PKD UPA sampai dengan 7 hari setelah pemasangan implan. • Pemasangan implan dapat dilakukan kapan saja selama yakin klien tidak hamil. Dalam hal ini dilakukan apabila tidak memulai pada hari ke-6 namun kembali sesudahnya untuk penggunaan implan.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana, Kementerian Kesehatan RI, 2021

6.4.3 Metode Operasi Wanita (MOW)/Sterilisasi Wanita

Pengertian

Metode operasi wanita (MOW)/sterilisasi wanita merupakan kontrasepsi bedah permanen untuk wanita yang sudah tidak menginginkan anak lagi.

Pendekatan bedah dalam sterilisasi wanita yang paling sering digunakan adalah:

1. Minilaparotomi, yaitu membuat sayatan kecil di perut kemudian saluran tuba dipotong atau disumbat.
2. Laparoskopi dilakukan dengan memasukkan tabung panjang dan tipis yang berisi lensa ke dalam perut melalui sayatan kecil yang memungkinkan dokter untuk

menjangkau dan memblokir atau memotong saluran tuba di dalam perut.

Sterilisasi wanita memiliki mekanisme: Sel telur yang dilepaskan dari indung telur tidak dapat bergerak ke bawah tuba, sehingga tidak dapat bertemu dengan sperma karena tuba yang dipotong atau disumbat.

Efektifitas

Sterilisasi wanita menjadi salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif meskipun tetap memiliki risiko kegagalan yang kecil:

1. Kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita selama satu tahun pertama setelah menjalani prosedur sterilisasi (5 per 1.000).
2. Risiko terjadinya kehamilan tetap ada meskipun kecil setelah tahun pertama setelah prosedur dan sampai wanita tersebut mencapai masa menopause. Lebih dari 10 tahun penggunaan, sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18 sampai 19 per 1.000 perempuan).
3. Efektivitasnya sedikit bervariasi tergantung pada kondisi tuba yang disumbat, dengan tingkat kehamilan rendah dari semua teknik. Salah satu teknik yang paling efektif adalah sterilisasi wanita setelah melahirkan.

Kesuburan tidak akan kembali karena sterilisasi umumnya tidak dapat dikembalikan karena tindakannya bersifat permanen, apabila ada rencana pembedahan pengembalian akan sulit dilakukan, mahal, dan tidak tersedia di sebagian besar daerah. Seandainya pun dilakukan, operasi pengembalian sering kali tidak menyebabkan kehamilan. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Efek Samping Sterilisasi Wanita

Tidak ada

Manfaat bagi Kesehatan

1. Sterilisasi Wanita membantu melindungi wanita dari risiko kehamilan dan penyakit radang panggul (PID)

2. Membantu melindungi wanita terhadap kanker ovarium
3. Mengurangi risiko kehamilan ektopik

Risiko Kesehatan

Komplikasi pembedahan dan anestesi meskipun sangat jarang terjadi.

Komplikasi pembedahan dan anestesi

1. Sterilisasi wanita adalah metode kontrasepsi yang aman. Metode ini membutuhkan pembedahan dan pembiusan. Seperti halnya operasi kecil lainnya, risiko infeksi atau abses pada luka dapat terjadi. Komplikasi serius seperti kematian karena prosedur atau anestesi jarang terjadi.
2. Risiko komplikasi dengan anestesi lokal, dengan atau tanpa sedasi dan analgesia, secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan anestesi umum. Komplikasi dapat ditekan seminimal mungkin apabila teknik dan tempat dilakukan tindakan tepat oleh penyedia layanan yang terampil.

Meluruskan Kesalahpahaman

Sterilisasi wanita tidak menyebabkan:

1. Wanita menjadi lemah.
2. Rasa sakit yang menetap di punggung, rahim, atau perut.
3. Rahim harus diangkat.
4. Ketidakseimbangan hormon.
5. Pendarahan yang lebih berat
6. Perdarahan yang tidak teratur
7. Perubahan siklus haid perempuan.
8. Kenaikan/penurunan berat badan, nafsu makan, atau penampilan.
9. Perubahan perilaku seksual atau dorongan seksual wanita.
10. Kehamilan ektopik, sebaliknya secara substansial mengurangi risiko kehamilan ektopik.

Sterilisasi wanita dapat dilakukan oleh:

1. Wanita yang tidak memiliki anak atau hanya memiliki sedikit anak.

2. Sudah menikah atau belum menikah. aman dilakukan oleh wanita yang sudah mendapatkan konseling yang tepat dan memberikan persetujuan, termasuk wanita yang
3. Tidak memiliki izin dari suami.
4. Masih muda.
5. Pasca melahirkan (dalam 7 hari terakhir).
6. Wanita Menyusui.
7. Terdiagnosa HIV, baik dalam terapi antiretroviral atau tidak.

Konseling harus dilakukan dengan hati-hati untuk memastikan bahwa wanita yang akan melakukan sterilisasi wanita tidak akan menyesali keputusannya karena sterilisasi bersifat permanen. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Waktu Tindakan Sterilisasi Wanita

Seorang wanita dapat memulai prosedur sterilisasi wanita kapan saja apabila cukup yakin bahwa tidak hamil dan tidak ada indikasi medis.

Tabel 6.4. Waktu Tindakan Sterilisasi Wanita

Kondisi Klien	Waktu Prosedur Sterilisasi Wanita
Tanpa perdarahan	Apabila yakin klien tidak hamil maka tindakan dapat dilakukan kapanpun
Setelah keguguran atau abortus	Setelah klien memberikan <i>informed choice</i> secara sukarela maka dalam 48 jam setelah keguguran atau aborsi tanpa komplikasi tindakan dapat dilakukan.
Setelah melahirkan	• Setelah klien memberikan <i>informed choice</i> secara sukarela maka dalam 48 jam setelah melahirkan tindakan dapat dilakukan. • Apabila yakin klien tidak hami

Kondisi Klien	Waktu Prosedur Sterilisasi Wanita
	maka kapanpun waktu: 6 minggu atau lebih pasca persalinan tindakan dapat dilakukan.
Menstruasi teratur atau berganti dari metode lain	Tindakan sterilisasi wanita dapat dilakuka: • Dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi tindakan dapat dilakukan, tanpa memerlukan menggunakan metode kontrasepsi tambahan sebelum prosedur. • Tindakan dapat dilakukan selama yakin klien tidak hamil, apabila lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi. • Pada klien yang melakukan pergantian dari metode Pil, maka klien dapat dapat melanjutkan penggunaan pil sampai menyelesaikan paket pil untuk menjaga siklus regulernya. • Tindakan dapat segera dilakukan pada klien yang berganti metode dari AKDR.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana, Kementerian Kesehatan RI, 2021

6.4.4 Metode Operasi Pria(MOP)/Vasektomi

Pengertian

Metode operasi pria (MOP)/Vasektomi merupakan kontrasepsi permanen untuk pria yang tidak ingin memiliki anak lagi. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

Melalui tusukan atau sayatan kecil pada skrotum, memotong dan mengikat vas (*ductus*) deferens hingga tertutup atau dengan menggunakan panas atau listrik (kauterisasi).

Pengikatan dan pemotongan pada setiap saluran vas deferens, mencegah sperma masuk ke dalam air mani. Air mani tetap akan keluar, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan.

Efektifitas

Vasektomi menjadi salah satu metode yang paling efektif, dan memiliki risiko kegagalan yang kecil:

1. Hanya kurang dari 1 pria dari setiap 100 orang, pasangannya terjadi hamil pada tahun pertama setelah tindakan.
2. Kejadian 1 dari setiap 1.000 perempuan dari pasangan pria yang melakukan vasektomi terjadi kehamilan pada pasangannya di tahun pertama. Kejadian ditemukan pada pria yang memeriksakan air maninya pada 3 bulan setelah prosedur untuk melihat apakah masih mengandung sperma. Dan tidak ditemukan sperma.
3. Kejadian kurang dari 2 per 1.000 perempuan terjadi kehamilan, di antara pasangan pria yang tidak melakukan pemeriksaan air mani mereka.
4. Vasektomi tidak sepenuhnya efektif pada 3 bulan setelah tindakan. Beberapa kehamilan terjadi dalam tahun pertama karena pasangan tidak menggunakan kondom atau metode efektif lainnya secara konsisten dan benar dalam 3 bulan pertama, sebelum vasektomi sepenuhnya efektif.
5. Risiko kehamilan tetap ada meskipun kecil pada tahun pertama setelah vasektomi sampai pasangan pria mencapai menopause.

6. Risiko kehamilan terjadi apabila terjadi kesalahan pada penyedia layanan, ujung vas deferens yang dipotong tersambung kembali.

Kesuburan tidak akan kembali karena sterilisasi bersifat permanen. Pembedahan pengembalian akan sulit dilakukan, mahal, dan tidak tersedia di sebagian besar daerah. Ketika dilakukan, operasi pengembalian sering kali tidak menyebabkan kehamilan. Tidak ada perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS).

Efek Samping Vasektomi

Tidak ada

Komplikasi

Jarang terjadi:

1. Nyeri skrotum atau testis parah yang berlangsung lama.
2. Infeksi di lokasi sayatan atau di dalam sayatan (jarang terjadi pada teknik sayatan konvensional; sangat jarang terjadi pada teknik tanpa pisau bedah)
3. Perdarahan di bawah kulit yang menyebabkan pembengkakan atau memar (hematoma).

Meluruskan Kesalahpahaman

Vasektomi:

1. Tidak membuang testis. Pada vasektomi, saluran yang membawa sperma yang membawa sperma dari buah zakar yang dilakukan penyumbatan. Testis tetap berada di tempatnya.
2. Tidak menurunkan gairah seks. Tidak memengaruhi fungsi seksual. Ereksi seorang pria sama kerasnya, sama lamanya, dan ejakulasi sama seperti sebelumnya.
3. Tidak menjadikan pria memiliki kelebihan berat badan atau menjadi lemah, ang maskulin, atau kurang produktif.
4. Tidak menjadikan penyakit di kemudian hari.
5. Tidak mencegah penularan IMS, termasuk HIV.

Metode vasektomi aman dilakukan oleh pria yang sudah mendapatkan konseling yang tepat dan memberikan persetujuan, termasuk pria yang:

1. Tidak memiliki anak atau dengan sedikit anak.
2. Belum atau sudah menikah.
3. Tidak mendapatkan izin dari istri.
4. Masih berusia muda.
5. Memiliki penyakit sel sabit.
6. Memiliki risiko tinggi terinfeksi HIV atau IMS lain.
7. Hidup dengan HIV, baik yang sedang menjalani terapi antiretroviral atau tidak.

Konseling yang tepat sangat penting untuk memastikan bahwa laki-laki tersebut tidak akan menyesali keputusannya. (WHO and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Alisjahbana, A. S. dan Murniningtyas, E. 2018. *Tujuan Pembangunan Berkelanjutan di Indonesia*. Bandung: Unpad Press.
- Kemenkes RI. 2015. *Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI dan BKKBN. 2021a. *Modul Pelatihan Bagi Pelatih: Pelayanan Kontrasepsi Bagi Dokter dan Bidan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI dan BKKBN. 2021b. *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkumham RI. 2009. *Undang-undang Nomor 52 Tahun 2009*. Jakarta: Kepala Biro Peraturan Perundang-undangan Bidang Politik dan Kesejahteraan Rakyat.
- WHO dan Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2022. *Family Planning: A Global Handbook for Provider (2022 update)*. Baltimore and Geneva: CCP and WHO.

BAB 7

KANKER REPRODUKSI

Oleh Nor Tri Astuti Wahyuningsih

7.1 Pendahuluan

Kanker pada sistem reproduksi wanita meliputi, kanker endometrium, serviks, sarkoma uterus, vagina, dan vulva. Kanker uterus adalah kanker reproduksi wanita yang paling umum terjadi di Amerika Serikat. Kanker ovarium adalah kanker ginekologi kedua yang paling umum dan penyebab utama kematian akibat keganasan reproduksi. Bukti terbesar dalam terapi nutrisi dan kanker reproduksi berkaitan dengan pasien kanker ovarium, terutama stadium lanjut yang dapat menyebabkan obstruksi usus. Sebagian besar kanker reproduksi, termasuk jenis kanker ovarium, endometrium, serviks, uterus, dan vagina, dapat menyebabkan obstruksi usus perut dan penumpukan cairan akibat perkembangan tumor. Penanganan obstruksi usus biasanya serupa, terlepas dari jenis kanker ginekologi yang mendasarinya (Hendrikson, 2010).

Sistem organ reproduksi (gambar 7.1) adalah sekelompok organ yang bekerja bersama-sama untuk tujuan reproduksi seksual. Selain indung telur, sistem ini mencakup saluran tuba, rahim, leher rahim, dan vagina.



Gambar 7.1. Organ Reproduksi Wanita

(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

7.2 Kanker Ovarium

Sebagian besar kanker ovarium ditemukan pada lapisan permukaan jaringan yang mengelilingi ovarium, yang disebut epitel. Tetapi kanker ini juga dapat dimulai di tuba falopi, dekat dengan tempat tuba bertemu dengan ovarium. Panduan ini memberikan rekomendasi pengobatan untuk kanker ovarium yang umum dan langka. Sembilan dari 10 kanker ovarium ditemukan pada permukaan luar ovarium, yang disebut epitel. Terdapat lebih dari 5 jenis kanker ovarium epitel. Beberapa di antaranya lebih sering terjadi daripada yang lain. Bentuk kanker ovarium epitel yang paling umum adalah karsinoma serosa tingkat tinggi (HGSC) dan karsinoma endometrioid tingkat tinggi.

7.2.1 Kanker ovarium yang kurang umum

Jenis kanker ovarium yang jarang terjadi disebut kanker ovarium yang jarang terjadi (LCO) atau histologi ovarium yang jarang terjadi (LCOH). Kanker ovarium yang jarang terjadi dapat bermula di epitel, di jaringan yang mendukung ovarium, atau di sel reproduksi (sel telur) ovarium. Kanker ovarium epitel yang lebih jarang terjadi meliputi:

1. Karsinoma serosa tingkat rendah
2. Karsinoma endometrioid tingkat rendah
3. Karsinokarsinoma (disebut juga tumor Mullerian campuran ganas)
4. Karsinoma sel jernih
5. Karsinoma musinosarkoma
6. Tumor epitel garis tepi (disebut juga tumor dengan potensi keganasan rendah)

Kanker ovarium non-epitel yang lebih jarang terjadi meliputi:

1. Tumor stroma korda seks ganas
2. Tumor sel germinal ganas

7.2.2 Stadium

Informasi yang diperoleh selama pembedahan dan penatalaksanaan pembedahan digunakan untuk menentukan stadium patologis (pasca-bedah). Stadium patologis memberikan gambaran paling akurat tentang seberapa jauh kanker telah menyebar. Ini digunakan untuk memandu pengobatan setelah pembedahan. Sistem stadium adalah cara standar untuk menggambarkan tingkat kanker dalam tubuh. Terdapat 2 sistem penskalaan untuk kanker ovarium. Salah satunya dikembangkan oleh American Joint Committee on Cancer (AJCC), dan yang lainnya oleh Federasi Ginekologi dan Obstetri Internasional (FIGO). Keduanya sangat mirip, tetapi sistem FIGO lebih sering digunakan (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b).

Dalam sistem FIGO, stadium kanker ditentukan oleh 3 area utama pertumbuhan kanker:

1. Luasnya tumor pertama (primer)
2. Penyebaran kanker ke kelenjar getah bening di dekatnya
3. Penyebaran kanker ke tempat yang jauh

Stadium kanker ovarium diberi nomor dari 1 hingga 4. Dokter menulis stadium sebagai I, II, III, dan IV. Tahapan ini juga dibagi menjadi kelompok-kelompok yang lebih kecil, yang disebut subtahap. Hal ini membantu menggambarkan tingkat

kanker secara lebih rinci (*National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, 2023b):

1. Stadium IA

Kanker ada di satu ovarium. Kantung luar (kapsul) ovarium masih utuh. Tidak ada kanker pada permukaan luar ovarium. Tidak ada sel kanker yang ditemukan pada cairan asites atau cairan pencucian.



Gambar 7.2. Kanker Ovarium Stadium IA

(Sumber: (*National Comprehensive Cancer Network (NCCN)*, 2023b))

2. Stadium IB

Kanker ada di kedua indung telur. Kapsul masih utuh dan tidak ada kanker pada permukaan luar ovarium. Tidak ada sel kanker yang ditemukan pada asites atau pencucian.



Gambar 7.3. Kanker Ovarium Stadium IB
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

3. Stadium IC

Kanker ada di salah satu atau kedua ovarium dan salah satu atau beberapa hal berikut ini juga terjadi:

- a. Stadium 1C1 - Kapsul ovarium pecah saat pembedahan. Ini disebut tumpahan bedah.
- b. Stadium IC2 - Kapsul ovarium pecah sebelum pembedahan, atau terdapat kanker pada permukaan luar ovarium atau tuba falopi.
- c. Stadium IC3 - Sel-sel kanker ditemukan dalam asites atau pencucian.



Gambar 7.4. Kanker Ovarium Stadium IC
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

4. Stadium IIA

Terdapat kanker pada salah satu atau kedua indung telur. Kanker telah tumbuh menjadi dan/atau menyebarkan implan pada rahim dan/atau saluran tuba.



Gambar 7.5. Kanker Ovarium Stadium IIA

(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

5. Stadium IIB

Kanker di salah satu atau kedua indung telur Kanker telah tumbuh menjadi dan/atau menyebarkan implan pada organ atau jaringan lain di panggul, seperti kandung kemih, usus besar, atau rektum.



Gambar 7.6. Kanker Ovarium Stadium IIB
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

6. Stadium IIIA1

Terdapat kanker pada salah satu atau kedua indung telur. Kanker telah menyebar ke kelenjar getah bening di bagian belakang perut (kelenjar getah bening retroperitoneal):

- a. Stadium IIIA1 (i) - Kanker pada kelenjar getah bening berukuran 10 mm (milimeter) atau lebih kecil
- b. Stadium IIIA1 (ii) - Kanker pada kelenjar getah bening berukuran lebih besar dari 10 mm.

7. Stadium IIIA2

Kanker telah menyebar ke jaringan yang melapisi perut. Kanker sangat kecil sehingga hanya dapat dilihat dengan mikroskop. Mungkin juga terdapat kanker pada kelenjar getah bening di bagian belakang perut.



Gambar 7.7. Kanker Ovarium Stadium IIIA2
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

8. Stadium IIIB

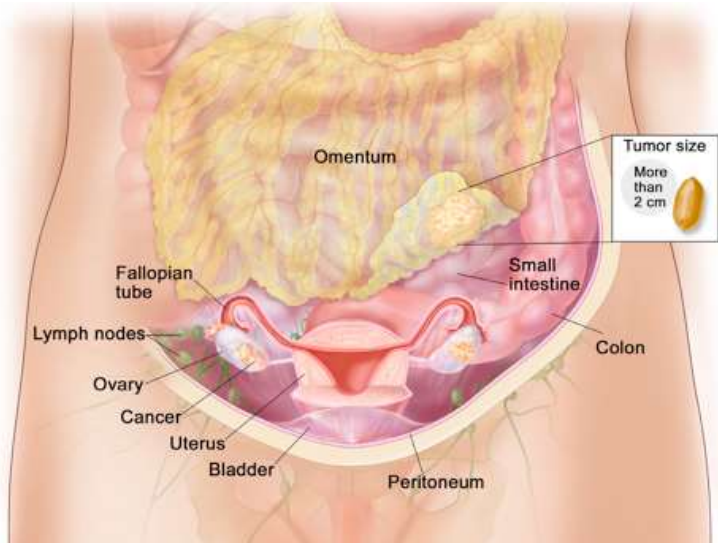
Terlihat adanya kanker pada jaringan yang melapisi perut. Area kanker lebih kecil dari kacang tanah (sekitar 2 cm atau lebih kecil). Mungkin juga terdapat kanker pada kelenjar getah bening di bagian belakang perut.



Gambar 7.8. Kanker Ovarium Stadium IIIB
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

9. Stadium IIIC

Terlihat adanya kanker pada jaringan yang melapisi perut. Area kanker lebih besar dari 2 cm. Mungkin terdapat kanker pada kelenjar getah bening di bagian belakang perut. Kanker mungkin juga telah menyebar ke permukaan luar hati atau limpa.

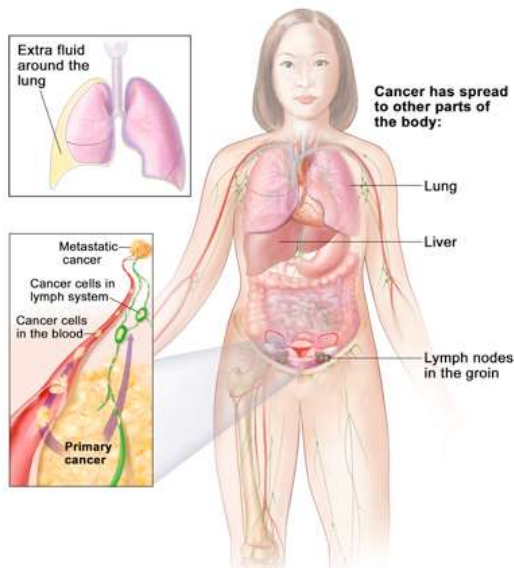


Gambar 7.9. Kanker Ovarium Stadium IIIC
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

10. Stadium IV

Kanker telah menyebar ke bagian tubuh lainnya:

- Stadium IVA - Terdapat sel kanker di dalam cairan di sekitar paru-paru. Ini disebut efusi pleura ganas
- Stadium IVB - Kanker telah menyebar ke bagian dalam hati atau limpa, ke kelenjar getah bening yang jauh, atau ke organ lain di luar perut.



Gambar 7.10. Kanker Ovarium Stadium IV

(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023b)

7.3 Kanker Uterus

Ada dua jenis utama kanker rahim. Kanker endometrium adalah kanker yang umum terjadi dan sering kali dapat disembuhkan dengan pengobatan. Sarkoma uterus jarang terjadi dan sulit diobati. Keduanya paling sering didiagnosis setelah menopause, pengobatan yang paling efektif untuk kanker rahim adalah pembedahan. Ada dua jenis utama kanker yang bermula di dalam rahim: karsinoma endometrium (kanker endometrium) dan sarkoma uterus. Perbedaan di antara kedua jenis kanker rahim ini akan dijelaskan berikut ini (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c):

7.3.1 Kanker Endometrium

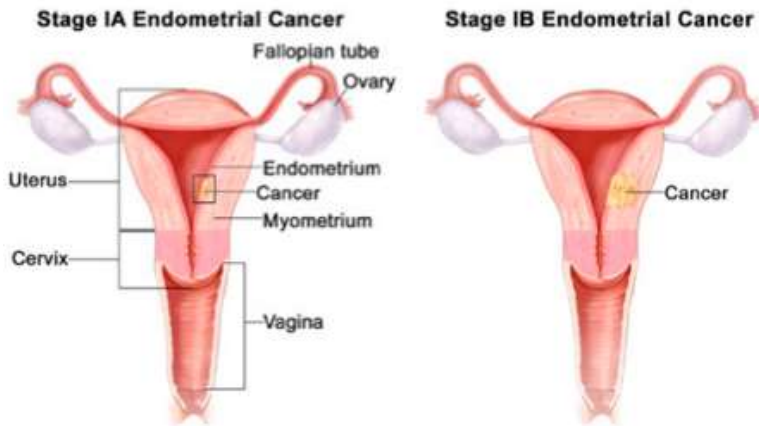
Kanker endometrium adalah kanker yang umum terjadi dan sering ditemukan sebelum menyebar ke luar rahim. Disebut kanker endometrium karena kanker ini dimulai pada endometrium, yaitu lapisan dalam rahim, gejala yang paling umum dari kanker endometrium adalah perdarahan vagina yang tidak normal, yang sering kali terjadi pada saat atau setelah menopause. Pasien pramenopause mungkin mengalami

perdarahan menstruasi yang sangat lama dan/atau berat. Pada pascamenopause, setiap perdarahan vagina tidak normal dan harus diselidiki untuk memastikan bahwa hal tersebut bukan merupakan tanda kanker. Terdapat berbagai jenis kanker endometrium. Jenis yang paling umum disebut kanker endometrioid. Kanker endometrium yang berisiko tinggi meliputi:

1. Karsinoma serosa
2. Karsinoma sel jernih
3. Karsinoma tak berdiferensiasi/terdiferensiasi
4. Karsinosarkoma, juga dikenal sebagai malignant mixed Müllerian tumor (MMMT)

Karena kanker ini lebih agresif, maka penanganannya pun berbeda dengan kanker endometrioid pada umumnya. Banyak faktor risiko kanker endometrium terkait dengan terlalu banyak hormon estrogen dalam tubuh. Obesitas merupakan faktor risiko utama karena jaringan lemak dalam tubuh dapat mengubah steroid alami dalam tubuh Anda menjadi estrogen. Beberapa faktor risiko kanker endometrium adalah usia 55 tahun atau lebih, obsesi, terlalu banyak estrogen, penggunaan Tamoxifen, tidak pernah melahirkan, menstruasi dimulai lebih awal, menstruasi berhenti terlambat, sindrom Lynch. Stadium kanker endometrium, terdapat empat stadium utama kanker endometrium dalam sistem stadium FIGO: I, II, III, dan IV. Beberapa stadium dibagi menjadi sub-tahap yang memiliki huruf dan mungkin juga memiliki angka. Contohnya adalah stadium IIIB dan stadium IIIC2 (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c):

1. Kanker Endometrium Stadium I
Tumor berada di bagian utama rahim. Tumor belum tumbuh ke dalam leher rahim



Gambar 7.11. Kanker Endometrium Stadium I
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

2. Kanker Endometrium Stadium II
Tumor telah tumbuh ke dalam serviks.



Gambar 7.12. Kanker Endometrium Stadium II
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

3. Kanker Endometrium Stadium IIIA

Tumor telah tumbuh di lapisan luar rahim, indung telur, atau saluran tuba.



Gambar 7.13. Kanker Endometrium Stadium IIIA
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

4. Kanker Endometrium Stadium IIIB

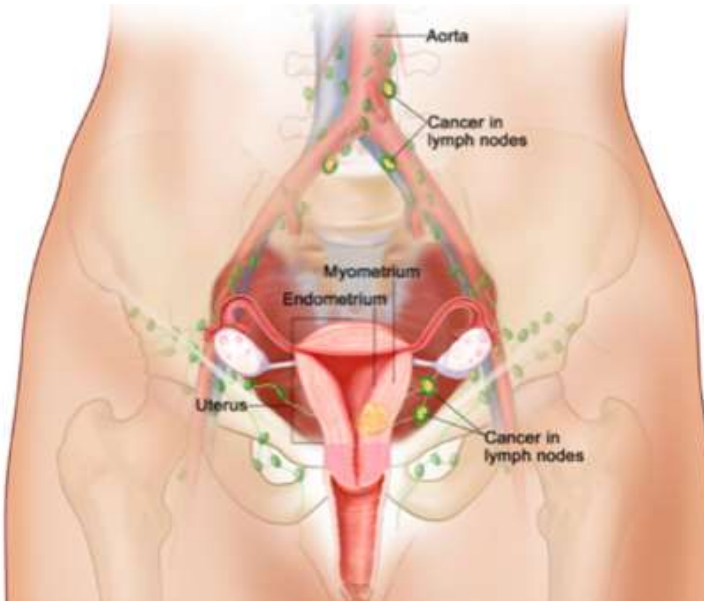
Terdapat kanker pada vagina, atau pada lemak dan jaringan ikat di sekitar rahim.



Gambar 7.14. Kanker Endometrium Stadium IIIB
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

5. Kanker Endometrium Stadium IIIC

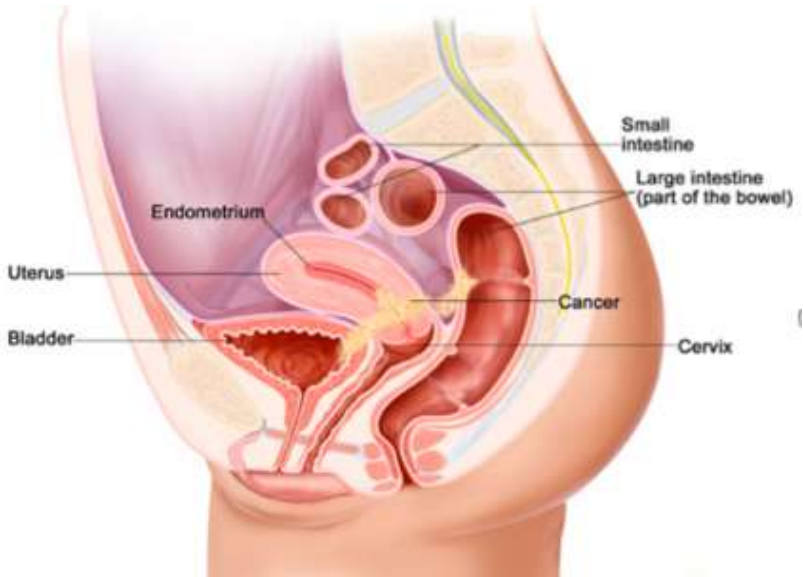
Terdapat kanker pada kelenjar getah bening yang paling dekat dengan rahim, yang disebut kelenjar getah bening panggul (stadium IIIC1) atau pada kelenjar getah bening dekat bagian bawah tulang belakang, yang disebut kelenjar getah bening para aorta (stadium IIIC2).



Gambar 7.15. Kanker Endometrium Stadium IIIC
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

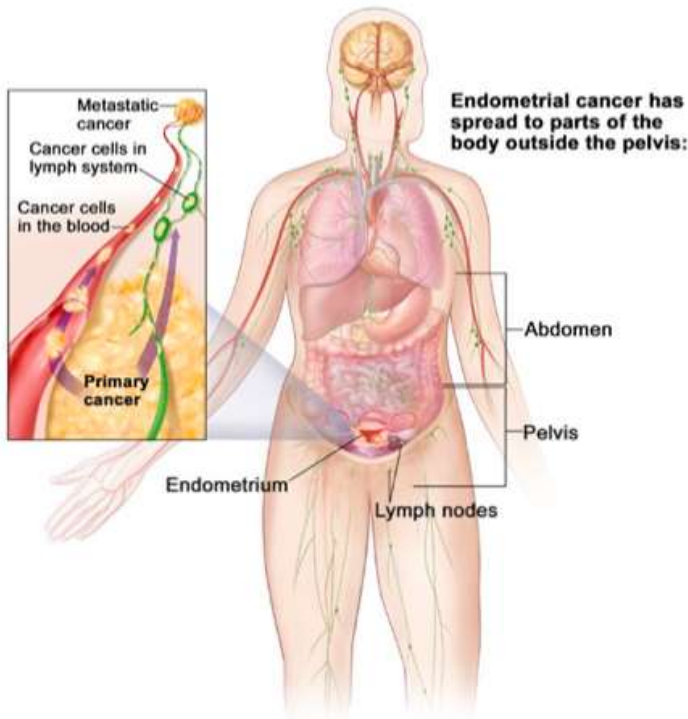
6. Kanker Endometrium Stadium IVA

Kanker telah menyebar ke lapisan kandung kemih atau usus.



Gambar 7.16. Kanker Endometrium Stadium IVA
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

7. Kanker Endometrium Stadium IVB
Kanker telah menyebar ke area yang jauh dari rahim, seperti perut, tulang, atau paru-paru. Perut meliputi pankreas, lambung, usus, hati, dan kantong empedu.



Gambar 7.17. Kanker Endometrium Stadium IVB
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

7.3.2 Sarkoma Uterus

Sarkoma uterus dimulai pada sel jaringan ikat rahim. Sarkoma uterus sering terbentuk pada lapisan otot rahim (miometrium), atau pada sel jaringan ikat di endometrium, Sarkoma uterus jarang terjadi dan mungkin lebih sulit diobati daripada kanker endometrium. Mereka juga dikenal sebagai tumor mesenkim ganas, seperti halnya kanker endometrium, ada juga berbagai jenis sarkoma uterus. Sarkoma uterus antara lain (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c):

1. Stroma endometrium (ESS)
2. Adenosarkoma
3. Sarkoma leiomiosarkoma uterus (uLMS)
4. Sarkoma uterus tak berdiferensiasi (UUS)
5. Tumor sel epiteloid perivaskular (PEComa)
6. Tumor miofibroblastik inflamasi (IMT)

Stadium sarkoma uterus, terdapat empat stadium utama sarkoma uterus dalam sistem penatalaksanaan FIGO: I, II, III, dan IV

Tabel 7.1. Stadium leiomiosarkoma (LMS), sarkoma stroma endometrium (ESS), dan adenosarkoma

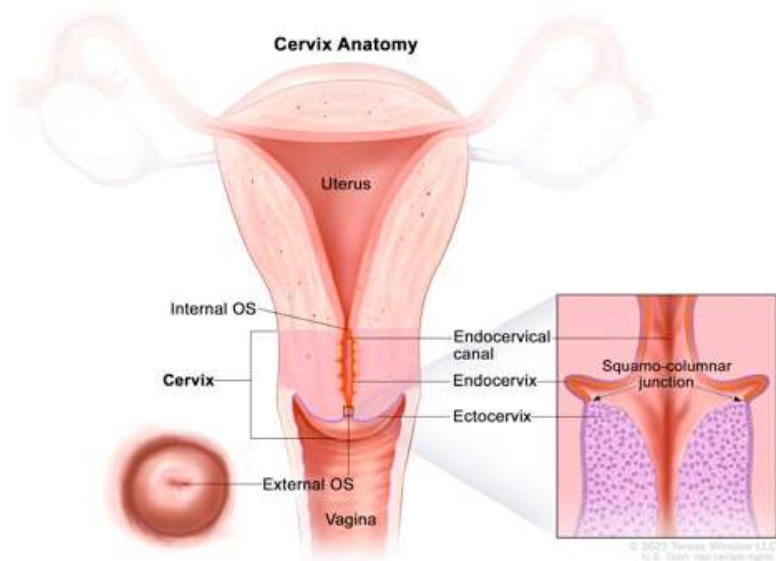
Stadium		Deskripsi
Stadium I - Tumor berukuran kecil dan hanya ada di dalam rahim	IA	Untuk LMS dan ESS: Tumor berukuran 5 cm (sekitar 2 inci) atau lebih kecil, untuk adenosarkoma: Tumor hanya berada di endometrium
	IB	Untuk LMS dan ESS: Tumor lebih besar dari 5 cm, untuk adenosarkoma: Tumor telah tumbuh kurang dari setengah jalan melalui miometrium
	IC	Adenosarcoma: Tumor telah tumbuh lebih dari separuh miometrium.
Stadium II - Tumor telah menyebar ke luar rahim, tetapi masih berada di dalam panggul	IIA	Tumor telah tumbuh ke dalam ovarium atau saluran tuba
	IIB	Tumor juga telah tumbuh ke jaringan lain di panggul
Stadium III - Terdapat kanker di perut dan kemungkinan di kelenjar getah bening di dekatnya.	IIIA	Tumor telah tumbuh di salah satu area perut
	IIIB	Tumor telah tumbuh di dua area perut
	IIIC	Terdapat kanker di kelenjar getah bening di dekatnya.
Stadium IV - Terdapat kanker di kandung	IVA	Tumor telah tumbuh ke dalam kandung kemih atau rektum
	IVB	Kanker telah menyebar ke area yang jauh dari rahim, seperti paru-paru.

Stadium		Deskripsi
kemih atau rektum dan mungkin di daerah yang jauh dari rahim		

Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023c)

7.4 Kanker Serviks

Kanker serviks adalah kanker paling umum urutan keempat pada wanita di seluruh dunia dengan perkiraan 604.000 kasus baru dan 342.000 kematian pada tahun 2020. Angka kejadian dan kematian kanker serviks tertinggi terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Hal ini mencerminkan ketidaksetaraan besar yang disebabkan oleh kurangnya akses terhadap vaksinasi HPV nasional, skrining serviks dan layanan pengobatan, serta faktor penentu sosial dan ekonomi. Kanker serviks disebabkan oleh infeksi virus papiloma manusia (HPV) yang terus-menerus. Perempuan yang hidup dengan HIV memiliki kemungkinan 6 kali lebih besar terkena kanker serviks dibandingkan dengan perempuan yang tidak mengidap HIV. Vaksinasi profilaksis terhadap HPV dan skrining serta pengobatan lesi pra-kanker merupakan cara yang efektif untuk mencegah kanker serviks dan sangat hemat biaya. Kanker serviks dapat disembuhkan jika didiagnosis pada tahap awal dan diobati dengan segera. Kontribusi HIV terhadap kanker serviks secara tidak proporsional mempengaruhi perempuan yang lebih muda, dan akibatnya, 20% dari anak-anak yang kehilangan ibu mereka karena kanker adalah karena kanker serviks. Negara-negara di seluruh dunia berupaya untuk mempercepat eliminasi kanker serviks dalam beberapa dekade mendatang, dengan tiga target yang telah disepakati untuk dicapai pada tahun 2030 (WHO, 2023).



Gambar 7.18. Anatomi Serviks

(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

Sebagian besar kanker serviks bermula di area pertemuan serviks bagian dalam dan luar, yang disebut persimpangan squamo-kolumnar. Secara khusus, sebagian besar terbentuk pada sel skuamosa yang melapisi bagian ektoserviks dari persimpangan squamo-kolumnar. Pada perubahan serviks, displasia serviks mengacu pada area sel-sel abnormal pada lapisan serviks. Lesi intraepitel skuamosa tingkat rendah (LSIL) mengacu pada displasia ringan (CIN 1). Lesi intraepitel skuamosa tingkat tinggi (HSIL) mengacu pada displasia sedang atau berat (CIN 2 dan 3). HSIL dianggap sebagai pra-kanker (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a).



Gambar 7.19. Anatomi Serviks

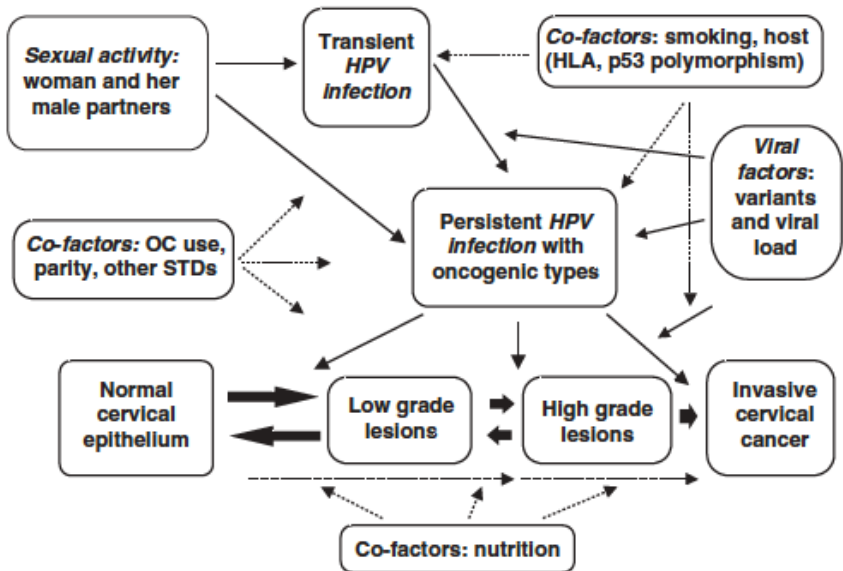
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

7.4.1 Penyebab Kanker Serviks

Human papilloma virus (HPV) adalah infeksi menular seksual yang umum terjadi dan dapat memengaruhi kulit, area genital, dan tenggorokan. Hampir semua orang yang aktif secara seksual akan terinfeksi pada suatu saat dalam hidupnya, biasanya tanpa gejala. Pada sebagian besar kasus, sistem kekebalan tubuh akan membersihkan HPV dari tubuh. Infeksi HPV risiko tinggi yang terus-menerus dapat menyebabkan berkembangnya sel-sel abnormal, yang kemudian menjadi kanker (Gershenson *et al.*, 2004; National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a; WHO, 2023).

Infeksi HPV yang menetap pada serviks (bagian bawah rahim atau kandungan, yang membuka ke dalam vagina - juga disebut jalan lahir) jika tidak diobati, menyebabkan 95% kanker serviks. Biasanya, dibutuhkan waktu 15-20 tahun bagi sel abnormal untuk menjadi kanker, tetapi pada wanita dengan sistem kekebalan tubuh yang lemah, seperti HIV yang tidak diobati, proses ini bisa lebih cepat dan memakan waktu 5-10 tahun. Faktor risiko perkembangan kanker meliputi tingkat onkogenisitas tipe HPV, status kekebalan tubuh, adanya infeksi menular seksual lainnya, jumlah kelahiran, usia muda pada kehamilan pertama, penggunaan kontrasepsi hormonal, dan

merokok (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a; WHO, 2023).



Gambar 7.20. Model multifaktorial etiologi kanker serviks
(Sumber: (Gershenson *et al.*, 2004))

7.4.2 Pencegahan Kanker Serviks

Meningkatkan kesadaran masyarakat, akses terhadap informasi dan layanan adalah kunci untuk pencegahan dan pengendalian di sepanjang perjalanan hidup. Mendapatkan vaksinasi pada usia 9-14 tahun adalah cara yang sangat efektif untuk mencegah infeksi HPV, kanker serviks, dan kanker lain yang terkait dengan HPV. Skrining sejak usia 30 tahun (25 tahun pada perempuan yang hidup dengan HIV) dapat mendeteksi penyakit serviks, yang jika diobati, juga dapat mencegah kanker serviks. Pada usia berapapun dengan gejala atau kekhawatiran, deteksi dini yang diikuti dengan pengobatan yang berkualitas dapat menyembuhkan kanker serviks (WHO, 2023).

Pada tahun 2023, ada 6 vaksin HPV yang tersedia secara global. Semuanya melindungi dari HPV tipe 16 dan 18 yang berisiko tinggi, yang menyebabkan sebagian besar kanker

serviks dan telah terbukti aman dan efektif dalam mencegah infeksi HPV dan kanker serviks (WHO, 2023).

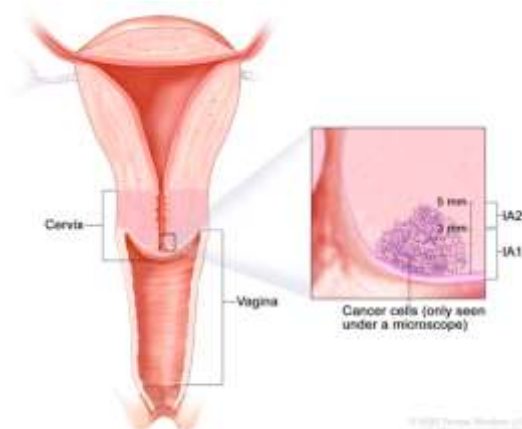
Sebagai prioritas, vaksin HPV harus diberikan kepada semua anak perempuan berusia 9-14 tahun, sebelum mereka aktif secara seksual. Vaksin dapat diberikan dalam 1 atau 2 dosis. Orang dengan sistem kekebalan tubuh yang rendah idealnya menerima 2 atau 3 dosis. Beberapa negara juga memilih untuk memvaksinasi anak laki-laki untuk mengurangi prevalensi HPV di masyarakat dan mencegah kanker pada pria yang disebabkan oleh HPV (WHO, 2023).

7.4.3 Stadium Kanker Serviks

Ada empat tahapan utama dalam sistem FIGO: I (1), II (2), III (3), dan IV (4), yang dibagi menjadi sub-tahap yang memiliki huruf dan mungkin juga memiliki angka (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a):

1. Kanker Serviks Stadium IA

Kanker berukuran 5 milimeter (mm) atau lebih kecil. 5 mm kira-kira seukuran penghapus pensil standar. Kanker berukuran 3 mm atau lebih kecil adalah stadium IA1. Kanker antara 3 dan 5 mm adalah stadium IA2.

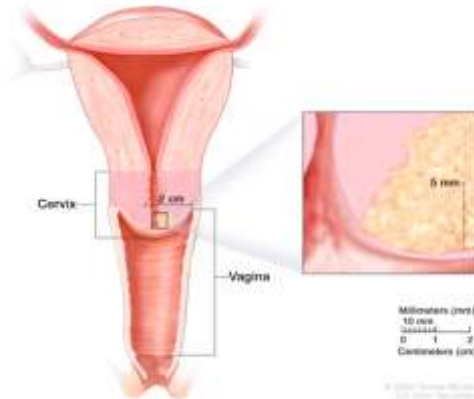


Gambar 7.21. Kanker Serviks Stadium IA

(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

2. Kanker Serviks Stadium IB1

Kanker lebih besar dari 5 mm tetapi lebih kecil dari 2 cm.

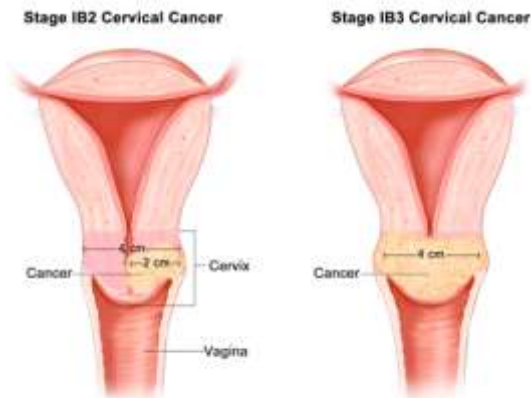


Gambar 7.22. Kanker Serviks Stadium IB1

(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

3. Kanker Serviks Stadium IB2 dan IB3

Kanker hanya ada di leher rahim. Pada stadium 1B2, kanker berukuran antara 2 hingga 4 cm. Pada stadium 1B3, kanker berukuran lebih besar dari 4 cm.

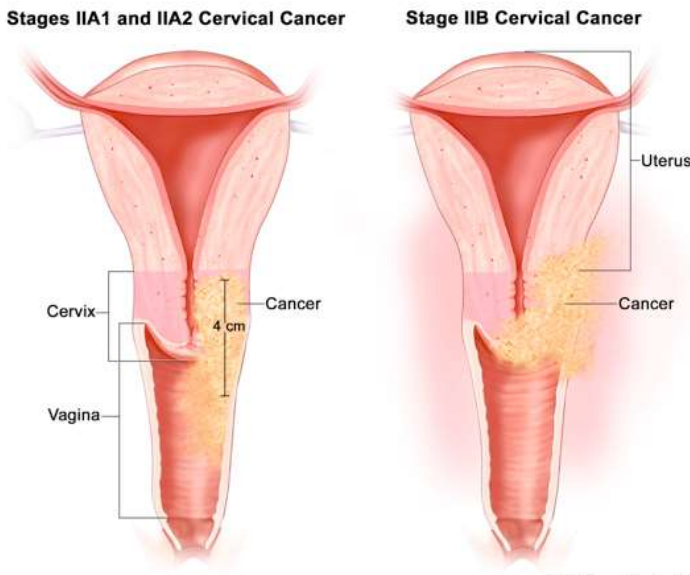


Gambar 7.23. Kanker Serviks Stadium IB2 & IB3

(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

4. Kanker Serviks Stadium II

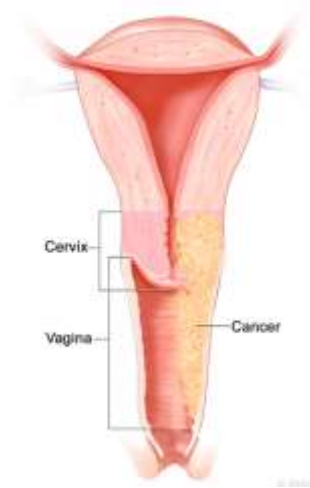
Kanker telah tumbuh di luar leher rahim. Jika kanker telah tumbuh ke dalam vagina bagian atas, stadiumnya adalah 2A. Kanker stadium 2A1 berukuran 4 cm atau lebih kecil. Kanker stadium 2A2 berukuran lebih besar dari 4 cm. Kanker stadium 2B telah tumbuh ke dalam parametrium. Parametrium adalah lemak dan jaringan ikat yang mengelilingi leher rahim dan rahim.



Gambar 7.24. Kanker Serviks Stadium II
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

5. Kanker Serviks Stadium IIIA

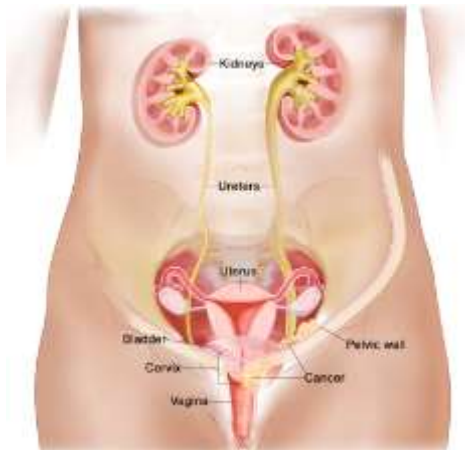
Kanker telah tumbuh ke-sepertiga bagian bawah vagina.



Gambar 7.25. Kanker Serviks Stadium IIIA
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

6. Kanker Serviks Stadium IIIB

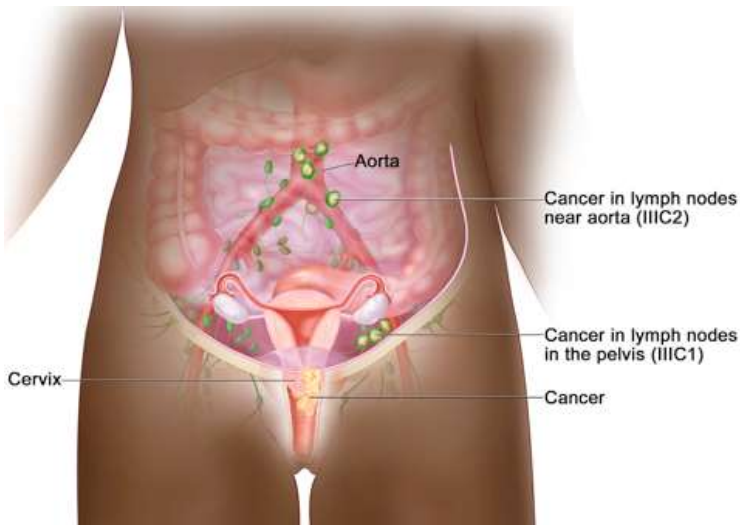
Kanker telah tumbuh di dinding panggul dan/atau menyebabkan pembengkakan atau disfungsi ginjal.



Gambar 7.26. Kanker Serviks Stadium IIIB
(Sumber: (National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

7. Kanker Serviks Stadium IIIC

Terdapat kanker pada kelenjar getah bening di dekat leher rahim (kelenjar getah bening panggul) dan/atau kelenjar getah bening di perut, yang disebut kelenjar getah bening para-aorta.

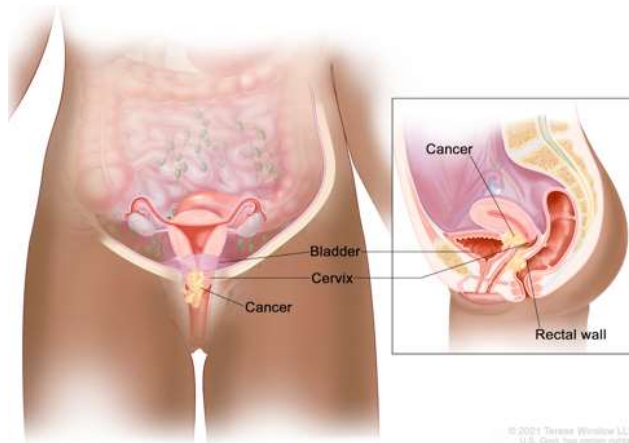


Gambar 7.27. Kanker Serviks Stadium IIIC

(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

8. Kanker Serviks Stadium IVA

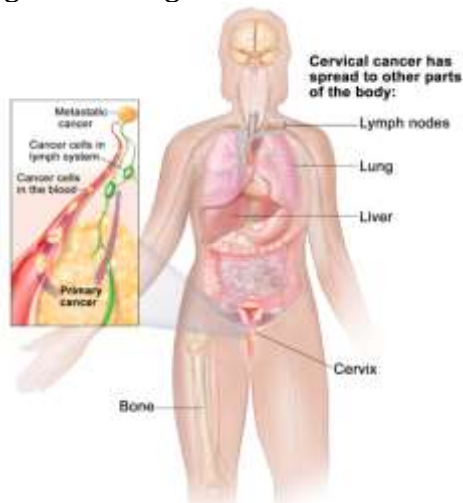
Kanker telah menyebar ke organ-organ di dekatnya, seperti kandung kemih atau rektum.



Gambar 7.28. Kanker Serviks Stadium IVA
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

9. Kanker Serviks Stadium IVB

Kanker telah bermetastasis. Kanker ini telah menyebar ke hati, paru-paru, perut, tulang, atau tempat lain yang jauh atau kelenjar getah bening.



Gambar 7.29. Kanker Serviks Stadium IVB
(Sumber: National Comprehensive Cancer Network (NCCN), 2023a)

7.5 Kanker Vagina

Kanker vagina sangat jarang terjadi. American Cancer Society memperkirakan bahwa pada tahun 2003, sekitar 2.000 wanita akan didiagnosis menderita kanker vagina dan organ genital wanita lainnya yang tidak spesifik (kurang dari 3% dari seluruh kanker pada organ genital wanita), dan 800 wanita akan meninggal akibat kanker ini di Amerika Serikat. SCC adalah keganasan vagina yang paling umum (90%), diikuti oleh ADC sel jernih dan melanoma. Insiden kanker vagina terus meningkat seiring bertambahnya usia, sedangkan insiden CIS pada vagina mencapai puncaknya antara usia 55 dan 70 tahun.

7.5.1 Jenis Kanker Vagina

Kanker vagina tidak umum terjadi. Ada dua jenis utama kanker vagina (NIH, 2023a):

1. Karsinoma sel skuamosa: Kanker yang terbentuk pada sel-sel tipis dan datar yang melapisi bagian dalam vagina. Kanker vagina sel skuamosa menyebar secara perlahan dan biasanya tetap berada di dekat vagina, tetapi dapat menyebar ke paru-paru, hati, atau tulang. Ini adalah jenis kanker vagina yang paling umum.
2. Adenokarsinoma: Kanker yang dimulai pada sel kelenjar. Sel kelenjar pada lapisan vagina membuat dan mengeluarkan cairan seperti lendir. Adenokarsinoma lebih mungkin menyebar ke paru-paru dan kelenjar getah bening daripada kanker sel skuamosa. Jenis adenokarsinoma yang jarang terjadi (adenokarsinoma sel jernih) dikaitkan dengan paparan dietilstilbestrol (DES) sebelum lahir. Adenokarsinoma yang tidak terkait dengan paparan DES paling sering terjadi pada wanita setelah menopause.

7.5.2 Penyebab Kanker Vagina

Selama periode 1996-2000, angka kejadian dan angka kematian yang lebih tinggi diamati di antara orang kulit hitam (1,0 dan 0,4 per 100.000, masing-masing) dibandingkan dengan orang kulit putih (0,7 dan 0,2 per 100.000, masing-masing). Selain itu, diagnosis kanker vagina muncul pada usia yang lebih

muda pada orang kulit hitam (rata-rata, 42 tahun) dibandingkan dengan orang kulit putih (rata-rata, 70 tahun), walaupun tidak ditemukan adanya perbedaan kelangsungan hidup berdasarkan ras. Sama halnya dengan kanker serviks dan vulvaris, kanker vagina diawali dengan spektrum perubahan intraepitel dari displasia ringan (VAIN I), displasia sedang (VAIN II), displasia berat (VAIN III), hingga kanker vagina invasif. Tren peningkatan kejadian vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN) dilaporkan selama 25 tahun terakhir atau lebih, sedangkan kejadian kanker vagina invasif tetap stabil. Tingkat kanker vagina invasif meningkat secara substansial setelah usia 65 tahun (Gershenson *et al.*, 2004).

Diasumsikan bahwa kanker vagina memiliki faktor penyebab yang mirip dengan kanker serviks, termasuk infeksi HPV. Namun, asumsi ini lebih banyak didasarkan pada bukti tidak langsung daripada data epidemiologi, terutama karena kelangkaan tumor ini. Sebagian besar pengetahuan terkini mengenai epidemiologi kanker vagina hanya berasal dari dua studi kasus-kontrol berbasis populasi yang besar yang dilakukan di Amerika Serikat. Untuk mendukung pola etiologi yang serupa antara kanker vagina dan serviks, kedua tumor ini sering didiagnosis secara bersamaan. Pasien lebih mungkin memiliki riwayat kanker anogenital lainnya, terutama kanker serviks, dan DNA HPV ditemukan pada sampel jaringan karsinoma vagina invasif. HPV tampaknya memainkan peran sentral dalam jalur penyebab, karena telah dilaporkan hingga 91% dari semua kanker vagina. Hal lain yang mendukung peran infeksi HPV pada kanker vagina adalah ditemukannya prevalensi yang lebih tinggi dari kepositifan DNA HPV (98%) pada wanita yang mengalami VAIN selama masa tindak lanjut setelah histerektomi dan pengobatan radiasi untuk kanker ginekologi, dibandingkan dengan hanya 13% pada wanita yang tidak menunjukkan adanya lesi prakanker (Gershenson *et al.*, 2004).

Usia yang lebih tua dan memiliki infeksi HPV merupakan faktor risiko kanker vagina. Apa pun yang meningkatkan peluang seseorang untuk terkena suatu penyakit disebut faktor

risiko. Tidak setiap orang yang memiliki satu atau lebih dari faktor risiko ini akan terkena kanker vagina, dan kanker vagina dapat terjadi pada orang yang tidak memiliki faktor risiko yang diketahui. Bicarakan dengan dokter Anda jika Anda merasa memiliki faktor risiko. Faktor risiko kanker vagina meliputi yang berikut ini (NIH, 2023a):

1. Berusia 60 tahun atau lebih.
2. Memiliki infeksi human papilloma virus (HPV), yang dapat dikaitkan dengan karsinoma sel skuamosa pada vagina.
3. Terpapar DES saat berada di dalam rahim ibu. Pada tahun 1950-an, obat DES diberikan kepada beberapa wanita hamil untuk mencegah keguguran (kelahiran prematur janin yang tidak dapat bertahan hidup). Hal ini terkait dengan bentuk kanker vagina yang langka yang disebut adenokarsinoma sel jernih. Angka kejadian penyakit ini paling tinggi pada pertengahan tahun 1970-an, dan sangat jarang terjadi sekarang.
4. Pernah menjalani histerektomi untuk tumor jinak (bukan kanker) atau kanker.

7.5.3 Tanda dan gejala kanker vagina termasuk rasa sakit atau perdarahan vagina yang tidak normal

Kanker vagina seringkali tidak menimbulkan tanda atau gejala awal. Kanker ini dapat ditemukan selama pemeriksaan panggul rutin dan tes Pap. Tanda dan gejala dapat disebabkan oleh kanker vagina atau oleh kondisi lainnya. Periksa diri Anda ke dokter jika Anda mengalami hal-hal berikut ini:

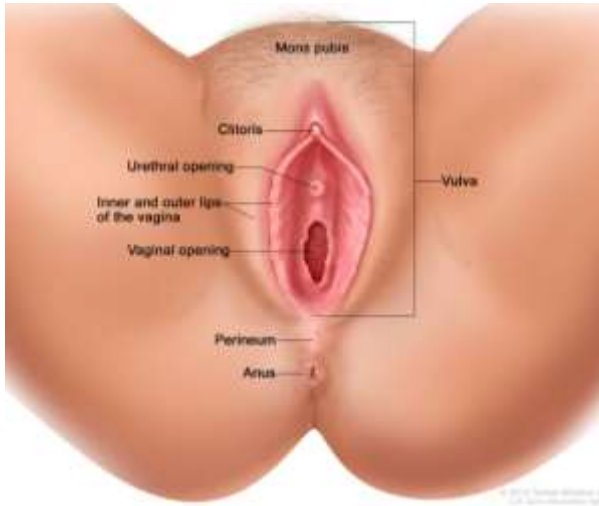
1. Perdarahan atau keputihan yang tidak berhubungan dengan periode menstruasi.
2. Nyeri selama hubungan seksual.
3. Nyeri pada daerah panggul.
4. Benjolan di dalam vagina.
5. Nyeri saat buang air kecil.
6. Sembelit.

7.6 Kanker Vulva

Kanker vulva adalah penyakit langka di mana sel-sel ganas (kanker) terbentuk di jaringan vulva, merupakan tumor ganas yang jarang terjadi, menyumbang sekitar 9% dari semua kanker pada saluran kelamin wanita di seluruh dunia. Di Amerika Serikat, *American Cancer Society* memperkirakan bahwa pada tahun 2003 sekitar 4.000 wanita akan didiagnosis dengan kanker vulva, yang mewakili 5% dari semua kanker pada saluran kelamin wanita, dan 800 wanita akan meninggal karena neoplasma ini. SCCs merupakan jenis histologis yang paling umum dari kanker vulva primer (90%), diikuti oleh melanoma, karsinoma kelenjar Bartholin, karsinoma sel basal, karsinoma verrucous, dan penyakit Paget's. Mirip dengan kanker serviks, kanker vulva invasif diawali dengan spektrum perubahan intraepitel dari displasia ringan (VIN I), displasia sedang (VIN II), displasia berat (VIN III), hingga kanker vulva invasif. Perkiraan tingkat perkembangan dari VIN menjadi kanker vulva invasif adalah sekitar 6%, dan risiko perkembangan tampaknya lebih tinggi pada wanita yang lebih tua (40+ tahun) daripada wanita yang lebih muda (Gershenson *et al.*, 2004; NIH, 2023b).

Kanker vulva terbentuk pada alat kelamin luar wanita. Vulva meliputi (NIH, 2023b):

1. Bibir dalam dan luar vagina.
2. Klitoris (jaringan sensitif di antara bibir).
3. Pembukaan vagina dan kelenjar-kelenjarnya.
4. Mons pubis (area bulat di depan tulang kemaluan yang ditumbuhi rambut pada masa pubertas).



Gambar 7.30. Anatomi Vulva
(Sumber: NIH, 2023b)

Kanker vulva paling sering menyerang bibir vagina bagian luar. Lebih jarang, kanker menyerang bibir vagina bagian dalam, klitoris, atau kelenjar vagina. Kanker vulva biasanya terbentuk secara perlahan-lahan selama bertahun-tahun. Sel-sel abnormal dapat tumbuh pada permukaan kulit vulva untuk waktu yang lama. Kondisi ini disebut vulva intraepithelial neoplasia (VIN). Karena VIN dapat berubah menjadi kanker vulva, maka penting untuk mendapatkan pengobatan (NIH, 2023b).

7.6.1 Penyebab Kanker Vulva

Studi epidemiologi kanker vulva masih terbatas terutama karena kelangkaan penyakit ini dan etiologinya masih belum dipahami dengan baik. Sebagian besar pengetahuan terkini tentang epidemiologi keganasan ini berasal dari penelitian berbasis klinik kecil dan beberapa penelitian besar berbasis populasi, studi kasus-kontrol di Amerika Serikat. Hasil dari penelitian sebelumnya yang dilakukan sebelum tes HPV diperkenalkan menunjukkan bahwa kanker vulva memiliki faktor risiko yang mirip dengan kanker serviks, termasuk jumlah pasangan seksual, merokok, riwayat IMS, riwayat pemeriksaan sitologi abnormal atau kanker ginekologi

sebelumnya, dan faktor pola makan. Studi-studi ini kemudian diperpanjang dan dianalisis ulang setelah tes serologis HPV tersedia (Gershenson *et al.*, 2004).

Sebagian besar studi epidemiologi yang menilai peran HPV pada kanker vulva tidak hanya dibatasi oleh ukuran sampel yang kecil, tetapi juga oleh ketidakmampuan mereka untuk melakukan tes DNA HPV pada kasus dan kontrol. Sebagian besar penelitian tentang HPV dan kanker vulva mengandalkan tes serologi untuk sejumlah jenis HPV, terutama HPV-16 (Gershenson *et al.*, 2004).

Singkatnya, hanya sedikit yang diketahui tentang epidemiologi karsinoma vagina. Studi epidemiologi kanker vagina bahkan lebih sulit dilakukan dibandingkan dengan kanker vulva, sebagaimana tercermin dalam jumlah studi yang lebih sedikit yang dipublikasikan. Sama halnya dengan situasi pada kanker vulva, studi epidemiologi terbesar dibatasi oleh ukuran sampel yang kecil dan ketidakmampuan untuk mempelajari peran HPV dan faktor risiko lainnya. Sama halnya dengan kanker vulva, studi epidemiologi sebagian besar mengandalkan tes serologis untuk pengujian HPV. Ada kemungkinan bahwa pemahaman epidemiologi kanker vagina dapat berkembang dengan pengetahuan yang diperoleh dari studi kanker serviks dan dari strategi pencegahan di masa depan yang menargetkan kanker serviks, terutama vaksin HPV. Namun, ada kebutuhan untuk penelitian khusus untuk menjelaskan peran HPV dan kofaktor lain dalam etiologi keganasan ini dan untuk mengembangkan strategi pencegahan bagi wanita yang berisiko lebih tinggi untuk penyakit ini. Diperlukan penelitian multisenter yang lebih besar, dengan pengumpulan sampel vagina yang memadai untuk pengujian HPV dan IMS lainnya. Akhirnya, peran merokok yang tampaknya lebih kuat pada kanker vagina daripada kanker serviks perlu diteliti lebih lanjut (Gershenson *et al.*, 2004).

7.6.2 Tanda dan Gejala Kanker Vulva

Tanda-tanda kanker vulva meliputi perdarahan atau gatal-gatal di area vulva. Kanker vulva seringkali tidak menimbulkan tanda atau gejala awal. Tanda dan gejala dapat disebabkan oleh kanker vulva atau oleh kondisi lain. Periksa diri Anda ke dokter jika Anda mengalami hal-hal berikut ini (NIH, 2023b):

1. Benjolan atau pertumbuhan pada vulva yang terlihat seperti kutil atau bisul.
2. Rasa gatal di area vulva yang tidak kunjung sembuh.
3. Perdarahan yang tidak berhubungan dengan menstruasi (haid).
4. Nyeri di daerah vulva.

DAFTAR PUSTAKA

- Gershenson, D. M. *et al.* 2004. *Gynecologic Cancer Contriversies in Management*. Philadelphia: Elseiver Churchill Livingstone.
- Hendrikson, H. 2010. "Reproductive Cancers," in Marian, M. dan Roberts, S. (ed.) *Clinical Nutrition for Oncology Patients*. USA: Jones & Bartlett Publishers, hal. 231–244.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2023a. "NCCN Guidlines for Patients: Cervical Cancer," hal. 5–63.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2023b. "Ovarian Cancer." NCCN Fondation.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). 2023c. "Uterine Cancer, Endometrial Cancer, Sarcoma Cancer." NCCN Fondation.
- NIH. 2023a. *Vaginal Cancer Treatment*. Tersedia pada: https://www.cancer.gov/types/vaginal/patient/vaginal-treatment-pdq#_26.
- NIH. 2023b. *Vulvar Cancer Treatment*. Tersedia pada: <https://www.cancer.gov/types/vulvar/patient/vulvar-treatment-pdq>.
- WHO. 2023. *Cervical Cancer*. Tersedia pada: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer?gclid=Cj0KCQiA7OqrBhD9ARIsAK3UXh3VYAbgGFpdbc-GnBRUrxJdBncTY4tqGJnp4igpnjqKcF9oSrf9llEaAtUuEALw_wcB.

BAB 8

GANGGUAN HORMONAL

Oleh Syafitriya Ningsih

Wanita menjadi individu unik dalam hal kesehatan, peran, tanggung jawab, dan lainnya. Tubuh perempuan mengalami banyak perubahan sejak lahir hingga tua. Tubuh wanita memiliki hormon yang memengaruhi berbagai masalah hormonal selain memengaruhi seluruh fungsi tubuh selama masa pertumbuhan. Tubuh seorang wanita mengalami berbagai transformasi seiring bertambahnya usia dan proses alami yang dilalui, mulai dari masa pubertas, ovulasi, menstruasi, kehamilan, dan menyusui. (Puspitasari, 2023)

Tubuh wanita mengalami berbagai transformasi seiring bertambahnya usia dan proses alami yang dilalui, mulai dari masa pubertas, ovulasi, menstruasi, hingga kehamilan dan menyusui. Adanya berbagai hormon di dalam tubuh wanita menyebabkan berbagai proses terjadi. Dalam organisme multiseluler, hormon adalah molekul pemberi sinyal yang diangkut ke organ yang jauh melalui proses biologis yang kompleks untuk mengatur fisiologi pertumbuhan, metabolisme, dan fungsi berbagai sistem organ, termasuk sistem reproduksi (Chandranita, Fajar, 2006)

Wanita yang mempunyai siklus ovarium normal, hormon dari hipofisis dan ovarium akan bertugas sebagai pemelihara sel telur mulai dari pematangan hingga terjadinya ovulasi. FSH (Follicle stimulating hormone) menstimulasi pematangan sel telur dan kemudian disusul kehadiran LH (Luteinizing hormone) yang akan membuat ovarium berovulasi. Pada beberapa kasus, antara FSH dan LH tidak seimbang, sehingga ovarium mengalami kegagalan dalam pematangan dan ovulasi (Rahmatullah, Irfan & Kurniawan, 2019)

Ketika kelenjar penghasil hormon di dalam tubuh terganggu, gangguan hormon terjadi. Kondisi ini menyebabkan

kurangnya atau terlalu banyak hormon yang dihasilkan, yang mengganggu fungsi organ tertentu dan menyebabkan berbagai masalah kesehatan. (Airlangga, 2021)

8.1 Faktor yang mempengaruhi gangguan Hormonal

Sistem syaraf, perubahan vaskularisasi, dan faktor lain seperti nutrisi dan psikolog adalah beberapa faktor yang dapat mempengaruhi gangguan hormonal pada wanita, yang pada gilirannya dapat berdampak pada kesehatan Wanita (Yolandiani, Fajria and Putri, 2021).

Kelenjar dalam sistem endokrin menghasilkan bahan kimia yang disebut hormon, yang kemudian didistribusikan melalui aliran darah. Fungsi tubuh dapat dipengaruhi oleh kadar hormon yang tidak seimbang. Tingkat hormon dipengaruhi oleh perubahan alami yang terjadi pada berbagai tahap kehidupan seseorang, seperti pubertas, hamil, dan menopause, serta selama siklus menstruasi. Ketidakseimbangan hormon dapat menyebabkan berbagai gejala, seperti rambut rontok, berat badan naik, dan menstruasi tidak teratur. Ketidakseimbangan, yang mempengaruhi fungsi tubuh, dapat disebabkan oleh kadar hormon yang sangat tinggi atau sangat rendah. (Gleneagles Hospital Singapore, 2022)

8.2 Penanganan Gangguan Hormonal

Gangguan hormonal memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan fisik dan mental, dan perlu diatasi dengan pengelolaan medis yang tepat. Jika mengalami gejala yang mencurigakan, penting untuk berkonsultasi dengan profesional kesehatan untuk mendapatkan diagnosis dan perawatan yang sesuai dan tepat (Rahayuningsih, 2023)

Pengobatan hormonal dapat digunakan untuk memperbaiki siklus menstruasi pasien yang mengalami gangguan menstruasi. Jenis pengobatan hormonal yang dapat digunakan termasuk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2023):

1. *Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH)*
Obat golongan GnRH bisa diberikan agar mengatasi gangguan menstruasi. Obat jenis tersebut dianjurkan untuk penggunaan jangka panjang. Obat diberikan harus dengan saran dokter agar mencegah timbulnya efek samping
2. Menstruasi tidak teratur disebabkan oleh infeksi dan dokter mengobatinya dengan antibiotik. Untuk pasien hipertiroidisme, dokter akan mengambil tindakan tergantung penyakit yang mendasarinya, seperti pemberian propylthiylacil, obat yang digunakan untuk mengobati penyakit Graves.
3. Jika ketidakaturan menstruasi Anda disebabkan oleh tumor atau kanker, dokter mungkin menyarankan pembedahan, terapi radiasi, atau kemoterapi.

8.3 Jenis Penyakit Akibat Gangguan Hormonal

8.3.1 Endometriosis

Kelenjar endometrium dan parenkim di luar rongga rahim yang menyebabkan peradangan kronis merupakan tanda-tanda endometriosis. Sekitar 10% wanita pada usia reproduksi memiliki endometriosis; ini juga terjadi sekitar 30-45% pada wanita infertile yang mengalami nyeri panggul. Paling sering, pasien mengeluh nyeri panggul siklik yang memburuk sebelum menstruasi dan kemudian berkurang saat menstruasi, nyeri haid, dispareunia dan masalah lainnya.. Proses perdarahan berulang terkait dengan gejala klinis kemungkinan tersebut. Sebaliknya, beberapa penderita endometriosis tidak menunjukkan gejala apa pun, sehingga sulit untuk didiagnosa. Adanya lesi terlihat dan dikonfirmasi melalui pemeriksaan histologis selama prosedur pembedahan (laparoskopi atau laparotomi) merupakan standar emas untuk diagnosis endometriosis. (Parasar, Ozcan and Terry, 2017)

Berdasarkan lokasi endometriosis, luas dan kedalaman implantasi, keberadaan dan tingkat keparahan perlengketan, serta ukuran endometrioma ovarium, endometriosis dapat diklasifikasikan menjadi grade I (ringan), grade II (ringan), dan kelas III (sedang) dan derajat IV (parah). Kebanyakan wanita

yang memiliki penyakit endometriosis ringan ditandai dengan implantasi superfisial dan perlengketan ringan. Endometriosis sedang dan berat ditandai dengan kista coklat dan perlengketan yang kuat. Timbulnya atau intensitas gejala endometriosis tidak terkait dengan stadiumnya, dan endometriosis stadium IV seringkali disertai dengan infertilitas (Ades Alex, 2022)

Menarche dini, siklus menstruasi pendek, menstruasi berat, nuliparitas, berat badan yang kurang atau rendah, dan obesitas merupakan beberapa faktor risiko terjadinya endometriosis. Faktor risiko ini menjelaskan pengaruh estrogen pada endometriosis. Keturunan dengan bawaan poligenik dan predisposisi genetik kecenderungan meningkat pada kelahiran anak pertama dan anak kembar. Risiko terkena penyakit meningkat karena faktor-faktor seperti polusi lingkungan, disregulasi sistem kekebalan, kondisi inflamasi yang berkelanjutan, dan perubahan epigenetik. Kadar estrogen dapat turun karena supresi ovulasi, yang juga dapat menurunkan risiko endometriosis & gejala yang parah. Sebab itu paritas dan waktu menyusui yang lebih lama dianggap sebagai faktor pencegahan. Sampai saat ini, penyebab endometriosis belum diketahui (Nnoaham *et al.*, 2012)

Endometriosis banyak jumpai di ovarium, usus dan lapisan jaringan panggul. Umumnya memiliki gejala pada penderitaan endometriosis yaitu panggul terasa sakit dan kram pada saat menstruasi. Gejalanya antara lain (Nurjannah, 2019) :

1. Nyeri saat atau setelah berhubungan seksual
2. Nyeri saat BAB atau BAK ketika menstruasi
3. Jadwal menstruasi yang tidak teratur
4. Mengalami ketidak suburan (infertilitas)

Sangat sulit untuk menentukan prevalensi penyakit ini dengan tepat karena diagnosis definitif membutuhkan tindakan laparoskopi dan seringkali wanita mengalami penyakit ini tetapi tidak menunjukkan gejala apa pun. Perpustakaan Kesehatan Reproduksi WHO (2014) melaporkan angka kejadian endometriosis dengan gejala klinis infertilitas sebesar 10%. Pada tahun 2012, Komite Praktik *American Society for*

Reproductive Medicine (ASRM) menemukan bahwa kejadian endometriosis pada wanita yang didiagnosis infertilitas adalah sekitar 50%. Wanita dengan diagnosis infertile kurang lebih 50%, dan mencatat wanita dengan endometriosis antara 30% dan 50% memiliki kesulitan untuk mendapatkan keturunan. Angka endometriosis yang menunjukkan infertilitas klinis di Indonesia sendiri berkisar antara 20% hingga 60% (Beata Smolarz, 2021)

8.3.2 Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)

PCOS adalah gangguan endokrin yang ditandai dengan menstruasi yang tidak teratur, polikistik, dan hiperandrogenisme. PCOS adalah endrocrinopathy ginekologi yang menjadi penyebab paling umum infertilitas karena anovulasi. Ketika ovarium distimulasi untuk memproduksi terutama testosteroon, kelenjar pituitary anterior melepaskan hormon LH yang berlebihan, yang menyebabkan PCOS (Pate and Sirmans, 2014)

Penderita amenorea anovulatorius kronik paling sering mengalami PCOS. Amenorea atau oligomenorea, tanda fisik hiperandrogenisme, seperti jerawat, hirsutisme, dan ovarium polikistik yang besar, adalah tanda kelainan ini. Sekresi denyut GnRH yang berlebihan, yang menyebabkan peningkatan sirkulasi LH dan peningkatan rasio LH/FSH, serta gangguan pada sinyal insulin terhadap transpor glukosa dan lipolysis, dapat menjadi penyebab patofisiologi PCOS. Meskipun amplitudo dan frekuensi overdosis GnRH tidak diketahui, munculnya pada pubertas menunjukkan anomali patogenik instrinsik dan primer. Frekuensi, amplitudo, dan pola denyut GnRH pada pasien PCOS sangat sensitif pada gonadotropin hipofisis. (Heffner J, 2010)

Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 mengenai Kesehatan Reproduksi mengatakan bahwa pemerintah provinsi, kabupaten/kota, dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi. Salah satu cara untuk membantu perempuan usia subur mengakses deteksi dini PCOS adalah dengan memberi tahu remaja putri tentang

gejala PCOS. Ini karena deteksi dini PCOS dapat dilakukan jika perempuan mengetahui tanda gejalanya. (Ariyani, 2020)

Studi yang dilakukan dari Maret hingga April 2008 di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo di Jakarta menemukan bahwa PCOS sering muncul pada orang-orang di usia permulaan. Meskipun obesitas dianggap sebagai faktor utama yang menyebabkan PCOS, penelitian lanjut diperlukan. Pada penelitian ini, PCOS terjadi pada 68% pasien menikah, pasien berusia 20 tahun hanya 7%. Wanita PCOS yang obesitas terjadi pada 42% di Asia Tenggara, 30% di Spanyol, dan 38% di Yunani. Wanita PCOS dengan resistensi insulin terjadi pada 25–70% di seluruh dunia (Hardita, 2015)

8.3.3 Gangguan Menstruasi

Perdarahan dari rahim terjadi secara berkala dan siklik disebut menstruasi. Hal tersebut merupakan pelepasan endometrium (deskuamasi) disebabkan hormon ovarium, yang menjadi perubahan kadar di akhir siklus ovarium, yang umumnya terjadi ketika hari ke14 setelah ovalusi. Menstruasi adalah suatu proses alamiah bagi wanita, gangguan menstruasi dapat menjadi masalah ketika tidak mendapatkan penanganan yang tepat oleh dokter. (Irma Maya Puspita, Fulatul Anifah, Asta Adyani, 2022)

Gangguan menstruasi meliputi gangguan pada panjang & jumlah darah menstruasi, gangguan pada siklus menstruasi, gangguan perdarahan di luar siklus menstruasi, dan gangguan berhubungan dengan menstruasi. Periode menstruasi yang normal adalah 4 hingga 8 hari. Menstruasi yang kurang dari 4 hari disebut menorrhagia, dan yang lebih dari 8 hari disebut menorrhagia. Siklus menstruasi seorang wanita biasanya berlangsung antara 21 dan 35 hari. Sering haid adalah bila siklus haid berlangsung kurang 21 hari, dan oligomenore adalah bila siklus haid berlangsung lebih 35 hari. (Gellersen and Brosens, 2014)

Perdarahan yang terjadi antara dua haid disebut perdarahan bukan haid. Jika siklus menstruasi perempuan lebih dari 90 hari, mereka dikatakan mengalami amenorea. Disminore

dan *premenstrual syndrome* (PMS) adalah gangguan lain yang terkait dengan menstruasi. Rasa sakit ketika mengalami menstruasi pada bagian perut bawah dapat menyebabkan rasa sakit yang tidak nyaman dan dapat mengganggu berbagai aktivitas selama menstruasi. PMS dimulai sebelum menstruasi dan berakhir saat menstruasi berhenti. Gejalanya berupa gangguan fisik, gangguan psikolog, dan gangguan emosional. (Petraglia *et al.*, 2017)

Gangguan menstruasi bisa sangat serius dialami wanita. Adanya ovulasi (anovulatoire) pada siklus menstruasi dapat ditunjukkan oleh menstruasi yang tidak teratur. Ini menunjukkan bahwa seorang Wanita dalam keadaan infertile, yang berarti dia tidak dapat memiliki anak. Perdarahan menstruasi pada remaja sangat berat dan dapat menyebabkan anemia apabila berlangsung dengan waktu lama. PMS dan dismenore juga dapat mempengaruhi produktivitas. Ketidaknyamanan berhubungan dengan masalah fisik yang dapat mengganggu kehidupan sehari-hari, seperti nyeri di daerah kepala atau nyeri di perut bagian bawah. Seseorang mengalami emosi yang tidak terkendali, ketakutan, kemarahan, panik dan bahkan mungkin berakhir dengan menangis. (Whitaker and Critchley, 2016)

Karena gangguan menstruasi tidak ditangani dengan benar dapat menurunkan kualitas hidup seseorang dan memengaruhi aktivitas sehari-hari, pengobatan yang tepat dan komprehensif diperlukan. Sebuah penelitian terhadap siswa sebelumnya menunjukkan bahwa keluhan yang paling mengganggu dirakan adalah sindrom pre menstruasi (67%) dan dismenore (33%). Perubahan waktu tidur yang lebih lama (54%) adalah efek gangguan menstruasi (Whitaker and Critchley, 2016)

Selain ketidakaturan menstruasi, gejala subjektif umum dan keluhan fisik dan psikis seperti kelelahan, atau kesehatan dengan keluhan psikologis seperti kelelahan (mood), keinginan marah terus-menerus, pusing, lemas, dan muntah-muntah dapat menyebabkan masalah di atas. Dan bahkan pingsan. Dibutuhkan pendidikan kesehatan remaja tentang

gangguan menstruasi mengingat pentingnya kesehatan reproduksi remaja (Bianca Wollenhaupt-Aguiar, 2021)

Menstruasi adalah pendarahan yang terjadi 3 sampai 5 hari dalam sebulan. Menstruasi merupakan salah satu indikator kematangan seksual pada remaja putri dan terjadi setiap bulan. Hal ini berlaku untuk hampir semua wanita. Kejadian ini telah menjadi masalah fisiologis bagi remaja putri, karena hormon reproduksi sudah mulai bekerja. (Chowdhury and Chakraborty, 2017)

Akan tetapi, beberapa remaja tidak dapat memulai masa menstruasi dengan normal karena ada beberapa orang yang mengalami ketidaknyamanan selama menstruasi. Pada remaja, gejala seperti gatal pada vulva, radang alat kelamin, rasa perih, vaginitis, vulvitis, radang alga, dan bau tak sedap dapat muncul saat menstruasi. Gejala-gejala ini akan lebih parah jika mereka mengalami masalah dengan kebersihan menstruasi mereka. Oleh karena itu, penting untuk merawat diri sendiri selama menstruasi untuk mengurangi keluhan dan menjaga kesehatan reproduksinya (Klein Meuleman *et al.*, 2023)

8.3.4 Sindrom Cushing

Hiperkortisolisme adalah kondisi yang terjadi ketika tingkat hormon kortisol dalam tubuh terlalu tinggi. Ini dapat terjadi karena tubuh memproduksi terlalu banyak kortisol sendiri. Gejala yang khas dari kondisi ini dapat disebabkan oleh tingkat kortisol yang berlebihan dalam tubuh. Gejala ini bisa muncul dengan lambat atau cepat apabila bila tidak ditangani bisa menjadi parah. Kelenjar adrenal menghasilkan hormon yang disebut kortisol. Kortisol memainkan banyak peran penting dalam tubuh, termasuk menjaga fungsi jantung dan pembuluh darah, mengurangi peradangan, serta mengontrol tekanan darah dan kadar gula darah. (Clinic, 2023)

Kadar hormon kortisol yang berlebihan (hiperkortisolisme) pada sindrom Cushing bisa menyebabkan berbagai gangguan dalam tubuh. Kondisi ini bisa meningkatkan risiko terkena penyakit kronis seperti diabetes tipe 2. Pada wanita, sindrom Cushing dapat menyebabkan menstruasi tidak

teratur atau tertunda serta kondisi hirsutisme, yaitu tumbuhnya rambut tebal di wajah dan area lain terdapat pada pria. Pria mungkin mengalami gejala lain dengan sindrom Cushing, termasuk penurunan gairah seks, penurunan kesuburan, dan impotensi (James Findling, M.D., Kashif Munir, M.D., Nidhi Agrawal, M.D., Stephanie Fish, 2021)

8.3.5 Diabetes Militus

Hiperglikemia merupakan kondisi di mana kadar gula darah meningkat diatas tingkat normal dan merupakan ciri dari beberapa penyakit, termasuk diabetes, dan penyakit lainnya. Diabetes melitus (DM) menjadi ancaman kesehatan global. Diabetes Militus dapat digolongkan menjadi empat golongan, yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional, dan DM jenis lainnya. Hiperglikemia berkaitan dengan DM tipe 2. Beberapa penelitian epidemiologi menyatakan terdapat tren peningkatan kejadian dan prevalensi DM tipe 2 di beberapa wilayah di dunia. (Punthakee, Goldenberg and Katz, 2018)

Resistensi insulin miosit dan hepatosit, kegagalan sel beta pankreas, diketahui merupakan patofisiologi kerusakan sentral akibat DM tipe 2. Organ lain terlibat pada DM tipe 2 termasuk jaringan adiposa (peningkatan steatosis), saluran pencernaan (defisiensi inkretin), sel alfa pankreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan penyerapan glukosa) dan otak (resistensi insulin). proses perkembangan. Gangguan toleransi glukosa. Saat ini, 3 jalur pathogen yang berasal dari oktet glukosa yang memediasi perkembangan hiperglikemia pada DM tipe 2 telah ditemukan. Dasar patofisiologis ini memberikan konsep tersebut, jadi kita perlu memahami 11 organ utama yang memiliki intoleransi glukosa (11 di antaranya). (Soelistijo, 2021):

1. Pengobatan harus ditujukan tidak hanya untuk menurunkan HbA1c, tetapi juga untuk memperbaiki kelainan patologis
2. Terapi kombinasi diperlukan untuk mengetahui kemanjuran obat sesuai dengan patofisiologi Diabetes Militus

3. Pengobatan dimulai sesegera mungkin agar mencegah atau memperlambat perkembangan kerusakan sel beta pada pasien dengan gangguan toleransi glukosa.

DAFTAR PUSTAKA

- Ades Alex. 2022. *Endometriosis Stages*. Available at: <https://www.advancedgynaecologymelbourne.com.au/endometriosis/stages>.
- Airlangga, U. 2021. *Mengetahui Ketidakseimbangan Hormon dan Gangguannya*. Available at: <http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/733-mengetahui-ketidakseimbangan-hormon-dan-gangguannya>.
- Ariyani, I. 2020. 'Pengetahuan Remaja Tentang Polycstic Ovary Syndrome (PCOS)', *Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*.
- Beata Smolarz, K. S. and H. R. 2021. 'Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature)', *Indian Journal of Public Health Research and Development*. doi: 10.3390/ijms221910554.
- Bianca Wollenhaupt-Aguiar, K. T. de A. C. and B. 2021. 'Suicidal Risk in Women with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Journal of women health*. doi: 10.1089/jwh.2021.0185.
- Chandranita, Fajar, B. I. 2006. *Memahami kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Chowdhury, S. and Chakraborty, P. pratim. 2017. 'Universal health coverage - There is more to it than meets the eye', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), pp. 169–170. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc.
- Clinic, M. 2023. *Cushing syndrome*, *Mayo Clinic*. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cushing-syndrome/symptoms-causes/syc-20351310>.
- Gellersen, B. and Brosens, J. J. 2014. 'Cyclic decidualization of the human endometrium in reproductive health and failure', *Endocrine Reviews*, 35(6), pp. 851–905. doi: 10.1210/er.2014-1045.

- Gleneagles Hospital Singapore. 2022. *Kesehatan Hormon*. Available at: <https://www.gleneagles.com.sg/id/conditions-treatments/womens-health/hormonal-health>.
- Hardita, W. A. 2015. 'Hiperandrogenemia, Hiperinsulinemia, dan Pengaruhnya terhadap Kesuburan pada Polycystic Ovary Syndrome', *J Agromed Unila*, 2(3), pp. 223–224.
- Heffner J, L. dan D. J. S. 2010. *At a Glance Sistem Reproduksi Edisi Kedua*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Irma Maya Puspita, Fulatul Anifah, Asta Adyani, A. W. R. 2022. *Asuhan Kebidanan Remaja & Perimenopause*. Malang: Penerbit Rena Cipta Mandiri.
- James Findling, M.D., Kashif Munir, M.D., Nidhi Agrawal, M.D., Stephanie Fish, M. D. 2021. *Cushing's Syndrome and Cushing Disease*. Available at: <https://www.endocrine.org/patient-engagement/endocrine-library/cushings-syndrome-and-cushing-disease>.
- Klein Meuleman, S. J. M. *et al.* 2023. 'Definition and Criteria for Diagnosing Cesarean Scar Disorder', *JAMA Network Open*, 6(3), p. E235321. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.5321.
- Nnoaham, K. E. *et al.* 2012. 'Is early age at menarche a risk factor for endometriosis? A systematic review and meta-analysis of case-control studies', *Fertility and Sterility*. Elsevier Inc., 98(3), pp. 702–712.e6. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.05.035.
- Nurjannah, L. 2019. *Bimbingan Positif Hamil*. Bandung: Penerbit Mujahid Press.
- Parasar, P., Ozcan, P. and Terry, K. L. 2017. 'Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management', *Current Obstetrics and Gynecology Reports*. Current Obstetrics and Gynecology Reports, 6(1), pp. 34–41. doi: 10.1007/s13669-017-0187-1.
- Pate, K. A. and Sirmans, S. M. 2014. 'Epidemiology , diagnosis , and management of polycystic ovary syndrome', *Clinical Epidemiology*, 20, pp. 1–13.

- Petraglia, F. *et al.* 2017. 'Dysmenorrhea and related disorders', *F1000Research*, 6(0), pp. 1–7. doi: 10.12688/f1000research.11682.1.
- Punthakee, Z., Goldenberg, R. and Katz, P. 2018. 'Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome', *Canadian Journal of Diabetes*, 42, pp. S10–S15. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.10.003.
- Puspitasari, F. 2023. *Gangguan Tiroid Dan Penyakit Kardiovaskuler*. Yogyakarta: Stiletto Book.
- Rahmatullah, Irfan & Kurniawan, U. N. 2019. *9 Bulan Menjalani Kehamilan dan Persalinan yang sehat*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Soelistijo, S. 2021. 'Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021', *Global Initiative for Asthma*, p. 46. Available at: www.ginasthma.org.
- Whitaker, L. and Critchley, H. O. D. 2016. 'Abnormal uterine bleeding', *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier Ltd, 34, pp. 54–65. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012.
- Yolandiani, R. P., Fajria, L. and Putri, Z. M. 2021. 'Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakaturan Siklus menstruasi pada remaja Literatur Review', *E-Skripsi Universitas Andalas*, 68, pp. 1–11.

BAB 9

PERAWATAN GINEKOLOGI

Oleh Lutfi Handayani



Sumber:parapuan.com

9.1 Pendahuluan

Perawatan ginekologi adalah cabang dari ilmu kedokteran yang berfokus pada perawatan dan pengelolaan masalah kesehatan khususnya yang terkait dengan organ reproduksi wanita, yaitu rahim, indung telur, vagina, dan payudara. Perawatan ginekologi bertujuan untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan wanita, mencegah dan mengobati penyakit yang berkaitan dengan organ reproduksi, serta mendukung focus masalah pada wanita yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

9.2 Anatomi Organ Reproduksi Wanita

9.2.1 Rahim (Uterus)

Rahim adalah organ berongga yang berperan penting dalam proses reproduksi wanita. Organ ini memiliki dua lapisan utama: *endometrium* (lapisan dalam organ reproduksi) yang mengalami perubahan siklik selama siklus menstruasi, dan

miometrium (lapisan otot) yang bertanggung jawab atas kontraksi saat persalinan. Fungsi utama rahim adalah untuk memelihara sel telur yang telah dibuahi dan menjadi tempat pertumbuhan dan perkembangan janin selama masa kehamilan. Selain itu, rahim juga memiliki peran dalam proses dan periode menstruasi, menyangga fungsi organ lain dalam tubuh, memudahkan proses persalinan dan mendukung respon-respon hormon saat berhubungan seksual.

9.2.2 Indung Telur (Ovarium)

Indung telur adalah sepasang organ yang menghasilkan *ovum* (sel telur) dan hormon yang diproduksi oleh wanita, seperti estrogen dan progesteron. Indung telur ini juga berperan dalam siklus menstruasi. Ovarium memiliki tiga fungsi utama, yaitu sebagai tempat sel telur dihasilkan dan berkembang, menghasilkan hormon wanita, dan melepaskan sel telur. Selama ovulasi, salah satu ovarium melepaskan sel telur. Jika sperma membuahi sel telur ini, maka ia akan berkembang menjadi kehamilan

9.2.3 Vagina

Vagina adalah organ reproduksi yang berupa saluran tubuh yang menghubungkan rahim dengan bagian luar tubuh wanita. Organ vagina ini memiliki beberapa fungsi, termasuk sebagai saluran keluar pada saat fase menstruasi, sebagai saluran pada saat masa persalinan, dan juga berperan penting dalam masa reproduktif atau hubungan seksual. Menjaga kesehatan organ vagina sangat penting dilakukan oleh para wanita. Perawatan pada organ vagina itu sendiri bisa dilakukan dari hal yang rutin sehari-hari, seperti membersihkan dengan lembut menggunakan kain setelah buang air besar dan buang air kecil (BAK-BAB), menghindari penggunaan produk kimia untuk penggunaan sabun cebok, memilih sabun cebok dengan pH yang normal dan memastikan bahwa kita tidak ada alergi terhadap bahan-bahan yang digunakan dalam sabun cebok tersebut karena pemilihan sabun cebok yang tepat dapat mencegah penyebaran bakteri dan virus pada organ intim.

9.3 Kehamilan Sehat



9.3.1 Perencanaan Kehamilan

Perencanaan kehamilan adalah langkah awal yang penting bagi para wanita yang sudah memiliki pasangan atau berencana ke tahap pernikahan. Pasangan sebaiknya sudah bisa mengidentifikasi dan memiliki perencanaan kapan mereka akan hamil dan mengambil tindakan untuk merencanakan pemeriksaan kesehatan lanjut. Salah satu Tindakan yang dilakukan untuk perawatan kehamilan adalah mengonsumsi asam folat sebelum hamil dan pada saat hamil untuk mempersiapkan tumbuh dan kembang janin.

9.3.2 Pemeriksaan Kehamilan

Kehamilan adalah salah satu periode paling istimewa dalam hidup seorang wanita. Selama sembilan bulan yang mengagumkan ini, tubuh Anda akan mengalami banyak perubahan. Salah satu kunci untuk menghadapi kehamilan dengan nyaman dan aman adalah dengan menjalani pemeriksaan kehamilan yang teratur dan merawat diri Anda dengan baik. Saat hamil, pemeriksaan prenatal secara teratur sangat penting. Ini termasuk pemeriksaan panggul, pemantauan berat badan, dan pemantauan detak jantung janin.

- 1. Pemeriksaan Awal:** Setelah mengetahui Anda hamil, langkah pertama adalah mengatur janji dengan dokter kandungan Anda. Pemeriksaan awal ini akan membantu menentukan usia kehamilan dan mengidentifikasi faktor risiko yang perlu diawasi.

2. **Pemeriksaan Rutin:** Selama kehamilan, Anda akan menjalani pemeriksaan rutin yang biasanya termasuk pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan urine, pemantauan pertumbuhan janin, dan pemeriksaan kehamilan lainnya. Dokter Anda akan membantu Anda memahami apa yang harus diharapkan dalam setiap pemeriksaan ini.
3. **Pemeriksaan Khusus:** Terkadang, pemeriksaan tambahan seperti USG (ultrasonografi) mungkin diperlukan untuk memantau perkembangan janin atau mengidentifikasi masalah potensial.

9.3.3 Perawatan Kehamilan Sehat

1. **Nutrisi yang Sehat:** Makanan yang Anda konsumsi selama kehamilan berperan penting dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Pastikan Anda mendapatkan nutrisi yang cukup, termasuk asam folat, zat besi, kalsium, dan protein.
2. **Aktivitas Fisik:** Olahraga ringan dan aktivitas fisik yang sehat membantu menjaga kondisi fisik dan mental Anda selama kehamilan. Konsultasikan dengan dokter Anda tentang jenis olahraga yang aman untuk Anda.
3. **Perawatan Kesehatan Mental:** Kesehatan mental sama pentingnya dengan kesehatan fisik. Jangan ragu untuk mencari dukungan dan konseling jika Anda merasa cemas atau stres selama kehamilan.
4. **Pencegahan dan Keamanan:** Hindari merokok, alkohol, dan obat-obatan terlarang selama kehamilan. Selain itu, berbicaralah dengan dokter Anda tentang vaksinasi yang diperlukan dan vaksin yang perlu dihindari selama kehamilan.

9.3.4 Gaya Hidup Sehat

Selama kehamilan, mengadopsi gaya hidup yang sehat adalah kunci. Ini melibatkan pola makan seimbang, olahraga ringan, dan menghindari alkohol dan merokok.

9.4 Persiapan untuk Persalinan

9.4.1 Pilih Lokasi Persalinan

Memilih tempat persalinan yang sesuai adalah keputusan penting. Pilihan yang tepat jika ada masalah dalam menghadapi persalinan yaitu di rumah sakit, Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA), atau Tempat Praktik Klinik Bidan (TPMB).

9.4.2 Pemahaman Proses Persalinan

Memahami tahap-tahap persalinan, termasuk pembukaan serviks, mendorong atau memicu untuk proses persalinan di tahap pembukaan serviks dan memahami tahapan di Kala III persalinan yaitu pengeluaran plasenta, membantu calon ibu untuk merasa lebih siap dan yakin.

9.4.3 Pembicaraan dengan Tim Perawatan

Berbicara dengan dokter spesialis, bidan, dan ahli gizi adalah cara terbaik untuk memahami rencana persalinan dan memastikan preferensi untuk kebutuhan pada saat kehamilan.

9.5 Persalinan

9.5.1 Manajemen Nyeri Selama Persalinan

Wanita dapat memilih berbagai metode untuk mengelola rasa sakit selama persalinan, termasuk teknik pernapasan, pendampingan persalinan bersama praktisi atau yang dikenal sebagai doula dan bisa melakukan yoga bersama instruktur atau bidan praktisi menjelang persalinan untuk mendukung penurunan kepala, his dan relaksasi.

9.5.2 Pendampingan dan Dukungan Emosional

Kehadiran pasangan atau pendamping selama persalinan dapat memberikan dukungan emosional yang sangat dibutuhkan bagi ibu.

9.5.3 Pantauan Proses Persalinan

Pemantauan terus-menerus dilakukan oleh tim medis untuk memastikan persalinan berjalan dengan baik.

9.6 Nifas dan Perawatan Pasca Persalinan

9.6.1 Perubahan Fisik

Setelah melahirkan, tubuh wanita akan mengalami berbagai perubahan fisik. Perubahan ini dapat terjadi secara bertahap atau tiba-tiba, dan dapat berlangsung selama beberapa minggu atau bahkan berbulan-bulan. Berikut adalah beberapa perubahan fisik yang umum terjadi pasca persalinan:

1. **Perubahan bentuk perut**

Perubahan bentuk perut merupakan perubahan fisik yang paling terlihat pasca persalinan. Perut yang semula membesar karena kehamilan akan menyusut kembali seiring waktu. Namun, proses penyusutan perut ini dapat memakan waktu yang cukup lama, yaitu sekitar 6-8 minggu.

2. **Perubahan bentuk payudara**

Payudara juga akan mengalami perubahan bentuk pasca persalinan. Payudara akan membesar dan mengeras karena produksi ASI. Namun, ukuran payudara akan kembali normal seiring waktu.

3. **Perubahan vagina**

Vagina juga akan mengalami perubahan pasca persalinan. Vagina akan menjadi lebih longgar dan lebar karena proses persalinan. Namun, vagina akan kembali normal dalam waktu sekitar 6-8 minggu.

4. **Perubahan organ intim lainnya**

Organ intim lainnya, seperti rahim, serviks, dan vulva, juga akan mengalami perubahan pasca persalinan. Rahim akan menyusut kembali ke ukuran normal dalam waktu sekitar 6 minggu. Serviks akan menjadi lebih pendek dan sempit. Vulva juga akan kembali normal dalam waktu sekitar 6 minggu.

5. **Perubahan berat badan**

Berat badan juga akan mengalami perubahan pasca persalinan. Berat badan akan turun secara bertahap setelah melahirkan. Namun, proses penurunan berat badan ini dapat memakan waktu yang cukup lama.

6. Perubahan kulit

Kulit juga dapat mengalami perubahan pasca persalinan. Beberapa wanita mungkin mengalami stretch mark atau perubahan warna kulit di sekitar perut, payudara, dan paha. Perubahan kulit ini biasanya akan memudar seiring waktu.

9.6.2 Perubahan Emosional

Perubahan emosional juga dapat terjadi pasca persalinan. Perubahan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kelelahan, stres, hormon, dan perubahan peran dalam keluarga. Berikut adalah beberapa perubahan emosional yang umum terjadi pasca persalinan:

1. Depresi pasca persalinan

Depresi pasca persalinan adalah gangguan kesehatan mental yang dapat terjadi pada wanita setelah melahirkan. Depresi pasca persalinan dapat menyebabkan berbagai gejala, seperti perasaan sedih, cemas, atau putus asa.

2. Postpartum blues

Postpartum blues adalah kondisi yang ditandai dengan perasaan sedih, cemas, atau mudah marah selama beberapa hari setelah melahirkan. Postpartum blues biasanya akan hilang dengan sendirinya dalam waktu sekitar 1-2 minggu.

3. Perasaan lelah

Setelah melahirkan, wanita akan merasa sangat lelah. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti proses persalinan, kurang tidur, dan stres.

4. Perubahan suasana hati

Perubahan suasana hati juga dapat terjadi pasca persalinan. Wanita mungkin akan merasa lebih sensitif dan mudah marah.

5. Rasa cemas

Wanita mungkin akan merasa lebih cemas pasca persalinan. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, seperti tanggung jawab sebagai ibu baru, perubahan peran dalam keluarga, dan ketakutan akan kegagalan.

9.6.3 Perawatan Pasca Persalinan

Merawat luka jahitan jika ada, menjalani perawatan prenatal rutin, dan mendukung sistem penyangga seperti korset pasca persalinan dapat membantu pemulihan.

Meluangkan waktu untuk merawat diri, baik secara fisik maupun emosional. Istirahat yang cukup, makan makanan yang sehat, dan berolahraga.

9.6.4 Dukungan Kesehatan Mental

Postpartum blues, depresi, atau kecemasan adalah masalah yang mungkin dialami ibu pasca persalinan. Penting untuk mencari dukungan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan dari orang terdekat, seperti suami, keluarga, atau teman, dapat membantu Anda melewati masa pasca persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi. 2023. Anatomi Organ Reproduksi Wanita. Jakarta: Erlangga.
- H.K. Joseph. 2010 .Ginekologi dan Obstetri (Obsgyn). Yogyakarta. Nuha Medika
- M. Khumaira. 2012. Ilmu Kebidanan. Jakarta. Citra Pustaka
- Mufdlilah & Hidayat, A. 2012. Asuhan Kebidanan. Jakarta. EGC
- Rukiyah, A.Y. 2010. Catatan Kuliah Ginkologi dan Obstetri. Jakarta EGC
- Sarwono. 2006. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Abortus. Jakarta. EGC
- Sujiyatini. 2012. Asuhan Patologi Kebidanan. Jakarta. Citra Pustaka
- Yulianti, L. 2010. Asuhan Kebidanan 3 Patologi. Jakarta. EGC

BAB 10

KESEHATAN SEKSUAL

Oleh Kadek Sri Ariyanti

10.1 Apa Itu Kesehatan Seksual?

Kesehatan seksual didefinisikan sebagai keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial sehubungan dengan seksualitas, bukan sekedar bebas dari penyakit, disfungsi atau kelemahan. Kesehatan seksual memerlukan pendekatan yang positif dan penuh rasa hormat terhadap seksualitas, hubungan seksual, serta kemungkinan mendapatkan pengalaman seksual yang aman dan menyenangkan, bebas dari paksaan, diskriminasi dan kekerasan (CDC, 2019).

Kesehatan seksual merupakan hal mendasar bagi kesehatan dan kesejahteraan individu, pasangan dan keluarga secara keseluruhan. Hal ini dapat juga memberikan dampak bagi pembangunan sosial dan ekonomi negara. Secara afirmatif, kesehatan seksual memerlukan pendekatan yang positif, menghormati seksualitas, serta terhindar dari kemungkinan mendapatkan pengalaman seksual yang tidak aman dan menyenangkan, bebas dari paksaan, kekerasan serta diskriminasi.

10.1.1 Memahami Siklus Menstruasi

Menstruasi adalah pelepasan lapisan rahim yang terjadi secara rutin setiap bulan pada wanita. Menstruasi juga dikenal dengan istilah haid, masa haid, atau siklus haid. Darah menstruasi terdiri dari darah dan jaringan yang mengalir dari dalam rahim melalui leher rahim dan dikeluarkan oleh tubuh melalui vagina. Menstruasi dipengaruhi oleh hormon. Hormon adalah zat yang membawa pesan kimiawi di dalam tubuh manusia.

Kelenjar pituitari dan ovarium memproduksi dan melepaskan hormon tertentu pada waktu tertentu selama siklus menstruasi berlangsung. Hormon-hormon ini menyebabkan

lapisan rahim menebal. Hal ini terjadi untuk mempersiapkan rahim menerima sel telur jika terjadi kehamilan untuk ditanamkan ke dalam rahim. Hormon ini juga menyebabkan ovarium melepaskan sel telur (ovulasi). Sel telur akan bergerak ke saluran tuba dan menunggu sel sperma untuk dibuahi. Jika sperma tidak membuahi sel telur, maka tidak akan terjadi kehamilan. Lapisan rahim akan rusak dan luruh sehingga terjadilah menstruasi.

Siklus menstruasi merupakan rangkaian peristiwa yang terjadi di dalam tubuh wanita untuk mempersiapkan diri menghadapi kemungkinan kehamilan yang terjadi secara rutin setiap bulan. Siklus menstruasi adalah jangka waktu dari hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya. Siklus menstruasi berbeda-beda pada setiap wanita, namun prosesnya sama. Rata-rata panjang siklus menstruasi adalah 28 hari. Namun panjang pendek siklus dapat bervariasi antara 21 hingga 35 hari dan hal tersebut masih normal.

Terdapat beberapa fase dalam siklus menstruasi. Fase tersebut adalah:

1. Fase menstruasi: fase ini dimulai dari hari pertama menstruasi. Hal ini terjadi ketika lapisan rahim terlepas dari dalam rahim kemudian melalui vagina jika kehamilan tidak terjadi.
2. Fase folikuler: dimulai pada hari mendapatkan menstruasi dan berakhir saat ovulasi (tumpang tindih dengan fase menstruasi dan berakhir saat ovulasi). Pada masa ini, estrogen meningkat, yang menyebabkan lapisan rahim (endometrium) tumbuh dan menebal. Hormon FSH menyebabkan folikel di ovarium tumbuh. Pada hari ke-10 hingga 14, salah satu folikel yang sedang berkembang akan membentuk sel telur (ovum) yang matang.
3. Ovulasi: perkiraan terjadinya fase ini adalah pada hari ke 14 jika siklus menstruasi berlangsung selama 28 hari. Peningkatan hormon LH secara tiba-tiba menyebabkan ovarium melepaskan sel telurnya. Peristiwa ini disebut ovulasi.

4. Fase luteal: perkiraan terjadinya fase ini adalah pada hari ke-15 hingga hari ke-28. Sel telur terlepas dari ovarium dan bergerak melalui saluran tuba menuju ke dalam rahim. Kadar progesteron meningkat untuk yang berfungsi untuk membantu mempersiapkan lapisan rahim untuk menerima saat terjadi kehamilan. Kehamilan akan terjadi jika sel telur yang telah dibuahi oleh sperma menempel pada dinding rahim (implantasi). Jika kehamilan tidak terjadi, kadar estrogen dan progesteron turun dan menyebabkan lapisan tebal rahim akan luruh dan terjadilah menstruasi (Cleveland Clinic, 2022).

10.1.2 Mencapai Kesehatan Seksual

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan seksual bergantung pada:

1. Akses terhadap informasi yang komprehensif dan berkualitas
2. Tingkat pengetahuan mengenai risiko yang mungkin dihadapi dan kemungkinan terjadi dampak buruk dari aktifitas seksual tanpa alat perlindungan
3. Kemampuan untuk mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi
4. Lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan masyarakat (WHO, 2023b).

10.1.3 Kontrasepsi dan Keluarga Berencana

Kontrasepsi terdiri dari berbagai macam, tetapi wanita tertentu dapat mengalami ketidakcocokan terhadap salah satu metode kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang paling tepat bergantung pada kesehatan individu secara keseluruhan, usia, frekwensi aktifitas seksual, keinginan untuk memiliki anak di masa depan, jumlah pasangan seksual, dan riwayat penyakit tertentu dalam keluarga.

Penggunaan kontrasepsi mencegah risiko kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan bagi perempuan dan bila dinyatakan dalam interval antar kelahiran, anak2 yang lahir

sebelum 2 tahun dari kakaknya memiliki peningkatan risiko kematian bayi sebesar 60% dan mereka yang lahir dalam waktu 2-3 tahun memiliki peningkatan risiko sebesar 10%, dibandingkan dengan mereka yang lahir setelah usia 3 tahun atau lebih.

Penggunaan kontrasepsi memberikan serangkaian manfaat non kesehatan yang mencakup perluasan kesempatan pendidikan dan pemberdayaan perempuan, serta pertumbuhan populasi berkelanjutan dan pembangunan ekonomi bagi negara-negara. Metode kontrasepsi terdiri dari berbagai jenis, yang meliputi pil kontrasepsi, implan, suntikan, kooyo, cincin vagina, IUD, kondom, sterilisasi pria dan wanita, metode amenore laktasi dan *coitus interruptus*. Cara-cara tersebut memiliki mekanisme kerja dan efektifitas yang berbeda-beda dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Efektifitas metode diukur dari jumlah kehamilan yang terjadi setiap 100 wanita yang menggunakan salah satu metode kontrasepsi per tahun. Keefektifan metode dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Sangat efektif (terjadi 0-0,9 kehamilan per 100 wanita)
2. Efektif (terjadi 1-9 kehamilan per 100 wanita)
3. Cukup efektif (terjadi 10-19 kehamilan per 100 wanita)
4. Kurang efektif (terjadi 20 atau lebih kehamilan per 100 wanita).

Pencapaian akses universal dan realisasi layanan kesehatan seksual dan reproduksi sangat penting untuk memenuhi janji agenda *Sustainable Development Goals* (SDGs 2030) bahwa "tidak ada yang akan tertinggal". Hal ini memerlukan dukungan yang lebih intensif terhadap layanan kontrasepsi, termasuk melalui penerapan kebijakan dan program pemerintah yang efektif (WHO, 2023a).

10.1.4 Kehamilan dan Kesuburan

4. Kehamilan

Individu baru tercipta ketika sel sperma yang kuat bergabung dengan sel telur yang subur. Sebelum penyatuan, sel sperma maupun sel telur telah bermigrasi jauh untuk

mencapai penyatuannya. Sejumlah spermatozoa yang aktif bergerak dari vagina melaewati rahim dan menuju ke tuba fallopi tempat ia bertemu dengan sel telur. Sel telur telah di tuba fallopi setelah dikeluarkan dari folikel pada ovarium. Setelah emmasuk ke tuba, sel telur kehilangan lapisan sel telurnya akibat pengaruh zat-zat dalam spermatozoa dan dari lapisan dinding tuba. Hilangnya lapisan luar sel telur memungkinkan sejumlah spermatozoa menembus permukaan sel telur, namun hanya satu spermatozoa yang biasanya mampu membuahi sle telur. Setelah memasuki substansi sel telur, kepala inti spermatozoa ini terpisah dari ekor. Ekor sperma berangsur-angsur akan menghilang, tetapi kepala dengan intinya tetap bertahan. Saat bergerak menuju inti sle telur (pada tahap ini disebut pronukleus wanita), kepala membesar dan menjadi pronukleus pria. Kedua pronuklei bertemu di tengah sel telur, tempat bahan kromatinnya yang seperti benang tersusun menjadi kromosom.

Pembuahan berlangsung di tuba fallopi, namun berapa lama zigot bertahan di dalam tuba belum diketahui. Kemungkinan zigot mencapai rongga rahim sekitar 72 jam setelah pembuahan. Selama perjalanannya, ia diberi nutrisi oleh sekresi dari selaput lendir yang melapisi tabung. Pada saat mencapai rahim, ia telah menjadi massa padat seperti murbei yang disebut morula. Morula terdiri dari 60 sel atau lebih. Ketika jumlah sel dalam morula meningkat, zigot membentuk struktur berongga seperti gelembung blastokista. Blastokista yang dipelihara oleh sekresi rahim, mengapung bebas di rongga rahim untuk waktu yang singkat dan kemudian ditanamkan di lapisan rahim. Biasanya, implantasi blastokista terjadi di bagian atas lapisan rahim.

Indikasi awal kehamilan adalah tidak datangnya menstruasi, mual di pagi hari dan payudara terasa penuh dan nyeri, tetapi tanda-tanda kehamilan yang pasti dan positif adalah bunyi detak jantung janin yang terdengar dengan stetoskop antara minggu ke-16 dan ke-20

kehamilan. Gambar USG dari janin yang sedang tumbuh, yang dapat diamati selama kehamilan dan gerakan janin yang biasanya terjadi pada minggu ke-18 hingga ke-20 kehamilan.

Antara ovulasi dan kelahiran biasanya berlangsung dari 266 hingga 270 hari. Karena tanggal ovulasi biasanya tidak diketahui, sulit untuk membuat perkiraan akurat mengenai tanggal persalinan. Ada kemungkinan 5% bayi akan lahir tepat pada tanggal yang diperkirakan berdasarkan perhitungan di atas (Huffman, 2023).

5. Kesuburan

Kesuburan dapat diartikan sebagai kemampuan individu atau pasangan untuk bereproduksi melalui aktivitas seksual normal. Sekitar 90% wanita sehat dan subur mampu hamil dalam jangka waktu satu tahun jika melakukan hubungan seksual secara rutin tanpa alat kontrasepsi. Kesuburan yang normal memerlukan sperma sehat yang cukup oleh pria dan sel telur yang layak oleh wanita. Keberhasilan perjalanan sperma melalui saluran terbuka dari testis pria ke saluran tuba wanita, penetrasi sel telur yang sehat dan implantasi sel telur yang telah dibuahi ke dalam rahim. Masalah – masalah yang terjadi pada tahap ini dapat menyebabkan ketidaksuburan (infertilitas) (Britannica, 2023).

Ketika wanita mengetahui siklus menstruasinya maka akan meningkatkan peluang untuk memperoleh kehamilan. Fase pertama dimulai dari hari pertama pengeluaran darah menstruasi. Tubuh akan melepaskan Folikel Stimulating Hormon (FSH) yang menyebabkan sel telur di dalam ovarium tumbuh. Antara hari ke-2 dan ke-14, hormon estrogen dan progesteron membantu menebalkan dinding rahim untuk mempersiapkan sel telur yang telah dibuahi yang disebut tahap folikuler.

Setiap wanita memiliki sekitar 1 juta hingga 2 juta sel telur sejak lahir, tetapi hanya mampu melepaskan 300 hingga 400 sel telur pada saat ovulasi selama hidupnya. Ovarium hanya merilis satu sel telur setiap bulannya. Sel

telur bergerak pada salah satu tuba fallopi, yaitu saluran yang menghubungkan antara ovarium dan rahim. Jika bertemu pada waktu yang tepat maka sperma dapat membuahnya selama perjalanan menuju ke rahim. Apabila tidak terjadi pembuahan dalam waktu 24 jam setelah sel telur terlepas dari ovarium, maka sel tersebut akan larut. Sperma dapat hidup sekitar 3 hingga 5 hari. Jadi, jika wanita mengetahui kapan ia mengalami ovulasi maka dapat membantu pasangan untuk merencanakan hubungan seksual pada saat kemungkinan besar dapat memperoleh kehamilan.

Peluang terbesar untuk memperoleh kehamilan adalah ketika hubungan seks dilakukan 1-2 hari sebelum ovulasi. Jika wanita memiliki siklus menstruasi 28 hari yang teratur, dapat dilakukan perhitungan mundur 14 hari dari perkiraan awal menstruasi berikutnya. Rencanakan untuk berhubungan seksual dua hari sekali pada waktu tersebut (Sheikhh, 2023).

6. Ketidaksuburan

Ketidaksuburan dapat diartikan sebagai kegagalan memperoleh kehamilan setelah satu tahun berhubungan seksual secara teratur tanpa menggunakan alat kontrasepsi. Dapat juga diartikan ketidakmampuan seorang wanita untuk hamil hingga melahirkan bayi hidup. Infertilitas dapat terjadi pada pria maupun wanita dan dapat disebabkan oleh berbagai hal.

Berbagai pendekatan telah dikembangkan untuk pengobatan infertilitas. Beberapa masalah ketidaksuburan dapat diatasi dengan sendirinya seiring berjalannya waktu sehingga memungkinkan untuk tidak dilakukan pengobatan. Namun beberapa hal berikut ini sering dikaitkan dengan pengobatan infertilitas, antara lain:

a. Konseling

Upaya ini dilakukan jika penyebab utama infertilitas adalah kesulitan emosional atau masalah psikologis dengan pasangan. Kesuburan dapat kembali normal setelah pasangan tersebut menerima konseling untuk

membantu mereka mampu mengenali dan mengatasi masalah sendiri. Dalam beberapa kasus, para dokter ahli memberikan nasihat kepada pasangan tentang teknik dan praktik seksual yang akan meningkatkan peluang untuk memperoleh kehamilan. Jika penyebab ketidaksuburan adalah kesehatan yang buruk, dokter ahli dapat memberikan instruksi kepada pasangan tersebut mengenai perawatan kesehatan yang tepat.

b. Tindakan operatif

Tindakan operatif dapat dilakukan pada salah satu pasangan untuk menghilangkan hambatan fisik pada jalur reproduksi yang harus dilalui sperma. Hal ini juga dapat dilakukan untuk memperbaiki kelainan fisik pada organ reproduksi yang disebabkan oleh perkembangan abnormal, kerusakan atau penyakit.

c. Terapi Obat

Jika ketidaksuburan disebabkan karena gangguan ovulasi, ketidakseimbangan hormon tertentu maka dapat diberikan terapi obat untuk menginduksi ovulasi secara teratur. Namun, penggunaan obat kesuburan dapat merangsang ovarium untuk mengeluarkan lebih dari satu sel telur per bulan sehingga meningkatkan kemungkinan terjadinya kehamilan kembar (gemeli).

d. Inseminasi buatan

Metode ini merupakan metode yang paling populer untuk mencoba pembuahan. Jika pasangan laki-laki subur, namun karena alasan tertentu tidak mengeluarkan air mani yang cukup, maka dapat dilakukan penempatan air mani secara artifisial atau disuntikkan langsung ke dalam rahim pada waktu sekitar terjadinya ovulasi. Jika jumlah atau motilitas sperma rendah, air mani dapat dipekatkan sebelum dimasukkan ke dalam tubuh wanita. Tingkat keberhasilan metode ini sangat rendah, yaitu sekitar 10 hingga 17%.

e. Fertilisasi in Fitro

Metode ini dilakukan dengan cara mengeluarkan sel telur dari tubuh wanita, dibuahi oleh sperma pasangannya atau dari donor di laboratorium, dan dikembalikan kembali ke tubuhnya untuk berimplantasi seperti kehamilan normal. Dalam penggunaannya, fertilisasi in vitro tidak hanya mengacu pada langkah pembuahnya di laboratorium, tetapi juga mengacu pada proses pemindahan embrio ke dalam tubuh wanita.

10.1.5 Melindungi dari Penyakit Menular Seksual

Kesehatan seksual dan reproduksi sangat berdekatan dengan penyakit menular seksual. Untuk mencegah penularan penyakit menular seksual atau PMS, ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu:

1. Hindari berhubungan seksual dengan siapapun yang mengalami luka pada kelamin, ruam, keluar cairan atau gejala lain
2. Menggunakan kondom saat berhubungan seksual, jika menggunakan pelumas, pastikan berbahan dasar air
3. Tidak bergonta ganti pasangan (setia pada pasangan masing-masing)
4. Merekomendasikan untuk melakukan skrining bagi orang-orang yang berisiko tinggi terinfeksi pms.
5. Tidak berbagi handuk atau pakaian dalam dengan orang lain
6. Cuci sebelum dan setelah berhubungan badan
7. Melakukan imunisasi untuk pencegahan penyakit hepatitis b
8. Hindari konsumsi alkohol dan penyalahgunaan narkoba
9. Asumsi bahwa tidak berhubungan seksual merupakan cara yang paling pasti untuk mencegah penularan PMS.

Pencegahan penularan PMS kepada orang lain antara lain sebagai berikut:

1. Berhentilah berhubungan seks sampai melalui pengobatan dan dinyatakan sembuh

2. Gunakan kondom setiap kali berhubungan seksual terutama dengan pasangan baru
3. Jangan meneruskan berhubungan seksual sebelum dokter menyatakan aman
4. Pastikan pasangan seks juga diberikan pengobatan (johnson, 2023).

10.1.6 masalah kesehatan seksual

Masalah yang berhubungan dengan seksual sangatlah luas, diantaranya: identitas gender, kesenangan, kesehatan dan ekspresi seksual. Kondisi negatif yang terkait antara lain:

1. Terjangkit virus hiv, kanker, infertilitas, infeksi menular seksual (ims) dan infeksi saluran reproduksi
2. Kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi ilegal
3. Disfungsi seksual
4. Kekerasan seksual
5. Praktik berbahaya yang dapat merugikan perempuan seperti mutilasi alat kelamin (WHO, 2023b).

10.2 Hak atas Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan

10.2.1 Hak atas Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan

Berbagai hak asasi manusia berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksual perempuan, termasuk di dalamnya adalah: hak atas kesehatan, hak untuk terbebas dari penyiksaan, hak atas kesehatan, hak untuk hidup, hak untuk mendapatkan pendidikan serta larangan atas diskriminasi. *Economic, Social and Cultural Right* (CESCR) serta *Committee on the Elimination of Discrimination Against Women* (CEDAW) dengan jelas menyatakan bahwa hak perempuan atas kesehatan mencakup kesehatan seksual dan reproduksi mereka. Negara menjamin perlindungan, penghormatan dan pemenuhan hak-hak yang terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi perempuan. Meskipun terdapat kewajiban-kewajiban tersebut, pelanggaran terhadap hak dan kesehatan seksual dan reproduksi perempuan masih sering terjadi. Bentuknya dapat berupa:

1. Penolakan akses terhadap layanan yang hanya dibutuhkan oleh perempuan
2. Kualitas layanan yang buruk
3. Sterilisasi paksa
4. Pemeriksaan keperawanan paksa
5. Aborsi paksa tanpa persetujuan sebelumnya
6. Mutilasi alat kelamin
7. Pernikahan dini

Terjadinya pelanggaran terhadap hak dan kesehatan seksual dan reproduksi perempuan seringkali disebabkan oleh keyakinan dan nilai – nilai sosial yang berkaitan dengan seksualitas perempuan. Konsep patriarki mengenai peran perempuan dalam keluarga berarti bahwa perempuan sering kali dihargai berdasarkan kemampuannya bereproduksi. Pernikahan dini dan kehamilan atau kehamilan berulang dengan jarak yang terlalu dekat seringkali merupakan hasil dari upaya menghasilkan keturunan laki-laki karena memilih anak laki-laki menghasilkan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan dan terkadang berakibat fatal. Akibatnya, perempuan sering disalahkan atas ketidaksuburan, pengucilan dan berbagai hak asasi manusia lainnya.

10.2.2 Standar Hak Asasi Manusia yang Relevan dengan Kesehatan Seksual dan Reproduksi Perempuan CEDAW (pasal 16)

Menjamin persamaan hak bagi perempuan untuk memutuskan sendiri dan bertanggungjawab mengenai jumlah dan jarak kelahiran anak-anak serta memiliki akses informasi, pendidikan dan sarana yang dapat mendukung mereka untuk memanfaatkan hak-haknya.

CEDAW (pasal 10)

Menetapkan bahwa perempuan berhak atas pendidikan yang meliputi "akses terhadap pendidikan dan informasi khusus untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan keluarga, termasuk informasi yang terkait dengan keluarga berencana"

Platform Aksi Beijing

Menyebutkan bahwa "hak asasi wanita mencakup hak untuk mengatur dan memutuskan sendiri dan bertanggungjawab mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan kesehatan seksual, seksualitas, termasuk didalamnya adalah hak reproduksi, bebas dari kekerasan, paksaan dan diskriminasi.

Rekomendasi Umum 24 CEDAW

Memberikan rekomendasi kepada setiap negara agar "meningkatkan peran keluarga berencana sebagai upaya untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan"

Komentar Umum CESCR 14

Menjelaskan agar negara segera mengambil langkah yang kongkrit serta tepat sasaran untuk memenuhi hak penyediaan layanan kesehatan ibu yang sebanding dengan kewajiban inti yang tidak dapat diabaikan, yaitu proses kehamilan dan persalinan.

Komentar Umum CESCR 22

Merekomendasikan negara-negara "untuk mencabut atau menghilangkan undang-undang, kebijakan dan praktik yang mengkriminalisasi, menghalangi atau melemahkan akses individu atau kelompok tertentu terhadap fasilitas, layanan, barang dan informasi kesehatan seksual dan reproduksi". (United Nation Human Right, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Britannica, E. 2023. *Fertility, Britannica*. Available at: <https://www.britannica.com/science/fertility> (Accessed: 25 November 2023).
- CDC. 2019. *Sexual Health, U.S Departement of Health & Human Service*. Available at: <https://www.cdc.gov/sexualhealth/Default.html> (Accessed: 23 November 2023).
- Cleveland Clinic. 2022. *Menstrual Cycle, Cleveland Clinic Medical*. Available at: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/10132-menstrual-cycle> (Accessed: 23 November 2023).
- Huffman, J. W. 2023. *Pegnancy, Britanica*. Available at: <https://www.britannica.com/science/pregnancy> (Accessed: 25 November 2023).
- Johnson, T. C. 2023. *Understanding Sexually Transmitted Disease Prevention, WebMD*. Available at: <https://www.webmd.com/sex-relationships/understanding-stds-prevention> (Accessed: 25 November 2023).
- Sheikkh, Z. 2023. *Understanding Ovulation & Fertility: Facts to Help You Get Pregnant, WebMD*. Available at: <https://www.webmd.com/baby/ss/slideshow-understanding-fertility-ovulation> (Accessed: 25 November 2023).
- United Nation Human Right. 2023. *Sexual and reproductive health and rights, United Nation Human Right*. Available at: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights#:~:text=Women's sexual and reproductive health,and the prohibition of discrimination.> (Accessed: 25 November 2023).
- WHO. 2023a. *Family Planning/Contraception Methods, World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (Accessed: 24 November 2023).
- WHO. 2023b. *Sexual Health, World Health Organization*. Available at: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 (Accessed: 23 November 2023).

BAB 11

MANAJEMEN KEHAMILAN RISIKO TINGGI

Oleh Dea Lestari

11.1 Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan termasuk persalinannya adalah proses alamiah, tetapi tentunya mempunyai risiko dan menjadi tanggung jawab perempuan. Seorang ibu mungkin mempunyai beberapa penyakit fisik dan mental, ada pula yang mungkin mengalami kesulitan selama kehamilan dan persalinan.

Sebagian besar kehamilan dan persalinan membawa kabar baik bagi ibu dan kelahiran bayi yang sehat. Namun, beberapa ibu hamil mengalami kegawatdaruratan derajat ringan hingga berat yang dapat membuat ibu dan bayinya berisiko mengalami ketidaknyamanan, rasa tidak nyaman, nyeri, cedera, dan bahkan kematian. Khususnya untuk kategori ibu hamil risiko tinggi dan ibu hamil risiko kecil dengan permasalahan saat kehamilan dan persalinannya.

Kehamilan risiko merupakan kondisi kurang baik saat hamil yang bisa memberikan pengaruh untuk kondisi ibu ataupun janinnya jika dilaksanakan metode-metode yang dipakai umumnya layaknya di persalinan normal (Manuaba, 2012). Sedangkan menurut (Indarwati, 2016) Kehamilan resiko tinggi yakni kehamilan yang bisa membuat bayi maupun ibu hami jadi meninggal maupun sakit sebelum kelahiran berlangsung. Kesimpulanya Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan kehamilan yang yang tidak wajar yang berpotensi menimbulkan risiko mortalitas untuk ibu dan janin sebelum proses persalinan.

11.2 Kriteria Kehamilan Risiko Tinggi

Menurut Rochjati (2011), kehamilan risiko tinggi dikelompokkan ke dalam 3 kategori :

1. Kehamilan risiko rendah (KRR) dengan total skor 2
Ini merupakan kehamilan tanpa risiko atau komplikasi, sehingga besar kemungkinan ibu dapat berhasil melahirkan secara normal dalam keadaan ibu dan janin sehat.
2. Kehamilan risiko tinggi (KRT) memiliki skor 6-10
Ini adalah kehamilan yang diikuti setidaknya 1 faktor penghambat/risiko pada kehamilan yang disebabkan ibu ataupun janin. Oleh karena itu adanya kemungkinan terjadinya kegawatan pada masa kehamilan maupun saat melahirkan tetapi tidak darurat.
3. Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) memiliki skor lebih dari (>12)
KRST ialah kehamilan dengan unsur risiko:
 - a. Perdarahan menjelang persalinan akan memiliki dampak yang kuat dan langsung terhadap ibu dan janin, sehingga memerlukan intervensi cepat/penanganan yang sigap serta tidak boleh terlambat agar nyawa ibu dan janin bisa terselamatkan
 - b. Ibu yang mempunyai unsur risiko setidaknya skor 2, yang mana tingkatan urgensinya semakin tinggi wajib segera di rujuk untuk mendapatkan penanganan dan perhatian khusus ketika bersalin di rumah sakit dengan bantuan dokter spesialis.

11.3 Faktor Risiko Tinggi

Faktor risiko merupakan komplikasi yang terjadi selama kehamilan merupakan keadaan yang dimiliki ibu hamil yang menimbulkan risiko/ancaman prevalensi komplikasi pada proses bersalin yang dapat mengakibatkan atau menimbulkan rasa sakit untuk ibu maupun anaknya (Rochyati, 2011).

Faktor risiko kehamilan juga merupakan komplikasi yang terjadi selama kehamilan terbagi 3 kelompok risiko pada ibu hamil, yaitu:

1. Golongan risiko I (Ada potensi gawat obstetri / APGO)

Mengidentifikasi ibu hamil berisiko mempunyai probabilitas Gawat Obstetri (APGO) yang berarti kehamilannya bermasalah dan memerlukan perhatian khusus. Pada golongan risiko diilustrasikan melalui tabel di bawah ini:

Tabel 11.1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok

Faktor risiko I	Batasan kondisi ibu
Primipara Muda	Kehamilan pertama pada usia ≤ 16 tahun (Terlalu muda)
Primi Tua	Kehamilan pertama pada usia ≥ 35 tahun (Terlalu tua) Terlambat hamil, sesudah menikah ≥ 4 tahun
Primi tua sekunder	Terlalu lama mempunyai anak lagi, usia paling kecil ≥ 10 tahun
Anak terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat mempunyai anak lagi, usia paling kecil ≤ 2 tahun
Grande Multi	Punya anak terlalu banyak, 4 keatas
Umur > 35 tahun	Punya anak di usia tua, hamil usia 35 tahun maupun lebih
Tinggi badan < 145 cm	Terlampau pendek bagi ibu dengan kehamilan pertama, kehamilan ke-2 maupun lebih, namun belum pernah lahir dengan bayi yang cukup bulan secara spontan/normal dan hidup.
Terjadi kehamilan yang gagal (abortus)	1) kehamilan kedua setelah yang pertama gagal 2) kehamilan ketiga/lebih terjadi kegagalan (lahir mati, abortus) 2x

Pernah menjalani persalinan dengan	1) Vakum 2) Plasenta Manual Perdarahan sampai memerlukan infus/transfuse post partum
Pernah operasi sesar	Persalinan melalui oprasi sesar

(Sumber: Rochjati, 2011)

2. Golongan Faktor risiko II (Ada Gawat Obstetri/AGO)

Kehamilan dengan penyakit, Preeklamsia-eklamsia, gemeli atau kembar, polihidramnion, IUFD, kelainan letak dalam kehamilan, kehamilan tidak normal dan *post date*.

3. Golongan Faktor risiko III (Ada Gawat Darurat Obstetri/ADGO)

Perdarahan sebelum lahirnya bayi dan preeklamsia berat maupun eklampsia. Di golongan unsur risiko III, pasien wajib segera dilakukan rujukan ke rumah sakit, jangan sampai keadaan ibu serta janinnya memburuk sehingga memerlukan tindakan/pengobatan di saat itu juga untuk mempertahankan nyawa ibu maupun janin.

Kehamilan dan penyakit ibu yang memberikan pengaruh pada kehamilan. Ida Bagus Gde Manuba (Manuaba, 2007) serta (yury Aet *al.*, 2020) membuat aspek yang mungkin perlu mendapat perhatian khusus diantaranya; Berdasarkan anamnesis dan penelitian Usia pasien di bawah 19 tahun, Usia lebih dari 35 tahun, menikah lebih dari 30 tahun, Riwayat kehamilan: IUFD, keguguran berulang, prdarahan yang berulang saat kehamilan, infeksi saat kehamilan, Anak terkecil lebih 5 tahun tanpa kontrasepsi, riwayat mola hidatidosa atau korio karsinoma, Riwayat operasi: operasi pada rahim maupun operasi persalinan operasi tumor vagina maupun operasi plastik di fistel vagina, Riwayat persalinan: persalinan prosedur (operasi seksio secarea, ekstraksi versi, letak sungsang, ekstraksi vakum, ekstraksi forceps), persalinan pendarahan postpartum, persalinan dengan plasenta solusio plasenta, persalinan dengan induksi, lahir mati, persalinan dengan BBLR serta prematur.

Hasil Pemeriksaan

Hasil pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui risiko-risiko penyakit yang memungkinkan muncul dan penegakan diagnosa :

1. Hasil pengecekan fisik

Hasil pengecekan fisik umum: Tinggi badan di bawah 145 cm, berat badan, lingkar lengan atas atau status gizi, Deformitas di tulang panggul, Kehamilan yang diikuti anemia, sakit ginjal, hepar, paru, diabetes melitus, maupun jantung.

2. Kondisi komplikasi yang diperoleh dari hasil pemeriksaan kehamilan:

- a. Trimester pertama : hiperemesis gravidarum, perdarahan pervaginam, hipertensi saat kehamilan, infeksi intrauterine, sakit perut hebat, serviks abnormal, mioma uteri serta kista ovarium
- b. Kehamilan trimester ke-2 dan ke-3: kehamilan ganda, pendarahan, eklampsia, preeklampsia, gangguan pertumbuhan, polhidramnion, hidramnion, serta dismaturitas
- c. Kelaianan kehamilan dengan permasalahan letak : lintang, sungsang, disporposi sefaloplevik kehamilan lebih dari 42 minggu (lewat waktu), kepala belum memasuki PAP minggu ke-36 di primigravida.

Kehamilan risiko tinggi memerlukan bantuan tambahan dan spesifik. Pendekatan yang sebaiknya dilakukan adalah dengan melakukan pengawasan terhadap seluruh ibu hamil dengan mempertimbangkan potensi kehamilannya secara normal sehingga tidak ditemukan bukti nyata sebaiknya. Kehamilan dinilai berisiko apabila terdapat keadaan medis yang bisa berdampak untuk kesehatan ibu maupun janin pada kehidupan ibu, janin dan keduanya. Kondisi berisiko tinggi berdasarkan perspektif ibu: Ketuban pecah dini (KPD). Pertus lama atau persalinan yang melampaui batasan durasi hitungan partograf WHO, Ruptura uteri, persalinan

dengan permasalahan letak seperti lintang, sungsang, bayi besar, distosia bahu bayi, distosia karena tumor jalan lahir, Pendarahan antepartum (ruptur vasa previa, ruptur sinus marginalis, solusio plasenta, serta plasenta previa), Retensio plasenta-plasenta rest. (Arias *et al.*, 2015)

Status risiko tinggi ditentukan berdasarkan sudut janin: Pecah ketuban yang diikuti pendarahan (vasa previa pecah), kaput besar yang terbentuk, janin distres, infeksi intrauteri, makrosomia, serta dismaturitas.

Kondisi risiko tinggi pascapartum: Persalinan dengan ruptura uteri, sobek pada serviks, sobekan perineum >3 saat bersalin, atonia uteri postpartum, serta retensio plasenta.

Berdasarkan kajian kehamilan risiko tinggi bersumber dari 3 faktor kelompok yaitu golongan unsur risiko I, unsur Risiko II dan golongan unsur Risiko III yang apabila ibu hamil mengalami kegawatdaruratan harus segera dilakukan rujukan agar tidak memperburuk keadaan ibu dan janin. Adapapun pemicu risiko tinggi dalam kehamilan yang sering terjadi disebabkan oleh umur, usia kehamilan, riwayat persalianan, paritas, posisi janin dan , penyakit pada kehamilan. Dan dapat dicegah apabila ibu dan tenaga kesehatan mengetahui lebih awal dan dilakukan rujukan serta penanganan sesuai kebutuhan supaya hal yang tidak diharapkan terjadi di ibu ataupun janinnya. Adapun dampak yang terjadi apabila ibu mempunyai probabilitas tinggi kehamilan pada ibu dapat meyebabkan keguguran, partus macet, *IUFD*, kercanunan dan dampak psikis. Dampak pada janin diantara lain yaitu bayi lahir belum mencukupi bulan, BBLR dan kematian.

11.4 Penatalaksanaan Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi bisa dihalangi melalui penatalaksanaan serta pemantuan kehamilan serta pendeteksian awal kehamilan risiko tinggi, dan lebih diutamakan untuk kondisi yang membuat ibu maupun bayinya mati. Survelensi antenatal meliputi tahap awal kehamilan, dan

bisa dilakukan perhitungan serta persiapan tahap preparasi bersalin (Saleha, 2010). Mendorong seluruh ibu hamil guna melaksanakan kunjungan antenatal menyeluruh yang bermutu setidaknya 6x dengan 2x di trimester I, 1x di trimester II serta 3x di trimester III, mencakup setidaknya 1x visitasi yang ditemani oleh anggota keluarga (Fatimah and Nuryaningsih, 2010). Penatalaksanaan kehamilan risiko tinggi salah satu pencegahannya yaitu dengan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan dengan kunjungan 6 kali selama kehamilan. Pemeriksaan kehamilan dengan 6 kali kunjungan dapat mendeteksi dini risiko tinggi pada kehamilan.

Survelensi antenatal bertujuan guna mendeteksi secara awal kondisi risiko tinggi ibu serta janinnya:

1. Memberikan perawatan yang lebih mendalam
2. Memberi penanganan untuk membantu mengendalikan risiko
3. Membuat rujukan guna memperoleh prosedural yang tepat
4. Menekan tingkat kesakitan serta mortalitas ibu.

(Kementerian Kesehatan RI, 2020)

Berdasarkan latar belakang tersebut pencegahan risiko tinggi kehamilan dapat dicegah apabila ibu melakukan penatalaksanaan kehamilan yang dianjurkan yaitu 2 kali pemeriksaan pada saat triwulan I, 1 triwulan II, dan triwulan III dilakukakan 3 kali pemeriksaan, pemeriksaan ini dilakukan untuk pengawasan kehamilan serta mendeteksi dini risiko tinggi pada kehamilan yang lebih mengutamakan terhadap kondisi yang menimbulkan mortalitas ibu serta anaknya. Memenuhi kebutuhan nutrisi, menjaga berat badan dan mnghindari hal-hal yang menyebabkan komplikasi pada kehamilan. Survelensi antenatal kehamilan sejak awal, dilakukan agar bisa melakukan perhitungan serta mempersiapkan tahapan-tahapan dalam persiapan proses bersalin.

11.5 Deteksi Dini Kehamilan Risiko Tinggi

Deteksi dini komplikasi kehamilan merupakan tindakan skrining dan penyaringan yang dilakukan untuk mendeteksi kelaianan sedini mungkin. Pendeteksian awal kehamilan risiko tinggi merupakan suatu usaha untuk menjaring serta menyaring yang dilakukan guna mendeteksi gejala kehamilan berisiko tinggi semenjak dini. Semua kehamilan memiliki risiko terdapat permasalahan/komplikasi (Manuaba, 2012). berbagai upaya untuk menekan jumlah prevalensi mortalitas ibu di Indonesia diantaranya dengan deteksi dini kehamilan risiko tinggi memakai Kartu Skor Puji Rochyati (KSPR) dan Buku KIA.

Bidan merupakan individu profesional dalam melakukan persalinan normal serta identifikasi dini permasalahan pada kehamilan. Guna mengidentifikasi kelainan, pemahaman mendalam akan bermacam tanda amatlah dibutuhkan. Pemahaman mengenai gejala maupun tanda-tanda dari permasalahan yang lebih terkenal maupun umum memberikan peluang bagi bidan dalam melakukan identifikasi probabilitas komplikasi serta mengawali tahap diagnosa diferensial serta konsul dengan dokter di identifikasi permulaan komplikasi.

11.6 Tujuan dilakukanya Deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan

Tujuan umum dalam persiapan mental selain fisik semaksimal mungkin untuk ibu serta janin sepanjang masa hamil, bersalin, sampai nifas yakni guna mendapatkan ibu serta anak lahir tumbuh dan berkembang dengan sehat. Guna mengidentifikasi permasalahan yang bisa dialami sepanjang masa hamil sedari awal diantaranya yakni dengan mengawasi kemajuan persalinan, mengawasi pertumbuhan serta perkembangan janin, menjaga kesehatan sosial, mental, selain fisik

Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi serta mengatasi permasalahan yang bisa saja dialami saat hamil, bersalin, maupun nifas.
2. Mengidentifikasi serta mengobati penyakit yang dialami sejak awal
3. Menekan jumlah morbiditas serta mortalitas ibu maupun

anaknya

4. Memberi nasihat mengenai cara hidup sehari-hari serta KB, kehamilan, persalinan nifas selain laktasi.

11.7 Alat untuk Deteksi dini terhadap komplikasi kehamilan (Alat Skrining Ibu Hamil)

Alat yang digunakan adalah kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) merupakan *scorecard* yang digunakan sebagai alat skrining prenatal berbasis keluarga untuk mengetahui faktor risiko pada ibu hamil, Hal ini memudahkan deteksi kondisi medis untuk mencegah komplikasi obstetric saat melahirkan. KSPR merupakan gabungan checklist dari kondisi ibu hamil. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, lugas, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non professional (Rochyati, 2011)

Fungsi dari KSPR adalah:

1. Melakukan skrining deteksi dini pada ibu hamil risikotinggi,
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan,
3. Memberikan pedoman penyuluhan perencanaan kelahiran yang aman (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE),
4. Pencatatan dan plaporan keadaan kehamilan, persalinan dan nifas Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan dan nifas, Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya,
5. Audit Maternal Perinatal (AMP).

Sistem penilaian memudahkan untuk mendidik Wanita hamil, suami dan keluarga tentang tingkat keparahan faktor risiko. Skor dengan nilai 2,4 dan 8 merupakan bobot risiko dari masing- masing faktor risiko di sisilain skor total untuk setiap kontak memberikan perkiraan risiko persalinan berdasarkan rencana pencegahan (Rochyati, 2011). Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu: a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR): skor 2 berwarna (hijau), b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): skor 6-10

berwarna (kuning), c) Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST): skor ≥ 12 berwarna (merah)

Kartu skor Puji Rochyati alat yang digunakan untuk melakukan deteksi dini risiko tinggi kehamilan Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi, dengan memantau kondisi ibu dan janin, memberi konseling mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan hingga nifas. Dan difokuskan pada deteksi dini risiko tinggi kehamilan yang memiliki 3 kelompok yaitu kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko tinggi.

Kesimpulanya Kartu skor Puji Rochyati merupakan alat yang membantu yang digunakan untuk skrining risiko tinggi kehamilan kemudian membagi 3 kelompok yaitu risiko tinggi, risiko rendah dan risiko tinggi. Hal ini memudahkan dalam pengelompokan ibu hamil secara cepat untuk melakukan tindakan rujukan pada ibu hamil yang berisiko. Akan tetapi Kartu skor Puji Rochyati hanya bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan, yang pada masa pandemi covid 19 ibu hamil akan sulit mendatangi fasilitas kesehatan maka dengan ini peneliti mengembangkan media KSPR menjadi media android agar dapat dengan mudah digunakan oleh ibu hamil untuk mendeteksi dini risikotinggi kehamilan.

11.8 Buku KIA

Guna mencapai kemandirian keluarga dalam menjaga kesehatan ibu dan anak, salah satu inisiatif program adalah dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga melalui pemanfaatan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) (KemenkesRI, 2019).

Buku KIA merupakan buku wajib untuk dibaca oleh ibu hamil, suami, dan keluarganya, karena memuat informasi penting dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan anak. Buku kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai alat pemantauan Kesehatan dan alat komunikasi antara tenaga medis dengan pasien, sehingga diharapkan berpartisipasi dalam pengelolaan Kesehatan ibu dan anak (MOH, 2009). Kewajiban ibu hamil dalam pemanfaatan buku KIA:

1. Membaca buku KIA,
2. Membawa buku KIA,

3. Memelihara buku KIA,
4. Tanya ke petugas kesehatan.buku KIA ini meliputi:
 - a. Bagian ibu terdiri dari identitas keluarga dan kesehatan ibu, meliputi: Ibu hamil, Ibu bersalin, Ibu nifas, Keluarga berencana (KB), Catatan pelayanan kesehatan ibu : catatan kesehatan ibuhamil, nifas dan keterangan lahir,
 - b. Kesehatan anak terdiri dari
Identifikasi anak
 - 1) Bayi baru lahir: tanda-tanda bayi sehat, cara merawat bayi baru lahir, tindakan pada bayi baru lahir, apa yang harus dilakukan pada bayi baru lahir, cara menjaga kehangatan bayi baru lahir,
 - 2) Bayi dan anak: tanda bayi sehat, pemantauan tumbuh kembang anak, imunisasi dasar lengkap sesuai jadwalimunisasi,
 - 3) Balita: cara perawatan sehari-hari anak balita, perawatan anak sakit, cara memberi makan anak, caramerangsang perkembangan anak, cara membuat makanan pengganti ASI,
 - 4) Catatan pelayanan kesehatan anak,
 - 5) Catatan pediatrik dan perkembangan anak.

Buku KIA merupakan media yang digunakan untuk memantau kehesatan ibu dan anak yang bermula dari kondisi kehamilan, persalinan, nifas dan balita. Berisi informasi tentang kehamilan, tanda bahaya kehamilan, nutrisi ibu hamil, tanda awal persalinan, proses persalinan dan KSPR. Selain itu Buku KIA juga bertujuan untuk menjadi alat pemantauan kesehatan dan alat komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arias, F. *et al.* 2015. *Arias' Practical Guide to High-Risk Pregnancy and Delivery - E-Book : A South Asian Perspective*. 3rd edn. Edited by S. Dasgupta. By Elsevier. Available at: <https://eresourcesptsl.ukm.remotexts.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsebk&AN=964460&site=eds-live>.
- Fatimah and Nuryaningsih. 2010. *Buku Ajar Asuhan kebidanan kehamilan*. Yogyakarta: Rohima Press. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8683.2009.00753.x>.
- Kemenkes RI. 2019. *Profil Kesehatan Indonesia 2018 Kemenkes RI, Health Statistics*. Jakarta. Available at: <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2018.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. 'Buku KIA Revisi 2020', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 53.
- Manuaba. 2012. *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana. Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri : "Ketuban Pecah Dini"*. Jakarta: EGC.
- MOH. 2009. 'Pedoman Umum Manajemen Penerapan Buku KIA', p. 28.
- Rochyati, P. 2011. *Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil : Pengenalan Faktor Resiko*. Surabaya: Airlangga Universitas Pres.
- Saleha, S. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- yury A, B. *et al.* 2020. 'Data-Driven Review of the Genetic Factors of Pregnancy Complications', *International Journal of Molecular Sciences (IJMS)*, 48, pp. 1–47.

BAB 12

PERSALINAN DAN PEMULIHAN PASCA PERSALINAN

Oleh Mella Yuria R.A.

12.1 Pendahuluan

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam. Hasil dari konsepsi dikeluarkan karena terjadi kontraksi yang teratur, adanya kemajuan persalinan yang sering dan kuat yang bekerjasama dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi (Walyani, 2016).

Persalinan adalah saat yang sangat dinanti – nantikan ibu hami luntuk dapat merasakan kebahagiaan melihat dan memeluk bayinya tetapi, persalinan juga disertai rasa nyeri yang membuat kebahagiaan yang didambakan diliputi oleh rasa takut dan cemas (Mochtar, 2012)

Masa nifas adalah periode waktu atau dimana organ-organ reproduksi kembali kepada keadaan tidak hamil. Masa ini dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ-organ reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas merupakan periode kritis dalam keberlangsungan hidup ibu dan bayi baru lahir. Sebagian besar kematian ibu dan bayi baru lahir terjadi dalam 1 bulan pertama setelah persalinan. Untuk itu, perawatan kesehatan selama periode ini sangat dibutuhkan oleh ibu dan bayi baru lahir agar dapat terhindar dari risiko kesakitan dan kematian (Asih, 2016). Nifas adalah periode mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Periode post partum ialah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil. Senam nifas membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperbaiki sikap tubuh setelah hamil dan melahirkan, memperbaiki tonus otot pelvis, dan otot vagina, memperbaiki regangan otot tungkai bawah, dan memperkuat otot-otot dasar perut dan dasar panggul (Andriyani et al., 2017).

Selama masa pemulihan berlangsung ibu akan mengalami banyak perubahan, baik secara fisik maupun psikologis. Pada masa nifas ibu masih potensial mengalami komplikasi, lebih-lebih ibu yang memiliki sosio-ekonomi dan pendidikan kurang sering tidak mengerti potensi bahaya masa nifas ini (Wiknjosastro, 2017). Perubahan pada masa nifas tersebut sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis, namun jika tidak dilakukan pendampingan melalui asuhan kebidanan, tidak menutup kemungkinan akan menjadi keadaan patologi (Purnomo, 2014).

12.2 Asuhan Komplementer Persalinan

Pada saat ini pelayanan asuhan kebidanan mengkombinasikan antara pelayanan konvensional dan komplementer, yang dimana keduanya merupakan bagian yang erat dari praktik kebidanan (Harding, Debbles & Foureur, 2009). Terapi komplementer berarti suatu pengobatan yang dapat digunakan bersamaan dengan perawatan medis konvensional (Ayuningtyas, 2019). Penyelenggaraan dan terapi komplementer di Indonesia belum diatur secara khusus namun secara umum telah di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor:1109/Menkes/Per/IX/2007 tentang pengobatan komplementer – alternatif (Kemenkes RI, 2007).

Pelayanan kebidanan komplementer ialah metode penanggulangan penyakit sebagai pendukung penyembuhan kedokteran/ konvensional ataupun sebagai penyembuhan opsi lain diluar penyembuhan kedokteran yang konvensional. Penatalaksanaan pada nyeri persalinan butuh dilakukan dengan baik sehingga tidak memunculkan komplikasi yang mengacaukan persalinan (Solehati, 2018).

Selain itu Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, No.HK.03.05/I/199/2010 Tentang pedoman kriteria penetapan metode pengobatan komplementer dan alternatif yang dapat terintegrasi pada fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kebidanan komplementer ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan kualitas dan keamanan (Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik, 2010). World Health Organization (WHO) menyatakan sebanyak 80% praktisi kesehatan di negara berkembang lebih memilih pengobatan alternatif dibandingkan pengobatan kimia (World Organization Health (WHO), 2012). Pelayanan kesehatan saat ini bukan sekadar semata-mata melakukan 3 pengobatan, tetapi juga menyentuh atau mengarah pada dimensi lain dalam diri pasien, meliputi kondisi emosi, psikologis, spiritual, hingga faktor lingkungan lainnya (Nur Alfi Fauziah, Yetty Dwi Fara, 2020). Wanita cenderung menggunakan terapi komplementer untuk menghindari efek samping farmakoterapi (Adams J, Lui CW, Sibbritt D, 2009) dan cenderung menganggap terapi komplementer lebih alami, aman, dan seefektif perawatan konvensional (Kristina M. Deligiannidis, MD dan Marlene P. Freeman, 2013).

Dalam dunia kebidanan sendiri, terapi komplementer sudah banyak dilakukan untuk mencegah dan mengatasi berbagai keluhan. Pada beberapa penelitian yang sudah dikembangkan untuk teknik komplementer antara lain terapi pijat, relaksasi, yoga dan akupresure. Beberapa negara sudah menerapkan terapi komplementer dalam bidang kebidanan. Bidan biasanya menggunakan terapi komplementer seperti terapi pijat, terapi herbal, teknik relaksasi, aromaterapi, homeopati, akupuntur, dll (Andarwulan, 2021).

12.2.1 Nyeri Persalinan

Persalinan merupakan hal yang fisiologis. Pada umumnya ibu bersalin akan merasakan nyeri saat persalinan. Nyeri ini merupakan bagian dari reflek fisik dan psikis yang dirasakan. Ibu yang mengalami ketegangan emosi akibat rasa cemas secara

psikologis akan meningkatkan persepsi nyeri yang dirasakan oleh ibu. Penting sekali bagi petugas kesehatan, wanita dan keluarga mengetahui manajemen pengelolaan nyeri yang tepat (Kurniawati, Dasuki, and Kartini 2017). Mayoritas wanita merasa ketakutan dan kecemasan yang disebabkan beberapa faktor salah satunya adalah perubahan bentuk pada fisik dan perubahan psikologis (Ambarwati 2015).

Nyeri persalinan merupakan suatu kondisi yang fisiologis. Nyeri terjadi pada kala I persalinan. Kala I berlangsung dari awal gejala sampai serviks berdilatasi sempurna (10 cm). Termasuk awal fase laten (pembukaan serviks dari 0-3 cm), dimana kontraksi masih tak teratur atau sangat lemah, fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm) dimana kontraksi menjadi lebih sering, lebih lama, dan lebih kuat, dan fase transisi yang singkat, yang terjadi tepat sebelum dilatasi dan pendataran sempurna (Prawirohardjo, 2015).

Nyeri yang paling dominan dirasakan pada saat persalinan terutama selama kala I persalinan. Secara fisiologis, nyeri persalinan mulai timbul pada persalinan kala 1 fase laten dan fase aktif. Timbulnya nyeri disebabkan oleh adanya kontraksi uterus yang mengakibatkan dilatasi dan penipisan serviks. Semakin bertambahnya volume maupun frekuensi kontraksi uterus, nyeri yang dirasakan akan bertambah kuat dan puncak nyeri terjadi pada fase aktif. Sebagian besar nyeri diakibatkan oleh dilatasi serviks dan regangan segmen bawah rahim, kemudian akibat distensi mekni, regangan dan robekan selama kontraksi (Nurasih, 2016).

Nyeri pada proses persalinan memberikan dampak yang besar pada sistem kardiovaskular dan respirasi. Peningkatan konsentrasi katekolamin dalam plasma yang terjadi selama nyeri persalinan dapat meningkatkan curah jantung ibu dan resistensi pembuluh darah perifer. Hal ini dapat menyebabkan turunnya perfusi uteroplasenta. Nyeri berkala akibat kontraksi uterus juga dapat menstimulasi sistem pernapasan dan menyebabkan periode hiperventilasi. Dengan tidak adanya pemberian oksigen yang adekuat, periode hipoventilasi

kompresasi antara kontraksi dapat menyebabkan hipoksemia ibu dan janin (Rehatta, 2019).

Nyeri yang dialami oleh pasien dipengaruhi oleh sejumlah faktor termasuk pengalaman masa lalu dengan nyeri, usia, budaya dan pengharapan tentang penghilang nyeri. Faktor – faktor ini dapat meningkatkan atau menurunkan persepsi nyeri pasien, meningkatkan dan menurunkan toleransi terhadap nyeri dan pengaruh sikap responden terhadap nyeri (Smeltzer, 2013).

Penanganan nyeri pada persalinan menjadi fokus untuk dikerjakan karena nyeri persalinan berdampak pada fisik dan juga psikologis. Manajemen nyeri secara nonfarmakologi pada akhir-akhir ini memperoleh perhatian khusus karena mempunyai beberapa keuntungan daripada farmakologi. Beberapa penelitian menjelaskan nonfarmakologi lebih unggul dalam penanganan rasa nyeri karena mudah, hemat, tidak invansive dan meningkatkan kepercayaan diri dan keterikatan antara pasien dengan pemberi asuhan (S. Ma et al, 2019).

Rasa nyeri yang dialami ibu selama proses persalinan sangat bervariasi tingkatannya. Metode non farmakologi yang dapat dilakukan untuk mengendalikan nyeri yaitu tehnik relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan dan perubahan posisi, massage, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik, guide dimagery, akupresur dan aromaterapi. (Potter, 2012). Selain itu ada metode lain non farmakologis dengan cara homeopathy, masase, hipnosis, teknik auditori dan Imej visual persalinan, relaksasi, mengatur posisi persalinan, terapi bola-bola persalinan, persalinan dalam air, gerakan dan teknik pernapasan Zilgrei, metode *Hypobirthing*, terapi akupuntur, metode alif atau dzikir, yoga dan peregangan, metode pernapasan, pemanasan (kompreshangat), metode persalinan aktif dan metode Reiki. Metode farmakologi yang dapat dilakukan dengan memberikan analgesik, suntikan epidural, spinal, *intra thecalla* boranalgesia (ILA), *paracervical block*, *block* syaraf perineal dan pudendal dan *Transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS) (Padila, 2014).

Dalam manajemen nyeri secara komplementer pada saat persalinan terdapat beberapa keuntungan antara lain: (Pratiwi et al., 2021)

1. Prosesnya tidak menghambat proses persalinan
2. Tidak ada efek samping negatif terhadap kesehatan ibu maupun janin
3. Mudah dilakukan oleh calon ibu
4. Mudah dan efektif
5. Lebih murah
6. Terapi pendukung

Berikut adalah beberapa jenis terapi asuhan komplementer dalam masa persalinan.

1. ***Counter Pressure***

Counter Pressure adalah salah satu teknik pengurangan rasa nyeri dengan memberikan tekanan dengan kepala selama 20 menit pada tulang sakrum tepatnya pada jaringan lunak, otot, tendon atau ligamentum, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi (Harini, 2018).

2. ***The Knee Press***

Metode *The Knee Press* adalah salah satu manajemen nyeri persalinan yang bekerja melalui mekanisme pengalihan nyeri dengan pemberian tekanan pada lutut. Metode *the knee press* dilakukan pada lutut ibu dengan posisi duduk saat berkontraksi. Pemberian tekanan pada lutut, menstimulasi rongga panggul antara kandung kemih dan rektum pada reseptor perifer, stimulan mencapai otak melalui sumsum tulang belakang, dengan demikian mengurangi persepsi nyeri pada ibu (Dubey and Lata, 2017).

3. ***Pelvic Rocking Exercise (PRE)***

PRE dapat dilakukan sendiri dengan memposisikan tangan ibu ekstensi penuh dan lurus. Lantai, tangan, kaki, punggung dan lengan ibu harus membentuk posisi segi empat. Punggung ibu lurus dengan *pelvic* didorong ke atas kemudian rilekskan pinggang dan biarkan *pelvic* ke depan.

Lakukan posisi seperti ini 25x sehari dan pertahankan beberapa detik (Suyani, Anwar, and Kurniawati 2018).

4. *Hypnobirthing*

Hypnobirthing adalah teknik relaksasi yang mempunyai beberapa kelebihan yang terdiri dari berbagai macam teknik relaksasi yang dapat digunakan saat ibu bersalin. Metode *hypnobirthing* dapat dilakukan mulai saat persalinan yang dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan. Teknik *hypnobirthing* ini dapat membantu merilekkan otot-otot sehingga ibu terhindar dari kecemasan dan dapat membantu ibu lebih tenang serta rileks dalam menghadapi persalinan (Yesie Aprilia 2014).

5. *Endorphin Massage*

Terapi *endorphin massage* merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa *endorphin* yang merupakan pereda rasa sakit dan dapat menciptakan perasaan nyaman (Putra 2016). *Endorphin massage* sangat berpengaruh terhadap skala intensitas nyeri kala I fase aktif persalinan (Handayani, Antik, and Lusiana 2017).

6. *Aromaterapi*

Aromaterapi adalah terapi komplementer dengan menggunakan minyak esensial yang diambil dari bau harum tumbuh-tumbuhan. Aromaterapi dapat diberikan dengan cara pengolesan kulit, pengompresan, penghirupan, dan perendaman. Pemberian aromaterapi lavender dapat dilakukan dengan cara di hirup (inhalasi) ataupun di pijat. Pijat menggunakan aromaterapi lavender dapat menurunkan nyeri yang dirasakan melalui mekanisme sistem penciuman (Karlina, Reksohusodo, and Widayati 2016). Pada ibu bersalin yang diberikan pijat aromaterapi lavender mengatakan bahwa merasa lebih tenang, nyaman dan tidak cemas. Kandungan dari minyak lavender sangat berguna untuk meredakan nyeri saat kontraksi persalinan (Kundarti, Titisari, and Windarti 2014).

7. Water Birth

Water birth merupakan metode persalinan pervaginam dimana ibu hamil cukup bulan (aterm) tanpa disertai penyulit dengan jalan merendam dalam air hangat. Metode persalinan ini terbagi menjadi 2, yaitu:

- a. *Water birth* murni, yaitu metode persalinan water birth dimana ibu masuk ke kolam tempat persalinan setelah mengalami pembukaan 6 sampai proses melahirkan terjadi.
- b. *2. Water birth* emulsion, yaitu metode persalinan water birth dimana ibu hanya berada di dalam kolam tempat persalinan hingga masa kontraksi (Kala I persalinan) berakhir. Proses melahirkan tetap dilakukan di tempat tidur.

Pada saat persalinan dengan teknik Water birth wanita akan merasakan pengurangan nyeri dikarenakan air hangat mengurangi pelepasan hormon stress, sehingga ibu mengeluarkan hormon endorfin yang berfungsi sebagai penghambat rasa sakit.

Menurut penelitian water birth dapat menurunkan penggunaan analgesic pada kala I persalinan (Silva, Oliveira, and Moacyr Roberto Cuce Nobre 2007).

8. Relaksasi (Deep Breathing Relax)

Relaksasi adalah metode pengendalian nyeri non farmakologis yang paling sering di gunakan di inggris, dalam studi yang dilaporkan oleh Steer pada tahun 1993 bahwa 34% wanita menggunakan teknik relaksasi (Mander 2012).

Berdasarkan hasil penelitian Rika Herawati (2016), Titi Astuti (2019) dan Lidia Fitri (2019) menyebutkan bahwa dari empat jenis teknik relaksasi pernapasan, motorik pikiran, visualisasi, teknik relaksasi paling efektif adalah relaksasi pernapasan dan penerapan teknik relaksasi napas dalam pada ibu bersalin mampu menurunkan intensitas nyeri dan mengurangi lama persalinan kala I.

9. TENS (*Transcutaneous Elektrical Nerve Stimulation*)

Pemberian TENS dapat menurunkan nyeri pasien *post operasi sectio caesarea* baik nyeri ringan, sedang dan berat karena stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) menghantarkan arus listrik yang menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. TENS telah digunakan untuk menghilangkan nyeri akut dan kronik. Selain itu TENS juga efektif menurunkan intensitas nyeri pada ibu bersalin kala I dan memberikan kepuasan serta pengalaman yang menyenangkan pada ibu bersalin dan memiliki pengaruh dalam menurunkan intensitas nyeri osteoarthritis.

12.3 Asuhan Komplementer Pasca Persalinan

Pada masa nifas, wanita menggunakan terapi komplementer untuk mengobati depresi pasca melahirkan dan perawatan pembengkakan pada payudara (Antonia Zapantis, Jennifer G Steinberg, 2012; Lindeka Mangesi, 2016). Saat ini, di seluruh dunia, sudah banyak bidan yang menggunakan terapi komplementer dalam profesi kebidanan dibandingkan praktisi medis lainnya. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang mengemukakan bahwa pelayanan komplementer dalam praktek kebidanan merupakan kombinasi yang sifatnya konvensional dan komplementer. Sehingga praktik komplementer ini merupakan bagian penting dalam praktek kebidanan saat ini (Gurjeet S Birdee, Kathi J Kemper, Russell Rothman, 2014). Bidan biasanya menggunakan satu atau lebih terapi komplementer seperti terapi pijat, obat-obat herbal, teknik relaksasi, suplemen nutrisi, aromaterapi, homeoterapi, dan akupunktur.

Selain terapi konvensional, terapi komplementer juga dapat dilakukan untuk menghilangkan keluhan ibu postpartum. Misalnya, menggunakan senyawa herbal untuk meningkatkan produksi ASI atau mengurangi rasa sakit yang terkait dengan luka perineum. (Widaryanti, 2020)

12.3.1 Pemijatan selama masa nifas

Pemijatan setelah melahirkan dapat memberikan beberapa manfaat dan efektif membantu pemulihan ibu dalam masa nifas. Beberapa manfaat tersebut antara lain meredakan beberapa titik kelelahan pada tubuh, melepaskan ketegangan otot, memperbaiki peredaran darah, dan meningkatkan pergerakan sendi serta peremajaan tubuh. Jika ibu menjalani operasi caesar, sebaiknya tunggu hingga luka bekas operasi sembuh. Pemijatan biasanya dilakukan dari telapak kaki, paha, bagian pantat, punggung, sampai panggul. Tujuannya untuk menghindari kelelahan fisik pada bagian-bagian tersebut baik karena melahirkan maupun menyusui. Tambahan minyak pijat dapat memberikan perasaan rileks.

12.3.2 Aromaterapi Selama Masa Nifas

Penggunaan aromaterapi selama masa nifas bertujuan untuk mengurangi kelelahan fisik dan juga depresi postpartum. Ibu dapat memilih salah satu jenis minyak aromaterapi yang disukai atau meminta saran bidan untuk memilihkan yang paling tepat bagi kebutuhannya. Untuk campuran minyak pijat dianjurkan memakai 2,5% campuran. Misalnya 25 tetes campuran minyak lavender dicampur dengan 50 ml minyak pembawa, seperti minyak almond. Minyak esensial dapat juga langsung dihirup dengan memercikkannya 1-3 tetes pada tisu atau sapu tangan lalu hirup dalam-dalam secara teratur.

12.3.3 Herbal Selama Masa Nifas

Berbagai herbal yang berasal dari ramuan rempah dan tanaman oat berkhasiat untuk kesehatan tubuh, termasuk untuk ibu selama masa nifas. Herbal yang umum direkomendasikan selama masa nifas antara lain 9 ramuan kunyit asam, beras kencur, jamu daun pepaya, juga ramuan jahe, dan kayu manis. Rasa dari herbal tidak akan mengganggu ASI, terutama apabila bahan-bahan pemuatnya segar dan pengolahannya baik.

1. Pemanfaatan herbal untuk Luka Perineum ((Kinarum, 2019)) Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan dan tak jarang juga pada persalinan berikutnya meskipun persalinan dan kelahiran merupakan kejadian

fisiologis. Penggunaan herbal dalam perawatan luka perineum dapat menjadi salah satu alternative yang dikembangkan di Indonesia.

a. Cara pemanfaatan Aloe vera pada luka perineum:

- 1) Cara pertama: cuci bersih daun Aloe vera, potong menjadi dua bagian atau iris menyimpang, kerok bagian dalam Aloe vera, ambil gelnya. Gel Aloe vera tersebut dibalurkan di daerah perineum yang mengalami perlukaan.
- 2) Cara kedua: cuci bersih daun Aloe vera, potong menjadi dua bagian. Masukkan Aloe vera yang sudah dipotong tadi ke dalam baskom berisi air bersih, rendam sekitar 30 menit. Air rendaman tersebut dapat digunakan saat cebok sekaligus membersihkan bagian perineum yang mengalami perlukaan.

b. Cara pemanfaatan kayu manis (*Cinnamomum burmanni* Nees ex Bl.)

Sejauh ini belum ada studi penelitian yang secara langsung membuat ramuan menggunakan kayu manis dan dioleskan ke bagian luka perineum. Hal tersebut berhubungan dengan 10 kekhawatiran terjadi infeksi perineum yang akan diperoleh ibu jika ada pemberian obat luar yang secara invasive diberikan. Oleh karena itu, pada sub pembahasan cara penyajian kayu manis hanya dianjurkan menggunakan salep berbahan dasar kayu manis yang telah diproduksi terstandar secara steril dan higienis.

2. Pemanfaatan herbal untuk meningkatkan produksi ASI
Laktasi adalah proses produksi, sekresi dan pengeluaran ASI. Laktasi menggambarkan sekresi ASI dari kelenjar susu dan merupakan periode waktu memberikan makanan bagi bayi. Proses ini terjadi pada semua wanita dalam masa postpartum.

a. Daun Kelor

Daun kelor dapat disajikan dalam berbagai macam cara antara lain sayur bening, ditumis, direbus, atau diurap.

- b. Daun Katuk (*Sauropus androgynus* (L.) Merr)
Cara Penyajian Daun Katuk Daun katuk dapat disajikan dengan berbagai macam cara yaitu dengan dibuat jus, lalapan, urap, sayur bening, direbus, ditumis.
- c. Biji kelabet
Di Eropa biji kelabet digunakan sebagai pelancar ASI, simplisia klabet mengandung minyak lemak 20-30%, lender, trigonelin sebagai kuaterner, nikotinamida, khloin dan saponin.
- d. Jantung Pisang Batu (*Musa balbisiana* Colla)
Penyajian Jantung Pisang Batu Pada dasarnya, semua jantung pisang dapat meningkatkan produksi ASI, tetapi jantung pisang batu memiliki rasa yang enak, tidak sepat seperti jantung pisang lainnya, dan empuk.
- e. Temulawak (*Curcumin xanthiorrhiza* Roxb.)
Cara Penyajian/ Konsumsi Temulawak Temulawak dapat dikonsumsi dengan berbagai macam bahan-bahan dapur lainnya. Biasanya tukang jamu sering mencampur temulawak dengan temu ireng, temu putih, daun katuk, dan empon-empon lainnya.
- f. Daun Kubis (*Brassica oleraceae* var. capitata L.)
Daun kubis dapat mengurangi pembengkakan payudara tanpa efek samping dan dapat meningkatkan durasi pemberian ASI.
- g. Temu Putih (*Curcuma zedoaria* [Berg.] Rosc.)
Bentuk-bentuk herbal selama masa nifas antara lain:
 - 1) Pil atau bubuk Pil biasanya berbentuk butiran kecil berwarna gelap. Manfaat dari ramuan herbal ini antara lain membersihkan pengeluaran darah setelah 16 melahirkan, mempercepat rahim kembali ke ukuran semula, serta mempercepat penyembuhan luka. Ibu dengan gangguan organ hati atau oiver, dan melahirkan secara caesar tidak disarankan meminum ramuan herbal karena dikhawatirkan terjadi komplikasi, seperti kontraksi pada perut dan metabolisme tubuh yang terganggu.

- 2) Pilis Teskturnya berupa bubuk padat, umumnya mengandung tanaman ganthi, kencur, kunyit, mint, dan kenanga. Pilis berfungsi melancarkan peredaran darah di kepala, mengurangi pusing, mencegah naiknya, darah ke kepala terlalu cepat, dan untuk meningkatkan kesehatan mata.
- 3) Tapel Tapel biasanya berupa bubuk padat kering dan terbuat ramuan tepung beras, kencur, adas, pulosari, bangle, dan klabet jahe, dan kayu manis. Fungsinya untuk mengecilkan, mengencangkan dan menghangatkan perut pasca melahirkan. Penggunaannya adalah dengan mencampur tapel dengan air kapur sirih dan perasan jeruk nipis, lalu dibalurkan di perut. Setelah itu perut ditutup dengan kain yang dibebat ketat (gurita, bengkung/stagen).
- 4) Parem Manfaat parem bagi bu nifas antara lain, peredaran darah jadi lebih lancar, menguatkan ginjal, melancarkan ASI, menghilangkan pegalpegal, dan membuat tubuh lebih fresh. Parem digunakan pada tangan, kaki, dan betis dengan cara dibalurkan. Setelah kering, lalu bersihkan dengan air hangat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams J, Lui CW, Sibbritt D, et al. 2009. Women's use of Complementary and Alternative Medicine During Pregnancy: A Critical Review of The Literature. *Birth Issues In Perinatal Care*. [https://doi.org/10.1111 / j.1523- 536X.2009.00328.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00328.x)
- Andriyani, A., Nurlaila, N., & Pranajaya, R. 2017. Pengaruh Senam Nifas terhadap Penurunan Tinggi Fundus Uteri Pada Ibu Post Partum. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 9(2), 180–185.
- Antonia Zapantis, Jennifer G Steinberg, L. S. 2012. Use of Herbals as Galactagogues. *Journal of Pharmacy Practice*, 25(2). <https://doi.org/10.1177/0897190011431636>
- Asih. 2016. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. CV. Trans Info Media.
- Ayuningtyas, F. 2019. Terapi Komplementer Dalam Kebidanan. PT Pustaka Baru: Yogyakarta
- Dubey, Sarita, and Suman Lata. 2017. "Self-Comforting Techniques and Non-Pharmacologic Methods to Relieve Pain During Labor." *International Journal of Science and Research (IJSR)*. https://www.ijsr.net/get_abstract.php?paper_id=ART20164262.
- Gurjeet S Birdee, Kathi J Kemper, Russell Rothman, P. G. 2014. Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and the postpartum period: an analysis of the National Health Interview Survey. *Journal Of Women's Health*, 23(10). <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4568>
- Handayani, Esti, Antik Antik, and Arum Lusiana. 2017. "Pengaruh Endorphine Massage Terhadap Skala Intensitas Nyeri Kala I Fase Aktif Persalinan." *Jurnal Kebidanan* 6(12): 1–6.
- Harding, Debbie & Foureur, M. 2009. New Zealand and Canadian Midwife Use Of Complementary And Alternative Therapy. *New Zealand Colleague Midwives Journal* 40 Ed.

- Harini, Ririn. 2018. "Counterpressure Dan Efek Terhadap Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Ibu Primigravida (Counterpressure and Its Effect towards Labor Pain during 1st Active Phase in Primigravida Mother)." *Jurnal Ners dan Kebidanan* 5(1): 29–33.
<http://jnk.phb.ac.id/index.php/jnk/article/view/261/pdf>.
- Karlina, Sisca Dewi, Subandi Reksohusodo, and Aris Widayati. 2016. "The Influence of Lavender Aromatherapy Inhalation to Relieve Physiological Labor Pain Intensity in Primipara Inpartu Active Phase in BPM 'Fetty Fathiyah' Mataram City.": 108–19.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. Kementerian Kesehatan RI. www.kemendes.go.id.
- Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. 2010. Pedoman Kriteria Penetapan Metode Pengobatan Komplementer dan Ternatif Yang Dapat Terintegrasi Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Kristina M. Deligiannidis, MD dan Marlene P. Freeman, M. 2013. Complementary and Alternative Medicine For Perinatal Depression. *Best Practice&Research Clinical Obstetrics&Gynecology*, 28(1), 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.007>
- Kundarti, Finta Isti, Ira Titisari, and Naning Tri Windarti. 2014. "Pengaruh Pijat Aromaterapi Lavender Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif." 3(1): 55–65.
- Kurniawati, Ade, Djaswadi Dasuki, and Farida Kartini. 2017. "Efektivitas Latihan Birth Ball Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif Pada Primigravida Effectiveness of Birth Ball Exercise to Decrease Labor Pain in The Active Phase of The First Stage of Labor on The Primigravida Women." *Jurnal Kebidanan* 5: 2–3.
- Mochtar R. Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi. Jakarta: EGC; 2012
- Nur Alfi Fauziah, Yetty Dwi Fara, R. H. 2020. Coklat Sebagai Penurun Nyeri Dismenore Primer pada Siswi SMK pada Siswi SMK Farmasi di Bandarlampung. *Wellness and Healthy Magazine*, 2(February), 187–192.

- Nurasih. Intensitas Nyeri Antara Pemberian Kompres Air Hangat dengan Masase Punggung Bagian Bawah Dalam Proses Persalinan Kalal Fase Aktif. *J Care*. 2016;4(3)
- Padila. Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Nuha Medika; 2014
- Potter, Perry. Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktek. Jakarta: EGC; 2012
- Purnomo, B. 2014. Dasar-dasar Gastroenterologi. Jakarta : Sagung Seto
- Pratiwi, D., Hadi, S. P. I., Sari, N., & Okinarum, G. Y. 2021. Asuhan Kebidanan Komplomenter Dalam Mengatasi Nyeri Persalinan (pp. 4–5).
- Prawirohardjo S. Ilmu Kandungan. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono; 2015.
- Rehatta NM, Hanindito E, Tantri AR. Anestesiologi Dan Terapi Intensif. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta; 2019
- Silva, Flora Maria Barbosa da, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, and Moacyr Roberto Cuce Nobre. 2007. "A Randomised Controlled Trial Evaluating the Effect of Immersion Bath on Labour Pain." <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17655985/>
- S. Ma et al. 2019. "Aromatherapy for pain relief during labor. Diakses Maret 2020 Prodi D3 Kebidanan, Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya
- Smeltzer, Bare. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta: EGC; 2013
- Solehati, T. 2018. Terapi Nonfarmakologi Nyeri Pada Persalinan: Systematic Review. Diakses 6 Mei 2020 dari Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta
- Suyani, Suyani, Mochammad Anwar, and Herlin Fitriana Kurniawati. 2018. "Pengaruh Massage Counterpressure Terhadap Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif." *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah* 12(1): 20–28
- Walyani. 2016. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Wiknjosastro. 2017. Ilmu Kebidanan. Edisi ke-4 Cetakan ke-2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

BAB 13

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Oleh Sri Ayu Nata

13.1 Pendahuluan

Pemerintah telah memberikan perhatian yang signifikan terhadap kesehatan reproduksi remaja sejak tahun 1996. Modernisasi, globalisasi, teknologi, dan informasi merupakan beberapa variabel yang mempengaruhi perilaku remaja dalam kesehariannya, yang pada akhirnya mempengaruhi perilaku kesehatan reproduksinya. Perubahan perilaku kesehatan reproduksi yang tidak dikelola dengan baik pada akhirnya akan berdampak pada rendahnya kualitas keluarga.

Seperlima populasi dunia terdiri dari remaja, menurut data demografi WHO (1995). Dengan jumlah penduduk hampir 900 juta, sebagian besar penduduknya tinggal di negara-negara berkembang. Menurut Badan Pusat Statistik (1999), terdapat sekitar 22% remaja di Indonesia, dengan rincian 50,9% laki-laki dan 49,1% perempuan (diambil dari Nancy P, 2002). Masa remaja yang dimulai saat kematangan seksual merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Remaja tidak termasuk dalam kelompok mana pun, mereka tidak dianggap dewasa atau muda (Noveri, 2018).

Remaja merupakan kelompok masyarakat yang memerlukan perhatian besar karena dianggap berisiko mengalami masalah kesehatan seksual dan reproduksi, dikarenakan memiliki rasa ingin tahu dan keinginan yang tinggi untuk mencoba hal-hal baru. Salah satu tahap perkembangan remaja meliputi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat pada hal fisik, psikologis, dan intelektual. Remaja memiliki rasa keingintahuan yang kuat, kecintaan terhadap tantangan dan petualangan, serta kecenderungan mengambil risiko tanpa memikirkan terlebih dahulu. Mereka akan terlibat dalam aktivitas berbahaya dan mungkin harus menghadapi dampak

jangka pendek dan jangka panjang berupa berbagai masalah kesehatan fisik dan psikologis jika keputusan yang diambil dalam penanganan konflik tidak tepat.

Remaja harus belajar beradaptasi dengan keadaan baru saat mendekati masa pubertas, yang dimulai dengan kematangan seksual. Kehidupan emosional remaja sangat dipengaruhi oleh perubahan tubuh dan perkembangan seksual mereka. Selain itu, keingintahuan remaja terhadap morfologi dan fisiologi tubuhnya merupakan hasil dari kematangan seksualnya. Dia tidak hanya menganggap dirinya menarik, tetapi dia juga mulai merasa tertarik pada teman-temannya yang sejenis kelamin lain.

Data tahun 2010 dari Bappenas, UNFPA, dan Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa 63 juta remaja di Indonesia berisiko melakukan perilaku berbahaya. Aborsi dan tingginya angka kehamilan tidak direncanakan (KTD) mempunyai kaitan erat. Diperkirakan 2,4 juta aborsi terjadi di Indonesia setiap tahunnya, dan sekitar 800.000 di antaranya terjadi di kalangan remaja. Alasan mengapa remaja menjadi hamil di luar nikah sangat beragam. Remaja seringkali memanfaatkan narkoba, permen yang membuat ketagihan, dan lem sebagai alat coba-coba untuk mendapatkan rangsangan tertentu guna menyalurkan hasrat biologisnya. Menurut data SKRRI tahun 2002–2003, 8% remaja laki-laki menggunakan narkoba, dan hampir 6 dari 10 remaja merokok setiap hari. Perilaku seksual dan kesehatan reproduksi remaja semakin terlihat akibat ancaman HIV dan AIDS. Diperkirakan 20 hingga 25% infeksi HIV di seluruh dunia terjadi di kalangan remaja. Frekuensi PMS tertinggi juga terjadi pada remaja, khususnya pada remaja perempuan (Ratu, 2018).

Pesatnya perkembangan digital Revolusi Industri 4.0 membawa dampak positif dan negatif, terutama dalam hal kemajuan teknologi informasi. Di era globalisasi dan aksesibilitas informasi saat ini, misalnya, internet memberikan kemudahan dalam menerima segala jenis informasi, bahkan di kota-kota kecil atau desa-desa terpencil. Menghentikan penyebaran informasi, seperti pornografi dan perilaku seksual

bebas, yang dapat merugikan kepribadian anak merupakan suatu tantangan yang sangat menantang. Selain itu, pesatnya kemajuan teknologi informasi nampaknya belum memberikan kesiapan bagi orang tua, lingkungan, dan lembaga pendidikan, khususnya pada pendidikan dasar dan menengah. Menurut SDKI tahun 1997, masih terdapat perempuan yang melahirkan anak pertamanya pada usia kurang dari 15 tahun, dan dampak globalisasi mendorong perilaku berisiko pada remaja. Faktor-faktor tersebut menjadikan kesehatan reproduksi remaja menjadi perhatian di era IR 4.0 saat ini (Yarza dkk, 2019).

Ketidakpastian dan misinformasi mengenai kesehatan reproduksi remaja menjadi akar penyebab terjadinya perilaku seksual menyimpang. Dalam rangka meningkatkan kesadaran dan sikap mengenai pembinaan moral remaja, pendidikan kesehatan reproduksi remaja merupakan senjata yang berguna untuk melakukan promosi dan pencegahan. Berdasarkan temuan penelitian di Margahayu, Bandung, terdapat hubungan antara pendidikan kesehatan reproduksi remaja dengan pengetahuan dan sikap siswa. Untuk meningkatkan implementasi pendidikan kesehatan reproduksi menjadi agenda bulanan yang konsisten dilaksanakan di sekolah, diharapkan dapat dilakukan oleh sekolah, puskesmas, dan lintas sektor terkait. Mengingat remaja merupakan kelompok masyarakat yang dinilai sangat rentan terhadap berbagai permasalahan terkait keterampilan hidup sehat, maka upaya-upaya untuk meningkatkan perilaku hidup sehat terus dilakukan. Upaya tersebut antara lain mengajarkan keterampilan hidup, menunda pernikahan dan kehamilan di usia remaja, mencegah HIV dan AIDS, serta memberikan informasi yang akurat.

13.2 Pengertian Remaja

Menurut WHO (Kementerian Kesehatan, 2012), remaja adalah mereka yang berusia antara 10 hingga 19 tahun; Demikian pula Peraturan Menteri Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 menyatakan bahwa orang yang berusia antara 10 dan 18 tahun dianggap remaja; dan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) menyatakan bahwa orang yang

berusia antara 10 hingga 24 tahun yang masih lajang dianggap sebagai remaja (Hapsari, 2019).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), remaja didefinisikan sebagai seseorang yang berusia antara 10 dan 19 tahun, sedangkan di Indonesia, remaja didefinisikan sebagai seseorang yang berusia antara 10 dan 18 tahun menurut Peraturan Nomor 25. Tahun 2014. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) mendefinisikan remaja sebagai individu dalam rentang usia 10-24 tahun yang belum melangsungkan perkawinan (Fatkhayah dkk, 2020).

Kata “remaja” mengacu pada transformasi masa remaja menjadi kedewasaan atau berkembang menjadi dewasa. Berasal dari kata latin “adolescere” (kata benda remaja = remaja) (Prapto, 2018). Gagasan inti tentang masa remaja yang merupakan tahap transisi dari masa bayi ke masa dewasa tetap konstan meskipun terdapat banyak sudut pandang mengenai subjek ini yang ditemukan dalam teks-teks psikologi. Keadaan dewasa yang didasarkan pada ciri-ciri dan manifestasi identitas laki-laki dan perempuan disebut sebagai pubertas (Inggris), puberteit (Belanda), atau pubertation (Latin) di berbagai negara. Kata Latin untuk pemuda, *adulescento*, juga disebutkan oleh beberapa orang. Pubishair, atau timbulnya tumbuhnya rambut di sekitar alat kelamin, merupakan asal muasal nama *pubercense*. Meskipun masa remaja didefinisikan secara berbeda di seluruh Indonesia karena beragamnya suku, adat istiadat, latar belakang sosial ekonomi, dan tingkat pendapatan, banyak ahli sepakat bahwa masa remaja didefinisikan sebagai rentang usia antara 11 dan 24 tahun, yang menandai peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa.

13.3 Karakteristik Remaja

WHO mendefinisikan kelompok usia remaja adalah kelompok usia antara 10 dan 19 tahun, namun PBB mendefinisikan remaja adalah kelompok usia antara 15 dan 24 tahun. Sementara itu, tiga tahap remaja yaitu remaja awal, yang berlangsung antara usia 11 hingga 14 tahun tua; masa remaja pertengahan, yang berlangsung antara usia 15 hingga 17 tahun;

dan masa remaja akhir, yang berlangsung antara usia 18 hingga 21 tahun ditentukan oleh Pedoman Administrasi Sumber Daya dan Layanan Kesehatan AS. Ungkapan “kaum muda” kemudian dikembangkan menggunakan makna ini, mencakup mereka yang berusia antara 10 dan 24 tahun (Sheila dkk, 2021).

Klasifikasi remaja biasanya didasarkan pada perubahan psikososial yang mereka alami. Remaja yang mengalami perubahan tubuh secara cepat dan terus menerus menjadi lebih sadar akan bentuk tubuhnya, peka terhadapnya, dan ingin membandingkannya dengan teman seumurannya. Pertumbuhan psikologis dan emosional seorang anak akan terpengaruh jika perubahan tidak terjadi dengan mudah. Jika anak muda tidak siap menghadapi perubahan tersebut, kecemasan mungkin akan muncul. Hal ini terutama berlaku untuk anak perempuan. Namun, jika transisi anak menuju masa dewasa tidak dipahami dengan baik oleh orang tua, keadaan ini dapat menimbulkan konflik. Ada tiga fase berbeda dalam perkembangan psikososial yang terjadi pada remaja: remaja awal, pertengahan, dan akhir. Tahap pertama, yang berlangsung dari usia 12 hingga 14 tahun, dikenal sebagai masa remaja awal. Anak-anak mengalami perubahan fisik yang cepat, pertumbuhan yang lebih cepat, dan perubahan komposisi tubuh pada tahap awal masa remaja, seiring dengan dimulainya perkembangan seksual (Hapsari, 2019).

Masa remaja secara umum dikategorikan menjadi tiga (tiga) kelompok dalam buku Fatkhiyah dkk tahun 2020, yaitu sebagai berikut:

1. Masa remaja awal (12-15 tahun)

Individu mulai mencoba keluar dari peran kekanak-kanakan mereka pada saat ini dan berusaha menjadi orang dewasa yang mandiri dan mandiri. Tahap ini ditandai dengan rasa konformitas teman sebaya yang kuat dan penerimaan terhadap bentuk dan kondisi fisik seseorang. Ada obsesi seksual yang lebih besar pada masa ini, yang seringkali melemahkan kemauan atau kreativitas seseorang. Perilaku yang tidak dapat dijelaskan, seperti perilaku abnormal, kriminalitas, episode manik atau depresi, dan

mulai menjauhkan diri dari orang tua dan mengembangkan kelompok persahabatan yang erat.

2. Masa remaja pertengahan (15-18 tahun)

Pada masa ini, kapasitas kognitif baru sedang berkembang. Meskipun sebagian besar masyarakat masih dibimbing oleh rekan-rekan mereka, mereka juga semakin mampu membimbing diri mereka sendiri. Pada masa inilah remaja mulai menjadi lebih dewasa dalam berperilaku dan mulai mengambil keputusan mengenai karir yang ingin ditekuninya. Selain itu, penting bagi individu untuk menerima penerimaan dari lawan jenisnya. Pentingnya hubungannya dengan teman-teman berjenis kelamin lain mulai meningkat; tujuannya sangat didominasi oleh fantasi dan fanatisme terhadap berbagai sekte seperti mistisisme, musik, dan lain-lain; dan politik serta budaya mulai menyita waktunya, menjadikan kritik menjadi kurang penting. Kurang seringnya dikomunikasikan kepada keluarga dan masyarakat, karena dianggap tidak pantas atau salah.

3. Masa Remaja Akhir (19-22 tahun)

Persiapan akhir untuk mengambil tanggung jawab sebagai orang dewasa adalah hal yang menentukan kali ini. Remaja berupaya membangun rasa jati diri dan menegaskan kembali aspirasi vokalnya selama ini. Tahap ini juga ditandai dengan keinginan yang kuat untuk tumbuh dan menyesuaikan diri dengan teman sebaya dan orang dewasa. Remaja mulai berkembang, tumbuh lebih stabil, dan berkembang dalam rentang yang dapat mereka hargai selama ini. Dia sekarang lebih memahami dan menerima; bahkan, dia mulai menghargai sudut pandang orang lain yang sebelumnya tidak dia setujui. memiliki tujuan dan pandangan pekerjaan tertentu yang lebih bersifat posisional, budaya, politik, dan etika dibandingkan orang tua mereka. Jika keadaan tidak mendukung, peniruan dan kebosanan juga akan memperpanjang durasi waktu.

13.4 Perkembangan Remaja

Ada beberapa cara untuk mengkategorikan tahapan perkembangan remaja. Berikut adalah contoh salah satu pembagian dari Stolz:

1. Fase Prapuber
Satu atau dua tahun sebelum mencapai pubertas sejati. Berat badan anak bertambah, dan pertumbuhan tinggi badannya terhambat untuk sementara.
2. Masa Remaja/Pubertas
Perubahan terjadi dengan cepat dan sangat nyata. Dibandingkan anak laki-laki, anak perempuan memasuki fase ini lebih awal. Rentang waktu ini antara 2,5 dan 3,5 tahun.
3. Masa Postpuber
Meski masa perubahan nyata pada berbagai bagian tubuh telah berakhir, namun fase pertumbuhan pesat belum berakhir.
4. Masa Akhir Puber
Berkembang lebih lanjut hingga kedewasaan terlihat jelas.

Beberapa perkembangan remaja ada, antara lain

1. Perkembangan fisik
Perkembangan organ reproduksi pada remaja yang telah mencapai usia dewasa merupakan perkembangan fisik yang dibahas dalam kesempatan ini. Di sini, perubahan hormonal terkait dengan organ seks dan diwujudkan sebagai perubahan seksual primer dan sekunder.
Indikator-indikator seks utama yang berhubungan dengan organ intim itu sendiri adalah sebagai berikut:
 - a. Menarche remaja perempuan, atau permulaan siklus menstruasinya,
 - b. Mimpi basah pada remaja laki-laki.Psikolog perkembangan Hurlock mengatakan bahwa pria dan wanita sama-sama memiliki sinyal seks sekunder yang signifikan.

- a. Laki-laki muda memiliki rambut wajah yang tumbuh, kulit kasar, otot lebih besar dan kuat, suara lebih dalam, dll.
- b. Pinggul membesar, payudara mulai membesar, tumbuh rambut kemaluan, mulai menstruasi dan lain sebagainya pada remaja putri.

Remaja mengalami transformasi fisik dan emosional yang mengarah pada perubahan perkembangan, seperti menjauh dari orang tua dan beralih ke teman sebaya. Selain itu, remaja yang sedang menjalani proses penentuan identitas dirinya pada masa remaja lebih rentan mengalami perilaku buruk karena kondisi tersebut. Mereka ingin mempelajari dan bahkan bereksperimen dengan perilaku berbahaya seperti penggunaan zat terlarang, merokok, minum alkohol, dan melakukan aktivitas seksual remaja.

2. Perkembangan Kognitif

Pada usia 11 atau 12 tahun, terjadi pergeseran kapasitas berpikir seseorang. Kemampuan untuk berpikir secara abstrak dan hipotetis dimungkinkan oleh perubahan perspektif ini, yang juga memberikan kesempatan kepada orang untuk mempertimbangkan skenario alternatif untuk segala hal. Remaja mampu mengenali keterbatasan dirinya dalam menghadapi kenyataan dan kemampuan berpikir ke depan selama ini. Metakognisi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan peningkatan frekuensi remaja mulai merefleksikan pemikiran mereka sendiri. Proses berpikirnya lebih beragam daripada sendirian; dia dapat melihat sesuatu dari berbagai sudut, lebih tanggap terhadap ironi, dan memahami konsep-konsep terkait. Remaja kini mempunyai kecenderungan berpikir abstrak, senang mengkritik orang lain, dan lebih ingin tahu terhadap hal-hal baru.

Piaget (Meitria SN, dkk., 2020) menyatakan bahwa remaja secara aktif membangun lingkungan kognitifnya, di mana pengetahuan yang dipelajari tidak serta merta diasimilasikan ke dalam skema kognitifnya. Remaja berada

dalam kapasitasnya untuk membedakan konsep-konsep atau benda-benda tersebut. Seorang remaja tidak hanya dapat menyusun apa yang dilihat dan dialaminya, tetapi mereka juga dapat menyaring pemikirannya untuk menghasilkan ide-ide orisinal.

3. Perubahan sosial dan emosional

Identitas remaja sebagai masa transisi dari anak-anak menuju dewasa dan pertumbuhan psikologisnya berkaitan dengan perkembangan sosial-psikologisnya. Perkembangan sosial terjadi pada remaja ketika mereka mulai lebih memikirkan orang lain dan merangkul serta menyesuaikan diri dengan mereka, terutama teman sebayanya. Mereka juga mulai menyukai berada dalam kelompok.

Remaja biasanya lebih peka terhadap lingkungannya. Emosi remaja dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, termasuk lingkungan sekitar dan keluarga. Sikap dan perilaku remaja terhadap peristiwa atau benda yang ada di lingkungannya akan dipengaruhi oleh hal tersebut. Ambang batas antara masa kanak-kanak dan masa dewasa merupakan tempat tinggal seorang remaja. Meskipun ia tampak "dewasa" secara fisik, ia tidak akan bertindak seperti orang dewasa jika ia tidak diperlakukan sebagai orang dewasa.

Pola emosi remaja identik dengan pola emosi anak-anak. Berikut ini adalah contoh pola emosi tersebut: kemarahan, ketakutan, rasa ingin tahu, iri hati, kegembiraan, melankolis, dan kasih sayang. Kontrol atas ekspresi emosi dan faktor-faktor yang memunculkannya adalah letak perbedaannya. Remaja sering kali memiliki keadaan emosi yang tidak terduga, mengalami emosi yang intens, dan terus-menerus merasa tertekan. Remaja yang mencapai kematangan emosi akan menunjukkan reaksi emosi yang stabil jika, pada akhir masa remaja, mereka dapat mengendalikan kebutuhan untuk mengekspresikan emosi yang ekstrim dan sebaliknya dapat

mengekspresikannya dengan cara yang dapat diterima secara sosial, situasional, dan lingkungan.

Meski orang dewasa kerap menyaksikan berbagai hal, seperti yang disebutkan Meitria SN dkk,2020, namun masih kurangnya pemahaman terhadap karakter orang dewasa.

- a. Kegelisahan, remaja pada umumnya berada dalam keadaan gelisah; mereka mempunyai berbagai macam aspirasi yang tidak selalu terpenuhi. Di satu sisi, mereka ingin mendapatkan pengalaman karena perlu untuk memperluas pengetahuan mereka dan mengembangkan lebih banyak fleksibilitas perilaku. Pada akhirnya, keinginan mereka tetap tidak terpenuhi, dan satu-satunya hal yang mengendalikan mereka adalah perasaan cemas.
- b. Perselisihan, mereka membingungkan orang lain dan diri mereka sendiri dengan ketegangan internal yang mereka alami. Remaja dan orang tuanya biasanya bertengkar dan berkonflik. Ketegangan ini membuat sangat ingin lari dari orang tua.
- c. Bersedia melakukan segala sesuatu yang belum pernah ia coba sebelumnya. Melalui investigasi yang dilakukan di berbagai sektor, mereka berupaya mempelajari berbagai hal.
- d. Sumber keinginan yang umum adalah diri sendiri atau orang lain. Kesiediaan untuk mencoba mencakup banyak bidang, tidak hanya penggunaan narkoba. Terakhir, eksperimen terhadap tubuh dapat menghasilkan pengalaman yang berdampak buruk, termasuk kehamilan yang mengganggu studi, profesi, dan prestasi.
- e. Distribusi yang bermanfaat dapat mengarah pada pengembangan instrumen atau adaptasi baru
- f. Jenjang karier dan prestasi adalah tema umum dalam fantasi banyak remaja putra. Namun fantasi dan imajinasi juga merupakan alat yang berguna untuk melarikan diri dari lingkungan dan keadaan yang tidak nyaman, sehingga tidak selalu buruk.

13.5 Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi mencakup lebih dari sekedar bebas dari penyakit atau kecacatan; hal ini juga mengacu pada kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi. Setiap orang harus dapat mengekspresikan dan memenuhi kebutuhan seksualnya tanpa hambatan, memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman, serta memilih kapan dan seberapa sering memiliki anak. Setiap individu mempunyai hak untuk mengontrol jumlah anak yang dimilikinya, termasuk hak atas penjelasan lengkap mengenai bentuk-bentuk kontrasepsi yang tersedia sehingga mereka dapat memilih yang paling sesuai dengan kebutuhannya. Selain itu, hak untuk memperoleh berbagai layanan kesehatan reproduksi, termasuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, masa nifas, serta kesehatan anak dan remaja, harus dilindungi.

Atikah (2017) menguraikan sejauh mana kesehatan reproduksi dalam konteks kehidupan adalah sebagai berikut:

1. Kesehatan ibu dan bayi;
2. Pencegahan dan pengendalian PMS dan HIV/AIDS;
3. Pencegahan dan penanganan komplikasi akibat aborsi;
4. Kesehatan reproduksi pada remaja;
5. Pencegahan dan pengobatan infertilitas;
6. Kanker di usia tua;
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya, seperti mutilasi alat kelamin, fistula, dan kanker serviks.

Hak atas Reproduksi Menurut temuan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, permasalahan reproduksi yang bertujuan untuk mencapai kesehatan individu secara utuh—baik jasmani maupun rohani—antara lain adalah sebagai berikut (Atikah, 2017):

1. Hak atas informasi dan pendidikan mengenai kesehatan reproduksi
2. Perlindungan dan pelayanan terkait kesehatan reproduksi

3. Kebebasan berpikir mengenai pelayanan kesehatan reproduksi
4. Kematian terkait kehamilan dan hak-hak yang dilindungi
5. Kebebasan untuk memilih berapa banyak kehamilan dan seberapa jauh jarak kehamilannya
6. Hak atas kemandirian dan keamanan reproduksi
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan pelecehan, termasuk perlindungan dari kekerasan seksual, pemerkosaan, kekerasan, dan penyiksaan
8. Hak untuk memperoleh manfaat dari peningkatan pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi
9. Hak atas pelayanan dan pelayanan kesehatan reproduksi
10. Hak untuk membentuk dan mengurus keluarga
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan terlibat dalam politik mengenai kesehatan reproduksi
12. Hak untuk dibebaskan dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan keluarga dan kesehatan reproduksi.

13.6 Hak-hak Remaja Terkait Kesehatan Reproduksi

Di Indonesia, program keluarga berencana dan kesehatan tidak lengkap tanpa mempertimbangkan kesehatan reproduksi remaja (KRR). Kementerian Kesehatan (2015) menyatakan bahwa tujuan khusus dari program terpadu ini adalah untuk mengatasi permasalahan terkait pernikahan dini, kelahiran tidak diinginkan, penggunaan alkohol dan tembakau, serta HIV/AIDS. Remaja yang memiliki kesehatan reproduksi yang baik adalah dalam keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, bebas dari penyakit atau kondisi yang berkaitan dengan sistem reproduksi, komponen-komponennya, atau proses reproduksi itu sendiri (Meitria SN dkk, 2020).

Kesehatan reproduksi remaja didefinisikan sebagai suatu kondisi kesejahteraan seksual dan mencakup kebebasan dari kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual (PMS) lainnya, serta pemaksaan dan bentuk pelecehan seksual lainnya. Kesehatan reproduksi remaja diartikan sebagai keadaan yang berkaitan

dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi remaja berdasarkan definisi yang diberikan di atas. Definisi kesehatan ini mencakup sehat secara intelektual dan sosiokultural serta bebas dari penyakit atau kecacatan. Remaja harus mendapat informasi tentang kesehatan reproduksi agar dapat membuat keputusan yang akurat mengenai proses reproduksi mereka dan berbagai hal yang memengaruhinya. Remaja diharapkan berperilaku bertanggung jawab dalam bidang reproduksi jika dibekali dengan pengetahuan yang akurat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003).

Hak-hak reproduksi diuraikan dalam 12 poin pada Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994 di Kairo. Meskipun demikian, di Indonesia, 11 hak yang tercantum di bawah ini merupakan hak reproduksi remaja yang paling umum dan dapat diterima secara sosial dan budaya:

1. Hak atas pendidikan dan informasi tentang kesehatan reproduksi. Setiap remaja mempunyai hak atas informasi dan instruksi yang akurat dan jelas mengenai berbagai topik yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi. Misalnya, seorang remaja harus diberi informasi dan pendidikan tentang kesehatan reproduksi.
2. Hak atas perlindungan dan pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Setiap remaja berhak atas layanan dan perlindungan kesehatan reproduksi, termasuk terlindung dari kemungkinan kematian selama prosedur. Misalnya saja, remaja pengidap HIV mempunyai hak atas pengobatan dan layanan ARV (anti-retroviral) untuk mengurangi kemungkinan tertular infeksi.
3. Kebebasan berpendapat mengenai kesehatan reproduksi. Setiap remaja mempunyai kebebasan untuk berkata atau berpikir apa saja yang diinginkannya mengenai kehidupan. Perbedaan pendapat harus dihormati dan tidak boleh merugikan individu yang bersangkutan. Melalui upaya advokasi atau penggunaan komunikasi, informasi, dan pendidikan (KIE), individu lain mungkin berupaya memengaruhi gagasan atau keyakinan tersebut—tetapi

tidak dengan paksaan. Misalnya, seseorang mungkin percaya bahwa membesarkan keluarga yang lebih besar akan menguntungkan dirinya dan pasangannya. Jika hal ini terjadi, individu tersebut tidak boleh langsung ditolak atau dikucilkan secara sosial. Perubahan gagasan atau pendapat dapat dilakukan asalkan dilakukan secara mandiri oleh individu yang bersangkutan dengan mempertimbangkan beberapa faktor sebagai konsekuensi dari advokasi KIE dan pejabat.

4. Perlindungan terhadap pelecehan seksual, penyerangan, penyiksaan, dan pemerkosaan adalah bagian dari hak untuk bebas dari pelecehan dan penganiayaan. Karena bentuk-bentuk penganiayaan di atas mempunyai dampak yang signifikan terhadap kehidupan reproduksi, maka remaja, baik laki-laki maupun perempuan, mempunyai hak untuk dilindungi dari penganiayaan tersebut. Contoh: Ketika seorang gadis remaja diperkosa, hal ini tidak hanya berdampak pada korbannya namun juga keluarga dan lingkungan sekitarnya, sehingga berpotensi menyebabkan kelahiran yang tidak diinginkan. Trauma fisik dan psikologis yang disebabkan oleh pelecehan atau tindakan kekerasan lainnya mungkin berdampak pada kemampuan seseorang untuk hamil.
5. Hak untuk memperoleh manfaat atas kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi; Semua remaja berhak memperoleh manfaat kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi, serta memperoleh informasi yang jujur dan akurat serta kemudahan akses terhadap sumber daya mengenai Kesehatan Reproduksi Remaja. Misalnya, jika polisi mengetahui permasalahan seputar kesehatan reproduksi remaja, mereka mempunyai kewajiban untuk memberitahu remaja tersebut, karena informasi ini mungkin baru bagi mereka.
6. Kebebasan untuk memilih berapa banyak anak dan seberapa jauh jarak untuk melahirkan. Setiap individu mempunyai hak untuk memilih jarak kelahiran yang

- diinginkan dan jumlah anak yang akan dimilikinya. Misalnya, dalam rangka program keluarga berencana, negara, masyarakat, dan lingkungan hidup tidak boleh menyampaikan pengetahuan yang akurat dan komprehensif mengenai kerugian memiliki keluarga besar dan keuntungan memiliki keluarga kecil. Bahkan jika klien memilih untuk memiliki lebih sedikit anak, itu harus menjadi pilihan masing-masing.
7. Hak atas hidup, yang mencakup perlindungan terhadap kematian ibu dan perinatal. Setiap perempuan berhak untuk dilindungi selama kehamilan dan persalinannya, yang berarti bahwa ia harus memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas untuk mengurangi risiko meninggal dunia. Contoh: Jika melahirkan mengandung bahaya kesulitan atau mungkin kematian, seorang perempuan berhak mengambil keputusan sendiri dengan segera. Untuk sejumlah alasan, keluarga tidak boleh menghalangi.
 8. Kehidupan reproduksi terkait dengan hak atas kebebasan dan keamanan. Hak ini dikaitkan dengan kebebasan untuk memilih jalan hidup sendiri dan berpikir sendiri. Contoh: Dalam rangka keberadaan hak ini, perlu terjaminnya keamanan seseorang agar tidak terjadi “pemaksaan”, “pengucilan”, atau timbulnya rasa takut dalam diri orang tersebut sebagai akibat dari kebebasannya.
 9. Hak atas informasi pribadi tentang riwayat reproduksi mereka. Setiap orang berhak atas privasi informasi kesehatan reproduksinya, termasuk rincian siklus menstruasi, aktivitas seksual, dan rincian lainnya. Contoh: Petugas atau orang lain yang mengetahui kehidupan reproduksi seseorang dilarang “membocorkan” atau dengan sengaja membocorkan pengetahuan tersebut kepada pihak ketiga. Meskipun demikian, informasi diperbolehkan untuk dikeluarkan jika diperlukan untuk mengumpulkan dana untuk pelaksanaan program, seperti data persentase penduduk yang menggunakan alat kontrasepsi, selama identitas orang tersebut dirahasiakan.

10. Kebebasan dalam merencanakan dan membangun sebuah keluarga. Hak untuk memilih kapan, di mana, dengan siapa, dan bagaimana membina keluarga dijamin bagi setiap individu. Ingat kembali tanggung jawab yang menyertai hak-hak reproduksi. Tentu saja, semua hal ini tidak mungkin terjadi tanpa mempertimbangkan standar agama, masyarakat, dan budaya yang relevan. Misalnya: Karena seseorang akan menikah muda, pihak berwenang tidak diperbolehkan memaksa mereka untuk membubarkan perkawinannya. Memberi tahu mereka tentang undang-undang Indonesia yang mengatur usia minimum untuk menikah adalah salah satu hal yang dapat Anda lakukan. Selain itu, penting untuk mendiskusikan kerugian dari pernikahan muda dan kehamilan.
11. Kebebasan untuk berkumpul dan mengambil bagian dalam proses politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Setiap orang mempunyai kebebasan untuk menyuarakan pemikiran dan tujuannya mengenai kehidupan reproduksi, baik secara pribadi maupun melalui pernyataan yang mengatasnamakan suatu kelompok atau partai politik. Misalnya, setiap orang mempunyai kebebasan untuk secara terbuka menentang atau mendukung aborsi, baik secara sendiri-sendiri atau bersama-sama dengan orang lain. Penting untuk diingat bahwa ketika menyuarakan keyakinan atau tujuan, seseorang harus berpegang pada cita-cita demokrasi, yang mencakup menghormati gagasan orang lain, tidak memaksakan kehendak sendiri, dan mematuhi semua hukum dan aturan yang berlaku.
12. Kebebasan untuk menjalani kehidupan berkeluarga dan bereproduksi tanpa didiskriminasi. Etnis, gender, status sosial ekonomi, kebangsaan, pandangan atau agama seseorang, atau faktor lainnya tidak boleh menjadi dasar diskriminasi dalam hal layanan kesehatan reproduksi. Misalnya: Mereka yang tidak mampu membayar layanan kesehatan reproduksi harus diberikan layanan kesehatan reproduksi berkualitas tinggi (bukan layanan lama, namun layanan yang sesuai dengan kondisi mereka). Demikian pula

keyakinan seseorang terhadap kehidupan reproduksi tidak boleh dijadikan alasan untuk mendapatkan perlakuan berbeda dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi. Misalnya, ketika seseorang mengungkapkan tujuan yang berbeda dari masyarakat setempat atau tidak menggunakan program keluarga berencana, maka mereka mungkin tidak memiliki akses luas terhadap layanan pemeriksaan kehamilan. Selain itu, layanan tidak dapat membedakan antara laki-laki dan perempuan. Diskriminasi gender itulah yang kami sebut sebagai hal ini.

13.7 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Remaja umumnya mulai melakukan hubungan seksual pada masa remajanya. Tindakan apa pun yang dimotivasi oleh hasrat seksual, baik dengan sesama jenis atau lawan jenis, dianggap sebagai perilaku seksual, menurut Simkin. Rentang perilaku ini mencakup berkencan, bermesraan, dan berhubungan seks serta perilaku yang berhubungan dengan ketertarikan (Meitria SN dkk, 2020).

Perilaku seksual yang dilakukan oleh sebagian anak muda menimbulkan banyak masalah. Masalah-masalah ini biasanya berasal dari perilaku seksual yang terjadi sebelum menikah dan mengakibatkan kehamilan dan aborsi. Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang lebih mendalam mengenai permasalahan remaja. Di antara permasalahan yang dihadapi remaja yang memerlukan perhatian adalah:

1. Seks Pra Nikah

Menurut Rahyani (2012), pendapat mengenai moral, psikologis, dan fisik seputar perilaku seksual remaja khususnya perilaku seksual pranikah terus menjadi inti diskusi. Menurut Rahardjo dkk (2017), perilaku seksual pranikah merupakan fenomena sosial sekaligus isu yang semakin marak di masyarakat. Seseorang yang melakukan hubungan seks dengan orang lain sebelum menikah pada dasarnya melakukan hubungan seks pranikah. Dengan berganti-ganti pasangan atau pacar, dilakukan seks bebas. Aktivitas seksual remaja yang tidak dibatasi secara medis

tidak hanya meningkatkan risiko infeksi HIV dan penyakit menular seksual lainnya, namun juga dapat mempercepat perkembangan sel kanker di rahim remaja putri. Karena sel-sel di leher rahim gadis remaja mengalami perubahan aktif antara usia 12 dan 17 tahun (Aisyaroh, 2014).

Sebagaimana dikemukakan oleh Desmita (2005) dalam (Aisyaroh, 2014), “seks bebas” mengacu pada segala jenis ekspresi dan pelepasan seksual yang berasal dari perkembangan organ seksual yang matang. Ini termasuk berkenaan secara intim, bermesraan, bahkan berhubungan seks, namun karena remaja belum pernah berhubungan seks, perilaku tersebut dianggap tidak normal. Perilaku seksual bebas dapat terjadi sebelum atau sesudah menikah. Bisa berupa *swinging* yaitu menjalin hubungan dengan orang lain, atau nikah terbuka yaitu suami istri memutuskan untuk bebas berhubungan badan dengan siapa saja. Hal ini juga dapat terjadi dalam kelompok, ketika orang-orang saling bertukar pikiran. Dapat disimpulkan bahwa segala aktivitas yang dimotivasi oleh hasrat seksual baik terhadap sesama jenis maupun lawan jenis adalah seks bebas berdasarkan definisi istilah yang diberikan pada paragraf sebelumnya. Seks bebas yang terjadi di luar pernikahan, hal tersebut melanggar konvensi sosial dan biasanya tidak disukai. Reiss dianggap sebagai salah satu pionir dalam pembahasan perilaku seksual pranikah, sejak tahun 1964.

Menurut Reiss (1964), sikap seseorang terhadap perilaku seksual pranikah sendiri menentukan seberapa permisifnya seseorang terhadapnya. Salah satu teorinya yang menarik tentang sikap terhadap perilaku seksual pranikah menyatakan bahwa orang-orang yang terlibat di dalamnya secara garis besar dapat dibagi menjadi dua kelompok:

- a. Mereka yang permisif dengan kasih sayang, yang membenarkan perilaku pranikah berdasarkan cinta
- b. Mereka yang bersifat permisif tanpa kasih sayang, yang memungkinkan terjadinya perilaku pranikah meskipun tanpa adanya cinta. Remaja melakukan segala bentuk

aktivitas seksual yang dilatarbelakangi oleh keinginan untuk berhubungan seks dengan lawan jenis sebelum menikah, yang dikenal dengan perilaku seksual pranikah (Hapsari, 2019).

Soetjningsih (2008) menegaskan bahwa perilaku seksual seringkali bersifat progresif, mulai dari tingkat kurang intim hingga hubungan seksual. Aktivitas seksual pranikah menurut Simanjuntak (dalam Hapsari, 2019) adalah segala perilaku yang memuaskan hasrat seksual sebelum terjalinnya ikatan perkawinan yang diakui secara sah, termasuk berpegangan tangan, berciuman, bahkan berhubungan seks. Kesimpulannya perilaku seksual pranikah diartikan sebagai perbuatan yang menghasilkan keintiman antara lawan jenis atau sesama jenis, yaitu wujud dorongan seksual yang dapat diamati secara langsung melalui tindakan yang tercermin dalam tahapan-tahapan perilaku seksual. Tahapan tersebut mencakup segala jenis tindakan seksual, baik berpacaran, berpegangan tangan, berciuman, hingga berhubungan seks dengan orang yang berbeda jenis kelamin tanpa harus melalui proses pernikahan resmi, sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing orang. Remaja yang melakukan hubungan seks pranikah secara aktif berisiko hamil saat remaja dan menyebarkan penyakit menular seksual.

Remaja perempuan yang hamil secara tidak sengaja mungkin memilih untuk melakukan aborsi atau menikah muda. Masa depan remaja, janin yang dikandungnya, dan keluarganya akan terkena dampaknya. Secara umum, lebih banyak remaja laki-laki dibandingkan remaja perempuan yang mengaku pernah melakukan hubungan seksual pranikah. Kecuali perempuan berusia antara 15 dan 19 tahun, persentasenya pada tahun 2012 cenderung lebih tinggi dibandingkan tahun 2007. Hal ini mencerminkan ketidaktahuan generasi muda mengenai bahaya seksual, praktik hidup sehat, dan kemampuan untuk meninggalkan hubungan yang mereka cintai. Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, khususnya pengenalan alat kontrasepsi,

berdampak pada kebebasan melakukan seksual. Selain menurunnya arti penting agama, terdapat juga dampak dari informasi global (Yarza dkk, 2019).

Menurut Aryani (2010) dalam (Djama dkk, 2022), Faktor-faktor berikut dapat mendorong remaja untuk melakukan seks pranikah:

- a. Keinginan biologis;
- b. Penyediaan sumber daya, khususnya sumber daya keuangan;
- c. Perubahan prinsip moral dan etika;
- d. Kemiskinan
- e. Hubungan buruk antara orang tua dan remaja;
- f. Tekanan teman sebaya yang merugikan;
- g. Pengetahuan tentang keyakinan agama; dan
- h. Paparan media pornografi.

2. Pernikahan Usia Muda

Departemen Urusan Ekonomi dan Sosial Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNDESA, 2010) mencantumkan Indonesia sebagai negara ke-37 di ASEAN dengan tingkat pernikahan muda tertinggi kedua, setelah Kamboja. Meskipun Indonesia memiliki usia minimum 16 tahun bagi perempuan, terdapat 158 negara lain yang mewajibkan perempuan berusia minimal 18 tahun pada tahun 2010. Karena kurangnya persiapan dalam hal kesehatan mental, emosional, dan fisik serta sosial ekonomi. dan pendidikan reproduksi, pernikahan muda penuh dengan bahaya. Karena adanya korelasi antara jumlah anak yang dilahirkan dengan lamanya masa reproduksi seorang wanita, maka pematangan usia perkawinan dan pengendalian kelahiran mempunyai keterkaitan. Mayoritas laki-laki muda (33%) berpendapat bahwa usia 20–21 tahun adalah usia optimal untuk menikah pertama kali, sedangkan mayoritas remaja putri (37%) berpendapat bahwa usia 24–25 tahun adalah usia ideal. Mayoritas laki-laki dan perempuan muda (49%) berpendapat bahwa pernikahan pertama harus dilakukan

paling lambat pada usia 20 tahun, terutama bagi perempuan.

3. Kehamilan Tidak Diinginkan dan Aborsi pada Remaja

Menurut BKKBN (2009), kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami seorang wanita meskipun sebenarnya dia tidak benar-benar ingin hamil. Sedangkan kehamilan yang tidak diinginkan menurut PKBI adalah keadaan dimana pasangan tidak menginginkan kehamilannya berakhir dengan melahirkan. Perilaku seksual yang tidak disengaja atau tidak dapat dicegah berpotensi menyebabkan kehamilan. Banyak contoh yang menunjukkan bahwa banyak orang yang tidak bisa disalahkan atas penyakit ini. Kehamilan yang tidak diinginkan dapat terjadi baik pada pasangan yang menikah maupun yang belum menikah (PKBI, 1998). Kehamilan yang tidak diinginkan termasuk kehamilan yang mengakibatkan aborsi. Kehamilan yang tidak diinginkan adalah kehamilan yang terjadi ketika Anda belum siap untuk memiliki anak (mistimed pregnancies) dan kehamilan yang benar-benar tidak terduga (unwasted pregnancies) (Djama dkk, 2022)

Kehamilan yang tidak diinginkan berkaitan dengan tingginya angka kesakitan di kalangan perempuan serta perilaku terkait kesehatan yang dapat berdampak negatif pada janin. Misalnya, perempuan yang hamil di luar kemauannya sering kali menunda kunjungan ke fasilitas kehamilan untuk memeriksakan janinnya, yang pada akhirnya berdampak pada kesehatan anak tersebut. Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan masalah serius yang memerlukan perhatian, khususnya di negara-negara miskin. Ini mencakup kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan yang tidak tepat waktu. Keguguran, berat badan lahir rendah, dan kelahiran dini merupakan akibat dari kelahiran yang tidak diinginkan. Tentu saja hal ini juga berdampak pada peningkatan peluang kematian ibu dan bayi. Kehamilan yang tidak diinginkan mempunyai dampak negatif terhadap unsur

sosial, ekonomi, dan kesehatan yang parah dan merugikan (Sukmawati I dkk, 2021).

Kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja (KTD) mempunyai dampak buruk terhadap tubuh, pikiran, kehidupan sosial, dan spiritualitas. Wanita tersebut akan menderita luka fisik bersama dengan janin yang dikandungnya, atau dia mungkin mencoba melakukan aborsi yang mungkin berakibat fatal. Secara psikologis, ibu akan berusaha lari dari tanggung jawabnya atau sengaja melanjutkan kehamilannya. Sedangkan dampak sosialnya, masyarakat akan diejek dan dijauhi (Isni, 2020). Kelahiran dini, bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), dan perdarahan persalinan merupakan beberapa risiko yang terkait dengan kehamilan remaja atau muda, yang semuanya dapat meningkatkan kemungkinan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi berisiko juga dikaitkan dengan kehamilan remaja. Ibu yang berusia di bawah 20 tahun memiliki angka kematian neonatal, pascaneonatal, bayi, dan balita yang lebih tinggi dibandingkan ibu yang berusia antara 20 dan 39 tahun. Angka Fertilitas Spesifik Usia (ASFR) menunjukkan bahwa remaja memiliki kemungkinan hamil yang tidak proporsional. Dalam lima tahun terakhir, terjadi sedikit penurunan angka kesuburan kelompok usia 15–19 tahun (ASFR 15–19), meskipun masih jauh di bawah target RPJMN tahun 2014 yaitu 30 kelahiran per 1000 perempuan. Kehamilan pada usia yang relatif muda (<15 tahun) masih ditemukan meskipun dalam proporsi yang sangat kecil (0,02%), terutama di daerah pedesaan, menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 yang mengumpulkan data ibu hamil usia 10 tahun. - 54. Pada 0,03%. Sementara itu, persentase kehamilan antara usia 15 dan 19 tahun adalah 1,97%; persentase ini lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Banyak faktor yang mempengaruhi kejadian kehamilan tidak diinginkan, menurut penelitian Isni (2020). Faktor-faktor ini meliputi:

1. Rendahnya pengetahuan kesehatan reproduksi remaja

Minimnya informasi remaja mengenai kesehatan reproduksi menjadi salah satu penyebab tingginya angka

kehamilan pranikah. Menurut data survei terhadap remaja laki-laki dan perempuan berusia 15 hingga 24 tahun di empat provinsi (Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Lampung) yang dilakukan oleh Kusmiran (dalam Ismawarti dan Istri, 2017), 46,24% remaja masih percaya bahwa berhubungan seks sekali tidak akan membuat seorang wanita hamil. Mereka yang berpengetahuan lebih sadar dalam bertindak berdasarkan keyakinannya dibandingkan mereka yang tidak memiliki informasi, yang hanya meniru perilaku orang lain. Dengan demikian, salah satu hal yang turut berkontribusi terhadap kejadian kelahiran tidak diinginkan di kalangan remaja adalah rendahnya kesadaran mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi. Pengetahuan seksual yang tidak akurat dapat menimbulkan pandangan yang tidak akurat tentang seksualitas dan akan mendorong perilaku seksual yang tidak pantas dengan segala dampaknya (Isni, 2020).

2. Sikap permisif remaja sehingga mudah terpengaruh pergaulan bebas

Remaja yang hamil di luar nikah seringkali memiliki sikap terhadap seks pranikah yang tidak sesuai dengan kesadarannya terhadap situasi tersebut. Mereka menjawab bahwa melakukan hubungan seks sebelum menikah bukanlah ide yang baik karena dapat menimbulkan perasaan menyesal, bersalah, dan kehilangan kesempatan. Namun karena berbagai alasan, antara lain karena terpesona oleh pesona pacarnya, karena ketertarikan yang sama, atau bahkan karena cinta (Isni, 2020), mereka terus melakukannya.

3. Mudahnya akses pornografi dari media massa

Dengan kemajuan teknologi yang begitu pesat akhir-akhir ini, besar kemungkinannya bahwa anak-anak akan memiliki akses terhadap beragam informasi—dari positif hingga negatif, dari yang bernilai ilmiah hingga yang menghibur, termasuk materi pornografi. Menurut Nugraha (2010), menonton tayangan pornografi dapat mendorong masyarakat menjadi terbiasa dengan apa yang dilihat, ditiru,

atau diamalkan (Senja dkk,2020). Keingintahuan remaja terhadap seksualitas manusia mulai tumbuh. Itu sebabnya orang diam-diam mencari materi tentang seks di buku, film, atau visual lainnya. Hal ini dilakukan remaja karena membicarakan masalah seksual dalam kehidupan sehari-hari masih dianggap tidak pantas di masyarakat.

4. Pengaruh teman dekat dalam pergaulan yang mendorong pada perilaku seks bebas

Remaja yang dipengaruhi oleh teman sebayanya mempunyai kemungkinan 19,727 kali lebih besar untuk melakukan perilaku seksual pranikah dibandingkan remaja yang tidak. Pengaruh kelompok dapat menjadi pendorong perilaku seksual pranikah remaja, karena mereka ingin menyesuaikan diri dengan standar kelompoknya agar dapat menyesuaikan diri (dengan melakukan perilaku seksual pranikah). Selain itu, rasa ingin tahu yang kuat memotivasi orang untuk mencoba segala sesuatu yang belum diketahuinya (Isni, 2020).

5. Pola asuh orangtua yang cenderung membiarkan anak dalam pergaulan

Penelitian ini mengkaji pola asuh orang tua, khususnya ibu, dalam kaitannya dengan kejadian kehamilan tidak diinginkan. Secara khusus fokusnya adalah pada perhatian, pemantauan interaksi sosial, sosialisasi anak, pendidikan orang tua tentang kesehatan reproduksi, dan sikap orang tua saat mengetahui kejadian kehamilan tidak diinginkan. Remaja yang cenderung terpisah dari orang tuanya tidak pernah mengungkapkan masalahnya kepada mereka dan lebih mungkin mengalami tekanan mental.

13.8 Penanganan Masalah Reproduksi Remaja

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mengatasi permasalahan terkait kesehatan reproduksi remaja. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja berupaya untuk:

1. Remaja harus dilindungi dari aktivitas seksual berbahaya dan perilaku berisiko lainnya yang dapat membahayakan

kesehatan reproduksinya. Seks pranikah, yang dapat mengakibatkan kehamilan yang tidak diinginkan, hubungan seks dengan banyak pasangan, aborsi yang tidak aman, dan risiko tertular IMS, seperti HIV, adalah contoh perilaku seksual yang berbahaya. Penyalahgunaan opiat, psikotropika, dan zat adiktif (narkoba) adalah aktivitas berisiko lainnya yang mungkin berdampak pada kesehatan reproduksi. Perilaku gizi yang buruk juga dapat menyebabkan masalah gizi tertentu.

2. Remaja hendaknya dipersiapkan secara fisik, psikologis, dan sosial untuk menikah dan menjadi orang tua pada usia dewasa agar dapat menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab.

Sementara itu, Soetjiningsih (2017) menyatakan bahwa faktor-faktor berikut menjadi pertimbangan dalam upaya mencegah seks pranikah:

1. Mendorong komunikasi yang lebih baik antara orang tua dan remaja
2. Sebagai orang tua, hendaknya Anda jujur mengenai masalah seksual agar anak bisa curhat kepada Anda saat membutuhkan informasi tentang seksualitas. Anak-anak memperhatikan sikap dan perilaku orang tua mereka dalam hal bagaimana mereka harus menanggapi seks pranikah.
3. Kemampuan untuk menolak tekanan teman sebaya yang tidak menguntungkan.
4. Sikap dan perilaku remaja sangat dipengaruhi oleh teman sebaya dan teman pergaulannya. Agar remaja dapat mengambil keputusan yang bertanggung jawab mengenai seks pranikah, mereka harus mengambil inisiatif untuk menolak ajakan berteman yang dapat mengarah pada situasi yang tidak menyenangkan atau, dalam pilihan yang lebih aman, memilih teman yang dapat menjadi teladan positif dalam masyarakat.
5. Menjadikan remaja yang taat lebih religius
6. Pembinaan agama pada remaja hendaknya dilaksanakan dalam bentuk kegiatan praktis yang berkaitan dengan

permasalahan yang muncul dalam kehidupan sehari-hari, misalnya permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dan seksual. Remaja yang melakukan aktivitas nyata akan mengembangkan pandangan yang matang, terutama dalam menangani hubungan seks di luar nikah.

7. Batasan atau pedoman mengenai penyebaran konten dewasa
8. Dampak positif dari media diharapkan dapat diantisipasi, seperti penyampaian pesan-pesan seksualitas yang lebih mencerahkan, karena media merupakan saluran yang ampuh untuk menyebarkan informasi tentang pendidikan seksualitas. Pengetahuan yang positif juga akan berdampak positif terhadap sikap dan perilaku remaja.
9. Keterlibatan lembaga swadaya masyarakat, pemerintah, dan sekolah dalam mempromosikan kesehatan seksual remaja.
10. Siswa harus memanfaatkan layanan konseling yang sudah tersedia untuk mendidik diri mereka sendiri tentang seks. Baik organisasi pemerintah maupun non-pemerintah harus menyelenggarakan seminar mengenai pendidikan seksual umum dan kesehatan remaja perempuan dan laki-laki. Karena strategi yang paling efektif untuk mencegah seks pranikah adalah dengan kesadaran diri remaja, maka informasi tersebut harus disampaikan dengan cara yang menarik sehingga siswa dapat membuat keputusan sendiri mengenai seks pranikah, bebas dari tekanan dari luar.

Sementara itu, Ratu Matahari, dkk. (2018) membedakan dua jenis inisiatif untuk menghentikan perilaku seksual pranikah:

1. Dari dalam, secara internal
Perubahan perilaku tentunya harus bersumber dari tujuan dan keyakinan yang kuat; hal tidak bisa datang dari tekanan luar atau bahkan dari kekerasan. Sebaliknya, hal itu harus datang dari kesadaran pribadi. Selain memikirkan kepentingan terbaik bagi hati Anda, Anda juga harus lebih banyak membaca buku-buku agama, menghadiri pengajian dan seminar agama secara teratur, dan bergaul dengan

orang-orang yang tepat yakni, teman-teman yang taat beribadah, memiliki tingkat yang lebih tinggi. tingkat pengetahuan daripada Anda, dan tidak suka membuat kesalahan atau penyimpangan.

2. Dari luar, atau eksternal

Karena sulitnya melakukan perubahan, maka diperlukan dukungan dari luar selain niat. orang tua dan keluarga dapat memberikan bantuan eksternal dengan menanamkan disiplin agama pada anak-anak mereka sejak usia muda dan dengan memberikan dukungan penuh jika dan ketika mereka memilih untuk kembali ke jalan yang benar. Selain itu, kaum muda biasanya menerima lebih banyak pengaruh dari teman dan hubungan dibandingkan dari keluarga. Ini termasuk nasihat dan pengalaman yang dibagikan oleh teman-teman yang mungkin memiliki tingkat pemahaman agama yang lebih tinggi. Berikutnya dari lingkungan sekitar, khususnya dengan menumbuhkan suasana religius melalui kegiatan pengajian Karang Taruna yang dilakukan secara berulang-ulang untuk mengisi waktu senggang. Selanjutnya SKI dilengkapi dengan kajian agama yang berkelanjutan di lingkungan kampus, bersama organisasi UKMI.

Menurut Noveri (2018), strategi berikut harus digunakan untuk mengintervensi kasus kehamilan yang tidak disengaja pada remaja yaitu preventif, promotif, rehabilitatif, dan korektif.

1. Strategi Preventif

Suatu tindakan untuk menghindari suatu permasalahan yang sedang ditangani, dalam hal ini permasalahan kehamilan yang tidak diinginkan, disebut dengan strategi preventif. Dengan mendorong pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan melalui berbagai saluran dan teknik komunikasi, strategi pencegahan mengatasi masalah kehamilan remaja. Saluran komunikasi langsung dikelola dengan strategi menjangkau kelompok masyarakat yang karena berbagai alasan sulit memperoleh layanan dan informasi publik. Hal ini termasuk mengadakan pertemuan dan melakukan percakapan baik dalam kelompok kecil

maupun besar. Sedangkan media konvensional dan media berbasis teknologi informasi digunakan dalam media komunikasi.

2. Strategi Promotif

Suatu tindakan atau serangkaian tindakan yang mengutamakan upaya promosi disebut strategi promotif. Remaja dapat terorganisir untuk mengetahui lebih jauh tentang kesehatan reproduksi dan kemudian menggunakan informasi tersebut untuk menyebarkan informasi kepada teman-temannya di sekitarnya dengan menggunakan pemberian informasi reproduksi remaja sebagai teknik promotif. Di sini, pengorganisasian remaja bertujuan untuk menggerakkan remaja agar lebih terlibat dan sadar akan pentingnya informasi kesehatan reproduksi bagi mereka. Kegiatan yang berkaitan dengan pendampingan akan berlangsung setelah disusun atau disusun. Remaja mendapat dukungan dalam kapasitas konselor, pendidik, dan fasilitator. Pengorganisasian remaja memberikan informasi kepada remaja yang berpartisipasi dengan mengadakan pertemuan yang sering, lobi, pengayaan, pembuatan media, audiensi, umpan balik komunitas, pelatihan pendidikan sebaya, dan acara lainnya .

3. Strategi Rehabilitasi

Mengembalikan status (nama baik, kondisi) seseorang ke keadaan semula merupakan tujuan dari rencana rehabilitasi agar individu tersebut dapat menjadi anggota masyarakat yang berkontribusi dan menemukan tempat bagi dirinya. Orang-orang terdekat mereka harus bisa membantu menyelesaikan permasalahan mereka dan memberikan dukungan kepada anak-anak yang hamil tanpa kemauan mereka. Untuk membantu remaja yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan merasa lebih nyaman membicarakan topik terkait kehamilan, orang-orang terdekat mereka menampilkan diri sebagai teman.

4. Strategi Kuratif

Ketika terjadi penyimpangan sosial, serangkaian tindakan digunakan sebagai teknik terapi. Salah satu taktiknya adalah

konseling. Remaja yang hamil secara tidak sengaja seharusnya dapat mengungkapkan semua informasi yang relevan tentang kehamilannya melalui konsultasi. Tergantung pada kebutuhan remaja, konseling dapat diberikan melalui media sosial, sesi tatap muka, dan pendampingan. Konseling pada remaja memerlukan pendekatan yang disesuaikan dengan bagaimana strategi tersebut benar-benar diterapkan. Dalam hal penerapannya, kebijakan ini cenderung tidak terlalu ketat atau lebih fleksibel sehingga dapat disesuaikan dengan keadaan dan skenario unik yang dihadapi setiap anak .

DAFTAR PUSTAKA

- Afiah, 2021. *Konsep Kesehatan Reproduksi*, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai
- Aisyaroh, Noveri. 2018. Kesehatan Reproduksi Remaja. (Online) ([http://research.unissula.ac.id/file/publikasi/210104090/635 Kespro_Remaja.pdf](http://research.unissula.ac.id/file/publikasi/210104090/635%20Kespro_Remaja.pdf)) diakses pada 7 Oktober 2023.
- Dewi P, P, 2018. *Modul Kesehatan Reproduksi Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM)*, Jakarta; Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
- Djama, N, T, Nurdiana, L & Istiana, A, B, 2022. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja*, Jawa Tengah; Eureka Media Aksara.
- Fatkhiyah, N, Masturoh & Dwi, A, 2020. Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja, *ABDIMAS Mahakam Journal*, Vol. 4 No. 01
- Hapsari, A. 2019. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*, Malang; Wineka Media.
- Isnri, Khoiriyah, et all. 2020. *Upaya Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja di Kecamatan Jetis, Yogyakarta*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan. *Jurnal Pemberdayaan: Publikasi Hasil Pengabdian kepada Masyarakat*.
- Mahfiana, L, Elfi Y, R & Retno W, 2009. *Remaja dan Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta; STAIN Ponorogo Press.
- Matahari R & Fitriana P, U, 2018. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Infeksi Menular Seksual*, Yogyakarta; Pustaka Ilmu.
- Meitria Syahadatina Noor, dkk. 2020. *Buku Panduan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja*, Yogyakarta; CV Mine.
- Nisa, S, Z, 2021. *Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja Perspektif Pendidikan Islam*. Skripsi. Universitas Islam Negeri Raden Intanlampung.
- Noveri, 2018. *Kesehatan Reproduksi Remaja*, Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

- Purnamasari, E, E, 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Mempersiapkan Masa Pubertas Anaknya Di Kecamatan Kartasura*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rahayu, A, dkk. 2017. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia*, Surabaya; Airlangga University Press.
- Senja, Andika Oktavian, et all. 2020. *Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi*, Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal, Jln Laut 31A Kendal, Jawa Tengah, Jurnal Keperawatan Volume 12 No 1, Hal 85 – 92
- Soetjiningsih. 2017. *Tumbuh Kembang Anak Ed 2*. Jakarta: EGC
- Sukmawati I, dkk, 2021. *Kesehatan Reproduksi Remaja (Konsep Dasar Dan Modul Pelayanan Bimbingan Dan Konseling)*, Jawa Tengah; Eureka Media Aksara.
- Suryantara, B, 2020. *Buku Panduan Stase Asuhan Kesehatan Reproduksi*, Yogyakarta; STIKES Guna Bangsa Yogyakarta.
- Utami F, P & Suci M, A, 2018. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja*, Yogyakarta; Universitas Ahmad Dahlan.
- Yarza, H, N, Maesaroh, & Eka, K, 2019. Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja Dalam Mencegah Penyimpangan Seksual, *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat* Vol. 16 No. 1, Pendidikan Biologi FKIP Universitas Muhammadiyah Prof. Dr.Hamka.

BAB 14

KONSELING PSIKOLOGIS

Oleh Putu Arik Herliawati

14.1 Konsep Psikologi

Psikologi berasal dari kata Yunani kuno (*psychē*, artinya jiwa) dan (*logia*, artinya ilmu). Oleh karena itu, secara etimologis psikologi dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang jiwa. Akan tetapi “jiwa” adalah hal abstrak yang tidak dapat diamati secara langsung oleh alat indera kita (McConnell *et al.*, 2020).

Jika ditinjau sejarahnya, psikologi adalah salah satu cabang ilmu yang dikembangkan dari filosof. Dihadirkannya psikologi karena munculnya pertanyaan tentang kebutuhan hidup manusia dan rasa penasaran akan akal pikiran serta tingkah perilaku setiap manusia. Hal ini yang menyebabkan ilmu psikologi lebih sering dikaitkan dengan kehidupan organisme manusia. Kemudian mempelajari lebih banyak tentang perilaku, perasaan, emosi dan apapun elemen yang dilakukan oleh manusia. Segala sesuatu yang terjadi dan yang dilakukan oleh manusia dikembangkan dan diteliti

Konsep dasar psikologi meliputi perbedaan antara jiwa dan nyawa. Dimana jiwa adalah daya hidup rohaniah yang sifatnya abstrak, sekaligus berperan sebagai motorik kegiatan yang akan dilakukan. Tentu saja apa yang dilakukan semuanya dari hasil proses belajar. Sedangkan nyawa sebagai daya jasmaniah yang bergantung pada hidup jasmani yang kemudian menimbulkan perbuatan badaniah yang juga ditimbulkan lewat belajar juga (McConnell *et al.*, 2020).

Ilmu psikologi terbagi menjadi beberapa aliran utama yang meliputi: psikoanalisis, behaviorisme, kognitif, dan humanistik. Setiap aliran tentunya memiliki kecenderungan objek dan metodologi yang berbeda satu sama lain sehingga semakin memperkaya keilmuan ini.

Konsep teori psikologi dapat diterapkan dalam praktik kebidanan, dan ini memberikan banyak manfaat bagi yang mengkajinya lebih dalam. Dengan memahami konsep psikologi dengan baik maka dalam praktik kebidanan akan teraplikasi suatu pelayanan kebidanan yang selalu mengkaji segi psikologis dari klien yang diberikan asuhan kebidanan. Siklus kehidupan seorang perempuan secara natural memiliki peran dalam sistem reproduksi yaitu hamil, melahirkan, dan menyusui. Sepanjang siklus kehidupannya tersebut perempuan tidak terlepas dari perubahan-perubahan yang dapat membawa dampak secara psikologis pada perempuan, sehingga perlu adanya adaptasi baik fisik maupun psikologis.

14.2 Konsep Konseling

Berasal dari bahasa Inggris (*counseling*) dan secara harafiah diawali dengan bahasa Latin *Counsel* yang artinya “bersama” atau “berbicara bersama”, *Counselium*. Dalam hal ini yang dimaksud dengan “berbicara bersama” adalah percakapan antara seorang konsultan (konsultan) dengan satu orang atau lebih/klien (konsultan). Oleh karena itu, sebagaimana dijelaskan secara singkat Baruth dan Robinson dalam bukunya Pengantar Profesi Konseling, konseling didefinisikan sebagai “suatu proses di mana orang-orang berkumpul untuk mendapatkan kembali pemahaman tentang masalah yang mereka anggap sudah jelas” (Baruth dan Robinson, 1987). Nasehat kini sering dipahami dengan arti nasihat, dan bagi masyarakat umum, nasehat berarti memberikan informasi, pendidikan, pencerahan, dan nasehat kepada orang lain. Meskipun kata nasehat sebagai sinonim nasehat diterima secara luas, namun dalam pembahasan buku ini nasehat tidak diartikan dalam arti nasehat. Diambil dari Bahasa Inggris (*counseling*), secara harafiah dimulai dari kata *counsel* yang diambil dari bahasa latin yaitu *counselium*, artinya “bersama” atau “bicara bersama”. Pengertian “berbicara Bersama-sama” dalam hal ini ialah pembicaraan antara konselor (*counselor*) dengan seorang atau beberapa orang/klien (*counselee*). Dengan demikian, *counselium* berarti “*people coming together to again an understanding of problem that beset*

them were evident", sebagaimana yang ditulis Baruth dan Robinson (1987:2) dalam bukunya *An Intruduction to The Counseling Profession* menjelaskan secara singkat (Baruth and Robinson, 1987). Konseling saat ini sering disebut dengan istilah penyuluhan, yang oleh orang awam dimaknakan pemberian keterangan, informasi, edukasi atau nasihat kepada orang lain. Kata penyuluhan sebagai persamaan kata dari konseling dapat diterima secara luas, tetapi dalam pembahasan di buku ini, konseling tidak diartikan dalam pengertian penyuluhan. Dua kata ini dalam pembahasan di buku ini adalah 2 makna yang berbeda.

Dari berbagai sumber menjelaskan dalam berbagai cara. Ada yang mengatakan bahwa konseling menekankan individualitas pasien atau klien, sementara ada pula yang menekankan individualitas konselor. Selain itu, penekanan yang berbeda akan menghasilkan definisi yang berbeda pula. Mendefinisikan Fokus Setiap ilmuwan mempunyai latar belakang filosofis yang berbeda-beda, sehingga fokusnya pun berbeda-beda. Dibawah ini akan dijelaskan beberapa definisi yang menjelaskan beberapa arti konseling dan menjelaskan hubungan di antara mereka (Klemer, 1965).

Carl Rogers, Psikolog humanistik terkenal, beliau percaya bahwa konseling adalah hubungan terapeutik dengan klien yang bertujuan untuk membawa perubahan diri di pihak klien. Dalam pengertian ini, Rogers menekankan perubahan sistem diri klien yang disebabkan oleh struktur hubungan konselor dengan klien sebagai tujuan konseling (Rogers, 1959).

Dari memperhatikan eratnya keterkaitan berbagai disiplin ilmu, maka konseling nampaknya dekat dengan psikologi, namun konseling merupakan salah satu penerapan ilmu psikologi terutama jika dilihat dari tujuan, teori yang digunakan, dan proses pelaksanaannya. Oleh karena itu, konseling disebut juga psikologi konseling (*counseling psychology*).

14.3 Intervensi Psikologi Kebidanan

Intervensi adalah suatu upaya yang dilakukan untuk mengubah perilaku, pikiran perasaan seseorang. Upaya tersebutlah yang dilakukan oleh konselor dalam hal ini yang menjadi konselor adalah bidan. Dimana bidan saat menjadi konselor akan ikut campur menghadapi masalah yang sedang dihadapi klien dalam ranah ini yaitu pasien. Intervensi psikologi klinis merupakan suatu kegiatan yang dilakukan klinisi untuk mengubah perilaku atau keadaan sosial dengan sengaja sesuai tujuan yang dikehendaki. Hal ini erat kaitanya dengan peran bidan sebagai konselor yang dengan sengaja mengkehendaki sesuatu perubahan perilaku pasien. Intervensi klinis digunakan untuk membantu klien atau pasien dalam menyelesaikan masalah psikologis, terutama emosi yang sedang dihadapi pasien. Terdapat tiga alasan dilakukannya intervensi konseling psikologis klinis yaitu:

1. Ameliorasi: menolong pasien/klien atau sistem sosial untuk mengatasi masalah yang terjadi
2. Prevensi: usaha memprediksi masalah sebelum berkembang
3. Pengembangan: usaha membantu pasien meningkatkan ketrampilan pribadi, relasi, dan lingkungan hidupnya (Lawrence, 1923).

Dua jenis intervensi klinis yang dapat diberikan kepada kline/pasien yaitu:

1. Terapi : terapi melibatkan usaha membantu klien individual untuk menggali dan menyelesaikan dilema–dilema pribadi
2. Konsultasi: konsultasi melibatkan bantuan anggota sistem sosial seperti sekolah dan klinik untuk mengevaluasi dan meningkatkan kebijakan dan proses – proses membimbing sistem – sistem ini.

14.3.1 Persyaratan Menjadi Konselor

Saat ini seseorang yang bekerja menjadi konseling, merujuk pada kriteria kegiatan professional konsultasi dapat digolongkan sebagai kegiatan yang professional. Konsultasi disebut kegiatan khusus karena kegiatan ini mempunyai ciri-ciri

husus sebagai suatu kekhususan. Sebagaimana dikutip oleh Nugent, kriteria penting agar suatu pekerjaan dapat diklasifikasikan sebagai suatu profesi secara umum disepakati dan disarankan oleh Dunlop dan McCurry (1981) (Khosla, 2021), yaitu bahwa anggota dan kelompok profesional itu harus:

1. Profesi yang memiliki peran secara jelas
2. Memberikan *service* atau pelayanan yang berbeda (unik)
3. Profesi yang berpengetahuan serta terampil secara khusus
4. Profesi telah memiliki kode etik yang telah diatur
5. Profesi mempunyai wewenang memberikan pelayanan kepada orang lain sesuai dengan ketentuan profesinya

Jika mengacu pada persyaratan diatas, profesi bidan memiliki semua poin dalam enam persyaratan diatas, karena bidan memiliki peran yang jelas, mempunyai pelayanan yang unik, berketerampilan khusus, memiliki kode etik kebidanan, dan mampu memonitor praktik profesi kebidanannya.

14.3.2 Psikoterapi Kebidanan

Psikoterapi merupakan penanggulangan, dengan cara-cara psikologis, atas masalah-masalah yang bersifat secara emosi dimana seorang yang tersertifikasi dengan mantap membangun hubungan profesional dengan pasien, dengan tujuan:

1. Mencegah, memindahkan, atau menghambat simptom – simptom yang ada
2. Mengantarkan pola perilaku yang terganggu
3. Mempromosikan pertumbuhan dan perkembangan kepribadian yang positif (Corey, 2005)

Adapun tingkatan dan tujuan dari psikoterapi yaitu:

1. Psikoterapi suportif: bertujuan memperkuat perilaku penyesuaian diri klien yang sudah baik, memberi dukungan psikologis, dan menghindari diri dari usaha untuk menggali alam bawah sadar klien.
2. Psikoterapi reedukatif: bertujuan mengubah pikiran atau perasaan klien agar ia dapat berfungsi lebih efektif.

3. Psikoterapi rekonstruktif: bertujuan mengubah seluruh kepribadian klien, dengan menggali ketidaksadaran klien, menganalisis mekanisme defensif yang patologis, memberi pemahaman akan adanya proses – proses tidak sadar.
4. Mengatasi krisis
5. Merubah perilaku
6. Merubah pengalaman emosional
7. Memperoleh pengalaman.

14.3.3 Psikoanalisa Dalam Konseling

Landasan teori psikoanalitik dari Sigmund Freud adalah ketidaksadaran yang merupakan sumber energi yang sangat penting dalam perilaku manusia. Teori-teori yang dijelaskan oleh Freud antara lain geomorfologi, struktur, genetika, dan mekanika. Ketika keempat teori tersebut relevan dengan proses konseling psikoanalitik. Keunggulan teori psikoanalitik Freud dalam konseling adalah sangat efektif dalam menangani pasien yang menderita histeria, kecemasan, obsesi, dan neurosis. Pendekatan psikoanalisis mempertimbangkan riwayat hidup pasien (perkembangan psikoseksual), pengaruh dorongan genetik (naluri), energi vital (seksualitas), pengaruh pengalaman awal terhadap kepribadian individu, serta pengaruh irasionalitas dan seksualitas. pentingnya kebutuhan pribadi. Sumber perilaku manusia yang tidak disadari. Konsep tingkat kesadaran psikoanalisis memberikan kontribusi yang sangat penting. Tingkat sadar mencakup gagasan-gagasan yang tidak disadari oleh orang tersebut pada saat itu, tingkat prasadar mencakup gagasan-gagasan yang tidak disadari oleh orang tersebut pada saat itu tetapi masih diingatnya, dan tingkat bawah sadar mencakup gagasan-gagasan yang telah dilupakan oleh orang tersebut. Menurut Freud, ketidaksadaran merupakan bagian terbesar dari kepribadian dan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap perilaku individu.

Tabel 14.1. Struktur kepribadian menurut Freud terdiri dari; id, ego, dan super ego

Stuktur Kepribadian	Peran
Id	Merupakan aspek biologis yang memiliki energi yang mengaktifkan ego dan superego. Peningkatan energi dari id seringkali menimbulkan ketegangan dan ketidaknyamanan, memicu dorongan yang menyenangkan, seringkali dalam bentuk kepuasan.
Ego	Menekan dorongan pada id
Super ego	Ini mengatur ego untuk bertindak sesuai dengan moral masyarakat. Ia menekan dorongan-dorongan id, terutama dorongan-dorongan seksual dan agresi yang bertentangan dengan moralitas atau keyakinan suatu agama.

Freud percaya bahwa perilaku manusia ditentukan oleh kekuatan irasional, motif bawah sadar, dorongan biologis dan naluri. Inti dari pendekatan teoretis Freud adalah naluri. Freud membagi naluri tersebut menjadi dua: naluri hidup dan naluri kematian. Freud memandang organisme manusia sebagai sistem energi kompleks yang memperoleh energinya dari makanan. Energi ini digunakan untuk berbagai keperluan, antara lain: Pernapasan, peredaran darah, pergerakan otot, observasi, berpikir, dll. Freud menyatakan bahwa energi psikologis dapat diubah menjadi energi fisiologis dan sebaliknya. Titik kontak antara energi tubuh dan kepribadian adalah id. Id membentuk naluri yang memaksimalkan kepribadian anda (Friedman, 1985).

Freud berpendapat, perkembangan kepribadian seseorang sangat dipengaruhi oleh bagaimana pengalaman saat

masa kecilnya (Freud, 1968). Perkembangan karakter pribadi terjadi melalui bagaimana reaksi seseorang terhadap sumber dari ketegangan itu yaitu :

1. Prosedur fisiologis
2. Perasaan kecewa dan gagal (frustasi)
3. Pertentangan atau perselisihan
4. Peringatan berupa ancaman

14.4 Tahapan Konseling

Tahapan dari proses konselin berdasarkan bagian dari teori psikoanalisis (Lawrence, 1923) :

1. Tahap *Opening*

Tahapan ini terjadi pada permulaan interview hingga masalah klien ditetapkan. Terdapat dua bagian pada tahapan permulaan ini yaitu 1). disepakati mengenai struktur situasianalisis yang menyangkut tanggung jawab konselor dan klien, 2). Dimuali dengan klien menyimpulkan posisinya, sementara konselor terus mempelajari dan memahami dinamika konflik- konflik ketidaksadaran yang dialami klien.

2. Tahap Mengembangkan Transferensi

Pengembangan dan analisis transferensi adalah fokus konseling psikoanalitik. Pada tahap ini emosi klien mulai terlihat pada konselor. Konselor dianggap sebagai orang yang mempunyai kendali terhadap klien di masa lalu. Pada tahap ini, konselor harus memastikan tidak terjadi *counter transference* atau kontra transferensi yang dilakukan konselor terhadap klien karena konselor mempunyai perasaan yang belum terselesaikan.

3. Bekerja Melalui Transferensi

Fase ini memerlukan pencarian solusi dan pemahaman klien sebagai pribadi yang terus melakukan transferensi. Tahap ini mungkin tumpang tindih dengan tahap sebelumnya, namun yang terjadi hanyalah transferensi, yaitu konselor berusaha memahami dinamika kepribadian dari yang klien alami.

4. Keputusan Transverensi

Tujuan pada tahap ini adalah untuk memecahkan perilaku neurosis klien yang ditunjukkan kepada konselor sepanjang melakukan hubungan konseling.

Metode konseling yang digunakan dalam psikoterapi Freud adalah Teknik:

1. Asosiasi Bebas

Asosiasi bebas maksudnya yaitu teknik yang memberikan kebebasan kepada klien untuk mengemukakan segenap perasaan dan pikirannya yang terlintas pada benak klien baik yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan. Klien melepaskan perasaannya melalui proses katarsis, sehingga dia dapat melepaskan segenap perasaan yang menegkannya. Asosiasi bebas ini untuk memudahkan pemahaman konselor terhadap dinamika psikologis yang terjadi pada diri klien, sehingga dapat membimbing klien untuk menyadari pengalaman-pengalaman ketidaksadarannya.

2. Analisis Mimpi

Teknik ini merupakan teknik dimana klien mengemukakan segenap mimpi-mimpinya kepada konselor, Karena fungsi mimpi adalah ekspresi segenap kebutuhan akan dorongan, keinginan yang tidak disadari akan direpresi dan termanifestasi dalam mimpi. Interpretasi mimpi ini dimaksudkan untuk mengajak klien menafsirkan makna-makna yang tersirat dalam mimpi yang berhubungan dengan dorongan ketidaksadarannya

3. Analisis Transferensi

Dalam teknik ini klien mengungkapkan seluruh mimpinya kepada konselor. Peran mimpi adalah untuk mengungkapkan kebutuhan akan dorongan, sehingga keinginan bawah sadar ditekan dan muncul dalam mimpi. Tafsir mimpi ini bertujuan untuk membantu klien dalam mengartikan makna-makna yang terkandung dalam mimpi yang berkaitan dengan impuls bawah sadar.

4. Analisis Resistensi

Resistensi adalah sikap atau perilaku klien yang menolak melanjutkan terapi atau mengungkapkan sesuatu yang menimbulkan kecemasan. Perilaku tersebut dilakukan sebagai bentuk pembelaan diri. Dalam konseling, konselor membantu klien mengidentifikasi alasan penolakan mereka. Analisis resistensi harus dimulai dengan sesuatu yang sangat terlihat untuk menghindari penolakan penafsiran penasihat/konselor.

5. Interpretasi

Interpretasi harus dianggap sebagai bagian dari teknik-teknik yang telah disebutkan diatas. Pada saat melakukan interpretasi, konselor membantu klien memahami arti peristiwa dari masa lalu dan sekarang. Interpretasi menyangkut penjelasan dan analisis berbagai pikiran, perasaan, dan tindakan klien. Konselor harus memilih waktu yang tepat dalam melakukan interpretasi (Freud, 1968).

14.5 Hubungan Konselor dengan klien

Adler beranggapan bahwasanya hubungan yang baik antara klien dan terapis itu adalah keduanya berkedudukan sederajat didasari pada kerjasama, saling percaya, saling menghormati, saling menjaga rahasia, dan keselarasan sasaran. Awal mula kegiatan konseling yaitu klien mulai memformulasikan rencana atau kontrak. Klien tidak dipandang sebagai penerima yang pasif, namun sebagai anggota kelompok yang aktif dalam hubungannya dengan kelompok lain pada tingkat yang sama, dan tidak ada pihak yang berstatus lebih tinggi atau lebih rendah. Melalui keterlibatan timbal balik dan komunitas, klien menyadari bahwa mereka dapat mengambil tanggung jawab atas tindakan mereka (Lestari, 2016).

Tugas utama seorang konsultan Adler adalah bertindak sebagai ahli diagnosa, guru dan panutan dalam membangun hubungan dengan klien. Konselor melakukan pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang keluarga klien dan kenangan masa kecilnya. Konselor kemudian menyampaikan interpretasi, pendapat, dan perasaannya kepada klien, setelah

itu dilanjutkan ke tahap hubungan terapeutik. Klien didorong untuk belajar dan mengubah gaya hidup yang salah dengan meningkatkan kesadaran sosialnya. Konsultan Adler secara aktif berkonsultasi dengan klien secara teratur dan sering kali memberikan tugas langsung kepada klien. Bertindak ketika klien adalah yang mereka inginkan. Orang berusaha untuk mencerminkan keyakinan bahwa mereka dapat menata ulang pemikiran mereka dan hal ini akan membawa pada kebahagiaan dan kehidupan yang lebih bermakna (Gumilang, 2016).

14.6 Proses Konseling

Bagi Adler, terapi pada dasarnya adalah hubungan sosial. Pada dasarnya seluruh proses konseling dapat dipahami sebagai proses sosialisasi. Konseling sekolah Adlerian didasarkan pada empat tujuan utama yang sesuai dengan empat tahap proses pengobatan. Meskipun tahapan-tahapan tersebut tidak linier dan tidak berlangsung dalam urutan yang baku, namun tahapan-tahapan tersebut dapat dipahami dengan baik sebagai jalinan benang-benang yang kemudian membentuk suatu kain (Khosla, 2021). Jadi tahapannya adalah:

1. Membentuk hubungan terapeutik yang benar

Salah satu cara untuk menciptakan hubungan yang baik adalah klien diberi pertolongan oleh konselor agar bisa menyadari asset dan kekuatan yang dimilikinya, dan bukan menangani kekurangannya serta kewajiban yang harus dipikul. Konseling ini berfokus pada dimensi positif dan menggunakan dorongan berupa semangat serta dukungan.

2. Mengkaji dinamika psikologi yang terjadi dalam diri klien

Tujuan ganda dari tahap kedua ini adalah untuk memahami gaya hidup mereka dan melihat dampaknya terhadap kemampuan mereka dalam menghadapi tantangan hidup saat ini..

3. Menyemangati untuk komperhensi

Pada dasarnya tahap ini bersifat suportif, namun juga konfrontatif. Mereka mengharuskan klien untuk meningkatkan kesadaran mereka akan tujuan yang salah dan perilaku menyalahkan diri sendiri. Interpretasi adalah teknik

yang memfasilitasi proses pengenalan diri. Fokusnya adalah pada tindakan Anda saat ini dan prediksi serta ekspektasi yang muncul dari niat Anda.

4. Membantu agar dapat berorientasi kembali

Tahap akhir dari proses terapeutik adalah tahap berorientasi pada tindakan yang disebut reorientasi dan reduksi, atau menerapkan wawasan dalam praktek. Pada tahap reorientasi klien mengambil keputusan dan memodifikasi sasaran mereka. Hal yang esensial dari fase ini adalah komitmen karena bila klien mengharapkan dirinya berubah maka harus ada kemauan untuk menyediakan tugas bagi dirinya sendiri dan mau berbuat sesuatu yang khusus terhadap problem yang dihadapinya.

Membangun hubungan konsultasi sangat penting untuk mencapai tujuan konsultasi Adlerin (Gladding, 2012). Teknologi tertentu mendukung proses ini. Konsultan menggunakan teknik tertentu.

1. Konfrontasi

Konselor meminta klien untuk mempertimbangkan alasan pribadi mereka. Ketika klien menguji logika ini, mereka sering kali menemukan bahwa logika dan perilaku dapat diubah.

2. *Asking "the question"*

Konselor bertanya "apa yang berbeda ketika kamu bahagia?" klien sering menanyakan "pertanyaan" Pada wawancara pertama, kemudian menyesuaikan waktunya.

3. Dorongan

Dorongan menyiratkan kesetiaan setiap orang. Konselor mendorong kliennya dengan mengungkapkan pendapatnya bahwa perilaku dapat diubah. Dorongan menjadi kunci dalam memilih gaya hidup produktif.

4. *Acting "ask if"*

Klien diinstruksikan untuk bertindak seolah-olah mereka adalah orang yang mereka inginkan. Misalnya seseorang yang anda lihat dalam mimpi anda.

5. *Spitting in the clients sop*

Konselor menunjukkan kepada klien suatu perilaku tertentu dan menghilangkan “biaya” untuk tindakan itu.

6. *Catching One Self*

Klien belajar untuk hati-hati menghadapi perilaku dan pikiran yang merusak. Seorang penasihat akan mendukung Anda terlebih dahulu.

7. Task setting

Klien mengubah perilaku yang mudah terlebih dahulu, kemudian secara perlahan mengubah perilaku yang lebih sulit. Proses konseling berakhir ketika klien mengubah perilakunya dan mengambil kendali atas hidupnya.

8. Push button

Klien didorong untuk menyadari bahwa mereka mempunyai banyak pilihan mengenai rangsangan apa yang harus diperhatikan dalam kehidupan mereka. Mereka disuruh menciptakan emosi yang diinginkan dengan memusatkan perhatian pada pikiran mereka. Teknik ini seperti menekan sebuah tombol, memungkinkan klien memilih apakah akan mengingat pengalaman positif atau negatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Baruth, L.G. and Robinson, E.H. 1987. 'An introduction to the counseling profession', *(No Title)* [Preprint].
- Corey, G. 2005. 'Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi, terj', E. Koeswara. *Bandung: Refika Aditama* [Preprint].
- Freud, A. 1968. 'The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis: Discussion, The Writings of Anna Freud, Vol. 4'. New York: International Universities Press.
- Friedman, M.S. 1985. 'The healing dialogue in psychotherapy', *(No Title)* [Preprint].
- Gladding, T.S. 2012. 'A Counseling Specialty'. New Jersey: Pretice Hall.
- Gumilang, G.S. 2016. 'Identification of Self Position and Basic Attitude of Counselors By Semar Text', *Journal of Guidance and Counseli*, 6(1), pp. 78–87.
- Khosla, I. 2021. 'Book Review: Counseling: A Comprehensive Profession'. Frontiers Media SA.
- Klemer, R.H. 1965. 'Counseling in marital and sexual problems: A physician's handbook'.
- Lawrence, D.H. 1923. *Psychoanalysis and the Unconscious*. Thomas Seltzer.
- Lestari, S. 2016. *Psikologi keluarga: Penanaman nilai dan penanaman konflik dalam keluarga*. Prenada Media.
- McConnell, K.R. *et al.* 2020. 'Improving school counselor efficacy through principal-counselor collaboration: A comprehensive literature review.', *Mid-Western Educational Researcher*, 32(2).
- Rogers, C. 1959. 'A theory of therapy, personality relationships as developed in the client-centered framework In: Koch S, editor. *Psychology: a study of a science*. Vol. 3: formulations of the person and the social context'. New York: McGraw Hill.[Google Scholar].

BIODATA PENULIS



Neta Ayu Andera.,STr Keb.,M.Tr.,Keb
Dosen aktif di Stikes Ganesha Husada Kediri

Kelahiran Nganjuk, 18 Mei 1994, Riwayat pendidikan SDN 1 Sekaran Nganjuk lulus tahun 2006, SMPN 5 Nganjuk tahun lulus 2010, SMAN 1 Sukomoro Nganjuk lulus tahun 2012, DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya Cabang Magetan Lulus Tahun 2015, DIV Kebidanan Pendidik Universitas Kediri Lulus tahun 2017, dan S2 Terapan Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta tahun lulus 2019. Saat ini merupakan dosen aktif di Stikes Ganesha Husada Kediri sebagai pendidik, peneliti dan pengabdian masyarakat. Buku ini adalah karya kenam,semoga bermanfaat.

BIODATA PENULIS



Dr. Maryuni, Amd.Keb., S.KM., M.KM.

Dosen Program Studi Kebidanan

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan
Jakarta

Penulis lahir tepatnya di Desa Bangunsari, Kecamatan Bandar, Kabupaten Pacitan, Provinsi Jawa Timur pada tanggal 17 Maret 1980. Penulis memulai pendidikan di Sekolah Dasar Negeri (SDN) Bangunsari II Kecamatan Bandar, Kabupaten Pacitan lulus pada tahun 1992. Penulis melanjutkan kejenjang Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri I Purwantoro Wonogiri Jawa Tengah, lulus pada tahun 1995. Setelah lulus SMP penulis melanjutkan kejenjang Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri I Wonogiri Jawa Tengah lulus tahun 1998. Setelah lulus SMA Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Jakarta I (1998-2001). Sebagai seorang pembelajar penulis kembali melanjutkan ke jenjang sarjana (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) Depok peminatan Kesehatan Reproduksi (2003-2005) dan Penulis kembali melanjutkan kejenjang Pascasarjana (S2) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM-UI) Depok (2012-2014). Penulis juga telah menyelesaikan studi pada jenjang Doktor (S3) di Universitas Indonesia (2020-2023). Selain itu penulis juga berprofesi sebagai dosen pada Program Studi Kebidanan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan Jakarta. Penulis juga aktif

melakukan publikasi ilmiah pada Jurnal Nasional maupun Internasional.

BIODATA PENULIS



dr. Intan Renata Silitonga, Sp.OG, Subsp.Obginsos, M.Kes.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Kebidanan Institut Kesehatan Rajawali

Penulis lahir di Bandung tanggal 16 Agustus 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Kebidanan, Institut Kesehatan Rajawali. Menyelesaikan pendidikan S1 Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (FK UNPAD), lulus tahun 2001 kemudian melanjutkan Profesi Dokter di universitas yang sama, lulus tahun 2004. Penulis melanjutkan pendidikan Spesialis Obstetri dan Ginekologi serta sekaligus mengambil S2 Magister Kesehatan Ilmu Kedokteran Dasar Konsentrasi Obstetri dan Ginekologi di FK UNPAD, lulus tahun 2009. Kemudian menempuh pendidikan Subspesialis/Konsultan Obstetri Ginekologi Sosial (Obginsos), di FK UNPAD, lulus tahun 2018. Penulis senang mengajar dan bergabung dengan Institut Kesehatan Rajawali (saat itu bernama Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rajawali) sebagai dosen tetap sejak tahun 2012 sampai sekarang. Selain itu Penulis mengajar sebagai dosen pengajar klinis koasisten Obgin Fakultas Kedokteran Ukrida di RS Rajawali tahun 2012-2018. Penulis bekerja sebagai dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi di RS Rajawali sejak tahun 2011, selain itu juga di RSU Kasih Bunda sejak tahun 2020, serta mendirikan dan menjadi Direktur Klinik Utama Kebidanan INTAN Bandung sejak tahun 2013.

BIODATA PENULIS



Haspita Rizki Syurya Handini, SST, M.Keb

Dosen Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Padang

Penulis lahir di Jayapura tanggal 13 Juni 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Padang dengan jabatan fungsional lektor. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akbid Depkes Sutomo Surabaya yang saat ini dikenal sebagai Poltekkes Kemenkes Surabaya pada tahun 2001. Selanjutnya menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2003 dan pada tahun 2010 menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di universitas yang sama. Saat ini, penulis sedang melanjutkan pendidikan S3 di Universitas Airlangga Surabaya angkatan tahun 2021. Menulis adalah cara seorang pendidik untuk mentransfer ilmunya yang hanya setitik dibandingkan ilmu Allah yang terbentang di alam semesta dan seluas samudra. Long life education, Semoga bermanfaat.

BIODATA PENULIS



Nabila Amelia Hanisyah Putri, S.Tr.Keb.,M.Keb.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 17 Juni. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha Provinsi Bali sejak tahun 2022 hingga saat ini. Pendidikan terakhir yang ditempuh adalah pada program studi S2 Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus pada tahun 2018 lalu. Penulis mengampu beberapa mata kuliah antara lain konsep kebidanan, anatomi, *evidence based*, KDPK, pengantar asuhan kebidanan, farmakologi dan juga termasuk asuhan kebidanan komunitas. Penulis juga aktif menulis artikel di jurnal hingga media cetak. Selain itu juga kerap mengikuti prosiding seminar nasional hingga internasional.

BIODATA PENULIS



Endang Susilowati, SST., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Wilasa Semarang

Penulis lahir di Jepara tanggal 02 Desember 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Wilasa Semarang. Menyelesaikan pendidikan Diploma 4 Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Prodi Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran. Penulis menekuni Bidang Kebidanan.

BIODATA PENULIS



Nor Tri Astuti Wahyuningsih, S.ST., M.Kes., CSMT

Dosen Program Studi Kebidanan
STIKES Panti Wilasa Semarang

Penulis lahir di Jepara tanggal 10 Januari 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Wilasa Semarang. Menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Kebidanan, Diploma Empat Kebidanan Pendidik dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi & HIV/AIDS. Penulis menekuni bidang Menulis tentang kesehatan reproduksi dan kebidanan. Penulis merupakan seorang terapis Mom Kids Baby Massage and Spa. Penulis juga sebagai Asesor Kompetensi di bidang kesehatan. Buku perdana yang telah terbit adalah Buku Mekanisme Persalinan. Alamat korespondensi penulis: norast_ent@yahoo.co.id.

BIODATA PENULIS



Syafitriya Ningsih, S.Tr.Keb., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan

Fakultas Kesehatan Stikes Paluta Husada Padang

Penulis lahir di Balikpapan, 12 Februari 1996. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Fakultas Kesehatan Stikes Paluta Husada Padang. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Polteknik Borneo Medistra pada tahun 2017, dan menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Kadiri Kediri pada tahun 2018, kemudian melanjutkan dan menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2021. Penulis menekuni bidang menulis, serta aktif menulis artikel ilmiah mengenai kebidanan. Saat ini juga penulis menekuni pekerjaan dalam bidang aesthetic dan mempunyai usaha mandiri dalam bidang aesthetic.

BIODATA PENULIS



Lutfi Handayani, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan (S1) dan Profesi Bidan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Binawan

Penulis lahir di Ciamis tanggal 14 Juni 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Studi Kebidanan (S1) dan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Menyelesaikan pendidikan DIV pada Jurusan Bidan Pendidik dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kebidanan. Penulis menekuni bidang menulis, penelitian, pengabdian masyarakat dan aktif sebagai tenaga pengajar (dosen).

BIODATA PENULIS



Kadek Sri Ariyanti, S.Si.T., M.Kes
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Advaita Medika Tabanan

Kadek Sri Ariyanti, S.Si.T., M.Kes lahir di Kabupaten Tabanan Bali pada tanggal 5 Juli 1988. Ia menyelesaikan studi S2nya di Program Pasca Sarjana pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MIKM) Universitas Udayana (tahun 2015-2017). Sembari menyelesaikan studinya, ia menjalankan profesinya sebagai Ketua Program Studi DIII Kebidanan di STIKES Advaita Medika Tabanan (tahun 2016-2021). Karena dedikasinya yang sangat tinggi terhadap Institusi STIKES Advaita Medika Tabanan, ia kemudian dipercaya sebagai Wakil Ketua I Bidang Akademik dan *Editor in Chief* pada Jurnal Medika Usada STIKES Advaita Medika Tabanan. Ia juga aktif sebagai pengurus Asosiasi Institusi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) Korwil Bali pada Bidang Pendidikan, anggota Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Tabanan dan anggota Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI). Ia aktif melaksanakan Tri Darma Perguruan Tinggi pada Prodi DIII Kebidanan STIKES Advaita Medika Tabanan. Beberapa hasil penelitiannya telah dipublikasikan pada Jurnal Nasional maupun Internasional. Ia juga aktif menulis buku-buku referensi. Beberapa buku hasil karyanya telah dipersembahkan untuk mahasiswa baik di dalam maupun di luar kampus STIKES Advaita Medika Tabanan.

BIODATA PENULIS



Dea Lestari, S.Tr.Keb., M.Keb
Dosen Program Sarjana Kebidanan

Penulis lahir di Blitar tanggal 27 September 1996. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Kebidanan STIKES PALUTA HUSADA Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan padatahun 2017, pendidikan DIV minat klinik selesai tahun 2018 dan S2 Kebidanan selesai pada tahun 2020. Penulis aktif sebagai tenaga pengajar, peneliti dan pengabdian masyarakat penulis juga menekuni bidang Menulis.

BIODATA PENULIS



Mella Yuria R.A, SKM., MKes

Dosen Program Studi Kebidanan (S1)-Pendidikan
Profesi Bidan Universitas Binawan

Penulis lahir di Jakarta tanggal 29 April 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan (S1)-Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan, Universitas Binawan. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada Akademi Kebidanan Fatmawati, S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi Universitas Indonesia dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Indonesia. Sebagai dosen penulis aktif menekuni penelitian dan penulisan yang berkaitan dengan bidang keilmuan.

BIODATA PENULIS



Sri Ayu Nata, S.Kep., Ns., M.Kes

Dosen Program Studi Diploma 3 Kebidanan
Akademi Kebidanan Aisyah Kabupaten Pangkep

Penulis lahir di Ujung Pandang, 16 Oktober 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma 3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Aisyah Kabupaten Pangkep, Sulawesi Selatan. Memperoleh Gelar S1 Keperawatan Tahun 2011 di STIKES Nani Hasanuddin Makassar dan melanjutkan Profesi Keperawatan (ners) di institusi yang sama pada tahun 2013. Pada Tahun 2020 Penulis menyelesaikan magister dalam program studi Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tamalatea Makassar.

BIODATA PENULIS



Putu Arik Herliawati, S.Tr.Keb., M.Keb.

Dosen Program Studi Kebidanan
STIKES Advaita Medika Tabanan, Bali Indonesia

Penulis lahir di Karangasem tanggal 25 Juni 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan STIKES Advaita Medika Tabanan, Bali. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Terapan Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Jurusan Magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang Menulis dan telah menghasilkan beberapa buku ajar kebidanan. Penulis juga merupakan Ketua redaksi Jurnal Pengabdian Masyarakat Abdi Mahosada. Serta penulis telah menjadi Ketua Lembaga Publikasi LPPM STIKES Advaita Medika Tabanan, Bali.