

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA



**Bardiati Ulfah, Niar, Mutmainnah, Sutriningsih, Hatijar,
Ni Nyoman Murti, Ummul Khair, St. Subriani,
Fitri Nurhayati, Nurul Fitrahminarsih N, Waode Ikrawati**

ISBN 978-623-198-539-2



9 786231 985392

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

**Bardiati Ulfah
Niar
Mutmainnah
Sutriningsih
Hatijar
Ni Nyoman Murti
Ummul Khair
St. Subriani
Fitri Nurhayati
Nurul Fitrahminarsih N
Waode Ikrawati**



GET PRESS INDONESIA

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Penulis :

Bardiati Ulfah
Niar
Mutmainnah
Sutriningsih
Hatijar
Ni Nyoman Murti
Ummul Khair
St. Subriani
Fitri Nurhayati
Nurul Fitrahminarsih N
Waode Ikrawati

ISBN : 978-623-198-539-2

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

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

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

Penerbit : GET PRESSS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Palarik, Air Pacah, Kecamatan. Koto Tangah,
Kota Padang, Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 29 Juli 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 Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana ini.

Buku ini membahas Konsep dasar kesehatan reproduksi, Aspek legal dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan KB, Indikator kesehatan wanita sepanjang siklus kehidupan, Kesehatan reproduksi dalam perspektif gender, Masalah Gangguan kesehatan pada Wanita, Deteksi dini komplikasi permasalahan kesehatan reproduksi, Promotive dan preventif dalam kesehatan reproduksi, Konsep dasar *Primer Health Care* (PHC), Konseling pra nikah dan menopause, Perkembangan KB, Konseling pelayanan KB.

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

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

Padang, 29 Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Konsep Reproduksi Sehat.....	3
1.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	4
1.4 Sasaran Kesehatan Reproduksi	5
1.5 Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	6
1.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	7
1.7 Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita Di Indonesia	9
1.8 Hak-Hak Reproduksi.....	11
1.9 Kesehatan Reproduksi Dalam Siklus Hidup Perempuan.....	13
1.10 Masalah Kesehatan Reproduksi	15
DAFTAR PUSTAKA	19
BAB 2 ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB	21
2.1 Pendahuluan	21
2.2 Pengertian Aspek Legal Pelayanan Kebidanan.....	22
2.3 Legislasi Praktik Kebidanan.....	23
2.3.1 Peran Dan Kegunaan Legislasi.....	23
2.4 Latar Belakang Sistem Legislasi Tenaga Bidan Indonesia	27
2.5 Otonomi Bidan Dalam Pelayanan	28
2.6 Aspek Hukum Dalam Praktik Bidan.....	32
2.7 Landasan Hukum Wewenang Bidan	33
2.8 Tanggung Jawab Dan Tanggung Gugat Bidan Dalam Praktik Kebidanan	34
DAFTAR PUSTAKA	39

BAB 3 INDIKATOR KESEHATAN WANITA

SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN	41
3.1 Pendahuluan.....	41
3.2 Siklus Kesehatan Wanita Sepanjang Kehidupan	42
3.2.1 Konsepsi.....	42
3.2.2 Bayi dan Anak.....	42
3.2.3 Remaja.....	44
3.2.4 Usia Reproduksi.....	47
3.2.5 Usia Lanjut	48
3.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita Secara Umum	49
DAFTAR PUSTAKA.....	51

BAB 4 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM

PERSPEKTIF GENDER	55
4.1 Pendahuluan.....	55
4.2 Pengertian Gender dan Seksualitas.....	56
4.2.1 Pengertian Gender.....	56
4.2.2 Pengertian iSeksualitas.....	56
4.3 Budaya yang memengaruhi Gender	58
4.3.1 Marginalisasi (Peminggiran)	60
4.3.2 Subordinasi (Penomorduan)	61
4.3.3 Pandangan <i>Steoreotype</i> (Citra iBaku).....	61
4.3.4 Kekerasan (<i>Violence</i>)	62
4.3.5 Beban Ganda (<i>Double Dourden</i>).....	62
4.4 Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi	63
4.4.1 Isu Gender di Masa Kanak-Kanak	63
4.4.2 Isu Gender Pada Anak Perempuan.....	64
4.4.3 Isu Gender di Masa remaja	64
4.4.4 Isu Gender di Masa dewasa	65
4.4.5 Isu Gender di Masa Tua.....	65
4.5 Kesehatan Reproduksi Peka Gender	67
4.6 Pengarustamaan Gender (<i>Gender mainstraiming</i>)	67
4.7 Sasaran Pengarustamaan gender	68
4.8 Prinsip Pengarustamaan Gender.....	68

DAFTAR PUSTAKA	69
BAB 5 MASALAH-MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI.....	71
5.1 Pendahuluan	71
5.2 Infertilitas.....	72
5.3 Seksual <i>Trasmited Diseases</i> (STD)/ Infeksi menular Seksual (IMS)	79
5.4 Gangguan Haid	91
5.5 <i>Pelvic inflkamatry Diseases</i> (PID).....	94
5.6 <i>Unwanted pregnancy</i> dan aborsi	97
5.7 Kehamilan Yang Tidak Diinginkan (KTD).....	99
5.8 <i>Hormon Repkancement Therapy</i> (HRT)	101
DAFTAR PUSTAKA	106
BAB 6 DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI	107
6.1 Pendahuluan	107
6.2 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	108
6.3 Macam – Macam Gangguan Reproduksi yang lazim ditemui :.....	110
6.4 Deteksi Dini Gangguan Reproduksi.....	112
DAFTAR PUSTAKA	118
BAB 7 PROMOTIVE DAN PREVENTIVE DALAM KESEHATAN REPRODUKSI.....	121
7.1 Pendahuluan	121
7.2 Konsep Dasar Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi.....	122
7.3 Tujuan Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi	125
7.4 Prinsip Dasar Pelaksanaan Kegiatan Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi.....	126
7.5 Upaya Tenaga Bidan dalam Promotive dan Preventive Kesehatan Reproduksi	128

7.6 Bentuk Kegiatan Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi yang Sedang berjalan Saat ini.....	130
DAFTAR PUSTAKA.....	132
BAB 8 PRIMARY HEALTH CARE (PHC)	
PELAYANAN KESEHATAN UTAMA.....	133
8.1 Latar Belakang.....	133
8.2 Pengertian Primary Health Care (PHC)	133
8.3 Tujuan PHC.....	134
8.4 Fungsi PHC	135
8.5 Falsafah PHC	136
8.6 Sasaran PHC.....	136
8.7 Unsur, Prinsip dan Program PHC	137
8.8 Kendala Yang Mempengaruhi Penerapan <i>Primary Health Care</i>	147
8.9 Strategi PHC	151
8.10 Tanggungjawab Bidan dalam <i>Primary Health Care</i>	152
8.11 <i>Primary Health Care</i> (PHC) dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	157
DAFTAR PUSTAKA.....	159
BAB 9 KONSELING PRA NIKAH & PRA KONSEPSI	161
9.1 Konseling Pra Nikah	161
9.2 Konseling Pra Konsepsi.....	174
9.2.1 Definisi Konseling Prakonsepsi	176
9.2.2 Tujuan Konseling Prakonsepsi.....	176
9.2.3 Manfaat Konseling Prakonsepsi	176
9.2.4 Kunjungan Konseling Prakonsepsi.....	177
9.2.5 Skrining Pada Semua Wanita Usia Reproduksi	177
9.2.6 Topik-topik prakonsepsi	177
9.2.7 Upaya Promotif, Preventif Terkait Asuhan Kebidanan Prakonsepsi	178
DAFTAR PUSTAKA.....	180

BAB 10 PERKEMBANGAN KB.....	183
10.1 Pendahuluan.....	183
10.2 Sejarah KB di Indonesia	183
10.3 Tujuan Program KB	187
10.4 Sasaran Program KB.....	188
10.5 Manfaat Program KB	188
10.6 Faktor-faktor yang memengaruhi perkembangan KB di Indonesia.....	190
10.7 Organisasi-organisasi yang berhubungan dengan organisasi KB	192
10.7.1 Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)	192
10.7.2 Badan Koordinasi Keluarga berencana Nasional (BKKBN)	192
10.8 Struktur Organisasi KB di Indonesia.....	195
DAFTAR PUSTAKA	199
BAB 11 KONSELING PELAYANAN KB.....	201
11.1 Pendahuluan.....	201
11.2 Pembahasan.....	202
11.2.1 Konseling.....	202
11.2.2 Kasus	210
DAFTAR PUSTAKA	213
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Bardiati Ulfah

1.1 Pendahuluan

Konsep yang berkaitan dengan upaya mendorong keadilan dan menghapuskan segala bentuk diskriminasi dikatakan sebagai bentuk pemerataan kesehatan. Memajukan pemerataan kesehatan memerlukan reorientasi yang luas dari seluruh masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan. Pendekatan berbasis hak untuk meningkatkan kesehatan reproduksi, seksual, ibu, bayi baru lahir, anak dan remaja. Kebijakan pemerintah dan program kesehatan harus memprioritaskan langkah-langkah yang memastikan kebutuhan sasaran rentan secara merata, menjunjung tinggi prinsip hak asasi manusia, kesetaraan dan non diskriminasi, dan partisipasi (WHO, 2022). Reproduksi yang sehat merupakan keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan dalam semua aspek sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (World Health Organization, 2018).

Tidak adanya perbedaan kesehatan secara sosial, ekonomi, demografis atau geografis ditekankan sebagai prinsip yang mendasari. SDGs sebagai tujuan pembangunan berkelanjutan memastikan kehidupan yang sehat, mempromosikan kesejahteraan bagi semua usia dan bagian mendasar dari strategi global untuk perempuan, anak dan remaja (2016-2030) (WHO, 2022). Dinegara China penurunan

kematian ibu dan anak sangat cepat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, hal ini tentu saja berpengaruh terhadap sosial ekonomi, asuransi kesehatan sosial, dan politik. Dorongan yang kuat dari pemerintah untuk kesetaraan gender dan kesejahteraan perempuan dan anak-anak seperti slogan, "*Perempuan mengangkat separuh langit dan anak-anak adalah masa depan harapan ibu pertiwi*." merupakan strategi untuk mencapai kesehatan reproduksi wanita, ibu, bayi baru lahir, anak dan remaja. Dengan pengembangan pembiayaan, tenaga kesehatan, teknologi informasi serta faktor sistem kesehatan lainnya seperti: pemerintah dan kepemimpinan, kebijakan dan legislasi, serta masyarakat dan komunitas (Song *et al.*, 2020). Data proyeksi penduduk Indonesia hingga tahun 2035 usia remaja sebesar 25,6% dari total penduduk, maka perlu persiapan, pengelolaan yang berkualitas untuk menyiapkan generasi emas sebagai asset Negara (BKKI, 2018).

Strategi kesehatan reproduksi global pertama Organisasi Kesehatan Dunia untuk mempercepat kemajuan menuju pencapaian tujuan dan target pembangunan internasional diadopsi oleh Majelis Kesehatan Dunia ke-57 pada Mei 2004. Strategi ini dikembangkan melalui konsultasi ekstensif di semua wilayah WHO dengan perwakilan dari kementerian kesehatan, asosiasi profesional, dan lembaga swadaya masyarakat (LSM), lembaga mitra PBB dan pemangku kepentingan utama lainnya. Strategi ini mengakui peran penting kesehatan seksual dan reproduksi dalam pembangunan sosial dan ekonomi di semua komunitas (World Health Organization, 2018)

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, yang menjamin bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi berupa pelayanan persalinan, antenatal, nifas, dan pelayanan kesehatan anak dan remaja. Meningkatkan asuhan kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Menyediakan layanan

keluarga berencana berkualitas tinggi, termasuk layanan infertilitas, menghilangkan aborsi yang tidak aman, memerangi kanker serviks, infeksi saluran reproduksi (ISR), infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV dan morbiditas ginekologi lainnya dan meningkatkan kesehatan seksual yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu (Kementrian Kesehatan RI, 2015)

1.2 Konsep Reproduksi Sehat

Menurut Harnani *et al* reproduksi memiliki asal dari “re” yang memiliki arti kembali dan produksi yang memiliki arti menghasilkan atau membuat. Sehingga istilah reproduksi merupakan suatu proses dalam kehidupan manusia untuk menghasilkan keturunan dan juga demi keberlangsungan hidup (Harnani, Marlina and Kursani, 2015). Kesehatan reproduksi merupakan sebuah keadaan sehat yang menyeluruh meliputi mental, fisik, dan kehidupan sosial yang berhubungan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi dimana konsep dari reproduksi sehat bukan berarti kondisi yang terbebas dari suatu penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman sebelum dan sesudah menikah (Hasanah, 2017). Berdasarkan BKKBN (2001) bahwa reproduksi sehat adalah sehat dari segi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial menyeluruh pada semua hal yang berkaitan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi, bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan.

Dalam pemahaman kesehatan reproduksi yang lebih dalam, kesehatan reproduksi tidak hanya penelitian klinis (medis) tetapi juga meliputi pemahaman sosial. Tujuan inti dari kesehatan secara keseluruhan adalah kualitas hidup yang sangat baik. Namun, kondisi sosial dan ekonomi secara tidak langsung memperlemah kesehatan reproduksi perempuan,

terutama di negara yang berkembang. Di Negara Sub Sahara Afrika hasil analisis terhadap kesehatan reproduksi remaja dan seksualitas menunjukkan ketidaksetaraan gender pada remaja, kesehatan seksual yang buruk berdasarkan indikator pendidikan, ekonomi, dan lingkungan tempat tinggal (Melesse *et al.*, 2020). Berkaitan dengan rentannya permasalahan yang kompleks pada kesehatan reproduksi perempuan merupakan komponen yang penting untuk diperhatikan. Perlunya peningkatan pengetahuan yang baik tentang kesehatan reproduksi sangat menunjang bagi perempuan dalam kehidupannya.

1.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Penyelenggaraan layanan kesehatan reproduksi berdasarkan Permenkes memiliki dua tujuan yang akan dicapai yaitu:

1. Tujuan Utama

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan, termasuk kehidupan seks perempuan dan hak-hak reproduksi, untuk meningkatkan kemandirian perempuan mengatur kegiatan dan proses reproduksinya, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

2. Tujuan Khusus

- a. Memperkuat otonomi perempuan dalam menentukan peran dan tanggung jawab reproduktifnya.
- b. Memperkuat hak serta tanggung jawab sosial perempuan untuk menentukan waktu, jumlah dan jarak kehamilan.
- c. Semakin meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial laki-laki atas konsekuensi perilaku seksual dan kesuburan mereka terhadap kesehatan dan

kesejahteraan anak-anak mereka (Harnani, Marlina and Kursani, 2015), (BKKN, 2018)

1.4 Sasaran Kesehatan Reproduksi

Menurut Saroha (2009), kelompok sasaran utama kesehatanxxreproduksi merupakan laki-laki dan juga perempuan usia subur serta laki-laki dan perempuan muda yang belum menikah. Sasaran program kesehatan reproduksi remaja ditujukan dengan harapan seluruh remaja serta keluarganya mempunyai tingkat pengetahuan, kesadaran, sikap maupun perilaku yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, sehingga remaja dipersiapkan menjadi keluarga yang berkualitas. Periode emas atau 1000 hari pertama kehidupan tidaklah mencukupi untuk perkembangan manusia sehingga membutuhkan persiapan khusus sepanjang 8000 hari masa anak-anak menuju remaja. Dikatakan fase pertumbuhan remaja menengah (5-9 tahun), fase percepatan pertumbuhan remaja (10-14 tahun), dan fase pertumbuhan remaja (15-19 tahun) dimana respon diperlukan untuk pematangan otak, keterlibatan sosial dan pengendalian emosi (Donal A, Silva Nd, Hortoni S, Patton J, Schultz I, 2018)

Berbagai dampak merugikan bagi remaja dari kurangnya pengetahuan serta kurangnya pemahaman mempengaruhi remaja dalam bersikap. Dikatakan terdapat perbedaan pengetahuan terhadap sikap remaja setelah mendapatkan penyuluhan kesehatan reproduksi dengan gaya pacaran sehat (Novita and Sariana, 2020). Remaja sering menghadapi hambatan dalam upaya mendapatkan informasi dan perawatan yang mereka butuhkan, yang menempatkan kesehatan reproduksi remaja sebagai masalah lain yang perlu mendapat perhatian (Kementrian Kesehatan RI, 2015). Bagi remaja sasaran pelayanan meliputi pendidikan seks, membantu menghadapi perubahan fisik/psikis/sosial & pengetahuan

menjaga kesehatan reproduksinya. Untuk wanita usia subur (WUS) dan juga pasangan usia subur (PUS), dan untuk lansia berupa pendampingan, edukasi tentang perubahan fisiologis masa menopause, pengetahuan penyakit-penyakit degenerative pada masa lansia, makanan sehat bagi lansia yang kaya akan kalsium untuk membantu mencegah osteoporosis dan memberikan persiapan yang tepat dan berpikir positif selama menopause.

1.5 Lingkup Kesehatan Reproduksi

Lingkup kesehatan reproduksi meliputi seluruh daur hidup seseorang dari lahir hingga kematian. Penyelenggaraan kesehatan reproduksi didasarkan pada pendekatan siklus hidup untuk mencapai tujuan yang jelas serta manfaat yang jelas, dilakukan dengan komprehensif serta berkualitas dengan memerhatikan hak reproduksi individu dalam program manfaat yang tersedia. Remaja penting mengetahui tentang kespro untuk mendapatkan informasi yang benar tentang sistem reproduksi dengan segala faktor yang ada di sekelilingnya. Ketepatan informasi yang didapatkan remaja diharapkan dapat merubah sikap ataupun perilakunya untuk lebih bertanggung jawab pada reproduksinya. Penelitian Ngozi *et al* bahwa secara umum pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual pada remaja tersedia secara fisik namun tidak dapat di peroleh remaja dikarenakan berbagai hal seperti pendapatan, pendidikan dan usia, salah satunya tidak tersedianya klinik khusus remaja (Odo *et al.*, 2018).

Beberapa layanan kespro khususnya bagi kehidupan remaja meliputi gizi seimbang, pendidikan kesehatan reproduksi, pencegahan kekerasan sosial, pencegahan kecanduan narkoba, pernikahan dini, pendidikan dan pengembangan keterampilan, pembentukan harga diri, juga peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi terbagi menjadi 2 yaitu 1) pengetahuan dari segi biologis yang meliputi: pengetahuan reproduksi wanita dan laki-laki, proses reproduksi yang merupakan kehamilan dan kelahiran, dan pengetahuan mengenai penularan penyakit menular seksual, 2) pengetahuan bidang sosial/psikologis yang mengajarkan soal seks (Nindya, 2016)

Area lingkup permasalahan kespro secara umum berupa pendekatan dalam daur siklus kehidupan. Upaya-upaya penanganan kesehatan reproduksi remaja yang sering menjadi permasalahan seperti:

1. Pentingnya gizi dengan pola seimbang
2. Informasi mengenai kesehatan reproduksi
3. Upaya pencegahan kekerasan, hingga kekerasan seksual
4. Upaya pencegahan ketergantungan narkoba
5. Edukasi tidak menikah usia dini
6. Upaya peningkatan pendidikan dan keterampilan
7. Dukung remaja untuk memiliki harga diri yang baik
8. Edukasi remaja untuk meningkatkan/pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

1.6 Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Umumnya terdapat empat kelompok faktor yang berdampak negatif terhadap kespro yaitu:

1. Faktor Demografis – Ekonomi

Faktor ekonomi sebagai faktor yang memengaruhi kemiskinan, rendahnya pendidikan dan minimnya informasi perkembangan seksual, umur pertama kalinya berhubungan seksual, usia saat pertama kali menikah dan hamil. Sedangkan faktor demografi yang meliputi

ketersediaan layanan kesehatan, proporsi remaja putus sekolah, dan lokasi/penduduk yang terpencil.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor ini memengaruhi terhadap praktik tradisional yang berdampak negatif terhadap kespro, keyakinan bahwa memiliki banyak anak beruntung, informasi tata laksana reproduksi yang membuat remaja bingung dengan adanya pertentangan, keyakinan agama yang dianut, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan, sosialisasi, pemenuhan tugas reproduksi secara umum, hak dan kewajiban individu, dan dukungan atau keterlibatan politik.

3. Faktor Psikologis

Sebagai contoh dari faktor psikologis yaitu: merasa harga diri rendah, intimidasi teman sebaya, kekerasan dalam rumah tangga/KDRT, menimbulkan dampak ketika terjadi perselisihan orang tua dan anak remaja, depresi dikarenakan hormone tidak seimbang, rasa tidak berharga perempuan terhadap laki-laki yang membeli kebebasannya dengan cara online.

4. Faktor Biologis^[1]_{SEP}

Faktor ini berdampak negatif pada kesehatan wanita seperti: malformasi kongenital, cacat genital akibat PMS, malnutrisi kronis, anemia, penyakit radang panggul, atau keganasan reproduksi. Oleh karena itu, asuhan yang baik sangat diperlukan guna mempertahankan hak-hak reproduksi serta meningkatkan kehidupan reproduksinya (Mega and Hidayat, 2018)

1.7 Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita Di Indonesia

Derajat atau ukuran menunjukkan status kesehatan wanita dalam sekelompok populasi tertentu disebut dengan indikator kesehatan wanita. Ada juga indikator kesehatan ibu yang dapat diukur dengan menggunakan tingkat pendidikan, pendapatan, harapan hidup, serta AKI dan tingkat kesuburan.

1. Indikator Pendidikan

Tingkat pendidikan berpengaruh pada status kesehatan. Seseorang yang memiliki pendidikan cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik tentang masalah kesehatan dan cara pencegahannya. Dengan pendidikan cukup, maka seseorang bisa memperoleh uang, mengurus dirinya dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dalam keluarga dan masyarakat. Pendidikan mempengaruhi sikap perempuan terhadap kesehatan. Pendidikan yang rendah menyebabkan perempuan kurang peduli terhadap kesehatan dan tidak menyadari bahaya atau ancaman kesehatan yang dapat menimpa dirinya. Jadi, meskipun ada fasilitas yang baik, kurangnya pengetahuan memungkinkan mereka memanfaatkannya sebaik mungkin.

2. Indikator Penghasilan

Dengan meningkatnya pendapatan perempuan, pemenuhan kebutuhan berubah dari mencari kebutuhan pokok menjadi pemenuhan kebutuhan lain, terutama peningkatan kesehatan perempuan. Pendapatan bergantung pada status ekonomi, dimana status ekonomi seringkali menjadi penyebab masalah kesehatan wanita.

3. Indikator Usia Harapan Hidup

- a. Lamanya hidup manusia di dunia disebut dengan usia harapan hidup (*Life Expectancy Rate*). Jika dibandingkan dengan laki-laki maka wanita memiliki usia harapan hidup lebih lama. Di Negara Indonesia memiliki angka harapan hidup perempuan sebesar 54 tahun (1980), 64,7 tahun (1990), dan 70 tahun (2000)
- b. Seiring dengan bertambahnya usia harapan hidup maka tidak dapat dielakan bahwa jumlah lansia juga semakin meningkat.
- c. Faktor lain yang berdampak besar terhadap kelangsungan hidup lebih lama. Usia yang panjang tergantung pada beberapa faktor seperti: Misal. gizi, penyakit bawaan, lingkungan hidup, stress/psikologi.

4. Indikator Angka Kematian Ibu

Berdasarkan WHO, terdapat tiga faktor penyebab angka kematian sang ibu yang tinggi yaitu infeksi, perdarahan dan komplikasi saat persalinan, sementara itu faktor reproduksi ibu meningkatkan risiko kematian ibu. Beberapa faktor risiko yang sering disebutkan dalam beberapa literature adalah 3 T (terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak). Ibu dengan paritas lebih dari tiga terbukti menyebabkan tingginya kematian ibu jika dibandingkan dengan ibu paritas dua-tiga. Faktor risiko kematian lainnya seperti usia ibu, jika usia ibu yang kurang dari 20 tahun ataupun usia ibu yang telah lebih dari 35 tahun saat melahirkan berpotensi menjadi faktor risiko kematian dikarenakan banyaknya dampak yang mempengaruhinya. Jarak kehamilan terlalu dekat kurang dari 2 tahun juga ikut menjadi faktor penyebab kematian ibu (Megasari, 2015)

5. Indikator Tingkat Kesuburan

Seorang wanita dikatakan subur atau dikatakan juga sebagai ovulasi yaitu dimana sel telur matang dilepaskan untuk pembuahan. Jika seorang wanita berhubungan seksual pada masa subur tersebut, kehamilan mungkin saja terjadi. Siklus haid juga dipengaruhi oleh hormon berupa estrogen dan progesteron. Dengan adanya hormon tersebut menyebabkan maka dapat terjadilah perubahan fisiologis pada tubuh wanita yang dapat dikenali dari beberapa indikator klinis. Pentingnya bagi pasangan untuk mengetahui dan mengenali masa subur terutama bagi yang memiliki masalah untuk hamil.

1.8 Hak-Hak Reproduksi

Terwujudnya kesehatan bagi setiap individu secara utuh baik kesehatan rohani maupun jasmani telah dicetuskan pada Konferensi internasional kependudukan dan pembangunan, meliputi :

1. Hak memperoleh informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
2. Hak memperoleh pelayanan & perlindungan kespro
3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kespro
4. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan
5. Hak menentukan jumlah juga jarak kehamilan
6. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual
8. Hak memperoleh manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kespro
9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga

11. Hak untuk bebas terhadap segala macam bentuk diskriminasi berkeluarga dan kehidupan kespro
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

Adapun hak reproduksi berdasarkan rumusan *International Planned Parenthood federation* (IPPF) adalah:

1. Hak untuk hidup
2. Hak untuk mendapatkan kebebasan dan keamanan
3. Hak atas kesetaraan dan terbebas dari segala bentuk diskriminasi
4. Hak privasi
5. Hak kebebasan berpikir
6. Hak atas informasi dan pendidikan
7. Hak memilih untuk menikah atau tidak serta untuk membentuk dan merencanakan sebuah keluarga
8. Hak untuk memutuskan ingin dan kapan punya anak
9. Hak atas pelayanan dan proteksi kesehatan
10. Hak untuk menikmati kemajuan ilmu pengetahuan
11. Hak atas kebebasan berserikat dan berpartisipasi dalam arena politik
12. Hak untuk terbebas dari kesakitan dan kesalahan pengobatan

Berdasarkan BKKBN (2000), prakarsa teknis operasional Indonesia bertujuan untuk mewujudkan hak-hak reproduksi yaitu: promosi hak-hak kesehatan reproduksi, advokasi hak-hak kesehatan reproduksi, KIE hak-hak kesehatan reproduksi dan sistem pelayanan hak-hak reproduksi

1.9 Kesehatan Reproduksi Dalam Siklus Hidup Perempuan

Untuk menggambarkan ranah kespro sering digunakan pada pendekatan siklus hidup wanita dengan memerhatikan kebutuhan khusus dari sistem reproduksi. Siklus hidup manusia dimulai saat pembuahan. Konsep dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah percampuran inti sel laki-laki dan perempuan, pengertian lain pembuahan/pembuahan adalah pertemuan sel telur dan sel sperma (sperma) dan pembentukan zigot (Megasari, 2015). Kehamilan adalah proses di mana janin tetap berada di dalam rahim akibat pembuahan sperma. Asupan gizi pada ibu hamil dengan 40% nutrisi yg dikonsumsi ibu hamil dipergunakan untuk pertumbuhan janin dan 60% untuk kesehatan ibu.

Setiap individu yang hidup melewati tahapan pertumbuhan dan perkembangan yaitu dari embrio sampai akhir masa hidupnya. Istilah pertumbuhan dan perkembangan manusia mencakup dua keadaan yang berbeda tetapi berhubungan satu sama lainnya. Pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, dimulai dengan mengenal orang lain dan ibunya, menyesuaikan diri dengan kebutuhan lingkungan yang berbeda (sosialisasi), rasa ingin tahunya tinggi, meskipun koordinasi otot dan kekuatan fisiknya belum sempurna.

Terdapat perbedaan anak perempuan dan laki-laki dalam tahapan masa remaja. Pada umumnya anak wanita mencapai pubertas dua tahun lebih awal dari laki-laki, dan perkembangan ini tercermin dari perkembangan pubertas. Masa remaja merupakan fase transisi yaitu diantara masa anak-anak dan dewasa dengan usia 11 sampai 20 tahun. Tahapan ini merupakan fase pematangan organ reproduksi manusia. Pada awal masa remaja dimulai dengan berlakunya pematangan seksual, remaja akan dihadapkan disuatu keadaan membutuhkan penyesuaian dalam menerima

perubahan yang terjadi. Matangnya seksualitas dan bentuk tubuh yang berubah berpengaruh signifikan pada kehidupan mental remaja. Dengan kematangan seksual sehingga membangkitkan minat remaja pada anatomi dan fisiologi tubuh mereka. Selain tertarik pada dirinya sendiri, ia juga tertarik pada teman sebaya lawan jenis.

Kematangan secara psikososial dan seksual remaja dilewati dengan beberapa fase secara umum yaitu: 1) Fase remaja awal/dini (*early adolescence*) dimulai umur 11-13 tahun, dengan ciri khasnya merasa ingin bebas, lebih dekat dengan teman-temannya, mulai berpikir abstrak dan lebih memperhatikan keadaan tubuhnya. 2) Fase remaja pertengahan (*middle adolescence*) dengan umur mulai 14-16 tahun, dengan ciri-ciri sebagai berikut: dalam pencarian identitasnya sendiri, dia mulai menginginkan kencan, berfantasi tentang seks, dan merasakan cinta yang mendalam. 3) Fase remaja lanjut (*late adolescence*) dimulai umur 17-20 tahun, dengan ciri khas: mampu berpikir abstrak, lebih selektif dalam mencari pendamping, memiliki citra fisik, mengungkapkan diri, memahami perasaan cinta dan pengungkapan diri (Huliana, 2002)

Wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang mencapai usia 15 hingga 49 tahun, tanpa memandang status perkawinan. Wanita usia subur tetap memiliki organ reproduksi fungsional antara usia 20 hingga 45 tahun. Usia subur wanita berlanjut lebih cepat dibandingkan pria. Kesuburan memuncak antara usia 20 dan 29 tahun. Pada usia ini, seorang wanita memiliki peluang 95% untuk hamil. Pada usia 30 tahun proporsinya turun menjadi 90% (Wilujeng, 2013). Pada saat yang sama, wanita di atas 40 tahun hanya memiliki kemungkinan kurang dari 10% untuk hamil. Sangat penting untuk menyadari masalah kesuburan reproduksi. Pada masa subur ini, wanita wajib menjaga dan memelihara kesehatan reproduksi dan

kebersihan diri, yang meliputi deteksi dini kanker serviks pada wanita.

Penuaan merupakan proses seumur hidup yang tidak dapat dihindari. Ini adalah perubahan bertahap antara status fisik, mental dan sosial individu. Keberhasilan pembangunan kesehatan dengan life cycle thinking yang dimulai dari persiapan ibu untuk kehamilannya sampai dengan kelahiran bayi, balita, anak sekolah dan remaja, dewasa dan lanjut usia, sangat menentukan kuantitas dan kualitas hidup serta kesehatan orang tua di masa depan. Jika pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan baik pada semua tahapan siklus kehidupan, maka kualitas hidup di masa tua tentu akan meningkat. Menurut (Hasanah, 2017) faktor-faktor yang mempengaruhi Siklus kesehatan wanita dipengaruhi oleh :

1. Faktor genetik adalah faktor utama berdasarkan faktor keturunan yang normal, misalnya: Gender, Etnisitas, Bangsa
2. Faktor lingkungan, komponen biologis, misalnya organ tubuh, nutrisi, perawatan, kebersihan lingkungan, pendidikan, sosial budaya, tradisi, agama, adat istiadat, ekonomi, politik
3. Faktor perilaku dan status perilaku mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Perilaku yang berlabuh di masa kanak-kanak terbawa ke kehidupan berikutnya.

1.10 Masalah Kesehatan Reproduksi

Setiap pernikahan sudah dipastikan memiliki tujuan yang sangat baik, dimana tujuan utama pernikahan adalah untuk menciptakan keluarga yang bahagia. Dalam masyarakat, kesempurnaan keluarga adalah:

Memiliki anak adalah dambaan setiap pasangan suami istri, namun pada kenyataannya tidak semua pasangan

memiliki anak dengan mudah. Infertilitas adalah ketidakmampuan pasangan untuk hamil secara spontan. Lamanya waktu pasangan mencoba untuk hamil sangat penting dan biasanya menjadi perhatian jika mereka tidak hamil setelah satu tahun (12 bulan) melakukan hubungan seks tanpa kondom, tanpa kondom. Faktor-faktor yang mempengaruhi infertilitas meliputi: Usia, lama infertilitas, lebih dari 50% akhir dengan masalah infertilitas, stres, lingkungan, hubungan seksual, masalah genital pada wanita dan pria (Kementrian Kesehatan RI, 2015)

Permasalahan kesehatan reproduksi terutama pada wanita sangat beragam, beberapa gangguan yang sering terjadi pada wanita yaitu:

1. Pre Menstrual Syndrome (PMS)

Beberapa wanita mengalami rasa tidak nyaman menjelang haid dan seringkali mengganggu aktivitas sehari-hari, seperti nyeri perut hingga ke pinggang, mual atau pusing. Keadaan ini disebut premenstrual syndrome (PMS). Premenstrual Syndrome (PMS) adalah Gejala psikologis dan fisik dimulai pada fase luteal dan berakhir pada fase folikuler dari siklus menstruasi. Gejala yang muncul dibagi menjadi tiga keadaan: emosional, fisik dan perilaku. Gejala PMS yang berhubungan dengan emosi dan suasana hati yang paling umum adalah depresi, lekas marah, menangis, lebih sensitif (hipersensitivitas), dan perubahan suasana hati antara sedih dan marah. Penyakit fisik yaitu kram perut, lelah, kembung, nyeri payudara (mastalgia), jerawat dan berat badan naik. Gejala perilaku termasuk mengidam makanan, konsentrasi buruk, penarikan sosial, pelupa dan motivasi berkurang. PMS tetap menjadi masalah umum dimana pengobatan yang tepat dapat meningkatkan kualitas hidup. PMS memiliki dampak negatif yang signifikan terhadap kualitas hidup wanita, terutama dalam hal kinerja, interaksi sosial, gaya

hidup, dan kesejahteraan emosional. Penyebabnya antara lain hormonal, kimia, genetik, psikologis dan gaya hidup.

2. Gangguan Haid

Gangguan menstruasi merupakan keluhan sebagian wanita, yang dapat dibedakan sebagai berikut: Hipermenore (menorrhagia) adalah kelainan volume darah dan durasi menstruasi, oleh karena itu gagal hati atau ginjal. Hipomenore juga diartikan sebagai periode yang lebih pendek atau lebih jarang dari biasanya, misalnya sebagai penyebab setelah miomektomi dan gangguan endokrin.

Gangguan siklus menstruasi juga dikenal dengan berbagai istilah, seperti: Polymenorrhea, yaitu siklus haid yang lebih pendek dari biasanya atau berlangsung kurang dari 21 hari. Penyebabnya mungkin gangguan hormonal, yang menyebabkan gangguan ovulasi, peradangan, endometriosis. Oligomenorrhea, yaitu: Siklus menstruasi lebih lama dari biasanya atau lebih dari 35 hari. Penyebabnya adalah gangguan hormonal yang menyebabkan gangguan ovulasi dan peradangan. Amenore adalah tidak adanya menstruasi selama tiga bulan berturut-turut. Amenorea dibagi menjadi dua bagian yaitu aliran menstruasi primer dan siklus menstruasi sekunder. Amenore primer adalah wanita yang berusia minimal 18 tahun dan belum pernah mengalami menstruasi (Harnani, Marlina and Kursani, 2015).

Perdarahan di luar haid, seperti metrorrhagia, yaitu: Pendarahan yang terjadi antara dua periode. Penyebabnya di serviks (polip, erosio, ulkus, karsinoma servik), pada Korpus Uteri (polip, abortus, mola, koriokarsinoma, subinvolusio, karsinoma, mioma), di saluran tuba (KET, peradangan, tumor), di ovarium (radang, kista, tumor). Gangguan menstruasi lainnya seperti: Dismenore, adalah nyeri saat menstruasi. Dismenore dibagi menjadi dua

kategori: dismenore primer dan dismenore sekunder. Dismenore primer adalah nyeri haid yang terjadi tanpa kelainan yang jelas pada alat kelamin (biasanya dimulai beberapa saat setelah dimulainya haid, atau 12 bulan atau lebih). Nyeri bersifat kram, terbatas pada perut bagian bawah dan dapat menjalar ke pinggang dan paha, biasanya disertai mual, muntah, sakit kepala, dan diare, sedangkan dismenore sekunder adalah nyeri haid karena sebab ekstrinsik, penyebabnya adalah salpingitis, endometriosis, stenosis servicitis uteri.

Pelvic Inflammatory Diseases (PID) adalah infeksi genital bagian atas disebabkan oleh berbagai organisme yang dapat menyerang lapisan rahim, tuba falopi, ovarium dan miometrium akibat hubungan seksual. PID disebabkan oleh infeksi bakteri. Sekitar 90-95% kasus PID disebabkan oleh bakteri, terutama *Neisseria gonorrhea* dan *Chlamydia trachomatis*. Gejala PID bervariasi, termasuk: Keluhan yang paling banyak (90%) dari penyakit ini adalah nyeri, suhu di atas 38°C, keputihan serviks/vagina yang tidak normal, nyeri perut dan ketegangan pada gerakan serviks (Martadisoebrata D Wirakusumah, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- [1]
[SEP] BKKN. 2018. *Generasi Emas Indonesia Tahun 2045*.
- Donal A, Silva Nd, Hortoni S, Patton J, Schultz I, T. D. 2018. 'Investment in child and adolescent health and development key messages from disease control priorities, 3 rd edition', *The Lancet*, 391, pp. 687–699.
- Harnani, Y., Marlina, H. and Kursani, E. 2015. *Teori Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Yogyakarta: Deepublish.
- Hasanah, H. 2017. 'Pemahaman Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan: Sebuah Strategi Mencegah Berbagai Resiko Masalah Reproduksi Remaja', *Sawwa: Jurnal Studi Gender*, 11(2), p. 229. doi: 10.21580/sa.v11i2.1456.
- Huliana, M. 2002. *Panduan Menjalani kehamilan sehat*. 1st edn. Jakarta: Puspa Swara.
- Kementrian Kesehatan RI. 2015. *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*.
- Martadisoebrata D Wirakusumah. 2013. *Obstetri Patologi*. Jakarta: IGC Jakarta.
- Mega and Hidayat. 2018. 'Asuhan Kebidanan Pelayanan Keluarga Berencana', *Deepublish*.
- Megasari, M. dkk. 2015. *Panduan Asuhan Kebidanan 1*. 1st edn. Yogyakarta: Deepublish.
- Melesse, D. Y. *et al.* 2020. 'Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: Who is left behind?', *BMJ Global Health*, 5(1), pp. 1–8. doi: 10.1136/bmjgh-2019-002231.
- Nindya, C. D. 2016. 'Pengembangan Model Bimbingan Sosial Yang Adaptif Dalam Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kota Kediri', *J Of Nonformal Education And Community Empowerment*, 5(1). Available at: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jnfc/article/view/10472>.

- Novita and Sariana. 2020. 'Pengaruh penyuluhan kesehatan reproduksi remaja dan Gaya pacaran sehat terhadap pengetahuan dan sikap remaja', *Jour.G Health Science*, 5(4).
- Odo, A. N. *et al.* 2018. 'Sexual and reproductive health services (SRHS) for adolescents in Enugu state, Nigeria: A mixed methods approach', *BMC Health Services Research*. BMC Health Services Research, 18(1), pp. 1–12. doi: 10.1186/s12913-017-2779-x.
- Song, Y. *et al.* 2020. 'Version of Record: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620327082>'.
- WHO. 2022. *Inequality monitoring in sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: a step-by-step manual*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042438>.
- Wilujeng, R. 2013. *Kesehatan Reproduksi*. Surabaya: Midwifery Journal. Available at: <https://journal.stikesghsby.ac.id/index.php/keb/issue/view/3>.
- World Health Organization. 2018. 'WHO factsheets on women s'health'. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>.

BAB 2

ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB

Oleh Niar

2.1 Pendahuluan

Antisipasi kematian dan kesakitan ibu merupakan alasan utama dibalik perlunya pelayanan keluarga berencana. Ada banyak alasan tambahan, termasuk kebutuhan untuk meringankan kekhawatiran perempuan tentang kehamilan yang tidak diinginkan, kerugian fisik dan psikologis yang disebabkan oleh aborsi yang tidak aman, dan tuntutan pembangunan sosial untuk meningkatkan status sosial perempuan. (Sarwono Prawirohardjo,2006).

Aspek hukum diartikan sebagai studi kelayakan yang mempertanyakan legalitas suatu perbuatan menurut hukum Indonesia. Agar bidan perorangan dapat menjalankan praktiknya sesuai dengan ketentuan yang digariskan dalam peraturan perundang-undangan dan memberikan kejelasan batasan kewenangannya dalam melakukan praktik kebidanan, maka digunakan tujuan aspek hukum pelayanan kebidanan sebagai syarat..Salah satu bagian dari kader kesehatan masyarakat, bidan sebaiknya dalam melakukan pelayanan kebidanan memberikan yang terbaik untuk mendukung program pemerintah dalam pembangunan di tanah air, termasuk di bidang kesehatan. Sebagai pemberi pelayanan kebidanan, bidan harus menjamin pelayanan yang profesional, akuntabel dan legal.(Qomariyah kinanantul. Dkk, 2022)

2.2 Pengertian Aspek Legal Pelayanan Kebidanan

Aspek hukum diartikan sebagai studi kelayakan yang mempertanyakan legalitas suatu perbuatan menurut hukum Indonesia. Motivasi dari sudut pandang yang sah dalam pelayanan persalinan digunakan sebagai kebutuhan untuk melengkapi tindakan spesialis persalinan individu dalam memberikan pelayanan pertolongan persalinan sesuai dengan pengaturan yang ditentukan dalam pedoman dan memberikan kejelasan tentang batasan pengaruh mereka dalam melakukan latihan perawatan persalinan. . Sebagai salah satu kader kesehatan masyarakat, bidan sebaiknya melakukan pelayanan yang baik untuk membantu pemerintah dalam program pembangunan di tanah air, termasuk di bidang kesehatan. Dalam pelayanan kebidanan, bidan harus menjamin pelayanan yang profesional, akuntabel dan legal.. (Qomariyah kinanantul. Dkk, 2022)

Administrasi menurut Rujukan Kata Bahasa Indonesia Besar dicirikan sebagai pembantu yang dibutuhkan oleh seseorang untuk melayaninya, kemudian Rujukan menurut Kamus Bahasa Indonesia Besar, adalah dalam hal ini berkaitan tentang kondisi medis, berarti bantuan yang diperoleh seseorang mengenai penanggulangan. , penentuan dan terapi masalah kesejahteraan tertentu (KBBI, 2013)

Sesuai keputusan Menteri Kesehatan 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan. Bidan memberikan Asuhan kebidanan yang bersifat Holistik, Humanistik berdasarkan evidence based dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan serta memperhatikan aspek fisik, psikologis, emosional, sosialbudaya, spiritual, ekonomi dan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan meliputi: Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif. (Menkes /938/Menkes/SK/VIII/,2007)

Kepmenkes 938/MenKes/SK/VIII/2007 menyebutkan bahwa pedoman Asuhan Penolong Persalinan. Dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan, bidan fokus pada faktor fisik, psikologis, sosial budaya, emosional, ekonomi, spiritual, kesehatan reproduksi wanita disekitar lingkungannya juga sangat berpengaruh. Faktor-faktor tersebut meliputi: Promotif, Preventif, Terapi dan Rehabilitasi. (Qomariyah kinanantul. Dkk, 2022)

2.3 Legislasi Praktik Kebidanan

Legislasi adalah proses membangun atau menyempurnakan UU melalui penggunaan sertifikasi (*Competence Arrangement*), sertifikasi (*Organizational Arrangements*), dan pengakuan (*Organizational Arrangements*).

Tujuan undang-undang adalah untuk melindungi masyarakat sebagai imbalan atas layanan yang telah disediakan. Jenis keamanan ini meliputi:

1. Mempertahankan Kewenangan
2. Penyediaan Layanan Berkualitas Tinggi
3. Menjamin Cakupan Hukum
4. Meningkatkan Kompetensi.(Qomariyah kinanantul. Dkk, 2022)

2.3.1 Peran Dan Kegunaan Legislasi

1. Menjamin asuransi bagi masyarakat yang menggunakan administrasi profesi itu sendiri
2. Peraturan perundang-undangan penting untuk penyediaan layanan bidan profesional. Disebut Bidan profesional bila memiliki sejumlah kriteria, seperti, peningkatan kompetensi semakin baik, mandiri, praktik dengan kebaruaran, dan menggunakan sumber informasi yang berbeda. Sebagai konsumen layanan profesional, masyarakat membutuhkan keamanan dan layanan

berkualitas tinggi. Ketidakpuasan klien atau komunitas dapat diakibatkan oleh sejumlah faktor, antara lain:

- a. Pelayanan yang aman;
- b. petugas yang memiliki sikap kurang baik;
- c. kurangnya komunikasi;
- d. Terdapat kesalahan prosedur;
- e. Nasihat buruk;
- f. Tidak ada penjelasan, bimbingan, informasi, atau pendidikan kesehatan.

3. Sertifikasi Praktik Kebidanan (Pengaturan Kompensesnsi)

Sertifikasi adalah laporan dominasi kemampuan tertentu melalui latihan instruktif formal dan non formal (dilanjutkan dengan persekolahan). Organisasi profesi, rumah sakit dan lembaga kesehatan non pemerintah lainnya adalah contoh lembaga pendidikan non formal yang akreditasinya ditentukan oleh profesi. sedangkan lembaga non formal dan sertifikasi adalah sertifikat terakreditasi sesuai dengan standar nasional. Kelulusan terbagi dalam dua bentuk, yaitu:

- 1) Ijasah adalah bukti kepemilikan keterampilan tersebut, diakui oleh undang-undang sesuai dengan peraturan berlaku dan diperoleh melalui pendidikan resmi.
- 2) Sertifikat adalah catatan penguasaan kemampuan tertentu, yang dapat diperoleh dari latihan-latihan resmi atau berproses dengan instruksi-instruksi atau lembaga-lembaga pendidikan nonresmil yang kesejahteraannya tidak sepenuhnya disesuaikan dengan panggilan. Tujuan umum sertifikasi sebagai berikut:
 - a. Mengamankan masyarakat yang menggunakan administrasi professional
 - b. Mengembangkan kualitas bantuan lebih lanjut
 - c. Perluasan dan Pemerataan cakupan layanan

Tujuan khusus Sertifikasi dengan cara sebagai berikut:

- a. Menyatakan kompetensi staf profesional dalam hal pengetahuan, keterampilan, dan perilakunya;
- b. batasan kualifikasi berdasarkan batasan kompetensi;
- c. menyatakan kompetensi tenaga profesional dalam hal pendidikan tambahan;
- d. Penetapan jenjang, kualifikasi, serta tambahan ruang lingkup pendidikan untuk tenaga profesional; dan
- e. Terpenuhinya persyaratan mendapatkan nomor registrasi

3) Pendaftaran Registrasi (Pengaturan Kompetensi)

Seorang pekerja profesional harus secara teratur menghadiri suatu organisasi tertentu untuk menyelesaikan proses pendaftaran guna memperoleh hak dan kewenangan untuk melakukan tindakan profesional setelah memenuhi syarat-syarat organisasi tersebut.

Pendaftaran, dokumentasi, dan pengakuan bidan adalah bagian dari pendaftaran bidan. Selanjutnya diproklamirkan telah memenuhi pusat keterampilan dasar atau setidaknya menetapkan pedoman pelaksanaan, sehingga benar-benar dan secara intelektual mengamalkan panggilannya. Setelah memenuhi sejumlah persyaratan pendaftaran izin, seorang pekerja profesional dapat memperoleh haknya untuk izin praktik (lisensi) dengan cara didaftarkan. Registrasi Praktik Kebidanan memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Bekerja pada kapasitas staf ahli untuk dengan cepat menciptakan kemajuan logis dan mekanis.
- b. Meningkatkan metode penyelesaian kasus malpraktik yang komprehensif dan objektif

c. Mencatat jumlah dan jenis praktik

Siklus pendaftaran permohonan praktik asuhan kebidanan adalah sebagai berikut: Untuk memiliki SIB atau surat izin bidan dalam waktu kurang dari satu bulan setelah mendapatkan sertifikat Bidan, bidan yang baru lulus harus menyerahkan aplikasi dan dokumen pendaftaran kepada kepala bidan. Dinas Kesehatan provinsi pada lembaga pendidikan. (Kepmenkes 900/Menkes/SK/VI1, 2002)

Kesesuaian pendaftaran dengan Kepmenkes No. 900/menkes/SK/VII/2002 adalah: salinan surat keterangan bidan, salinan transkrip nilai, surat keterangan sehat dokter, dan dua foto paspor. Dasar pemberian surat izin praktek kebidanan atau SIPB (Surat Izin Praktek Bidan) adalah SIB yang dapat dipindai dan berlaku selama lima tahun. SIB dinyatakan tidak berlaku karena dicabut sesuai dengan ketentuan pokok undang-undang yang berlaku, kadaluwarsa, tidak melakukan pendaftaran ulang, dan diminta oleh SIB.. (Kepmenkes 900/Menkes/SK/VI1, 2002)

1) Lisensi (Pengaturan Penyelenggaraan Kewenangan)

Izin praktik mandiri diberikan kepada tenaga profesional (bidan) yang telah terdaftar dalam pelayanan. Perizinan merupakan proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau pihak yang memberikannya. Sebelum diizinkan melakukan pekerjaan yang ditentukan, diberikan izin praktik (IBI). Tujuan Lisensi adalah sebagai berikut:

- (1) Menetapkan batasan yang diperbolehkan;
- (2) Mendorong sarana dan infrastruktur;

(3) Meyakinkan Pelanggan

SIPB (Surat Izin Praktek Bidan) adalah formulir yang digunakan untuk mengajukan izin di bidang kebidanan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memberikan bukti tertulis yang disebut SIPB kepada bidan yang telah berpraktik sesuai dengan persyaratan yang ditentukan. Praktik bidan harus memiliki SIPB yang dapat diperoleh dengan melengkapi persyaratan sebagai berikut dan mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota setempat: fotokopi SIPB yang masih berlaku, fotokopi ijazah sebagai bidan, surat persetujuan dari pengawas, surat keterangan sehat dokter, rekomendasi dari organisasi, dan foto paspor.(Kepmenkes 900/Menkes/SK/VI1, 2002)

2.4 Latar Belakang Sistem Legislasi Tenaga Bidan Indonesia

1. Undang-Undang Dasar 1945

Pesan pokok UUD 1945 yang tak henti-hentinya adalah upaya perbaikan masyarakat, kemajuan yang nyata di segala bidang untuk mendukung kesejahteraan, kebahagiaan dan kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia secara terkoordinasi, dan layak.

2. UUD No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan

Tujuan pemajuan kesejahteraan adalah untuk membangun kesadaran, kesiapan dan kemampuan hidup yang mantap bagi setiap penduduk Indonesia, melalui upaya promosi, Pencegahan, Penyembuhan dan Rehabilitasi. sebagai upaya untuk meningkatkan standar sumber daya manusia.

3. Memepersiapkan SDM atau Sumber Daya Manusia

Pelayanan dalam kebidanan terdiri dari kesehatan perempuan sepanjang masa reproduksi, meliputi masa remaja, calon pengantin, hamil, melahirkan, nifas, haid,

klimakterium, dan menopause, serta menyatukan tumbuh kembang balita dan anak prasekolah.. (Menkes, 1992)

2.5 Otonomi Bidan Dalam Pelayanan

Pertanggungjawaban atas segala tindakan Bidan merupakan salah satu aspek yang paling penting dan menuntut dari suatu profesi, terutama yang menyangkut perlindungan jiwa manusia. sehingga semua keputusan yang diambil oleh bidan harus berdasarkan kompetensi dan bukti. Tanggung jawab diperkuat oleh premis yang sah yang mengatur pembatasan kekuatan panggilan yang bersangkutan. (Otonomi Daerah 22/1999, 1999)

Bidan memiliki hak untuk mandiri dan profesional berdasarkan kemampuan yang dimiliki serta berpikir dengan benar dan metodis dan sesuai dengan etika profesi dan standar dengan perluasan legitimasi otoritas kebidanan. Dalam pelaksanaan prakarsa kesehatan, praktik kebidanan menjadi landasan bagi berbagai peningkatan kualitas kegiatan kebidanan melalui:

- 1) Pelatihan dan pendidikan yang Berkelanjutan
Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menyelenggarakan pendidikan berkelanjutan di tingkat Pimpinan Pusat (PP - IBI).
- 2) Penelitian kebidanan bertujuan untuk mengembangkan pengetahuan dari berbagai pengetahuan yang ada, fakta, dan temuan baru guna merumuskan teori, konsep, hukum, aturan, atau metodologi baru yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah kebidanan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah, patologi kebidanan, kebidanan komunitas, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi.
- 3) pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kebidanan adalah "entity, object, and intangibles" yang diproduksi

secara bersama-sama melalui pikiran dan tindakan seseorang untuk menghasilkan sesuatu yang bernilai. Dalam konteks ini, yang dimaksud dengan “teknologi” adalah mesin dan alat yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah di bidang kebidanan.

- 4) Akreditasi Suatu bentuk pengakuan pemerintah terhadap suatu lembaga pendidikan kebidanan.
- 5) Sertifikasi penguasaan kompetensi kebidanan melalui kegiatan di pendidikan formal dan informal Tujuannya agar pelayanan profesional lebih mudah dijangkau, meningkatkan mutu pelayanan, dan menjamin pemerataan bagi masyarakat luas.

6) Pendaftaran/Registrasi

Cara yang paling umum untuk mendaftarkan, mencatat dan mengamati spesialis persalinan setelah dinyatakan telah memenuhi pusat keterampilan dasar atau setidaknya panduan pelaksanaan yang ditetapkan dengan tujuan agar mereka benar-benar siap secara mental untuk berlatih panggilan pertolongan persalinan. Setelah memenuhi sejumlah syarat administrasi, Anda bisa mengajukan izin praktek jika sudah terdaftar.

7) Uji Kompetensi

Uji kompetensi adalah suatu cara untuk mengevaluasi pengetahuan, kemampuan, dan sikap tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesi. Tes kemampuan merupakan komitmen dokter spesialis persalinan dan merupakan indikasi kesiapan untuk menyelesaikan administrasi profesi. Pedoman per peraturan telah memperkuat tes kemampuan dan komitmen pendaftaran untuk penolong persalinan dan Ikatan Spesialis Bersalin Indonesia (IBI) menyelenggarakan kerangka tes kemampuan untuk penolong persalinan Indonesia. Sebagai rekomendasi dari organisasi profesi, ujian ini adalah penilaian terhadap

keterampilan dan kemampuan keilmuan, kode etik profesi yang harus dipatuhi, dan kepraktisan.

Diharapkan bidan yang melakukan praktik kebidanan benar-benar kompeten dengan diadakannya uji kompetensi. Tujuan utama dari upaya ini adalah untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi, meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, dan mengurangi kesalahan medis atau praktik. Tujuan Uji Kompetensi: a) Menjunjung tinggi akuntabilitas profesi; b) Menjunjung tinggi standar dan etika profesi; c) Mengevaluasi kualitas lulusan pendidikan kebidanan; d) Menjaga kepercayaan masyarakat terhadap profesinya (SK/179/2011) Sistem Uji Kompetensi Tenaga Kesehatan: a) bersifat publik, diawasi di focal point pemerintah oleh Sarasehan Tenaga Kerja Kesejahteraan Indonesia, asosiasi profesi dan MTKP (b) Tes Soal disusun berdasar pada norma keterampilan, rencana, dan jaringan soal yang dibuat oleh kelompok umum (c) pelaksanaan tes kemampuan dilakukan oleh lembaga pendidikan berlisensi dengan pelaksanaan tes akhir tahun. (Menkes /938/Menkes/SK/VIII/, 2007)

Uji Kompetensi dilaksanakan tiga kali dalam setahun, dengan 180 soal dan estimasi waktu tiga jam. Soal-soal tersebut merupakan soal pilihan ganda yang pilihan jawabannya terdiri dari a,b,c,d,e, dan penyajiannya berbentuk studi kasus (sketsa). Peserta uji kompetensi adalah mahasiswa tingkat akhir kuliah; setelah kelulusan akan mendapat sertifikat kompetensi yang sebagai persyaratan dalam pengurusan STR. STR berlaku secara luas, dengan nomor umum yang didaftarkan oleh MTKI. (Kepmenkes 900/Menkes/SK/VI1, 2002)

8) Lisensi

Lisensi adalah siklus regulasi yang dilakukan oleh otoritas publik atau para ahli sebagai izin untuk melatih tenaga profesional yang telah terdaftar, sebagai

persyaratan melakukan pelayanan secara mandiri. (UU Kesehatan No. 23, 1992; PP no. 32, 1996; Kepmenkes 900/Menkes/SK/VI1, 2002; UU, 2003; UU No. 13, 2003) Dibawah ini merupakan beberapa dasar otonom pelayanan dalam kebidanan:

- a. Keputusan Menteri Kesehatan No 900/Menkes/SK/VI1/2002 tentang registrasi dan praktik Bidan
- b. Standar Praktik kebidanan
- c. Undang-undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan
- d. Peraturan pemerintah no. 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
- e. Keputusan Menteri Kesehatan No 1277/kesmenkes/SK/XI/2001 tentang organisasi dan tata kerja Depkes
- f. Undang-undang Nomor. 22/1999 tentang Otonomi daerah
- g. Undang-undang No. 13 Tahun 2003 tentang ketenagakerjaan
- h. Undang-undang tentang aborsi, adopsi, bayi tabung dan transplantasi

Tujuan Umum: agar bidan menyadari kewenangannya berdasarkan undang-undang kesehatan yang berlaku untuk menjalankan otonomi atau kemandirian dengan Tujuan khususnya:

- 1) Untuk mengevaluasi persyaratan serta masalah kesehatannya
- 2) Menyusun rencana asuhan kebidanan
- 3) Melakukan pencatatan pertolongan persalinan
- 4) Untuk mengawasi pasien sesuai dengan tanggung jawab bidan
- 5) Untuk mengambil bagian sebagai individu dari kelompok kesehatan

- 6) Mengikuti peningkatan asuhan kebidanan melalui penelitian.

Jenis Kemandirian Spesialis Persalinan dalam Praktek Perawatan Maternitas:

- 1) Mengevaluasi persyaratan dan masalah kesehatan
- 2) Membuat rencana asuhan kebidanan
- 3) pelaksanaan dalam asuhan kebidanan
- 4) Melaksanakan Asuhan kepada pasien dalam lingkup tanggung jawab

Faktor - Faktor Yang Menunjang Otonomi Bidan :

- 1) Ditinjau dari Bidan sendiri
 - a. Faktor Kesehatan
 - b. Faktor Skill
 - c. Etika Perilaku
 - d. Kemampuan Pembiayaan/ Dana
 - e. Kewenangan Bidan
- 2) Segi Birokrasi
- 3) Perundang-undangan

2.6 Aspek Hukum Dalam Praktik Bidan

Rantai pasal 25 Deklarasi Universal PBB 1948 tentang HAM dan pasal 1 Internasional Konvensi PBB 1966 menyebutkan bahwa Hak Politik dan Sipil berfungsi sebagai dasar konsep hukum perawatan kesehatan. Seperti yang ditunjukkan oleh Leenen, pengaturan kesejahteraan diatur sebagai berikut: "Semua ketentuan hukum yang berlaku mengenai penerapan hukum perdata, pidana, dan administrasi dan pemeliharaan kesehatan termasuk dalam hukum kesehatan. Hukum kesehatan juga berasal dari pedoman internasional, hukum adat, yurisprudensi pelayanan kesehatan, hukum otonom, penelitian ilmiah, dan karya sastra Karena bidan merupakan kelompok tenaga kesehatan profesional yang memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang

berhubungan langsung dengan upaya kesehatan, maka pendapat di atas patut untuk dikaji. pemahaman tentang etika dan aspek hukum terkait, termasuk hukum kesehatan, perlu diapresiasi mengingat pentingnya menjaga sifat kualitas administrasi dan permintaan kehadiran penolong persalinan di lorong moral ahli, termasuk sifat administrasi yang diberikan oleh spesialis maternitas. (Riyanti,S.SiT., 2018; Qomariyah kinanantul. Dkk, 2022)

2.7 Landasan Hukum Wewenang Bidan

Tenaga kesehatan adalah bidan. Pengaturan tentang tenaga dalam kesehatan dituangkan dalam undang-undang nomor 36 tahun 2014 yang disahkan pada tahun 2014. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Perizinan Praktek Bidan mengatur tentang tugas dan wewenang bidan serta ketentuan terkait kegiatan praktik bidan. . Peraturan tersebut mengatur kegiatan praktik bidan sehingga bidan harus mampu mempertanggungjawabkan perbuatannya sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Merupakan kewajiban setiap bidan untuk mempertahankan kemampuan profesionalnya. Oleh karena itu, keikutsertaan dalam pelatihan, pendidikan lanjutan, seminar, dan pertemuan ilmiah lainnya merupakan kebutuhan berkelanjutan bagi bidan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuannya.

1) Persyaratan Praktek Profesi Bidan

- a) Sebaiknya memiliki Surat Bantuan Praktik Dokter Spesialis Persalinan (SIPB) untuk Penolong Persalinan berpraktik di Dinas Kesehatan maupun Praktek Dokter Spesialis Persalinan Gratis (PMB)
- b) Spesialis bersalin yang berpraktik secara terpisah harus memenuhi prasyarat yang mencakup ruang dan tempat praktik, tempat tidur, perangkat keras, obat-obatan, dan peralatan resmi.

- c) Praktek profesional harus dilaksanakan sesuai dengan kewenangan yang diberikan, atas dasar pendidikan, pengalaman, dan standar profesi.
 - d) Dalam menjalankan praktik profesinya harus menghormati hak pasien, memperhatikan tanggung jawab bidan, merujuk kasus yang tidak dapat ditangani, meminta persetujuan, dan melengkapi rekam medis dengan baik.
 - e) Dalam melakukan praktik ahli penolong persalinan diharapkan mencatat dan melaporkan.
- 2) Wewenang Bidan Dalam Menjalankan Praktik Profesionalnya
- Dalam menangani kasus, seorang bidan diberi kewenangan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, yang disebut dalam BAB III Praktik Bidan antara lain: Pasal 19: Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :
- a) Pelayanan Kesehatan Ibu
 - b) Pelayanan Kesehatan Anak
 - c) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan KB.(Qomariyah.2022)

2.8 Tanggung Jawab Dan Tanggung Gugat Bidan Dalam Praktik Kebidanan

Kewajiban untuk melakukan suatu tugas dengan segala akibat perbuatan baik atau buruk disebut tanggung jawab. Bidan berpegang pada standar akuntabilitas profesional dan hukum untuk layanan mereka. Dalam praktik dokter sesuai dengan premis yang sah, dokter persalinan bertanggung jawab atas pelayanan gratis yang diberikan oleh dokter persalinan dan upaya terbaik dengan mengutamakan keselamatan ibu dan anak atau tukik. Tuntutan pidana, tuntutan hukum perdata, dan tuntutan administratif adalah contoh tuntutan hukum

pertanggungjawaban..(Th. Endang Purwoastuti,S.Pd,APP dan Elisabeth Siwi Walyani, 2015)

Tuduhan kejahatan atau pelanggaran KUHP lainnya mengarah pada tuntutan pidana. Jika terjadi pelanggaran hukum atau wanprestasi, dapat diajukan gugatan perdata. Apabila pelanggaran disiplin atau ketertiban tidak dapat dituntut secara pidana atau perdata, maka dapat diajukan tuntutan administratif. (Octa Dienda Ristica,SKM.,M.Kes dan Midya Juliarti.SKM., no date)

Tanggung jawab Bidan dalam Praktik kebidanan meliputi:

- a. Tanggungjawab Bidankepada Masyarakat dan Klien
- b. Tanggungjawab Bidan kepada tugas-tugasnya
- c. Tanggungjawab Bidan kepadap tenaga kesehatan lainnya dan teman sejawat
- d. Tanggungjawab Bidan kepada Profesi Bidan
- e. Tanggungjawab Bidan kepada pemerintahnya

Pertanggungjawaban dalam praktik kebidanan atas tuntutan hukum jika suatu keputusan buruk bagi pasien, jika ada malpraktik atau kelalaian, dan jika tugas tidak dilakukan dengan benar, seperti melakukan hal yang merugikan klien. Ketidakmampuan untuk menyelesaikan tugas mengakibatkan cedera pada klien. Kecerobohan bidan, kelupaan, dan kegagalan berkomunikasi menyebabkan malpraktik.(Octa Dienda Ristica,SKM.,M.Kes dan Midya Juliarti.SKM., no date)

Bidan sebagai spesialis persalinan seharusnya memiliki kewajiban yang tinggi untuk:

1. Memberikan asuhan berkualitas tinggi sesuai dengan etika profesi
2. Pendidikan merupakan langkah awal dalam mengembangkan pengetahuan perilaku etis, yang berlanjut melalui interaksi formal dan informal dengan rekan kerja.

3. Mampu menyelesaikan masalah secara etis. Berikut ini adalah ciri-ciri pengambilan keputusan moral:
 - a) Memiliki penilaian baik dan buruk;
 - b) Sering khawatir tentang pengambilan keputusan yang sulit;
 - c) Tidak mungkin dihindari;
 - d) Dipengaruhi oleh norma sosial, keadaan, kepercayaan, dan lingkungan.

Sistem pengambilan keputusannya merupakan bagian dasar dan integral yang keberadaanya sangat penting, karenaa memengaruhi tindakan selanjutnya. Keterlibatan Bidan dalam proses pengambilan keputusan sangat penting karena dipengaruhi oleh seperti:

1. “Pelayanan one-too-one, dimana klien dan bidan berinteraksi dengan cara yang sangat personal dan bidan dapat memenuhi kebutuhannya.
2. Meningkatkan kepekaan klien agar bidan berusaha memenuhi kebutuhan klien
3. Menggunakan dua pendekatan untuk sampai pada keputusan moral yang berlandaskan prinsip dan asuhan kebidanan.(Qomariyah kinanantul. Dkk, 2022)

Lampiran

Contoh Permohonan Registrasi atau SIB KOP DINAS KESEHATAN PROPINSI SURAT IZIN BIDAN (SIB) “

No.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, Bahwa:

Kepada :
Nama :
Tempat/Tgl. Lahir :
Lulusan :

Dinyatakan telah mendaftar sebagai Bidan pada Dinas Kesehatan Propinsi dengan Nomor Registrasi me dan diberi kewenangan untuk melakukan pekerjaan praktik kebidanan di seluruh Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan yang berlaku.

SIB berlaku sampai dengan tanggal:

Pas Foto

Tempat/tanggal

An. Mentri Kesehtan RI

Kepada Dinas Kesehatan

Propinsi.....

Tembusan:

1. Kepala Badan PPSDM Kesehatan depkes RI
2. Kepala Biro kepegawaian Bidan Indonesia (IBI)
3. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

Lampiran

Contoh Bentuk Permohonan SIPB

KOP

DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

SURAT IZIN PAKTIK BIDAN (SIPB)

No.

Berdasarkan Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/Menkes/ SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/Kota"memberikan izin praktik Bidan Pada:

Nama :

Tempat/Tgl.lahir :

Alamat :

Untuk Praktik Bidan :

Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) berlaku sampai dengan tanggal.....

Pas Foto

Tempat/tanggal

An. Mentri Kesehtan RI Kepada Dinas Kesehatan Provinsi.....

(.....)

Tembusan:

1. Kepala Badan PPSDM kesehtan, Depkes RI
2. Kepala Biro kepegawaian, setjen depkes RI
3. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

DAFTAR PUSTAKA

- KBBI. 2013. *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*.
- Kepmenkes 900/Menkes/SK/VI1. 2002. *registrasi dan praktik Bidan*.
- Menkes. 1992. *UUD No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan*.
- Menkes /938/Menkes/SK/VIII/. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan*.
- Octa Dienda Ristica,SKM.,M.Kes dan Midya Juliarti.SKM., M. K. E. (no date) *Prinsip Etika dan Moralitas Dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Otonomi Daerah 22/1999, U. N. 1999. *OTONOMI daerah*.
- PP no. 32. 1996. *tenaga kesehatan*.
- Qomariyah kinanantul. Dkk. 2022. *Wanita dan kesehatan keluarga*. Padang Sumatra Barat: PT global eksekutif teknologi.
- Riyanti,S.SiT., M. K. 2018. *Etikologi Dalam Praktik Kebidanan*. Malang: Wineka Media.
- Th. Endang Purwoastuti,S.Pd,APP dan Elisabeth Siwi Walyani, A. K. 2015. *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- UU. 2003. 'aborsi, adopsi, bayi tabung dan transplantasi', in.
- UU Kesehatan No. 23. 1992. *tentang kesehatan*.
- UU No. 13. 2003. *ketenagakerjaan*.

BAB 3

INDIKATOR KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN

Oleh Mutmainnah

3.1 Pendahuluan

Upaya untuk menjelaskan masalah manusia dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan siklus hidup. Siklus hidup ini dapat mengidentifikasi kebutuhan perkembangan dan kesehatan psikologis dan sosiologis seseorang. Pendekatan yang digunakan untuk menggambarkan derajat kesehatan reproduksi adalah pendekatan siklus hidup. Kebutuhan spesifik sistem reproduksi pada setiap tahap kehidupan, serta kesinambungan antar tahap kehidupan tersebut, diperhitungkan (Yanthi Dwi, 2022).

Pendekatan siklus kehidupan wanita merupakan konsep dasar dari kesehatan reproduksi yang dilakukan sejak di dalam kandungan hingga meninggal (*From womb to tomb*). Pendekatan ini digunakan sebab kesehatan wanita dimasa kecil dan remaja akan mempengaruhi keadaan kesehatan saat memasuki fase reproduksi yakni saat mengandung, melahirkan dan nifas. Buruknya kesehatan reproduksi wanita dalam siklus hidupnya di sebabkan faktor sosial, budaya , ekonomi, pendidikan , kebutuhan gizi, pendidikan, pelayanan kesehatan, hingga hubungan seksual sangat berpengaruh pada wanita di masa reproduksinya (WD *et al.*, 2021).

Sehingga pada siklus kehidupan wanita terdapat 5 fase yang di mulai dari konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia reproduktif hingga lanjut usia. Seorang wanita membutuhkan

pemeliharaan kesehatan reproduksi lebih spesifik dari laki – laki, sebab kodrat seorang wanita untuk menstruasi, mengandung, bersalin, mangASIhi hingga mengalami menopause.

3.2 Siklus Kesehatan Wanita Sepanjang Kehidupan

3.2.1 Konsepsi

1. Definisi Konsepsi

Konsepsi merupakan proses bertemunya sel sperma sehat dengan sel telur yang sudah matang hingga terjadinya pembuahan. pada fase konsepsi tumbuh kembang janin dalam rahim sangat berpengaruh pada interaksi antara janin-ibu-plasenta dan pusatnya pada ruang intervilosa (Iwan Andhyono, 2014)

2. Faktor – Faktor yang mempengaruhi Konsepsi

a. Faktor janin

a) Kelainan kromosom dapat menimbulkan kecacatan pada janin dan penyakit genetik.

b) Air ketuban memberikan ruang gerak bagi janin untuk tumbuh dan berkembang dengan baik

b. Faktor plasenta

a) Plasenta yang tumbuh dan berkembang tidak sempurna menyebabkan kelahiran prematur, BBLR, abortus, dan Kematian janin dalam rahim (KJDR) .

c. Faktor Ibu

Kesehatan jasmani dan mental ibu sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandungnya (Iwan Andhyono, 2014)

3.2.2 Bayi dan Anak

1. Defenisi Bayi dan Anak

Menurut Kemenkes RI (2014), Bayi adalah anak yang berusia mulai dari 0 hari sampai dengan 28 hari.

Sedangkan anak adalah seseorang yang berusia 6 tahun sampai sebelum berusia 18 tahun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

2. Ciri – ciri pertumbuhan organ reproduksi
 - a. Bayi, Pertumbuhan dan perubahan yang pesat, keingintahuan sangat besar meskipun otot dan kekuatan fisiknya belum sempurna. Bayi lahir dengan cukup bulan, pembentukan organ genitalia dalam sudah sempurna jumlah foliekl primordial pada kedua ovarium lengkap sebanyak 750.000 butir dan tidak akan bertambah lagi. Begitupula dengan organ genitalia eksterna labiya minora telah tertutupi oleh labiya mayora. Bayi perempuan yang baru lahir akan basah hal ini disebabkan oleh sekresi cairan yang jernih dengan penebalan epitel vagina dan kadar PH 5, setelah 2-3 minggu epitel vagina menipis dan kadarnya meningkat menjadi 7. Pada minggu pertama kehidupan bayi perempuan, hormon estrogen yang di peroleh sewaktu dalam kandungan melalui plasenta masih mempengaruhi bayi sehingga uterus bayi lebih besar dari pada uterus anak kecil.
 - b. Anak, Rendahnya kadar hormon estrogen dan progesteron menjadikan alat reproduksi pada masa anak-anak tidak menunjukkan perubahan yang berarti hingga memasuki masa awal puberitas. Pada masa ini pengaruh hipofisis terlihat pada pertumbuhan badan. Perbedaan anak perempuan dan laki-laki mulai nampak pada tingkah lakunya, namun perbedaan ini juga di tentukan oleh pengaruh pendidikan dan lingkungan tempat anak tinggal(Setynigrum Erna, 2014).

3. Faktor yang mempengaruhi siklus kesehatan wanita pada masa Bayi dan Kanak-kanak
 - a. Faktor Internal :
 - a) Pengaruh genetik contohnya : Bentuk badan
 - b) Kecerdasan
 - c) Hormonal tubuh
 - d) Watak dan emosi
 - b. Faktor Eksternal
 - a) Lingkungan keluarga
 - b) lingkungan sekitar
 - c) Pemenuhan gizi
 - d) Adat dan budaya
 - e) Personal hygiene anak (Iwan Andhyono, 2014)

3.2.3 Remaja

1. Definisi Remaja

Remaja menurut World Health Organization adalah seseorang yang berusia 10 tahun hingga 19 tahun. Sedangkan kementerian kesehatan melalui peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014 mendefinisikan remaja adalah masyarakat dengan usia 10-18 tahun. periode masa remaja ini merupakan masa yang sangat krusial sebab remaja merupakan masa depan suatu bangsa. Sehingga masa remaja perlu diintervensi agar menjadikan remaja sehat jasmani, rohani dan mentalnya(Fatkhiyah, Masturoh and Atmoko, 2020).

2. Tahapan Remaja

- 1) Awal remaja : Usia mulai dari 11 hingga 13 tahun dan mempunyai ciri khas yakni Freedom, lebih dekat dengan teman seumurannya, perhatian terhadap keadaan tubuhnya dan berpikir secara abstrak.
- 2) Pertengahan remaja : Usia mulai dari 14 hingga 16 tahun mempunyai ciri khas yakni mencari jati diri,

menyukai lawan jenis dan terkadang memikirkan tentang seksual.

- 3) Akhir remaja : Usia 17-20 tahun mempunyai ciri khas yakni, mampu berfikir secara abstrak, memahami dan memilih teman (*Circle*), mempunyai citra jasmani, kebebasan diri dan mengungkapkan kekaguman terhadap lawan jenis.

Setiap remaja mempunyai ciri khas tersendiri pada setiap tahapan yang dilaluinya (Aisyaroh, 2010)

3. Permasalahan Kesehatan Remaja

1) Permasalahan Remaja Terkait Pergaulan Bebas

Perilaku seksual remaja terkadang menyebabkan timbulnya beberapa permasalahan. Perilaku seksual pranikah yang berakhir pada kehamilan hingga tindakan abortus kriminalis inilah yang kadang menjadi masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Sehingga perlunya intervensi untuk mengkaji penyebab maupun faktor permasalahan remaja yang terjadi. Beberapa masalah kesehatan remaja terkait pergaulan bebas yakni :

a. Seks diluar nikah

Seks di luar nikah yang dilakukan remaja merupakan kasus yang kian dinormalisasikan dan kerap di jumpai. Seks diluar nikah didefinisikan sebagai senggama yang dilakukan seseorang tanpa ikatan pernikahan sebelumnya. Seks diluar nikah ini juga erat kaitannya dengan tindakan seks bebas dengan melakukan senggama pada orang yang berbeda- beda. Dampak seks bebas tentunya akan memperbesar risiko terjadinya penyakit menular seksual seperti HIV/AIDs, sifilis, gonorhea dan penyakit menular seksual lainnya (Hapsari, 2019).

b. Salah satu masalah yang sering terjadi pada remaja yakni, berhubungan intim tanpa adanya ikatan pernikahan, yang akhirnya terjadi sesuatu yang

tidak di inginkan misalnya saja hamil di luar nikah, sehingga adanya tuntutan dari keluarga untuk melakukan pernikahan usia dini. Pernikahan adalah suatu ikatan sakral penyatuan antar perempuan dan laki-laki yang memiliki kematangan fisik , sikologis dan ekonomi. Namun di Indonesia masih banyak di temukan pernikahan dini, padahal pada usia dini kematangan reproduksi dan psikologi belum begitu baik, sehingga pernikahan yang terjalin sering kali mengalami kegagalan karna ketidak siapan kedua belah pihak (Sekarayu and Nurwati, 2021)

c. Kehamilan tidak di inginkan

Kehamilan tidak diinginkan atau KTD merupakan kehamilan yang terjadi secara tidak sengaja dan tidak tepat waktunya hingga kehamilan yang sama sekali tidak di inginkan terjadi. KTD merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya abortus kriminalis atau aborsi. Karna ketidaksiapan menghadapi kehamilan dan mempunyai anak. KTD juga menjadi indikator tingginya komplikasi pada kehamilan seperti Prematuritas, BBLR, ketuban pecah sebelum waktunya, hingga aborsi (Liza K Sari, 2017).

4. Faktor yang mempengaruhi kesehatan wanita pada masa remaja :

- a. Malnutrisi : Anemia
- b. Pendidikan yang rendah
- c. Lingkungan yang memberi dampak negatif bagi kesehatan fisik, mental dan emosional remaja.
- d. Masalah seksualitas : Seks pranikah, pengetahuan rendah mengenai kesehatan reproduksi, kurangnya bimbingan orang tua maupun sekitarnya.

- e. Masalah reproduksi : Hamil di luar nika, aborsi, fisik dan mental belum matang, risiko komplikasi saat hamil, bersalian dan nifas(Iwan Andhyono, 2014)

3.2.4 Usia Reproduksi

1. Definisi Usia Reproduksi

Menurut BKKBN (2013) Usia reproduktif yang aman bagi wanita untuk hamil dan melahirkan pada usia 20 tahun dan mengakhiri kehamilan dan persalinannya pada usia diatas 35 tahun (P, Putu Yusup A, 2023). Masa ini merupakan masa yang sangat krusial bagi wanita dan berlangsung selama 33 tahun. pada usia reproduksi ini menstruasi akan terjadi secara teratur dan memungkinkan terjadinya kehamilan. Masa usia reproduksi ovulasi akan terjadi sebanyak 450 kali, dan selama itu siklus menstruasi akan terjadi. Wanita dengan usia 40 tahun keatas masih memungkinkan untuk hamil. namun usia fertilisasi menurun cepat sesudahnya (Yuliati Eka E, Anita Rahmawati, 2009).

- 2. Masalah yang sering timbul pada masa usia reproduksi :
 - a. Kekurangan nutrisi
 - b. infertilitas
 - c. kekerasan seksual
 - d. komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas
 - e. penyakit menular seksual
 - f. dismenorhea
 - g. nyeri panggul (Ari Yunanto, 2021)
- 3. Faktor yang mempengaruhi siklus kehidupan wanita pada masa usia reproduktif :
 - a. Berkembangnya organ reproduksi
 - b. Open minded terkait seksualitas
 - c. Dewasa(Iwan Andhyono, 2014)

3.2.5 Usia Lanjut

1. Definisi Usia Lanjut

Lanjut usia merupakan seorang baik wanita maupun pria yang telah berusia 45 tahun atau lebih dan memasuki usia 60 tahun. pada usia ini akan terjadi berbagai perubahan baik perubahan fisik misalnya penampilan dan stamina tubuh, mental hingga sosial. Perubahan ini akan berdampak negatif bagi yang tidak mampu mengatasi ataupun beradaptasi. Sehingga menjadi apatis dan tidak lagi mau melakukan aktifitas seperti biasanya (Eka Putri Dian, 2021).

Pada masa ini seorang wanita akan mengalami klimakterium dan menopause :

- a. Klimakterium, merupakan masalah peralihan antara masa sebelum dan setelah terjadinya menopause. Klimakterium bukan suatu keadaan yang normal dan berlangsung selama kurang lebih 13 tahun. Pada masa klimakterium terjadi penurunan drastis pada hormon estrogen namun terjadi peningkatan pada hormon gonadotrophin. pada wanita yang mengalami klimakterium akan mengalami perubahan – perubahan ringan hingga berat. pada awal klimakterium akan ditandai dengan haid yang tidak teratur. Sedangkan perubahan klimakterium pasca menopause akan menimbulkan perubahan misalnya Heart burn, keringat di malam hari dan jantung berdegup kencang hingga alat reproduksi akan mengalami atrofi (Setyningrum Erna, 2014)
- b. Menopause, Menurut *World Health Organization* (WHO) menopause merupakan berhentinya siklus menstruasi selama 1 tahun secara berturut turut disebabkan oleh ovarium gagal memproduksi hormon estrogen, folikel yang terdapat pada ovarium mengalami penurunan hal inilah yang menyebabkan

proses menstruasi berhenti. Masa menopause merupakan suatu hal yang alamiah dan akan dirasakan setiap wanita sepanjang siklus kehidupannya. Dengan terjadinya menopause tentunya akan terdapat perubahan – perubahan pada wanita yang mengalaminya. Perubahan yang dimaksud adalah perubahan bentuk fisik (Atrofi atau pengecilan pada alat reproduksi, payudara mengendur, nyeri sendi). Sedangkan perubahan psikis (Mood yang mudah berubah- ubah), heart burn dan keringat di malam hari(Wahyuni, 2021).

2. Faktor yang mempengaruhi kesehatan wanita pada masa usia lanjut
 - a. Ketidak seimbangan hormonal
 - b. Mental
 - c. Lingkungan sekitar
 - d. Kebiasaan makan
 - e. Rutinitas dan aktifitas fisik (Iwan Andhyono, 2014)

3.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita Secara Umum

1. Faktor Sosial ekonomi dan tempat tinggal
 - a. Angka kemiskinan yang masih cukup tinggi sehingga menjadi salah satu faktor sulitnya memenuhi kebutuhan wanita baik sandang dan pangan
 - b. Tingkat pendidikan yang masih rendah
 - c. Rendahnya pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi termasuk perkembangan seksual,
 - d. Wilayah tempat tinggal terpencil
2. Faktor Budaya dan lingkungan
 - a. Masih mempercayai mitos – mitos yang akan berdampak buruk bagi kesehatan

- b. Informasi mengenai kesehatan reproduksi yang tidak akurat dan tidak di jelaskan oleh ahlinya.

3. Faktor Psikologis

- a. Perceraian akan berdampak buruk bagi kesehatan mental remaja
- b. Kekerasan seksual
- c. Hubungan toxic dengan pasangan posesif sehingga membatasi gerak dan ekspresi wanita terhadap dirinya sendiri
- d. *Mood swing*, perasaan campur aduk dan mudah berubah.

4. Faktor Biologis

- a. Kelainan kongenital
- b. Cacat pada organ reproduksi akibat penyakit menular seksual(Kusuma *et al.*, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyaroh, N. 2010. 'Kesehatan reproduksi remaja'. Semarang: Universitas islam sultan agung. Available at: http://research.unissula.ac.id/file/publikasi/210104090/635Kespro_Remaja.pdf.
- Ari Yunanto, et. a. 2021. 'Wanita dan Kesehatan Keluarga', in A.R. Agus M R (ed.) *Wanita dan Kesehatan Keluarga*. 1st edn. Yogyakarta: CV. Mine, p. 27. Available at: [https://repo-dosen.ulm.ac.id/bitstream/handle/123456789/27477/5. %28Buku%29 Wanita dan Kesehatan Keluarga.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repo-dosen.ulm.ac.id/bitstream/handle/123456789/27477/5.%28Buku%29%20Wanita%20dan%20Kesehatan%20Keluarga.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Eka Putri Dian. 2021. 'Hubungan Fungsi Kognitif dengan Kualitas Hidup Lansia', *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(4), pp. 1147–1151.
- Fatkhiyah, N., Masturoh, M. and Atmoko, D. 2020. 'Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja', *Jurnal Abdimas Mahakam*, 4(1), pp. 84–89. Available at: <https://doi.org/10.24903/jam.v4i1.776>.
- Hapsari, A. 2019. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*, UPT UNDIP Press Semarang. Malang: Wineka Media. Available at: http://eprints.undip.ac.id/38840/1/KESEHATAN_MENTAL.pdf.
- Iwan Andhyono, I.K. 2014. *Kesehatan Reproduksi*. 3rd edn. Edited by Aklia suslia. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak', *Kementerian kesehatan RI* [Preprint]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Kusuma, D.C.R. *et al.* 2022. *Asuhan Kebidanan Pada Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Edited by O. Rantika M S. Sumatera Barat: Global Eksekutif Teknologi. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=xqKaEAAAQBAJ>.
- Liza K Sari, F. 2017. 'FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KEHAMILAN (Factors Affecting Unintended Pregnancy in Indonesia 2017)', 2017, pp. 1041–1051.
- P, Putu Yusup A, U. tri W. 2023. *Gambaran Kesehatan Reproduksi Remaja, BKKN Jawa Tengah*. Available at: [https://jateng.bkkbn.go.id/?p=1551#:~:text=Kemudian bila melihat bagian reproduksi,dari sisi biologis maupun psikologis.](https://jateng.bkkbn.go.id/?p=1551#:~:text=Kemudian%20bila%20melihat%20bagian%20reproduksi,dari%20sisi%20biologis%20maupun%20psikologis.)
- Sekarayu, S.Y. and Nurwati, N. 2021. 'Dampak pernikahan usia dini terhadap kesehatan reproduksi 1', *Jurnal pengabdian dan penelitian kepada masyarakat*, 2(1), pp. 37–45.
- Setyningrum Erna, Z.B. 2014. *Pelayanan Keluarga Berencana dan Reproduksi*. Pertama. Edited by A. Maftuhin. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Wahyuni, S. 2021. "Menopause " *Permasalahan Dan Manfaat Senam, Sri Wahyuni*. Suarabaya: UM Publishing. Available at: https://p3i.um-surabaya.ac.id/assets/files/b3760ea5-7c4b-11ed-ba29-000c29cc32a6_bukuajarfix.pdf.
- WD, S.M. *et al.* 2021. "Perempuan Sehat, Masa Depan Cemerlang" Pada Hari Perempuan Internasional Di Desa Telagawaru Lombok Barat', *SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan*, 4(2), p. 464. Available at: <https://doi.org/10.31764/jpmb.v4i2.4427>.
- Yanthi Dwi. 2022. 'Pengantar Kesehatan Reproduksi Wanita', in I.P.S. Mubarak (ed.) *Pengantar Kesehatan Reproduksi Wanita*. I. Bojongsari: Eureka Media Aksara. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/362174268>.

Yuliati Eka E, Anita Rahmawati, Y.W. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Yogyakarta: Fitramaya.

BAB 4

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

Oleh Sutriningsih

4.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi dalam perspektif gender merupakan salah satu isu yang berkembang di masyarakat, dimana isu tersebut berkaitan dengan ketidakadilan sosial dan salah satunya yaitu kesetaraan gender. Konsep gender merupakan hal yang penting karena berkaitan dengan kesehatan, dan di dalamnya juga menyangkut akan kepentingan perempuan yang disebabkan oleh ketidakadilan dan ketidaksetaraan gender, khususnya deskriminasi dan gagalnya pemerintah dalam upaya menciptakan masyarakat yang menjaga hak-hak seksual dan reproduksi perempuan. Hingga saat ini, perempuan dirugikan dan sulit mengakses, berbagi, mengontrol, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang optimal.(Farchiyah dkk 2021)

Ketimpangan gender di Indonesia dapat dilihat melalui peningkatan resiko infeksi HIV, pernikahan dini yang dapat menyebabkan penyakit reproduksi dan kekerasan seksual dikalangan remaja putri. Stereotip norma gender dalam masyarakat membuat laki-laki lebih aktif secara seksual, namun bagi perempuan lebih dikontrol. Di satu sisi perempuan juga harus menjaga dan bertanggungjawab supaya dapat mencegah kehamilan. Banyak sekali masyarakat Indonesia beranggapan negative dan deskriminasi mengenai pembahasan penyakit kelamin yang dialami perempuan. Dimana hal

tersebut dapat timbul pada diri sendiri maupun dari lingkungan masyarakat.(Farchiyah dkk 2021)

4.2 Pengertian Gender dan Seksualitas

4.2.1 Pengertian Gender

Peran sosial dimana peran laki-laki dan perempuan ditentukan perbedaan fungsi peran, dan tanggung jawab laki-laki dan perempuan sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah atau diubah sesuai perubahan zaman peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh masyarakat atau situasi yang dibangun oleh masyarakat dan budaya karena seseorang dilahirkan sebagai laki-laki atau perempuan.

Gender merupakan pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tanggungjawab antara perempuan dan laki-laki yang merupakan hasil konstruksi social budaya dan dapat berubah dan atau diubah sesuai dengan perkembangan zaman.

Gender dalam Bahasa Inggris dapat diartikan sebagai jenis kelamin. Namun, jenis kelamin di sini diartikan bukan seks secara biologis, melainkan social budaya dan psikologis, tetapi lebih memfokuskan perbedaan peran antara perempuan dan laki-laki yang dibentuk oleh masyarakat sesuai dengan norma social dan nilai social budaya masyarakat yang bersangkutan.

4.2.2 Pengertian Seksualitas

Perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis yang telah ada dari lahirnya seseorang sehingga tidak dapat diubah. Seks terkait dengan tubuh pria dan Wanita, seperti pria menghasilkan sperma, perempuan melahirkan, dan menstruasi.

Seks merupakan perbedaan jenis kelamin yang telah ditentukan oleh Tuhan YME berdasarkan fungsi biologisnya. iSeks berarti pria ataupun wanita yang pembedaannya berdasar pada jenis kelamin, sex lebih merujuk pada perbedaan antara pria dan wanita berdasar pada jenis kelamin yang ditandai oleh perbedaan anatomi tubuh dan genetiknya. Perbedaan seperti ini lebih sering disebut sebagai perbedaan secara biologis atau bersifat kodrati dan sudah melekat pada masing-masing individu sejak lahir (Ida Prijatni and Sri Rahayu 2016)

Tabel 4.1. Perbedaan Gender Dan Seks

No	SEKS	CONTOH	GENDER	CONTOH
1.	Tidak dapat diubah	Alat kelamin	Dapat diubah	Peran dalam kegiatan sehari-hari
2.	Tidak dapat dipertukarkan	Jakun pada laki-laku, payudara pada perempuan	Dapat di pertukarkan	Peran istri dapat digantikan suami dalam mengasuh anak, memasak dan lain-lain
3.	Berlaku sepanjang masa	Status sebagai laki-laki dan perempuan tidak pernah berubah sampai kita mati	Tergantung kepada kebudayaan	Sikap dan perilaku keluarga lebih mengutamakan laki-laki daripada perempuan
4.	Berlaku dimanapun berada	Dirumah, di kampus, ataupun	Tergantung pada budaya	Pembatasan kesempatan dibidang

No	SEKS	CONTOH	GENDER	CONTOH
		dimana seorang laki-laki tetap laki-laki dan perempuan tetap perempuan.	setempat	pekerjaan terhadap perempuan disbanding laki-laki karena budaya setempat.
5.	Merupakan kodrat Tuhan.	Ciri utama laki-laki berbeda dengan perempuan	Bukan merupakan kodrat Tuhan	Sifat atau mentalitas antara laki-laki dengan perempuan dapat sama
6.	Ciptaan Tuhan	Perempuan dapat haid, hamil, melahirkan dan menyusui sedangkan laki-laki tidak bisa	Buatan manusia	Laki-laki dan perempuan berhak menjadi calon ketua RT, RW, kepala desa bahkan presiden

Sumber (Ida Prijatni and Sri Rahayu 2016)

4.3 Budaya yang memengaruhi Gender

Sebagian besar masyarakat menganut kepercayaan yang belum tepat tentang makna menjadi seorang Wanita, sehingga dapat memengaruhi kesehatan Wanita. Setiap masyarakat mengharapkan perempuan dan laki-laki untuk berpikir, berperasaan, dan bertindak dengan pola-pola tertentu dengan alasan mereka dilahirkan sebagai seorang perempuan atau laki-laki. Sebagai contoh seorang perempuan diharapkan untuk menyiapkan masakan,

merawat anak-anak, dan suami. Sedangkan laki-laki bertugas memberikan kesejahteraan bagi keluarga serta melindungi keluarga dari ancaman. Gender dan kegiatan yang dihubungkan dengan jenis kelamin adalah hasil rekayasa dari masyarakat. Masyarakat menghubungkan jenis kelamin seseorang dengan perilaku tertentu yang seharusnya dilakukan biasanya disebut dengan area kegiatan Wanita” dan “kegiatan laki-laki”. Kegiatan satu dengan yang lainnya mungkin akan berbeda disuatu daerah tergantung pada kebiasaan, hukum, dan agama yang dianut oleh masyarakat tertentu.

Peran jenis kelamin dapat berbeda antara satu daerah dengan daerah lain di masyarakat bisa berbeda-beda tergantung dengan tingkat pendidikan, suku dan umur. Sebagai contoh didalam suatu masyarakat, Wanita dari suku tertentu biasanya bekerja menjadi pembantu rumah tangga, sedang Wanita lain mempunyai pilihan yang lebih luas tentang pekerjaan yang bisa mereka pegang. Peran gender diajarkan secara turun menurun dari orangtua ke anaknya. Sejak anak berusia muda, orangtua telah memberlakukan anak perempuan dan laki-laki berbeda, meskipun kadang tanpa mereka sadari.

Pada hakikatnya, manusia memiliki kedudukan yang setara antara laki-laki dan perempuan. Keduanya diciptakan dalam derajat, harkat, dan martabat yang sama. Namun dalam perjalanan kehidupan manusia, banyak terjadi perubahan peran dan status atas keduanya, terutama dalam masyarakat. Proses tersebut lama kelamaan menjadi kebiasaan dan membudaya dan berdampak pada terciptanya perlakuan diskriminatif terhadap salah satu jenis kelamin sehingga muncul istilah gender yang mengacu pada perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan yang terbentuk dari proses perubahan peran dan status tadi baik secara social maupun budaya.

Diskriminasi adalah pelayanan yang tidak adil terhadap individu tertentu, dimana layanan ini dibuat berdasarkan karakteristik yang diwakili oleh individu tersebut. Diskriminasi merupakan suatu kejadian yang biasa dijumpai dalam masyarakat. Ini disebabkan karena kecenderungan manusia untuk membeda-bedakan yang lain. Inti dari diskriminasi adalah perlakuan berbeda.

Akibat pelekatan sifat-sifat gender tersebut, timbul masalah ketidakadilan diskriminasi gender, yaitu :

4.3.1 Marginalisasi (Peminggiran)

Proses marginalisasi (peminggiran) yang mengakibatkan kemiskinan, banyak terjadi dalam masyarakat. Marginalisasi perempuan sebagai salah satu bentuk ketidakadilan gender. Sebagai contoh, banyak pekerja perempuan tersingkir dan menjadi miskin akibat dari program pembangunan seperti internsifikasi pertanian yang hanya memfokuskan petani laki-laki. Perempuan dipinggirkan dari berbagai jenis kegiatan pertanian dan industry yang lebih memerlukan keterampilan yang biasanya lebih banyak dimiliki laki-laki. Selain itu, perkembangan teknologi telah menyebabkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh perempuan diambil alih oleh mesin yang umumnya dikerjakan oleh tenaga laki-laki. Beberapa contoh marginalisasi yaitu pemupukan dan pengendalian hama dengan teknologi baru laki-laki yang mengerjakan, pemotongan padi dengan peralatan sabit, mesin diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengerjakan, menggantikan tangan perempuan dengan alat penen ani-ani, usaha konveksi, pembantu rumah tangga menyerap lebih banyak perempuan dari pada laki-laki.

4.3.2 Subordinasi (Penomorduan)

Subordinasi pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya. Sudah sejak dahulu ada pandangan yang menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki. Banyak kasus dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi yang meletakkan kaum perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki.

Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki. Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Sebagai contoh apabila seseorang isteri yang hendak mengikuti tugas belajar, atau hendak berperegrinan ke luar negeri harus mendapat izin suami, tetapi kalau suami yang akan pergi tidak perlu izin dari isteri

4.3.3 Pandangan *Steoreotype* (Citra Baku)

Stereite dimaksud adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negative secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Salah satu stereotipe yang berkembang berdasarkan definisi gender, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin (perempuan). Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik atau kerumahtanggaan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi ditempat kerja dan masyarakat, bahkan

di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seseorang laki-laki marah, ia dianggap tegas, tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan. Label kaum perempuan sebagai “ibu rumah tangga” merugikan, jika hendak aktif dalam “kegiatan laki-laki” seperti berpolitik, bisnis atau birokrat. Sementara label laki-laki sebagai pencari nafkah utama, (*breadwinner*) mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh perempuan dianggap sambilan atau tambahan dan cenderung tidak diperhitungkan.

4.3.4 Kekerasan (*Violence*)

Berbagai bentuk tidak kekerasan terhadap perempuan sebagai akibat perbedaan, muncul dalam berbagai bentuk. Kata kekerasan merupakan terjemahan dalam *violence*, artinya suatu serangan terhadap fisik maupun integritas mental psikologis seseorang. Oleh karena itu kekerasan tidak hanya menyangkut serangan fisik saja seperti pemerkosaan, pemukulan dan penyiksaan, tetapi juga yang bersifat non fisik, seperti pelecehan seksual sehingga secara emosional terusik. Pelaku kekerasan bermacam-macam, ada yang bersifat individu, baik di dalam rumah tangga sendiri maupun di tempat umum, ada juga di dalam anak laki-laki, tetangga, dan majikan.

4.3.5 Beban Ganda (*Double Dourden*)

Bentuk lain dari diskriminasi dan ketidakadilan gender adalah beban ganda yang harus dilakukan oleh salah satu jenis kelamin tertentu secara berlebihan. Dalam suatu rumah tangga pada umumnya beberapa jenis kegiatan dilakukan laki-laki, dan beberapa dilakukan oleh perempuan. Berbagai observasi, menunjukkan perempuan

mengerjakan hampir 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga bagi mereka yang bekerja, selain bekerja di tempat bekerja juga masih harus mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, kenyataannya perempuan sebagai sumber daya insani masih mendapat perbedaan perlakuan, terutama bila bergetak dalam bidang politik. Dirasakan banyak ketimpangan, meskipun ada juga ketimpangan yang dialami kaum laki-laki di satu sisi.(Lina Marlina 2021)

4.4 Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender stereotipe masing-masing. Misalnya sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan-kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda-nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi sosial ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban. Keadaan ini juga dapat berpengaruh terhadap konsekuensi kesehatan yang dihadapi laki-laki dan perempuan. Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan:

4.4.1 Isu Gender di Masa Kanak-Kanak

Isu gender pada anak laki-laki, misalnya: pada beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki-laki sangat diharapkan dengan alasan, misalnya laki-laki adalah penerus atau pewaris nama keluarga; laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga yang handal; laki-laki sebagai penyanggah orangtuanya di hari tua. Dan perbedaan

perlakuan juga berlanjut pada masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak, sifat agresif anak laki-laki serta perilaku yang mengandung resiko diterima sebagai suatu kewajaran, bahkan didorong kerah itu, karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki. Sehingga data menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih sering terluka dan mengalami kecelakaan.

4.4.2 Isu Gender Pada Anak Perempuan

Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki-laki terhadap penyakit infeksi di tahun pertama kehidupan. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dan bayi laki-laki, patut di curigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak.

4.4.3 Isu Gender di Masa remaja

Isu gender yang berkaitan dengan remaja perempuan, antara lain: kawin muda, kehamilan remaja, umumnya remaja putri kekurangan nutrisi, seperti zat besi, anemia. Menginjak remaja, gangguan anemia merupakan gejala umum dikalangan remaja putri. Gerakan serta interaksi social remaja putri seringkali terbatas dengan datangnya menarche. Perkawinan dini pada remaja putri dapat memberi tanggungjawab dan beban melampaui usianya. Belum lagi jika remaja putri mengalami kehamilan, menempatkan mereka pada resiko tinggi terhadap kematian. Remaja putri juga beresiko terhadap pelecehan dan kekerasan seksual, yang bisa terjadi di dalam rumah sendiri maupun di luar rumah. Remaja putri juga bisa terkena isu berkaitan dengan kerentanan mereka yang lebih tinggi terhadap perilaku-perilaku stereotipe

maskulin, seperti merokok, tawuran, kecelakaan dalam olahraga, kecelakaan lalu lintas, eksplorasi seksual sebelum menikah yang beresiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan IMS, HIV/AIDS.

Keyakinan ataupun kepercayaan remaja terhadap seksualitas, seperti tanggungjawab dalam pencegahan kehamilan tidak diinginkan di pengaruhi oleh norma atau ideologi diantaranya adalah gender yang berkorelasi dengan demografis dan karakteristik social ekonomi remaja. Beberapa norma yang ada di masyarakat ada yang bermanfaat dan tidak bermanfaat.(Mukisa et al 2022)

4.4.4 Isu Gender di Masa dewasa

Pada tahap dewasa, baik laki-laki maupun perempuan mengalami masalah-masalah kesehatan yang berbeda, yang disebabkan karena faktor biologis mauoun karena perbedaan gender. Perempuan menghadapi masalah kesehatan yang berkaitan dengan fungsi alat reproduksinya serta ketidaksetaraan gender. Masalah-masalah tersebut, misalnya konsekuensi dengan kehamilan dan Ketika melahirkan seperti anemia, aborsi, infeksi post partum, perdarahan, ketidakberdayaan dalam memutuskan bahkan Ketika itu menyangkut tubuhnya sendiri (tiga terlambat). Sebagai perempuan, dia juga rentan terpapar penyakit yang berkaitan dengan IMS dan HIV/AIDS, meskipun mereka sering hanya sebagai korban. Misalnya: metode KB yang hanya difokuskan pada akseptor perempuan, perempuan juga rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan ditempat kerja, dan diperjalanan.

4.4.5 Isu Gender di Masa Tua

Di usia tua baik laki-laki maupun perempuan keadaan biologis semakin menurun. Mereka merasa terabaikan terutama yang berkaitan dengan kebutuhan

mereka secara psikologis dianggap semakin meningkat. Secara umum, umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Namun umur Panjang perempuan beresiko ringkih, terutama dalam situasi social-ekonomi kurang. Secara kehidupan social biasanya mereka lebih terlantar lagi, terutama yang berkaitan dengan kebutuhan yang semakin banyak dan semakin tergantung terhadap sumber daya. Osteoporosis banyak diderita pada perempuan di masa tua, yaitu delapan kali lebih banyak dari pada laki-laki. Depresi mental juga lebih banyak diderita orangtua, terutama karena merasa ditinggalkan.

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Hal ini semakin dirasakan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain karena hal berikut:

- 1) Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia seperti masalah inces yang terjadi pada masa anak-anak di rumah, masalah pergaulan bebas, kehamilan remaja.
- 2) Perempuan lebih rentan dalam menghadapi resiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara social atau biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS
- 3) Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun, keterlibatan motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi dewasa ini masih sangat kurang.
- 4) Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS, HIV, dan AIDS. Karena ini dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan reproduksi harus

dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab.

- 5) Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestic) atau perlakuan kasar yang pada dasarnya bersumber gender yang tidak setara.
- 6) Kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan perempuan seperti KB.

4.5 Kesehatan Reproduksi Peka Gender

Pelayanan kesehatan reproduksi yang bersikap “Peka gender” yaitu”

- 1) Memberikan pelayanan yang berkualitas yang berorientasi kepada kebutuhan klien, tanpa adanya perbedaan perlakuan, baik karena jenis kelamin maupun status sosialnya.
- 2) Memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan akibat kodrat masing-masing.
- 3) Memahami sikap laki-laki dan perempuan dalam menghadapi suatu penyakit dan sikap masyarakat terhadap perempuan dan laki-laki yang sakit.
- 4) Memahami perbedaan perjalanan penyakit pada laki-laki dan perempuan
- 5) Menyesuaikan pelayanan agar hambatan yang dihadapi oleh laki-laki dan perempuan sebagai akibat adanya perbedaan tersebut di atas dapat diatasi.

4.6 Pengarustamaan Gender (*Gender mainstreaming*)

Pengarustamaan gender (PUG) adalah strategi yang dilakukan secara rasional dan sistematis untuk mencapai dan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam

sejumlah aspek kehidupan manusia (rumah tangga, masyarakat, dan negara), melalui kebijakan dan program yang memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan , dan permasalahan perempuan dan laki-laki ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dan seluruh kebijakan dan program diberbagai bidang kehidupan dan pembangunan. Tujuan pengarusutamaan gender adalah memastikan apakah perempuan dan laki-laki memperoleh akses yang sama kepala sumber daya pembangunan. Dapat berpartisipasi yang sama dalam semua proses pembangunan, termasuk proses pengambilan keputusan. Mempunyai control yang sama atas sumberdaya pembangunan, dan memperoleh manfaat yang sama dari hasil pembangunan.

4.7 Sasaran Pengarusutamaan gender

Sebagai sasaran pengarusutamaan gender adalah organisasi pemerintah dari pusat sampai ke lapangan yang berperan dalam membuat kebijakan, program dan kegiatan. Selain itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, dan lain-lain, di mana mereka sangat dekat dan terjun langsung paling depan berhadapan dengan masyarakat.

4.8 Prinsip Pengarusutamaan Gender

Pluralistik adalah menerima keanekaragaman budaya bukan pendekatan konflik, yaitu menghadapi permasalahan tidak membedakan antar laki-laki dan perempuan. Sosialisasi dan advokasi. Memperluas informasi bagi masyarakat umum dan melakukan kegiatan-kegiatan untuk memperkuat kesetaraan dan keadilan gender.(Ida Prijatni and Sri Rahayu 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Farchiyah, F., Fikri Sukmawan, R., Septika Kurniawati Purba, T. and Bela, A. 2021. *KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA DALAM PERSPEKTIF GENDER*.
- Ida Prijatni and Sri Rahayu. 2016. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Lina Marlina. 2021. *Eneng Daryanti*. Suryani, I. S. ed. Tasikmalaya: Langgam Pustaka.
- Mukisa, P., Bukuluki, W., Van, B. and Agu, I.C. 2022. *Gender norms and ideologies about adolescent sexuality: A mixed-method study of adolescents in communities, south-eastern, Nigeria*.

BAB 5

MASALAH-MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Hatijar S

5.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi merupakan suatu hak asasi manusia yang, seperti semua hak asasi manusia lainnya. Guna mewujudkan hak tersebut, wanita yang terkena dampak harus memiliki akses ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi komprehensif sehingga mereka bebas membuat pilihan berdasarkan informasi terkait kesehatan serta kesejahteraan mereka.

Perkembangan epidemi HIV-AIDS di dunia telah menjadi masalah global termasuk di Indonesia. Risiko penularan infeksi menular seksual dan HIV-AIDS masih kurang disadari oleh kelompok berisiko, ditambah kesadaran yang rendah untuk memeriksakan HIV sehingga masih banyak kasus AIDS yang ditemukan pada stadium lanjut di rumah sakit. Dalam rangka memperkuat upaya pengendalian HIV- AIDS di Indonesia, sangat penting untuk memadukan upaya pencegahan dengan perawatan, karena keduanya merupakan komponen penting yang saling melengkapi. Infeksi menular seksual merupakan salah satu penyebab masalah kesehatan, sosial dan ekonomi di banyak negara serta merupakan salah satu pintu masuk HIV. Keberadaan infeksi menular seksual telah menimbulkan pengaruh besar dalam pengendalian HIVAIDS. Pada saat yang sama, timbul peningkatan kejadian resistensi kuman penyebab infeksi menular seksual terhadap beberapa antimikroba, yang

akan menambah masalah dalam pengobatan infeksi menular seksual.

5.2 Infertilitas

1. Pengertian

Infertilitas adalah kegagalan dari pasangan suami-istri untuk mengalami kehamilan setelah melakukan hubungan seksual, tanpa kontrasepsi, selama satu tahun (Sarwono, 1997).

Infertilitas (kamandulan) adalah ketidakmampuan atau penurunan kemampuan menghasilkan keturunan (Elizbeth, 1963). Ketidaksuburan (infertil) adalah suatu kondisi dimana pasangan suami istri belum mampu memiliki anak walaupun telah melakukan hubungan seksual sebanyak 2-3 kali seminggu dalam kurun waktu 1 tahun dengan atau tanpa menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun.

2. Jenis Infertilitas

a. Infertile primer

Berarti pasangan suami istri belum mampu dan belum pernah memiliki anak setelah satu tahun berhubungan seksual sebanyak 2 – 3 kali perminggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun.

b. Infertile sekunder

Berarti pasangan suami istri telah atau pernah memiliki anak sebelumnya tetapi saat ini belum mampu memiliki anak lagi setelah satu tahun berhubungan seksual sebanyak 2 – 3 kali perminggu tanpa menggunakan alat atau metode kontrasepsi jenis apapun.

3. Etiologi

Sebanyak 60% – 70% pasangan yang telah menikah akan memiliki anak pada tahun pertama pernikahan mereka. Sebanyak 20% akan memiliki anak pada tahun ke-2 dari usia pernikahannya. Sebanyak 10% - 20% sisanya akan memiliki anak pada tahun ke-3 atau lebih atau tidak pernah memiliki anak.

Walaupun pasangan suami istri dianggap infertile bukan tidak mungkin kondisi infertile sesungguhnya hanya dialami oleh sang suami atau sang istri. Hal tersebut dapat dipahami karena proses pembuahan yang berujung pada kehamilan dan lahirnya seorang manusia baru merupakan kerjasama antara suami dan istri.

Kerjasama tersebut mengandung arti bahwa dua faktor yang harus dipenuhi adalah:

- a. Suami memiliki system dan fungsi reproduksi yang sehat sehingga mampu menghasilkan dan menyalurkan sel kelamin pria (spermatozoa) kedalam organ reproduksi istri.
- b. Istri memiliki system dan fungsi reproduksi yang sehat sehingga mampu menghasilkan sel kelamin wanita (sel telur atau ovarium). (Djuwantono,2008).

Infertilitas tidak semata-mata terjadi kelainan pada wanita saja. Hasil penelitian membuktikan bahwa suami menyumbang 25-40% dari angka kejadian infertil, istri 40-55%, keduanya 10%, dan idiopatik 10%. Hal ini dapat menghapus anggapan bahwa infertilitas terjadi murni karena kesalahan dari pihak wanita/istri.

4. Faktor Penyebab Pada

a. Wanita

a) Gangguan organ reproduksi :

- a) Infeksi vagina sehingga meningkatkan

keasaman vagina akan membunuh sperma dan pengkerutan vagina yang akan menghambat transportasi sperma ke vagina.

- b) Kelainan pada serviks akibat defisiensi hormon esterogen yang mengganggu pengeluaran mukus serviks. Apabila mukus sedikit di serviks, perjalanan sperma ke dalam rahim terganggu. Selain itu, bekas operasi pada serviks yang menyisakan jaringan parut juga dapat menutup serviks sehingga sperma tidak dapat masuk ke rahim.
- c) Kelainan pada uterus, misalnya diakibatkan oleh malformasi uterus yang mengganggu pertumbuhan fetus, mioma uteri dan adhesi uterus yang menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah untuk perkembangan fetus dan akhirnya terjadi abortus berulang.
- d) Kelainan tuba falopii akibat infeksi yang mengakibatkan adhesi tuba falopii dan terjadi obstruksi sehingga ovum dan sperma tidak dapat bertemu.
- e) Gangguan ovulasi, gangguan ovulasi ini dapat terjadi karena ketidakseimbangan hormonal seperti adanya hambatan pada sekresi hormone FSH dan LH yang memiliki pengaruh besar terhadap ovulasi. Hambatan ini dapat terjadi karena adanya tumor cranial, stress, dan pengguna obat-obatan yang menyebabkan terjadinya disfungsi hipotalamus dan hipofise. Bila terjadi gangguan sekresi kedua hormone ini. Maka folikel mengalami hambatan untuk matang dan berakhir pada gangguan ovulasi.
- f) Kegagalan implantasi, wanita dengan kadar progesteron yang rendah mengalami kegagalan

dalam mempersiapkan endometrium untuk nidasi. Setelah terjadi pembuahan, proses nidasi pada endometrium tidak berlangsung baik. Akibatnya fetus tidak dapat berkembang dan terjadilah abortus.

g) Endometriosis

- b) Faktor imunologis, apabila embrio memiliki antigen yang berbeda dari ibu, maka tubuh ibu memberikan reaksi sebagai respon terhadap benda asing. Reaksi ini dapat menyebabkan abortus spontan pada wanita hamil.
- c) Lingkungan, paparan radiasi dalam dosis tinggi, asap rokok, gas anastesi, zat kimia, dan pestisida dapat menyebabkan toxic pada seluruh bagian tubuh termasuk organ reproduksi yang akan mempengaruhi kesuburan.

b. Pria

Ada beberapa kelainan umum yang dapat menyebabkan infertilitas pada priayaitu:

- a) Abnormalitas sperma; morfologi, motilitas
 - b) Abnormalitas ejakulasi; ejakulasi rerograde, hipospadia
 - c) Abnormalitas ereksi.
 - d) Abnormalitas cairan semen; perubahan pH dan perubahan komposisikimiawi.
 - e) Infeksi pada saluran genital yang meninggalkan jaringan parut sehingga terjadi penyempitan pada obstruksi pada saluran genital
 - f) Lingkungan; Radiasi, obat-obatan anti kanker.
5. Faktor-Faktor Infertilitas Yang Sering Ditemukan
- Faktor-faktor yang mempengaruhi infertilitas pasangan sangat tergantung pada keadaan local, populasi dan diinvestigasi dan prosedur rujukan.

a. Faktor koitus pria

Riwayat dari pasangan pria harus mencakup setiap kehamilan yang sebenarnya, setiap riwayat infeksi saluran genital, misalnya prostates, pembedahan atau cedera pada genital pria atau daerah inguinal, dan setiap paparan terhadap timbel, cadmium, radiasi atau obat kematerapeutik. Kelebihankonsumsi alkohol atau rokok atau paparan yang luar biasa terhadap panas lingkungan harus dicari.

b. Faktor ovulasi

Sebagian besar wanita dengan haid teratur (setiap 22 – 35hari) mengalami ovulasi, terutama kalau mereka mengalami miolimina prahaid (misalnya perubahan payudara, kembung, dan perubahan suasana hati).

c. Faktor serviks

Selama beberapa hari sebelum ovulasi, serviks menghasilkan lender encer yang banyak yang bereksudasi keluar dari serviks untuk berkontak dengan ejakulat semen. Untuk menilai kualitasnya, pasien harus diperiksa selama fase menjelang pra ovulasi (hari ke-12 sampai 14 dari siklus 28 hari).

d. Faktor tuba-rahim

Penyumbatan tuba dapat terjadi pada tiga lokasi: akhir fimbriae, pertengahan segmen, atau pada istmus kornu. Penyumbatan fimbriae sejauh ini adalah yang banyak ditemukan. Salpingitis yang sebelumnya dan penggunaan spiral adalah penyebab yang lazim, meskipun sekitar separohnya tidak berkaitan dengan riwayat semacam itu. Penyumbatan pertengahan segmen hamper selalu diakibatkan oleh sterilisasi tuba. Penyumbatan semacam itu, bila tak ada riwayat ini, menunjukan tuberculosis. Penyumbatan istmus kornu dapat bersifat bawaan atau akibat endometriosis, adenomiosis tuba atau infeksi sebelumnya. Pada 90%

kasus, penyumbatan terletak pada istmus dekat tanduk (kornu) atau dapat melibatkan bagian dangkal dari lumen tuba didalam dindingorgan.

e. Faktor peritoneum

Laparoskopi dapat menengali patologi yang tak disangka-sangka sebelumnya pada 30 sampai 50% wanita dengan infertilitas yang tak dapat diterangkan. Endometriosis adalah penemuan yang paling lazim. Perlekatan perianeksa dapat ditemukan, yang dapat menjauhkan fimbriae dari permukaan ovarium atau menjebak oosit yang dilepaskan.

6. Penatalaksanaan Infertilitas

a. Wanita

- a) Pengetahuan tentang siklus menstruasi, gejala lendir serviks puncak dan waktu yang tepat untuk coital
- b) Pemberian terapi obat, seperti
- c) Stimulant ovulasi, baik untuk gangguan yang disebabkan oleh supresi hipotalamus, peningkatan kadar prolaktin, pemberian tsh .
- d) Terapi penggantian hormon
- e) Glukokortikoid jika terdapat hiperplasi adrenal
- f) Penggunaan antibiotika yang sesuai untuk pencegahan dan penatalaksanaan infeksi dini yang adekuat
- g) GIFT (gemete intrafallopian transfer)
- h) Laparatomi dan bedah mikro untuk memperbaiki tuba yang rusak secara luas
- i) Bedah plastic misalnya penyatuan uterus bikonuate,
- j) Pengangkatan tumor atau fibroid
- k) Eliminasi vaginitis atau servisititis dengan antibiotika atau kemoterapi

b. Pria

- a) Penekanan produksi sperma untuk mengurangi jumlah antibodi autoimun, diharapkan kualitas sperma meningkat
- b) Agen antimikroba
- c) Testosterone Enantat dan Testosteron Spionat untuk stimulasi kejantanan
- d) HCG secara i.m memperbaiki hipogonadisme
- e) FSH dan HCG untuk menyelesaikan spermatogenesis
- f) Bromokriptin, digunakan untuk mengobati tumor hipofisis atau hipotalamus
- g) Kломifen dapat diberikan untuk mengatasi subfertilitas idiopatik
- h) Perbaikan varikokel menghasilkan perbaikan kualitas sperma
- i) Perubahan gaya hidup yang sederhana dan yang terkoreksi. Seperti, perbaikan nutrisi, tidak membiasakan penggunaan celana yang panas dan ketat.
- j) Perhatikan penggunaan lubrikans saat coital, jangan yang mengandung spermatisida.

5.3 Seksual Trasmited Diseases (STD)/ Infeksi menular Seksual (IMS)

1. Patogen Penyebab dan Jenis IMS yang Disebabkan

No.	PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT YANGDITIMBULKAN
Infeksi Bakteri		
1.	Neisseria gonorrhoeae	GONORE Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan Perempuan: servisitis, endometritis, salpingitis, bartolinitis, penyakitradang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis Laki-laki & perempuan: proktitis, faringitis, infeksi gonokokus diseminata Neonatus: konjungtivitis, kebutaan
2.	Chlamydia trachomatis	KLAMIDIOSIS (INFEKSI KLAMIDIA) Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan Perempuan: servisitis, endometritis, salpingitis, penyakit radang panggul,kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis, umumnya asimtomatik. Laki-laki & perempuan: proktitis, faringitis, sindromReiter Neonatus: konjungtivitis, pneumonia
3.	Chlamydia trachomatis (galur L1-L3)	LIMFOGRANULOMA VENEREUM Laki-laki & perempuan: ulkus, bubo inguinalis,proktitis

No.	PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT YANGDITIMBULKAN
4.	Treponema pallidum	SIFILIS Laki-laki & perempuan: ulkus durum dengan pembesaran kelenjar getah bening lokal, erupsi kulit, kondiloma lata, kerusakan tulang, kardiovaskular danneurologis Perempuan: abortus, bayi lahir mati, kelahiranprematurn Neonatus: lahir mati, sifilis kongenital
5.	Haemophilus ducreyi	CHANCROID (ULKUS MOLE) Laki-laki & perempuan: ulkus genitalis yang nyeri, dapat disertai dengan Bubo
6.	Klebsiella (Calymmatobacterium)granulomatis	GRANULOMA INGUINALE (DONOVANOSIS) Laki-laki & perempuan: pembengkakan kelenjar getah bening dan lesi ulseratif didaerah inguinal,genitalia dan anus.
7.	Mycoplasma genitalium	Laki-laki: duh tubuh uretra (urethritis non-gonore) Perempuan: servisititis dan urethritis non-gonore, mungkin penyakit radang Panggul
8.	Ureaplasma urealyticum	Laki-laki: duh tubuh uretra (urethritis non-gonokokus) Perempuan: servisititis dan urethritis non-gonokokus, mungkin penyakit radang panggul
INFEKSI VIRUS		
9.	Human ImmunodeficiencyVirus (HIV)	INFEKSI HIV / ACQUIRED IMMUNEDEFICIENCY SYNDROME (AIDS) Laki-laki & perempuan: penyakit yang berkaitandengan infeksi HIV, AIDS

No.	PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT YANGDITIMBULKAN
10.	Herpes simplex virus(HSV) tipe2 dan tipe 1	HERPES GENITALIS Laki-laki & perempuan: lesi vesikular dan/atau ulseratif didaerah genitalia dan anus Neonatus: herpes neonates
11.	Human papillomavirus (HPV)	KUTIL KELAMIN Laki-laki: kutil di daerah penis dan anus, kankerpenis dan anus Perempuan: kutil di daerah vulva, vagina, anus, dan serviks; kanker serviks, vulva, dan anus Neonatus: papiloma larings
12	Virus hepatitis B	HEPATITIS VIRUS Laki-laki & perempuan: hepatitis akut, sirosis hati,kanker hati
13	Virus moluskum contagiosum	MOLUSKUM KONTAGIOSUM Laki-laki & perempuan: papul multipel, diskret, berumbilikasi di daerah genitalia atau generalisata
INFEKSI PROTOZOA		
14	Trichomonas vaginalis	TRIKOMONIASIS Laki-laki: uretritis non-gonokokus, seringkali asimtomatik Perempuan: vaginitis dengan duh tubuh yang banyakdan berbusa, kelahiran prematur Neonatus: bayi dengan berat badan lahir rendah
INFEKSI JAMUR		

No.	PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT YANGDITIMBULKAN
15	Candida albicans	KANDIDIASIS Laki-laki: infeksi di daerah glans penis Perempuan: vulvo-vaginitis dengan duh tubuh vaginabergumpal, disertai rasa gatal & terbakar di daerah vulva
	INFESTASI PARASIT	
16.	Phthirus pubis	PEDIKULOSIS PUBIS Laki-laki & perempuan: papul eritematosa,gatal, terdapat kutu dan telur di rambut pubis
17	Sarcoptes scabiei	SKABIES Papul gatal, di tempat predileksi, terutama malamhari

2. Penanganan Kasus IMS

Penanganan kasus IMS merupakan layanan pada seorang dengan sindrom yang berhubungan dengan IMS, atau dengan hasil positif pada pemeriksaan laboratorium untuk satu atau lebih IMS. Komponen penanganan kasus IMS harus dilakukan secara paripurna meliputi: anamnesis, pemeriksaan klinis, diagnosis yang tepat, pengobatan dini dan efektif, edukasi pasien, penyediaan dan anjuran untuk penggunaan kondom, notifikasi dan penanganan pasangan seksnya.

Dengan demikian, penanganan kasus yang efektif, tidak hanya terdiri dari terapi antimikroba untuk memperoleh kesembuhan dan mengurangi penularan, namun secara menyeluruh dan meliputi layanan terhadap kesehatan reproduksi pasien.

3. Pemeriksaan Pasien IMS

Penatalaksanaan pasien IMS yang efektif, tidak terbatas hanya pada pengobatan antimikroba untuk memperoleh kesembuhan dan menurunkan tingkat penularan namun juga memberikan pelayanan paripurna yang dibutuhkan untuk mencapai derajat kesehatan reproduksi yang baik. Komponen penatalaksanaan IMS meliputi:

a. Anamnesis tentang riwayat infeksi/ penyakit

Untuk menggali faktor risiko perlu ditanyakan beberapa hal tersebut di bawah ini. Berdasarkan penelitian faktor risiko oleh WHO (*World Health Organization*) di beberapa negara (di Indonesia masih belum diteliti), pasien akan dianggap berperilaku berisiko tinggi bila terdapat jawaban “ya” untuk satu atau lebih pertanyaan di bawah ini:

1. Pasangan seksual > 1 dalam 1 bulan terakhir
2. Berhubungan seksual dengan penaja seks dalam 1 bulan terakhir
3. Mengalami 1/ lebih episode IMS dalam 1 bulan terakhir.
4. Perilaku pasangan seksual berisiko tinggi.

Informasi yang perlu ditanyakan kepada pasien:

1. Keluhan utama
2. Keluhan tambahan
3. Riwayat perjalanan penyakit
4. Siapa menjadi pasangan seksual tersangka (wanita/pria penaja seks, teman, pacar, suami/isteri)
5. Kapan kontak seksual tersangka dilakukan
6. Jenis kelamin pasangan seksual
7. Cara melakukan hubungan seksual (genito-genital, orogenital, anogenital)
8. Penggunaan kondom (tidak pernah, jarang, sering,

selalu)

9. Riwayat dan pemberi pengobatan sebelumnya (dokter/bukan dokter/sendiri)
 10. Hubungan keluhan dengan keadaan lainnya – menjelang/sesudah haid;
 11. kelelahan fisik/psikis; penyakit: diabetes, tumor, keganasan, lain-lain);
 12. penggunaan obat: antibiotika, kortikosteroid, kontrasepsi); pemakaian alat
 13. kontrasepsi dalam rahim (AKDR); rangsangan seksual; kehamilan; kontak seksual
 14. Riwayat IMS sebelumnya dan pengobatannya
 15. Hari terakhir haid
 16. Nyeri perut bagian bawah
 17. Cara kontrasepsi yang digunakan dan mulai kapan.
- b. pemeriksaan fisik dan pengambilan spesimen/bahan pemeriksaan,
- Pemeriksaan fisik terutama dilakukan pada daerah genitalia dan sekitarnya, yang dilakukan di ruang periksa dengan lampu yang cukup terang . Lampu sorot tambahan diperlukan untuk pemeriksaan pasien perempuan dengan spekulum. Dalam pelaksanaan sebaiknya pemeriksa didampingi oleh seorang tenaga kesehatan lain. Pada pemeriksaan terhadap pasien perempuan, pemeriksa didampingi oleh paramedic perempuan, sedangkan pada pemeriksaan pasien laki-laki, dapat didampingi oleh tenaga paramedis laki-laki atau perempuan. Beri penjelasan lebih dulu kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan:
- a) Pada saat melakukan pemeriksaan fisik genitalia dan sekitarnya, pemeriksa harus selalu menggunakan sarung tangan. Jangan lupa mencuci

tangan sebelum dan sesudah memeriksa.

- b) Pasien harus membuka pakaian dalamnya agar dapat dilakukan pemeriksaan genitalia (pada keadaan tertentu, kadang-kadang pasien harus membuka seluruh pakaiannya secara bertahap).
- c) Pasien perempuan, diperiksa dengan berbaring pada meja ginekologik dalam posisi litotomi.
- d) Pemeriksa duduk dengan nyaman ambil melakukan inspeksi dan palpasi mons pubis, labia, dan perineum. Periksa daerah genitalia luar dengan memisahkan ke dua labia, perhatikan adakah kemerahan, pembengkakan, luka/lecet, massa, atau duhtubuh.

Pasien perempuan dengan duh tubuh vagina :

- (a) Pasien perempuan dengan status sudah menikah, dilakukan pemeriksaan dengan spekulum serta pengambilan spesimen
 - 1) Beri penjelasan lebih dulu mengenai pemeriksaan yang akan dilakukan agar pasien tidak merasa takut
 - 2) Bersihkan terlebih dahulu dengan kain kasa yang telah dibasahi larutan NaCl
 - 3) Setiap pengambilan bahan harus menggunakan spekulum steril (sesuaikan ukuran spekulum dengan riwayat kelahiran per vaginam), swab atau sengkeli steril.
 - 4) Masukkan daun spekulum steril dalam keadaan tertutup dengan posisi tegak/vertikal ke dalam vagina, dan setelah seluruhnya masuk kemudian putar pelan-pelan sampai daun spekulum dalam posisi datar/horizontal. Buka spekulum dan dengan bantuan lampu sorot vagina cari serviks. Kunci spekulum pada posisi itu

sehingga serviks terfiksasi,

5) Setelah itu dapat dimulai pemeriksaan serviks, vagina dan pengambilan spesimen

- Dari serviks: bersihkan daerah endoserviks dengan kasa steril, kemudian ambil spesimen duh tubuh serviks dengan sengkeli/ swab Dacron™ steril untuk pembuatan sediaan hapus, dengan swab Dacron™ yang lain dibuat sediaan biakan,
- Dari forniks posterior: dengan sengkeli/ swab Dacron™ steril untuk pembuatan sediaan basah, dan lakukan tes amin
- Dari dinding vagina: dengan kapas lidi/ sengkeli steril untuk sediaan hapus,
- Dari uretra: dengan sengkeli steril untuk sediaan hapus

6) Cara melepaskan spekulum: kunci spekulum dilepaskan, sehingga speculum dalam posisi tertutup, putar spekulum 90o sehingga daun spekulum dalam posisi tegak, dan keluarkan spekulum perlahan-lahan.

(b) Pada pasien perempuan berstatus belum menikah tidak dilakukan pemeriksaan dengan spekulum, karena akan merusak selaput daranya sehingga bahan pemeriksaan hanya diambil dengan sengkeli steril dari vagina dan uretra. Untuk pasien perempuan yang belum menikah namun sudah aktif berhubungan seksual, diperlukan informed consent sebelum melakukan pemeriksaan dengan spekulum. Namun bila

pasien menolak pemeriksaan dengan spekulum, pasien ditangani menggunakan bagan alur tanpa spekulum.

- (c) diagnosis yang tepat,
- (d) pengobatan yang efektif,
- (e) nasehat yang berkaitan dengan perilaku seksual,

Upaya KIE tentang IMS penting dilakukan, mengingat salah satu tujuan program penanggulangan HIV/AIDS ialah perubahan perilaku yang berhubungan erat dengan penyebaran IMS. Untuk melakukan kegiatan ini perlu disediakan satu ruangan khusus yang dapat merahasiakan pembicaraan antara pasien dan penyuluh atau konselor. Tujuan konseling adalah untuk membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi pasien sehubungan dengan IMS yang dideritanya, sedangkan KIE bertujuan agar pasien mau mengubah perilaku seksual berisiko menjadi perilaku seksual aman. Kedua pengertian ini perlu dipahami dengan benar.

Pada umumnya pasien IMS, membutuhkan penjelasan tentang penyakit, jenis obat yang digunakan, dan pesan-pesan lain yang bersifat umum. Penjelasan dokter diharapkan dapat mendorong pasien untuk mau menuntaskan pengobatan dengan benar. Dalam memberikan penjelasan, dokter atau perawat sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh pasien, dan bila dianggap perlu dapat digunakan istilah-istilah setempat.

Beberapa pesan KIE IMS yang perlu disampaikan:

- (a) Mengobati sendiri cukup berbahaya
- (b) IMS umumnya ditularkan melalui hubungan seksual.

- (c) IMS adalah ko-faktor atau faktor risiko dalam penularan HIV.
- (d) IMS harus diobati secara paripurna dan tuntas.
- (e) Kondom dapat melindungi diri dari infeksi IMS dan HIV.
- (f) Tidak dikenal adanya pencegahan primer terhadap IMS dengan obat.
- (g) Komplikasi IMS dapat membahayakan pasien.

Rincian Penjelasan Kepada Pasien IMS IMS yang diderita dan Pengobatannya

- (a) Menjelaskan kepada pasien tentang IMS yang diderita dan pengobatan yang diperlukan, termasuk nama obat, dosis, serta cara penggunaannya. Bila perlu dituliskan secara rinci untuk panduan pasien.
- (b) Memberitahu tentang efek samping pengobatan
- (c) Menjelaskan tentang komplikasi dan akibat lanjutnya
- (d) Menganjurkan agar pasien mematuhi pengobatan
- (e) Menganjurkan agar tidak mengobati sendiri, harus berobat ke dokter
- (f) Menjelaskan agar pasien tidak melakukan douching

Menilai Tingkat Risiko

- (a) Perilaku seksual pribadi, tanyakan tentang :
 - ✓ Jumlah pasangan seksual dalam 1 tahun terakhir ?
 - ✓ Hubungan seksual dengan pasangan baru berbeda dalam 3 bulan terakhir ?
 - ✓ Pernah menderita ims lain dalam 1 tahun terakhir ?

- ✓ Apakah hubungan seksual dilakukan untuk mendapatkan uang, barang atau obat terlarang (baik yang memberi maupun yang menerima)?
 - ✓ Pemakaian napza atau obat lain (sebutkan) sebelum atau selama berhubungan seksual ?
- (b) Perilaku seksual pasangan, menanyakan apakah pasangan pasien
- ✓ Berhubungan seksual dengan orang lain ?
 - ✓ Juga menderita ims ?
 - ✓ Mengidap hiv?
 - ✓ Penyalah guna napza suntik ?
 - ✓ Untuk pria, apakah berhubungan seksual dengan sesama pria?
- (c) Perilaku yang melindungi pasien :
- ✓ Apa yang dilakukan pasien untuk melindungi diri terhadap IMS/ HIV?
 - ✓ Pemakaian kondom? Bilamana dan cara pemakaiannya? Jarang/sering/ selalu digunakan?
 - ✓ Jenis aktivitas seks aman yang dilakukan pasien ? Seberapa sering? Dengan siapa dan mengapa ?
- (f) penyediaan kondom dan anjuran pemakaiannya
- Pasien perlu diberi penjelasan mengenai manfaat, cara pemakaian yang benar serta beberapa hal yang harus diperhatikan.

Manfaat kondom

- 1) Mencegah penularan IMS termasuk HIV.
- 2) Membantu mencegah kehamilan.
- 3) Memberikan rasa nyaman, wanita tidak terlalu merasa basah di dalam vaginanya.

- 4) Memberikan rasa aman, terhadap kemungkinan tertular atau hamil.
- 5) Menghemat dana untuk perawatan dan obat-obatan bila seseorang tertular IMS

Beberapa hal yang perlu diperhatikan

- 1) Tunjukkan tanggal pembuatan, tanggal kadaluwarsa, terangkan bahwa kondom tidak boleh rusak, berbau, keras, atau sukar dibuka gulungannya.
- 2) Terangkan cara membuka kemasan secara hati-hati yang dimulai dari ujung yang dapat disobek.
- 3) Tunjukkan sisi kondom yang berada di sebelah dalam, dan jelaskan bahwa kondom tidak akan terbuka gulungannya bila terbalik membukanya.
- 4) Tunjukkan cara memegang ujung kondom untuk mengeluarkan udara di dalamnya sebelum membukanya pada penis yang tengah ereksi. Terangkan bahwa kondom harus dibuka segera setelah penis mulai berkurang ereksinya, dan bahwa kondom harus dipegang sedemikian rupa agar isinya tidak tumpah pada waktu membukanya.
- 5) Jelaskan cara untuk melepaskan kondom dengan aman.
- 6) Jangan pernah menggunakan pelumas dari bahan minyak, misalnya petroleum jelly yang dapat merusak kondom lateks. Pelumas dengan bahan dasar air lebih aman, misalnya gliserin, K-Y jelly atau busa spermisidal
- 7) Jangan memakai ulang kondom bekas pakai.
- 8) Kondom harus disimpan di tempat yang sejuk, gelap dan kering. Jangan menyimpan kondom di dompet, sebab dompet terlalu panas untuk

- menyimpan kondom dalam waktu yang lama.
- 9) Penatalaksanaan mitra seksual,
- 10) Pencatatan dan pelaporan kasus, dan
- 11) Tindak lanjut klinis secara tepat.

5.4 Gangguan Haid

1. Kelainan Dalam Banyaknya Darah Dan Lamanya perdarahan Haid
 - a. Hipermenorea (Menoragia)
Perdarahan Haid Yang Lebih Banyak Dari Normal Atau Lebih Lama (lebih dari 8 Hari)
Penyebab : Mioma Uteri, Polip endometrium, *irregular endometrial shedding*.
 - b. Hipomenorea
Perdarahan Haid yang lebih pendek dan/atau kurang dari biasanya
Penyebab : Pasca Miomektomi, gangguan endokrin
2. Kelainan Dalam siklus Haid
 - a. Polimenorea
Siklus Haid lebih pendek dari biasanya (kurang dari 21 hari)
Penyebab : Gangguan Hormonal yang mengakibatkan gangguan ovulasi, peradangan, endometriosis
 - b. Oligomenorea
Siklus Haid lebih panjang dari biasanya (lebih dari 35 hari)
Penyebab : Gangguan Hormonal yang mengakibatkan gangguan ovulasi, peradangan
 - c. Amenorea
Keadaan tidak datang haid untuk sedikitnya 3 bulan berturut-turut
Klasifikasi :
 - 1) Amenore Primer : Usia 18th/ lebih belum haid

Penyebab : Adanya kelainan congenital contoh : Hymen imperforate, septum vagina, kelainan genetik

- 2) Amenore Sekunder : Penderita pernah Haid, kemudian tidak haid
Penyebab : Gangguan gizi, tumor, infeksi, hamil, masa laktasi,menopause

3. Perdarahan Diluar Haid

Metroragia adalah Perdarahan yang terjadi dalam masa antara 2 haid

Penyebab :

- a. Pada Servik (polip, erosio, ulkus, karsinoma servik)
- b. Pada Korpus Uteri (polip, abortus, mola, koriokarsinoma, subinvolusio,karsinoma, mioma)
- c. Pada Tuba (KET, Radang, Tumor)
- d. Pada Ovarium (Radang, Kista, Tumor)

4. Gangguan Lain Dalam Hubungan Dengan Haid

- a. Dismenorea Adalah Nyeri Pada Saat Haid

Klasifikasi :

a) Dismenorea Primer

Adalah Nyeri Haid yang dijumpai tanpa kelainan pada alat-alat genital yang nyata (Biasanya mulai terjadi beberapa waktu setelah menarche biasanya setelah 12 bulan atau lebih)

Ciri : Nyeri berupa kejang berjangkit-jangkit, terbatas pada perut bawah, dapat menyebar ke daerah pinggang dan paha. Biasanya disertai rasa mual, muntah, sakit kepala, diare,iritabilitas. dsb

b) Dismenorea Sekunder

Adalah Adalah Nyeri Haid yang dijumpai karena gangguan ekstrinsik)

Penyebab : Salpingitis, endometriosis, stenosis servisititis uteri

- b. Premenstrual Tension (tegangan Pra Haid)

Adalah Keluhan-keluhan yang biasanya mulai pada

satu minggu sampai beberapa hari sebelum datangnya haid. Adakalanya terus berlangsung sampai haid berhenti

Gejala :

Keluhan-keluhan yang biasanya mulai pada satu minggu sampai beberapa hari sebelum datangnya haid. Adakalanya terus berlangsung sampai haid berhenti. Gejala Pada Kasus Yang Lebih Berat : Depresi, rasa ketakutan, gangguan konsentrasi.

c. Vicarious Menstruation

Adalah Keadaan Dimana Terjadi Perdarahan Ekstragenital Dengan Interval Periodik Yang Sesuai Dengan Siklus Haid

Gejala :

Terjadi Perdarahan Pada Mukosa Hidung, Lambung, Usus, Paru-paru, Mammae, Kulit.

Penyebab :

Peningkatan Kadar estrogen yang dapat menyebabkan edema dan kongesti pada alat-alat lain di luar alat-alat genital.

d. Mittelschmerz Dan Perdarahan Ovulasi

Adalah Keadaan Dimana Terjadi Nyeri antara haid sekitar pertengahan siklus haid, atau saat ovulasi. Rasa Nyeri dapat disertai atau tidak disertai dengan perdarahan

Gejala : Nyeri tidak menjangkit, tidak menjalar dan tidak disertai mual dan muntah. Biasanya hanya terjadi beberapa Jam, tetapi pada beberapa kasus lain dapat terjadi sampai 2-3 hari.

e. Mastalgia

Adalah Rasa Nyeri dan Pembesaran Mammae sebelum Haid

Penyebab : Adanya Edema & Hyperemia karena peningkatan relatif dan kadar estrogen.

5.5 *Pelvic inflkamatry Deseases (PID)*

1. Definisi

Penyakit radang panggul adalah infeksi saluran reproduksi bagian atas. Penyakit tersebut dapat mempengaruhi endometrium (selaput dalam rahim), saluran tuba, indung telur, miometrium (otot rahim), parametrium dan rongga panggul. Penyakit radang panggul merupakan komplikasi umum dari penyakit Menular Seksual (PMS). Saat ini hampir 1 juta wanita mengalami penyakit radang panggul yang merupakan infeksi serius pada wanita berusia antara 16- 25 tahun. Lebih buruk lagi, dari 4 wanita yang menderita penyakit ini, 1 wanita akan mengalami komplikasi seperti nyeri perut kronik, infertilitas (gangguan kesuburan), atau kehamilan abnormal. Terdapat peningkatan jumlah penyakit ini dalam 2-3 dekade terakhir berkaitan dengan beberapa faktor, termasuk diantaranya adalah peningkatan jumlah PMS dan penggunaan kontrasepsi seperti spiral. 15% kasus penyakit ini terjadi setelah tindakan operasi seperti biopsi endometrium, kuret, histeroskopi, dan pemasangan IUD (spiral). 85% kasus terjadi secara spontan pada wanita usia reproduktif yang seksual aktif.

2. Penyebab

Penyakit radang panggul terjadi apabila terdapat infeksi pada saluran genital bagian bawah, yang menyebar ke atas melalui leher rahim. Butuh waktu dalam hitungan hari atau minggu untuk seorang wanita menderita penyakit radang panggul. Bakteri penyebab tersering adalah *N. Gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis* yang menyebabkan peradangan dan kerusakan jaringan sehingga menyebabkan berbagai bakteri dari leher rahim maupun vagina menginfeksi daerah tersebut. Kedua bakteri ini adalah kuman penyebab PMS. Proses

menstruasi dapat memudahkan terjadinya infeksi karena hilangnya lapisan endometrium yang menyebabkan berkurangnya pertahanan dari rahim, serta menyediakan medium yang baik untuk pertumbuhan bakteri (darah menstruasi).

3. Faktor Risiko

Wanita yang aktif secara seksual di bawah usia 25 tahun berisiko tinggi untuk mendapat penyakit radang panggul. Hal ini disebabkan wanita muda berkecenderungan untuk berganti-ganti pasangan seksual dan melakukan hubungan seksual tidak aman dibandingkan wanita berumur. Faktor lainnya yang berkaitan dengan usia adalah lendir servikal (leher rahim). Lendir servikal yang tebal dapat melindungi masuknya bakteri melalui serviks (seperti gonorea), namun wanita muda dan remaja cenderung memiliki lendir yang tipis sehingga tidak dapat memproteksi masuknya bakteri. Faktor risiko lainnya adalah:

- a. Riwayat penyakit radang panggul sebelumnya
- b. Pasangan seksual berganti-ganti, atau lebih dari 2 pasangan dalam waktu 30 hari.
- c. Wanita dengan infeksi oleh kuman penyebab PMS
- d. Menggunakan douche (cairan pembersih vagina) beberapa kali dalam sebulan
- e. Penggunaan IUD (spiral) meningkatkan risiko penyakit radang panggul. Risiko tertinggi adalah saat pemasangan spiral dan 3 minggu setelah pemasangan terutama apabila sudah terdapat infeksi dalam saluran reproduksi sebelumnya.

4. Tanda dan Gejala

Gejala paling sering dialami adalah nyeri pada perut dan panggul. Nyeri ini umumnya nyeri tumpul dan terus-menerus, terjadi beberapa hari setelah menstruasi terakhir, dan diperparah dengan gerakan, aktivitas, atau sanggama. Nyeri karena radang panggul biasanya kurang dari 7 hari.

Beberapa wanita dengan penyakit ini terkadang tidak mengalami gejala sama sekali. Keluhan lain adalah mual, nyeri berkemih, perdarahan atau bercak pada vagina, demam nyeri saat sanggama, dan menggigil.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah dilakukan untuk melihat kenaikan dari sel darah putih yang menandakan terjadinya infeksi. Kultur untuk GO dan chlamydia digunakan untuk mengkonfirmasi diagnosis. Ultrasonografi atau USG dapat digunakan baik USG abdomen (perut) atau USG vagina, untuk mengevaluasi saluran tuba dan alat reproduksi lainnya. Biopsi endometrium dapat dipakai untuk melihat adanya infeksi. Laparaskopi adalah prosedur pemasukan alat dengan lampu dan kamera melalui insisi (potongan) kecil di perut untuk melihat secara langsung organ di dalam panggul apabila terdapat kelainan.

6. Terapi

Tujuan utama terapi penyakit ini adalah mencegah kerusakan saluran tuba yang dapat mengakibatkan infertilitas (tidak subur) dan kehamilan ektopik, serta pencegahan dari infeksi kronik. Pengobatan dengan antibiotik, baik disuntik maupun diminum, sesuai dengan bakteri penyebab adalah pilihan utama. Kontrol setelah pengobatan sebanyak 2-3 kali diperlukan untuk melihat hasil dan perkembangan dari pengobatan. Pasangan seksual juga harus diobati. Wanita dengan penyakit radang panggul mungkin memiliki pasangan yang menderita gonorea atau infeksi chlamydia yang dapat menyebabkan penyakit ini. Seseorang dapat menderita penyakit menular seksual meskipun tidak memiliki gejala. Untuk mengurangi risiko terkena penyakit radang panggul kembali, maka pasangan seksual sebaiknya diperiksa dan diobati apabila memiliki PMS.

7. Komplikasi

Penyakit radang panggul dapat menyebabkan berbagai kelainan di dalam kandungan seperti nyeri berkepanjangan, infertilitas dan kehamilan abnormal. Penyakit ini dapat menyebabkan parut pada rahim dan saluran tuba. Parut ini mengakibatkan kerusakan dan menghalangi saluran tuba sehingga menyebabkan infertilitas. Parut juga dapat menyebabkan sel telur tidak dapat melalui jalan normalnya ke rahim sehingga dapat terjadi kehamilan ektopik.

8. Pencegahan

Cara terbaik untuk menghindari penyakit radang panggul adalah melindungi diri dari penyakit menular seksual. Penggunaan kontrasepsi seperti kondom dapat mengurangi kejadian penyakit radang panggul. Apabila mengalami infeksi saluran genital bagian bawah maka sebaiknya segera diobati karena dapat menyebar hingga ke saluran reproduksi bagian atas. Terapi untuk pasangan seksual sangat dianjurkan untuk mencegah berulangnya infeksi.

5.6 *Unwanted pregnancy dan aborsi*

Setiap orang tua merindukan memiliki anak yang sehat dan cerdas. Untuk itu calon bayi perlu dirawat sejak dalam kandungan bahkan sebelum terjandinya pembuahan itusendiri. Kondisi kesehatan (fisik dan mental) calon ibu jauh sebelum hamil hamil bahkan semasa remaja merupakan prsayarat bayi yang sehat dan cerdas.

Kesiapan seorang perempuan untuk hamil atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal yaitu :

1. Kesiapan Fisik

Secara umum, seorang perempuan yang disebut siap secara fisik jika telah menyelesaikan pertumbuhan, yaitu sekitar usia 20 tahun, ketika tubuhnya berhenti tumbuh.

Sehingga usia 20 tahun bisa dijadikan pedoman kesiapan fisik.

2. Kesiapan Mental/ emosi/ psikologis

Saat dimana seorang perempuan dan pasangannya merasa telah ingin mempunyai anak dan merasa telah siap menjadi orang tua termasuk mengasuh dan mendidik anaknya.

3. Kesiapan social/ ekonomi

Secara ideal jika seorang bayi dilahirkan maka ia akan membutuhkan tidak hanya kasih sayang orang tuanya, tetapi juga sarana yang membuatnya bisa tumbuh dan berkembang. Bayi membutuhkan tempat tinggal yang tetap. Karena itu remaja dikatakan siap jika bisa memenuhi kebutuhan dasar seperti pakaian, makan-minum, tempat tinggal dan kebutuhan pendidikan bagi anaknya. Dalam hal ini meskipun seorang remaja perempuan telah melampaui usia 20 tahun tetapi ia dan pasangannya belum mampu memenuhi kebutuhan sandang pangan dan tempat tinggal bagi keluarganya maka ia belum dapat dikatakan siap untuk hamil dan melahirkan.

Hal-hal yang mungkin terjadi saat menikah dan hamil di usia sangat muda(dibawah 20 tahun). Tetap perlu diingat bahwa perempuan yang belum mencapai usia 20 tahun sedang berada di dalam proses pertumbuhan dan perkembangan fisik. Karena tubuhnya belum berkembang secara maksimal, maka perlu dipertimbangkan hambatan/ kerugian antaralain :

- a. Ibu muda pada waktu hamil kurang memperhatikan kehamilannya termasuk control kehamilan. Hal ini berdampak pada meningkatnya berbagai resiko kehamilan.
- b. Ibu muda pada waktu hamil sering mengalami ketidakaturan tekanan darah yang dapat berdampak pada keracunan kehamilan serta kejang yang berakibat padakematian.

- c. Penelitian juga memperlihatkan bahwa kehamilan usia muda (di bawah 20 tahun) sering kali berkaitan dengan munculnya kanker rahim. Ini erat kaitannya dengan belum sempurnanya perkembangan dinding rahim.
- d. Dari sisi pertimbangan psikologis, remaja masih merupakan kepanjangan dari masa kanak-kanak. Kebutuhan untuk bermain dengan teman sebaya, kebutuhan untuk diperhatikan, disayang dan diberi dorongan, masih begitu besar sebelum ia benar-benar siap untuk mandiri.
- e. Wawasan berpikirnya belum luas dan cukup matang untuk bisa menghadapi kesulitan, pertengkaran yang ditimbulkan oleh pasangan hidup dan lingkungan rumah tangganya.

5.7 Kehamilan Yang Tidak Diinginkan (KTD)

Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah suatu kehamilan yang oleh karena suatu sebab maka keberadaannya tidak diinginkan atau diharapkan oleh salah satu atau keduanya calon orang tua bayi tersebut.

Penyebab KTD Pada Remaja

1. Karena kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar mengenai proses terjadinya kehamilan. Dan metode-metode terjadinya kehamilan, dan metode-metode pencegahan kehamilan. Hal ini bisa terjadi pada remaja-remaja yang belum menikah maupun yang sudah menikah. KTD akan semakin memberatkan perempuan jika pasangannya tidak bertanggung jawab atas kehamilan yang terjadi.
2. Kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi akibat tindak perkosaan. Dalam hal ini meskipun remaja putrid memiliki pengetahuan yang cukup, tetapi ia tidak bisa menghindarkan diri dari tindakan seksual yang dipaksakan

terhadapnya, sehingga bisa dipahami jika ia tidak menginginkan kehamilannya.

3. Kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi pada remaja yang telah menikah dan telah menggunakan cara pencegahan kehamilan tetapi tidak berhasil (kegagalan alat kontrasepsi/ unmet need)

Kerugian dan Bahaya Kehamilan (KTD) Pada Remaja

- a. Karena remaja atau calon ibu merasa tidak ingin dan tidak siap untuk hamil maka ia bisa saja tidak mengurus kehamilannya dengan baik. Seharusnya ia mengkonsumsi minuman, makanan, vitamin yang bermanfaat bagi pertumbuhan janin dan bayi nantinya bisa saja hal tersebut tidak dilakukannya. Begitu pula ia bisa menghindari kewajiban untuk melakukan pemeriksaan teratur pada bidan atau dokter. Dengan sikap-sikap tersebut maka akan sulit dijamin adanya kualitas kesehatan bayi dengan baik.
- b. Sulit mengharapkan adanya perasaan kasih sayang yang tulus dan kuat dari ibu yang mengalami KTD terhadap bayi yang dilahirkan nanti sehingga masa depan anak mungkin saja terlantar.
- c. Mengakhiri kehamilannya atau sering disebut dengan aborsi.

Praktik *Unsafe Abortion* Pada Remaja

Aborsi di Indonesia dikategorikan sebagai tindakan ilegal atau melawan hukum karena tindakan aborsi adalah ilegal, tindakan aborsi sering dilakukan secara sembunyi-sembunyi dan karenanya dalam banyak kasus jauh dari jaminan kesehatan(unsafe).

Hal-hal yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan antara lain :

1. Meminum ramuan, atau jamu baik yang dibuat sendiri maupun dibeli

2. Memijat Peranakan, atau mencoba mengeluarkan janin dengan alat-alat yang membahayakan dengan bantuan dukun pijat.
3. Meminum obat-obatan. Yang diperoleh secara legal maupun illegal dari tenagakesehatan.

Dampak *unsafe abortion* antara lain :

1. Perdarahan
2. Infeksi
3. Kematian
4. Jika dengan cara-cara tertentu kehamilan tidak dapat diakhiri kemungkinan janin mengalami kecacatan mental maupun fisik dalam masa pertumbuhannya.
5. Dampak Psikologis antara lain, perasaan bersalah seringkali menghantui pasangan khususnya wanita setelah melakukan tindakan aborsi. Oleh karena itu konseling mutlak diperlukan kepada pasangan sebelum mereka memutuskan untuk melakukan tindakan aborsi. Tindakan aborsi harus diyakinkan merupakantindakan terakhir jika alternative lain sudah tidak dapat diambil.

5.8 Hormon Replacemement Therapy (HRT)

Estrogen (atau oestrogen) adalah sekelompok senyawa steroid yang berfungsi terutama sebagai hormon seks wanita. Walaupun terdapat baik dalam tubuh pria maupun wanita, kandungannya jauh lebih tinggi dalam tubuh wanita usia subur. Hormon ini menyebabkan perkembangan dan mempertahankan tanda-tanda kelamin sekunder pada wanita, seperti payudara, dan juga terlibat dalam penebalan endometrium maupun dalam pengaturan siklus haid. Pada saat menopause, estrogen mulai berkurang sehingga dapat menimbulkan beberapa efek, di antaranya hot flash, berkeringat pada waktu tidur, dan kecemasan yang berlebihan.

Tiga jenis estrogen utama yang terdapat secara alami dalam tubuh wanita adalah estradiol, estriol, dan estron. Sejak menarche sampai menopause, estrogen utama adalah 17β -estradiol. Di dalam tubuh, ketiga jenis estrogen tersebut dibuat dari androgen dengan bantuan enzim. Estradiol dibuat dari testosteron, sedangkan estron dibuat dari androstenadion. Estron bersifat lebih lemah dari pada estradiol, dan pada wanita pascamenopause estron ditemukan lebih banyak daripada estradiol. Berbagai zat alami maupun buatan telah ditemukan memiliki aktivitas bersifat mirip estrogen.

Pemberian estrogen secara oral dapat menimbulkan gejala :

- a. Gastrointestinal seperti mual dan muntah.
- b. Selain itu estrogen akan dihancurkan di hati, sehingga akan memicu pembentukan renin dalam jumlah besar. Renin ini meningkatkan tekanan darah. Atas dasar ini, para ilmuwan lebih menyukai pemberian estrogen dengan cara lain seperti krim atau yang dapat ditempelkan pada kulit.

Sebelum pemberian estrogen dimulai, perlu diketahui persyaratan-persyaratan :

- a. Apakah tekanan darah normal ?
- b. Adakah kelainan atau keganasan pada serviks dan payudara ?
- c. Apakah uterus membesar ?
- d. Apakah hati dan kelenjar tiroid normal ?
- e. Apakah terdapat varises ?

Bila terdapat kelainan pada keadaan seperti ini, maka estrogen tidak dapat digunakan.

Pemberian hormon

Lama pemberian hormon steroid seks selama 6 bulan tidak cukup, karena begitu obatnya dihentikan maka keluhanannya segera timbul kembali. Pada umumnya keluhan

akan hilang bila pengobatan berlangsung 18-24 bulan. Bila perlu estrogen dapat diberikan selama 8-10 tahun, bahkan dapat sampai 30-40 tahun. Selama pemakaiannya dikombinasikan dengan progesteron, jarang sekali terjadi keganasan. Yang terpenting adalah kepada semua wanita diberikan keterangan yang cukup dan jelas.

Pada pemberian oral, sebaiknya dimulai dengan estrogen lemah (estriol) dan dengan dosis rendah yang efektif. Setiap penggunaan estrogen kuat (etinil-estradiol, estrogen konjugasi) sebaiknya selalu digabungkan dengan progesteron. Pemberian progesteron bertujuan mencegah terjadinya keganasan pada endometrium dan payudara. Pemberian siklik adalah pemberian selama 21 hari dengan 7 hari tanpa hormon (istirahat) atau pemberian estrogen selama 14 hari, kemudian diikuti pemberian progesteron selama 7 hari. Pemberian estrogen lemah tidak dapat menghilangkan gejala sistemik dan tidak begitu baik digunakan untuk pencegahan penyakit jantung koroner dan osteoporosis. Estrogen lemah sangat efektif untuk menghilangkan keluhan urogenital, yang paling banyak dianjurkan penggunaannya adalah estrogen alamiah (estrogen konjugasi) maupun progesteron alamiah (MPA, didrogestron). Estrogen dan progesteron jenis ini tidak terlalu membebani hati.

Cara yang paling mudah adalah pemberian pil KB. Pemberian secara siklik memberikan keuntungan karena pengobatan estrogen yang malar (terus-menerus) dapat memacu proliferasi jaringan dan perdarahan uterus yang atipik. Pemberian estrogen dan progesteron (atau pil KB) pada wanita pramenopause selain dapat mengurangi keluhan, juga dapat mengatur siklus haid dan mencegah kehamilan, sedangkan pemberian estrogen dan progesteron pada masa pascamenopause selain dapat mengurangi keluhan, juga merupakan pencegahan terhadap terjadinya osteoporosis dan infark miokard.

Pemberian secara topikal berupa krim atau pessarium hanya dilakukan jika ada perubahan pada vagina yang menyebabkan dispareunia atau bila tidak memungkinkan pemberian secara oral. Meskipun diberikan secara topikal, ternyata sejumlah kecil estrogen dapat diserap ke dalam darah, sehingga perlu juga ditambahkan progesteron. Perlu diketahui bahwa pemakaian ke dalam vagina dapat pula mengenai suami ketika melakukan sanggama. Penanaman susuk (implant atau pellet) subkutan tidak boleh dilakukan pada wanita yang masih memiliki uterus karena dapat terjadi perdarahan hebat dan sulit diatasi. Cara ini paling baik digunakan pada wanita yang telah diangkat rahimnya.

Pemberian transdermal (ditempelkan pada kulit) merupakan cara terbaru dan sudah banyak dipakai di beberapa negara maju. Keuntungan utama cara ini adalah bahwa estrogen langsung masuk ke sirkulasi darah tanpa harus melalui hati. Pemberian cara ini sangat baik untuk mencegah osteoporosis serta tidak meningkatkan kadar renin, aldosteron, maupun lipid.

Risiko pemberian estrogen

Telah lama diketahui bahwa pemberian estrogen pada wanita menopause merupakan cara yang tepat. Banyak ahli berpendapat bahwa estrogen dapat menimbulkan keganasan pada wanita. Pendapat ini akhirnya membuat banyak wanita takut dan ragu-ragu menggunakan estrogen. Padahal bila estrogen digunakan bersamaan dengan progesteron kemungkinan terjadinya keganasan adalah sangat kecil. Keganasan akan timbul bila memang wanita itu memiliki faktor risiko untuk terkena keganasan. Risiko tersebut dapat berupa obesitas, diabetes mellitus, siklus haid tak teratur, anovulasi, dan infertilitas, perokok, dan peminum alkohol.

Selama penggunaan estrogen, setiap wanita diharuskan kontrol secara teratur. Usaha ini merupakan jaminan yang

terbaik bagi kesehatan wanita tersebut. Perdarahan yang tak teratur, jumlahnya banyak, defekasi dan miksi bercampur darah merupakan hal yang perlu dicurigakan terhadap keganasan. Hal-hal seperti ini tidak perlu menimbulkan kekhawatiran yang berlebih-lebihan, tetapi merupakan suatu alasan untuk mau berkonsultasi dengan dokter.

Setiap wanita di atas usia 40 tahun diharuskan memeriksakan diri ke dokter paling sedikit 2 kali setiap tahun. Dengan pemeriksaan yang sederhana saja seperti uji Pap (Pap smear) dan perabaan payudara karena dapat mengetahui adanya keganasan pada stadium dini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, Ruswana. Diagnostik klinik dan penilaian Infertilitas. Subbagian fertilitas dan endokrinologi reproduksi bagian obstetri dan ginekologi fakultas kedokteran unpad. 2005. Bandung
- Kementrian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Penanganan Penyakit Menular Seksual. 2011. Jakarta
- Manuaba, Ida Bagus. Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta; 2009
- Romauli, Suryati. 2012. Kesehatan Reproduksi. Nuhamedika. Yogyakarta
- Ulfa, Maria. Kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana untuk Mahasiswa Bidan. Jakarta; CV. Trans Info Media. 2013

BAB 6

DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Ni Nyoman Murti

6.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi merupakan permasalahan yang berfokus pada kesehatan wanita. Wanita menjadi fokus karena dari wanita lahir penerus bangsa. Penerus bangsa yang sehat dan berdaya saing tinggi akan terlahir dari wanita yang memiliki kesehatan keseluruhan (sehat jiwa, raga, spiritual dan sosial). Wanita memiliki potensi besar dalam memajukan bangsa melalui proses kehamilan dan persalinan yang akan menghasilkan generasi bangsa, membesarkan dan mendidik penuh perhatian dan kasih sayang akan mengantarkanak menjelang dewasa menjadi masyarakat dewasa yang baik (Armini, 2019). Oleh karena hal tersebut maka kesehatan wanita sangat penting untuk dijaga sepanjang siklus kehidupan sejak dari dalam rahim oleh karena itu kesehatan reproduksi wanita sejak awal hingga bersalin harus menjadi perhatian bersama mengingat angka kematian ibu secara nasional mencapai 303.000 jiwa menurut WHO tahun 2019 dan di ASEAN sebanyak 235 kasus per 100.000 kelahiran hidup(Salsa Khoirunnisa dan Elfira Sri Futriani, 2022) maka kesehatan reproduksi perlu di jaga sejak dini.

Seseorang dikatakan sehat reproduksinya ketika seseorang itu sehat secara menyeluruh dari segi mental dan sosial yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan

fungsinnya serta prosesnya. Reproduksi yang sehat dapat diartikan ketika seseorang puas dan kehidupan seksual yang sehat. Mereka yang sehat secara reproduksi memiliki kemampuan bereproduksi dan kebebasan memilih apa yang ingin dilakukan terutama dalam perencanaan keluarga (Fathalla dan M.F. 2016).

Masalah reproduksi sangat penting untuk diperhatikan terutama reproduksi wanita, dimana wanita akan menghasilkan generasi baru melalui proses hamil hingga menyusui. Kanker merupakan masalah global yang terus menerus di soroti baik secara nasional dan internasional. Angka kejadian yang terus meningkat menjadikan kanker sebagai beban kesehatan di seluruh dunia. Di Indonesia angka kejadian kanker sebesar 18,1 juta kasus dan angka kematiannya mencapai 9,6 juta pada tahun 2018 (Kemenkes RI 2019). Pada tahun 2020 kanker payudara menempati posisi pertama sebagai penyumbang angka kanker terbesar sebanyak 65.858 kasus (16,6%) dan kanker servik berada di urutan kedua dengan sumbangan angka sebesar 36.633 kasus (9,2%). (World Health Organization 2020).

Untuk itu pentingnya dilakukan skrining atau deteksi dini baik oleh diri sendiri dan tenaga kesehatan, terbukti sebanyak 95% wanita mampu bertahan dari kanker setelah rutin melakukan skrining (Ida Prijatni 2015).

6.2 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

1. Genetik dan Usia

Usia seseorang sangat mempengaruhi kualitas reproduksinya dimana usia remaja (10-19 tahun) memiliki pendidikan dan pengetahuan yang kurang, beresiko tinggi untuk kehamilan yang tidak diinginkan, kurang akses terhadap fasilitas kesehatan, dan beresiko tinggi terinfeksi

penyakit menular seksual, hal tersebut berkaitan dengan organ reproduksi yang belum berfungsi sempurna. Sedangkan pada usia menopause aktivitas penurunan aktivitas ovarium dan menyebabkan terhentinya menstruasi. Pada masa ini organ reproduksi telah menurun kualitasnya sehingga seorang yang mengalami menopause akan mengalami beberapa keluhan terkait penurunan hormon (Ambikairajah et al. 2022). Penelitian terdahulu menyatakan bahwa ada korelasi usia, paritas dan menarche terhadap kesehatan reproduksi (Olaleye et al. 2020; Phongluxa et al. 2020; Gursoy dan Yesildere Saglam 2022)

2. Gizi

Pemenuhan gizi seimbang amat dibutuhkan guna memiliki reproduksi yang sehat. Menurut penelitian pria yang memiliki berat badan berlebih memberikan dampak negatif dibanding dengan pria yang memiliki tubuh ideal, penurunan berat badan meningkatkan kesuburan pada pria. Pada wanita, kekurangan nutrisi berkaitan secara signifikan dengan perilaku seksual. Makanan yang mengandung lemak tak jenuh, mikronutrien, makanan yang rendah gula namun sesuai dengan standar gizi pemenuhan karbohidrat dan glukosa, omega-3, omega-4, protein buah-buahan, makanan tinggi antioksidan. Isoflavones memiliki dampak negatif terhadap kesuburan pria namun meningkatkan kesehatan seksual untuk wanita (Audrey J. GASKINS, Sc.D. and Jorge E. CHAVARRO, M.D. 2019; Silva et al. 2019)

3. Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang mampu mempengaruhi kesehatan reproduksi. Lingkungan yang sehat akan meningkatkan kesuburan, menurut penelitian (Dutta et al. 2022) lingkungan yang mengandung metal meningkatkan resiko gangguan pada sistem reproduksi.

Metal mempengaruhi reproduksi wanita secara menyeluruh mulai dari regulasi, fungsi, pembentukan, pematangan atau fungsi endokrin, dan berkaitan dengan penyebab infertil pada wanita. Tak hanya lingkungan yang mengandung metal namun gaya hidup yang tidak sehat dapat meningkatkan resiko gangguan pada sistem reproduksi. Menurut asosiasi fertilisasi Australia (2021) menyatakan bahwa adanya hubungan latihan fisik terhadap peningkatan kesehatan reproduksi. Pada pria latihan fisik dapat meningkatkan kualitas semen dan meningkatkan fertilitas pada pria.

4. Perilaku seksual

Seseorang yang memulai perilaku seksual pada usia dini (10-19 tahun) meningkatkan resiko terkena penyakit menular seksual dan seseorang yang berganti pasangan secara signifikan meningkatkan resiko terkena penyakit menular(HIV/AIDS)(Rohmatullailah dan Fikriyah 2021).

6.3 Macam – Macam Gangguan Reproduksi yang lazim ditemui :

1. Endometriosis

Merupakan gangguan yang ditandai dengan munculnya infeksi pada endometrium seperti epitelium dan miometrium. Gejala yang biasa timbul antara lain nyeri pada bagian perut, pinggang, dan rasa tidak nyaman berlbih saat haid(Becker et al. 2022).

2. Infeksi Vagina

Infeksi vagina seperti vaginitis, candidiasis dan trikomoniasis merupakan masalah global pada wanita. Veginitis adalah peradangan dan infeksi vagina yang sering ditemui di klinik. Vaginitis memiliki agen infeksi yang beragam dari patogen agen yang diobservasi pada vagina diantaranya bakteri vagina, candidiasis dan trikomoniasis

merupakan sebagian besar masalah yang menyerang wanita di usia reproduksi(Mulu et al. 2015).

3. Kanker Payudara

Kanker payudara dapat diawali oleh perbedaan pada payudara. Masing masing payudara memiliki lobud, duktus, puting, lemak, pembuluh darah dan kelenjar getah bening, sel normal yang ada pada organ di payudara dapat menjadi ganas yang disebut kanker. Sedikit dari kasus kanker diawali oleh jaringan lain di payudara yang disebut sarkoma dan limpoma, keduanya tidak dianggap sebagai kanker. Penyebab kanker payudara belum diketahui pasti namun beberapa literatur mengatakan ada kaitannya kejadian kanker payudara dengan gaya hidup (pola makan, latihan fisik), genetik dan faktor hormon. Gejala kanker payudara biasanya paling cepat timbul pada 3 hingga 6 bulan yaiitu pembengkakan di kulit payudara, kemerahan pada payudara, adanya perubahan kulit payudara seperti kerutan kulit jeruk(American Cancer Society 2022).

4. Kanker Servik

Merupakan kasus kanker terbanyak kedua setelah kanker payudara(WHO, 2020). Kanker servik disebabkan oleh Human pailloma virus (HPV), pernikahan dini (< 20 tahun), melahirkan muda (<20 tahun), terlalu banyak melahirkan, transmisi secara hubungan seksual, kurang hygine, ekonomi dan sosial yang rendah, dll. Gejala yang timbul dapat berupa perdarahan vagina, bercak di vagina, nyeri servik, masalah perkemihan, pembesaran kelenjar getah bening, dan virus dapat menyebar ke tulang, hati, dan otak(Mendagudli 2021).

6.4 Deteksi Dini Gangguan Reproduksi

1. Definisi

Deteksi dini (skrining) gangguan reproduksi merupakan upaya untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu yang dapat digunakan untuk membedakan orang yang terlihat sehat atau benar-benar sehat namun pada kenyataannya memiliki kelainan terkait masalah reproduksi.

Skrining dapat diartikan pula sebagai upaya mendeteksi atau mencari penderita penyakit tertentu dalam masyarakat dengan memisahkan berdasar gejala yang ada atau pemeriksaan laboratorium yang selanjutnya akan diproses melalui diagnosa dan pengobatan.

2. Tujuan Skrining

Tujuan dari deteksi dini untuk mengetahui diagnosis sedini mungkin supaya segera mendapat terapi dan mencegah meluasnya suatu penyakit, mendidik masyarakat untuk melakukan check-up dan memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan mengenai suatu penyakit yang berkaitan dengan reproduksi.

3. Kriteria Alat Ukur

Alat yang digunakan untuk melakukan deteksi dini adalah suatu alat test yang memiliki tingkat validitas test dan reabilitas tinggi (mendekati 100%). Validitas merupakan petunjuk suatu alat dapat mengukur dengan benar dan tepat sedangkan reabilitas menggambarkan konsistensi alat ukur.

Dalam melakukan penyaringan, penyakit yang dipilih merupakan masalah kesehatan prioritas, tersedia obat terapi, tersedia fasilitas, biaya untuk melakukan diagnosis dan terapi, merupakan penyakit lama dan dapat dideteksi dengan test khusus, skrining memenuhi syarat sensitivitas

dan spesivitas, teknik dan cara skrining harus diterima masyarakat dan sifat perjalanan penyakit dapat diketahui dengan pasti, selain itu harus ada standar operating prosedur dan kasus ditemukan terus menerus.

4. Waktu Untuk Melakukan Deteksi Dini

1) Bayi

Pada bayi perempuan memiliki folikel primordial yang nantinya akan keluar ketika ovulasi, genitalia telah terbentuk sehingga dapat dibedakan bayi perempuan dengan bayi laki-laki. Pada usia 10 hari pertama, bayi masih dipengaruhi hormon yang didapat dari ibu sehingga tak jarang ditemukan bayi yang mengalami pembengkakan pada payudara ada kalanya disertai dengan sekresi cairan seperti air susu dan ada kalanya pada bayi perempuan terdapat bercak darah seperti menstruasi. Bentuk skrining yang dapat dilakukan yaitu genetic skrining.

2) Masa Pubertas

Merupakan masa peralihan dari kanak-kanak menjadi dewasa. Masa ini ditandai dengan munculnya tanda kelamin sekunder seperti pembesaran payudara, tumbuhnya rambut sekitar pubis, ketiak dan memiliki kemampuan bereproduksi. Anak pada masa ini dipengaruhi iklim, gizi, dan budaya. Semakin baik gizinya maka semakin cepat seseorang memasuki masa pubertas. Pada masa ini skrining yang dapat dilakukan yaitu Periksa Payudara Sendiri (SADARI) yang dilakukan pada saat menstruasi pada hari ke-7 hingga 10 hari setelah haid hari pertama. SADARI merupakan upaya deteksi dini permasalahan pada payudara yang dilakukan secara mandiri. Sebanyak 95% wanita terdiagnosis kanker pada tahap awal dengan melakukan pemeriksaan SADARI dan mampu bertahan hidup lebih dari lima tahun setelah terdiagnosis. Oleh

karena itu, SADARI direkomendasikan untuk dilakukan secara rutin oleh para dokter. SADARI dapat dilakukan pada usia 20 tahun atau lebih, sedangkan wanita usia diatas 30 tahun dapat melakukan SADARI atau memeriksakan diri kepada bidan atau dokter secara berkala setiap tahun. Berikut langkah yang dilakukan saat pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) :

(a) Melihat Perubahan Di Depan Cermin

Lihat pada cermin bentuk dan keseimbangan (simetrisitas) payudara kanan dan kiri.

Langkah 1. Berdiri tegak didepan cermin, posisikan tangan lurus kebawah disamping tubuh. Lihat perubahan bentuk dan besarnya payudara, perubahan puting susu, serta kulit payudara didepan kaca.

Langkah 2. Periksa payudara dengan mengangkat tangan keatas kepala. Lihat retraksi kulit atau perlekatan tumor terhadap otot atau fascia dibawahnya.

Langkah 3. Posisikan tubuh berdiri tegak miring kanan lalu kekiri didepan cermin, sambil melihat perubahan payudara kanan dan kiri.

Langkah 4. Menegakan otot bagian dada dengan berkacak pinggang/tangan menekan pinggul sehingga otot di axilla menegang.

(b) Melihat Perubahan Bentuk Payudara Dengan Berbaring

Tahap 1. Persiapan

Dalam posisi berbaring letakkan bantal/gulungan handuk dibahu belakang sehingga dada agak terangkat gunakan telapak tangan dan jari-jari untuk memeriksa payudara, adakah benjolan atau penebalan pada payudara.

Tahap 2. Pemeriksaan Payudara dengan Vertical Strip

Memeriksa seluruh bagian payudara dengan cara vertikal. Dimulai dari tulang selangka atas ke bra-line di bagian bawah dan garis tengah antara payudara ke tengah bagian ketiak anda. Setelah itu pijat memutar dan tekan untuk merasakan benjolan dari selangka menyusuri bawah bra-line hingga ketiak lakukan sedikit menekan untuk merasakan benjolan.

Tahap 3. Pemeriksaan Payudara dengan Cara Memutar

Diawali pada bagian payudara atas anda, pijat memutar mengelilingi payudara mengikuti bentuk payudara. Lakukan pijatan memutar mengelilingi payudara hingga ke puting, berikan tekanan saat memijat, jangan lupa periksa dibagian bawah areola mammae.

Tahap 4. Pemeriksaan Cairan di Puting

Gunakan kedua jari untuk memerah areola memeriksa adanya pengeluaran cairan abnormal dari puting.

Tahap 5. Memeriksa Ketiak

Letakkan tangan kesamping belakang kepala dan rasakan apakah ada benjolan pada ketiak anda dengan teliti dengan menekan area ketiak secara menyeluruh.

3) Masa Reproduksi

Masa reproduksi merupakan masa yang penting bagi wanita karena wanita mampu menghasilkan generasi baru melalui kehamilan, bersalin dan menyusui. Masa reproduksi biasanya dialami wanita selama 33 tahun.

Bentuk skrining dapat dimulai saat ibu melakukan kunjungan a wal antenataal care. Hasil pemeriksaan dapat menentukan kesehatan ibu dan janin. Bidan dapat melakukan skrining terhadap ibu hamil yang memiliki resiko. Skrining pada masa reproduksi yang dapat dilakukan diantaranya :

(a) Pap Smear

Pemeriksaan pap smear merupakan skrining terbaik untuk mencegah kanker serviks. Pap smear sangat efektif yang menggunakan pemeriksaan sitologi untuk melihat keganasan (kanker) dengan mikroskop. Pemeriksaan ini mudah dilakukan, cepat dan tidak menimbulkan rasa sakit. Pap smear merupakan pemeriksaan efektif namun banyak wanita yang menolak untuk melakukan pemeriksaan dan biasanya kanker serviks timbul pada wanita yang tidak mau melakukan pemeriksaan. Pemeriksaan pap smear dilakukan paling tidak 1 tahun sekali bagi yang telah menikah atau yang telah melakukan hubungan seksual. Anjuran pemeriksaan ini dilakukan rutin hingga wanita berusia 70 tahun.

Pap smear dapat dilakukan kapan saja kecuali pada saat haid. Hal yang harus disiapkan ketika akan melakukan pemeriksaan adalah tidak sedang haid, tidak coitus 1-3 hari sebelum pemeriksaan dilakukan dan tidak sedang menggunakan obat-obatan pervagina. Bila hasil pemeriksaan 3 tahun berturut urut normal, pemeriksaan selanjutnya dapat dilakukan tiap tiga tahun. servik merupakan organ khusus yang mudah diketahui melalui pap smear, biopsi, laser dan langsung bisa dilihat sehingga pap smear sudah mendunia dalam arti semua wanita di dunia sudah sadar akan

pentingnya pemeriksaan pap smear dilakukan untuk pencegahan kanker.

(b) Tes Iva

Selain pap smear, tes Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) merupakan tes yang digunakan untuk mendeteksi keabnormalan sel-sel pada mulut rahim. Perbedaan metode skrining IVA dan pap smear terletak pada metode pemeriksaannya. Pemeriksaan ini dapat dilakukan kapan saja dalam keadaan haid maupun sedang konsumsi obat tertentu. Test IVA dilakukan oleh bidan terlatih. Metode yang digunakan dalam IVA yaitu menggunakan asam cuka yang dioleskan ke mulut rahim kemudian dilihat adakah perubahan warna seperti warna pink berubah menjadi putih, jika ada maka ada indikasi kearah keganasan (kanker). Perubahan warna dapat dilihat kasat mata namun keefektifan dan keakuratannya lebih rendah dari pap smear.

4) Masa Menopause/Klimakterium

Masa menopause/klimakterium merupakan masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium (pasca menopause). Masa menopause wanita akan mengalami perubahan-perubahan tertentu yang berkaitan dengan reproduksinya seperti timbulnya rasa panas pada wajah, jantung berdebar, uterus mengecil, berkeringat, dll. Gejala yang timbul bisa ringan hingga berat. Ada kalanya wanita pada masa ini sangat membutuhkan pendampingan tenaga kesehatan untuk mengurangi keluhan yang dirasakannya.

(Ida Prijatni 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Ambikairajah A, Walsh E, Cherbuin N. A review of menopause nomenclature. *Reprod Health* [Internet]. 2022;19(1):1–15. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01336-7>
- American Cancer Society. Breast Cancer What is breast cancer? Am Cancer Soc Cancer Facts Fig Atlanta, Ga Am Cancer Soc [Internet]. 2022;1–19. Tersedia pada: <http://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
- Armini NKA. Editorial: Menilik Kesehatan dan Gangguan Reproduksi Pada Perempuan. *Pedimaternat Nurs J*. 2019;5(1).
- Audrey J. GASKINS, Sc.D. and Jorge E. CHAVARRO, M.D. S. Diet and Fertility: A Review Audrey. *Physiol Behav*. 2019;218(80):678–87.
- Australia FS of. The role of exercise and physical activity in improving fertility, quality of life and emotional well-being. *Your Fertil*. 2021;(April):1–4.
- Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE PAGES The members of the Endometriosis Guideline Core Group ., 2022;1–26.
- Dutta S, Gorain B, Choudhury H, Roychoudhury S, Sengupta P. Environmental and occupational exposure of metals and female reproductive health. *Environ Sci Pollut Res Int*. September 2022;29(41):62067–92.
- Fathalla MF, M.F. M. Sexual and Reproductive Health: Overview. *Int Encycl Public Heal*. 2016;(January):481–90.
- Gursoy E, Yesildere Saglam H. Factors affecting sexual health-seeking behaviors of young people. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2022;30(12):2899–910. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01508-y>

- Ida Prijatni. Modul Kesehatan Reproduksi & KB. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Manusia; 2015.
- Kemenkes RI. Infodatin-cancer burden 2019. Jakarta Minist Heal RI. 2019;3-6.
- Mendagudli VG. CERVICAL CANCER -An Overview. 2021;(June).
- Mulu W, Yimer M, Zenebe Y, Abera B. Common causes of vaginal infections and antibiotic susceptibility of aerobic bacterial isolates in women of reproductive age attending at Felegehiwot referral Hospital, Ethiopia: A cross sectional study. BMC Womens Health [Internet]. 2015;15(1). Tersedia pada: ???
- Olaleye AO, Obiyan MO, Folayan MO. Factors associated with sexual and reproductive health behaviour of street-involved young people: Findings from a baseline survey in Southwest Nigeria. *Reprod Health*. 2020;17(1):1-11.
- Phongluxa K, Langeslag G, Jat TR, Kounnavong S, Khan MA, Essink DR. Factors influencing sexual and reproductive health among adolescents in Lao PDR. *Glob Health Action* [Internet]. 2020;13(sup2). Tersedia pada: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1791426>
- Rohmatullailah D, Fikriyah D. Faktor Risiko Kejadian HIV Pada Kelompok Usia Produktif di Indonesia. *J Biostat Kependudukan, dan Inform Kesehat*. 2021;2(1):45.
- Salsa Khoirunnisa, Elfira Sri Futriani. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Masa Nifas Terhadap Pengetahuan Ibu Tentang Kemampuan Perawatan Mandiri Ibu Nifas Tahun 2022. *J Pendidik dan Konseling*. 2022;4:1349-58.
- Silva T, Jesus M, Cagigal C, Silva C. Food with Influence in the Sexual and Reproductive Health. *Curr Pharm Biotechnol*. 2019;20(2):114-22.
- World Health Organization (WHO). Cancer in Indonesia. *JAMA J Am Med Assoc*. 2020;247(22):3087-8.

BAB 7

PROMOTIVE DAN PREVENTIVE DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Ummul Khair

7.1 Pendahuluan

Promotive dan *Preventive* pada kesehatan reproduksi adalah dua strategi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan reproduksi seseorang, baik pria maupun wanita.

Promotive (promosi) adalah tindakan untuk mendorong individu atau masyarakat untuk melakukan perilaku yang mendukung kesehatan reproduksi. Contohnya adalah kampanye kesadaran tentang kesehatan reproduksi, pendidikan seksual, promosi pola hidup sehat, dan lain-lain. Promosi dalam konteks kesehatan diartikan sebagai memperbaiki kesehatan : memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum(Putri, Fauzia and Indriyani, 2010)

Preventive (pencegahan) adalah tindakan untuk mengurangi risiko terjadinya masalah kesehatan reproduksi. Contohnya adalah imunisasi HPV untuk mencegah kanker serviks, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi dini masalah reproduksi, dan lain-lain.

Kombinasi antara *promotive* dan *preventive* dapat membantu seseorang untuk memelihara kesehatan reproduksi yang optimal dan mencegah terjadinya masalah kesehatan reproduksi yang serius. Penting untuk diingat bahwa kesehatan reproduksi merupakan hal yang sangat penting untuk

diperhatikan dan dijaga, sehingga dapat menunjang kualitas hidup yang lebih baik.

7.2 Konsep Dasar Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi

Promotif dalam kesehatan reproduksi merujuk pada serangkaian tindakan dan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi dan hal-hal yang terkait dengannya. Tujuan utama dari pendekatan promotif adalah untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan reproduksi sebelum terjadi, sehingga masyarakat dapat hidup dengan sehat dan produktif.

Beberapa konsep dasar yang mendasari pendekatan promotif dalam kesehatan reproduksi antara lain:

1. Pendidikan kesehatan: Pendidikan kesehatan merupakan salah satu pilar utama dari pendekatan promotif dalam kesehatan reproduksi. Pendidikan kesehatan meliputi penyampaian informasi yang akurat dan terpercaya tentang kesehatan reproduksi kepada masyarakat, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang tepat dan bijaksana tentang kesehatan reproduksi mereka sendiri.
2. Peningkatan kesadaran dan pengetahuan: Promosi kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan reproduksi. Hal ini meliputi pemahaman tentang pentingnya merencanakan keluarga, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, dan menghindari perilaku yang berisiko terhadap kesehatan reproduksi.
3. Pemberdayaan masyarakat: Pendekatan promotif dalam kesehatan reproduksi juga menekankan pentingnya

- pemberdayaan masyarakat, yaitu memberikan masyarakat kemampuan dan keterampilan untuk mengambil tindakan yang tepat dalam menjaga kesehatan reproduksi mereka. Pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan melalui penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang mudah diakses dan terjangkau, serta melalui pelatihan dan dukungan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengelola kesehatan reproduksi mereka.
4. Keterlibatan masyarakat: Promosi kesehatan reproduksi juga melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi program kesehatan reproduksi. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa program kesehatan reproduksi yang diimplementasikan benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat, serta dapat memberikan manfaat yang maksimal bagi kesehatan reproduksi mereka.
 5. Pendekatan holistik: Pendekatan promotif dalam kesehatan reproduksi juga menganut pendekatan holistik, yaitu memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dalam menjaga kesehatan reproduksi. Dengan demikian, program kesehatan reproduksi yang diimplementasikan tidak hanya berfokus pada aspek fisik saja, tetapi juga memperhatikan aspek lain yang penting untuk kesejahteraan dan kesehatan reproduksi secara menyeluruh.

Sedangkan Preventif merupakan sebuah tindakan Pencegahan terhadap suatu penyakit melalui pencegahan secara langsung maupun melalui proses skrining untuk mengetahui atau memastikan suatu wabah yang telah terjadi seperti:

1. Penyakit menular seksual (PMS): Pencegahan PMS sangat penting karena dapat menyebabkan masalah reproduksi yang serius, seperti infertilitas, kanker serviks, dan lain-

lain. Cara pencegahan PMS meliputi penggunaan kondom saat berhubungan seksual, menjalani tes dan pengobatan yang diperlukan jika terdiagnosis PMS, serta menghindari perilaku berisiko seperti berganti-ganti pasangan seksual.

2. Pemeriksaan kesehatan secara rutin: Pemeriksaan kesehatan secara rutin dapat membantu mendeteksi dini masalah reproduksi seperti kista ovarium, infeksi saluran kencing, dan lain-lain. Pemeriksaan kesehatan juga dapat membantu mengetahui kondisi kesehatan yang mungkin memengaruhi kesuburan dan kemampuan reproduksi.
3. Pola hidup sehat: Pola hidup sehat sangat penting untuk menjaga kesehatan reproduksi. Hal-hal seperti mengonsumsi makanan sehat, olahraga secara teratur, menghindari alkohol dan rokok, dan mengelola stres dapat membantu menjaga kesehatan reproduksi.
4. Pemilihan metode kontrasepsi yang tepat: Pemilihan metode kontrasepsi yang tepat sangat penting untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan melindungi dari penyakit menular seksual. Sebelum memilih metode kontrasepsi, perlu berkonsultasi dengan tenaga kesehatan untuk mengetahui metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pribadi.

Dengan menerapkan konsep dasar preventive pada kesehatan reproduksi, individu dapat menjaga kesehatan reproduksi dengan lebih baik dan mencegah terjadinya masalah reproduksi yang serius.

7.3 Tujuan Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi

Tujuan dari promosi dan pencegahan dalam kesehatan reproduksi adalah Untuk memastikan informasi yang menyeluruh dan faktual serta beragam tentang pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan reproduksi, ketersediannya, keterjangkauan, dan dapat diterima serta cocok untuk semua serta memastikan kesehatan seksual dan reproduksi yang optimal bagi individu, baik pria maupun wanita, dalam hal mencegah masalah-masalah kesehatan yang terkait dengan reproduksi.(Sabatina, 2019)

Beberapa tujuan khusus dari promosi dan pencegahan kesehatan reproduksi meliputi:

Meningkatkan Kesadaran: Tujuan ini mencakup meningkatkan pengetahuan individu tentang reproduksi, seksualitas, dan masalah-masalah kesehatan yang terkait. Dengan meningkatkan kesadaran, individu dapat membuat keputusan yang lebih bijaksana dan berbasis pengetahuan tentang kesehatan reproduksi mereka.

Mencegah Penyakit Menular Seksual (PMS): Tujuan ini melibatkan upaya pencegahan PMS seperti HIV/AIDS, sifilis, gonore, dan infeksi menular seksual lainnya. Ini termasuk promosi penggunaan kondom, pengujian rutin, vaksinasi, dan edukasi tentang praktik seks yang aman.

Mendukung Perencanaan Keluarga: Tujuan ini bertujuan untuk memberikan akses yang lebih baik kepada individu untuk mendapatkan informasi dan layanan tentang perencanaan keluarga. Ini mencakup promosi kontrasepsi yang efektif, edukasi tentang metode kontrasepsi, dan dukungan dalam pengambilan keputusan tentang kapan dan berapa banyak anak yang ingin mereka miliki.

Mengurangi Angka Kehamilan Tidak Diinginkan: Tujuan ini melibatkan upaya untuk mengurangi angka kehamilan yang

tidak direncanakan, terutama pada usia yang tidak tepat atau dalam situasi yang sulit. Ini melibatkan akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan reproduksi, edukasi tentang kontrasepsi, dan dukungan dalam pengambilan keputusan yang bijaksana tentang kehamilan.

Mendukung Kesehatan Reproduksi Wanita: Tujuan ini mencakup pemantauan dan perawatan kesehatan reproduksi wanita, termasuk pemeriksaan rutin, deteksi dini masalah kesehatan reproduksi, dan pengobatan kondisi seperti endometriosis, fibroid, dan penyakit radang panggul.

Mendorong Kesehatan Reproduksi Pria: Tujuan ini mencakup pemantauan dan perawatan kesehatan reproduksi pria, termasuk deteksi dini masalah reproduksi seperti disfungsi ereksi, penyakit menular seksual, dan perawatan infertilitas.

Menangani Kekerasan Seksual dan Kekerasan Berbasis Gender: Tujuan ini melibatkan pencegahan kekerasan seksual, perlindungan korban, dan memberikan dukungan dan akses ke layanan bagi mereka yang terkena dampak kekerasan berbasis gender.

Tujuan promosi dan pencegahan kesehatan reproduksi ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup individu, mencegah penyakit dan kondisi yang terkait dengan reproduksi, serta memastikan bahwa setiap individu memiliki akses yang setara

7.4 Prinsip Dasar Pelaksanaan Kegiatan Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi

Prinsip dasar pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut:

1. **Partisipasi aktif masyarakat:** Prinsip ini mengandung makna bahwa kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi harus melibatkan partisipasi aktif

masyarakat dari awal hingga akhir. Dalam hal ini, masyarakat harus dilibatkan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan reproduksi. Dengan partisipasi aktif masyarakat, diharapkan program kesehatan reproduksi dapat lebih efektif dan bermanfaat bagi kesehatan reproduksi masyarakat.

2. Pendekatan holistik: Pendekatan holistik pada prinsip ini mengandung makna bahwa kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi harus memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual masyarakat. Hal ini dilakukan agar program kesehatan reproduksi dapat mengoptimalkan kesehatan reproduksi secara menyeluruh dan tidak hanya fokus pada aspek fisik saja.
3. Pendidikan dan pemberdayaan: Prinsip ini mengandung makna bahwa kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi harus dilakukan dengan cara memberikan pendidikan dan pemberdayaan kepada masyarakat. Dalam hal ini, masyarakat harus diberikan informasi yang akurat dan terpercaya tentang kesehatan reproduksi, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang tepat dan bijaksana tentang kesehatan reproduksi mereka sendiri. Pada tatanan komunitas, media sosial telah terbukti bermanfaat dalam mempromosikan perilaku sehat pada remaja, juga dapat menghubungkan populasi yang terisolasi secara sosial dengan layanan kesehatan seksual yang aman dan bersifat konfidensial.(Rahmatika and Rahman, 2020)
4. Terpadu: Prinsip ini mengandung makna bahwa kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi harus dilakukan secara terpadu dan menyeluruh. Dalam hal ini, program kesehatan reproduksi harus mengintegrasikan berbagai aspek kesehatan reproduksi, seperti pencegahan penularan penyakit menular seksual, pencegahan

kehamilan yang tidak diinginkan, pemberian layanan kesehatan reproduksi yang aman dan terjangkau, dan sebagainya.

5. Berkelanjutan: Prinsip ini mengandung makna bahwa kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi harus dilakukan secara berkelanjutan. Dalam hal ini, program kesehatan reproduksi harus terus dilakukan dan dikembangkan dengan tujuan meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi masyarakat secara berkelanjutan. Hal ini dilakukan agar kesehatan reproduksi masyarakat dapat terus terjaga dan ditingkatkan dari waktu ke waktu (Herlina *et al.*, 2021)

Dengan mengikuti prinsip-prinsip tersebut, diharapkan kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi dapat memberikan manfaat yang optimal bagi kesehatan reproduksi masyarakat.

7.5 Upaya Tenaga Bidan dalam Promotive dan Preventive Kesehatan Reproduksi

Sebagai tenaga kesehatan yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi, bidan memiliki tanggung jawab dan wewenang untuk melakukan upaya promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi sejalan dengan program nasional. Beberapa upaya yang dapat dilakukan oleh bidan adalah sebagai berikut:

1. Pendidikan dan konseling kesehatan reproduksi: Bidan dapat memberikan pendidikan dan konseling kesehatan reproduksi kepada masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan reproduksi dan cara-cara menjaga kesehatan reproduksi, seperti pencegahan penularan penyakit menular seksual, pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan, dan perawatan selama kehamilan dan

- persalinan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada.
2. Pemeriksaan kesehatan reproduksi: Bidan dapat melakukan pemeriksaan kesehatan reproduksi, seperti pemeriksaan payudara, pemeriksaan pap smear, dan pemeriksaan kehamilan, serta memberikan informasi dan konseling kepada masyarakat mengenai hasil pemeriksaan tersebut.
 3. Pemberian imunisasi: Bidan dapat memberikan imunisasi kepada ibu hamil, seperti imunisasi tetanus toxoid, untuk mencegah terjadinya infeksi pada ibu dan bayi yang dapat berakibat fatal.
 4. Pelayanan kontrasepsi: Bidan dapat memberikan pelayanan kontrasepsi kepada masyarakat yang membutuhkan, seperti pemasangan alat kontrasepsi, pemberian pil kontrasepsi, atau pemberian suntikan kontrasepsi. Dalam memberikan pelayanan kontrasepsi, bidan harus memperhatikan keamanan, efektivitas, dan kecocokan jenis kontrasepsi dengan kondisi kesehatan masing-masing pasien.
 5. Pelayanan pada masa nifas: Bidan dapat memberikan pelayanan pada masa nifas, seperti memberikan informasi dan konseling tentang perawatan bayi, pemeriksaan kesehatan ibu dan bayi, serta pemberian ASI eksklusif.

Upaya-upaya yang dilakukan oleh bidan dalam upaya promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi harus selaras dengan program nasional yang ada, seperti program Keluarga Berencana (KB), program pencegahan dan pengendalian penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, serta program peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi. Dengan demikian, bidan dapat berperan aktif

dalam meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi masyarakat.

7.6 Bentuk Kegiatan Promotive dan Preventive dalam Kesehatan Reproduksi yang Sedang berjalan Saat ini.

Berikut adalah beberapa bentuk kegiatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi yang sedang berjalan saat ini:

Program Keluarga Berencana (KB): Program KB merupakan salah satu program nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pengaturan kelahiran serta memberikan pelayanan kontrasepsi kepada masyarakat yang membutuhkan. Program ini melibatkan banyak pihak, termasuk bidan yang memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kontrasepsi.

Program pencegahan dan pengendalian penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS: Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pencegahan dan pengendalian PMS dan HIV/AIDS, serta memberikan pelayanan kesehatan yang tepat kepada penderita PMS dan HIV/AIDS. Bidan dapat berperan aktif dalam memberikan informasi dan konseling kepada masyarakat mengenai cara-cara pencegahan PMS dan HIV/AIDS.

Program pencegahan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT): Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pencegahan kekerasan dalam rumah tangga serta memberikan pelayanan dan dukungan kepada korban kekerasan. Bidan dapat memberikan informasi dan konseling kepada masyarakat mengenai pentingnya pencegahan kekerasan dalam rumah tangga serta memberikan dukungan psikologis kepada korban kekerasan.

Program kesehatan reproduksi remaja: Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan reproduksi remaja serta memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang tepat kepada remaja. Bidan dapat berperan aktif dalam memberikan informasi dan konseling kepada remaja mengenai pentingnya menjaga kesehatan reproduksi.

Program pemeriksaan kesehatan reproduksi berkala: Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya pemeriksaan kesehatan reproduksi secara berkala serta memberikan pelayanan pemeriksaan kesehatan reproduksi yang tepat kepada masyarakat. Bidan dapat memberikan pelayanan pemeriksaan kesehatan reproduksi dan memberikan informasi dan konseling kepada masyarakat mengenai hasil pemeriksaan tersebut.

Kegiatan-kegiatan ini dilaksanakan oleh berbagai lembaga dan instansi, baik pemerintah maupun swasta, yang bekerja sama dalam meningkatkan kualitas kesehatan reproduksi masyarakat. Bidan dapat berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan ini untuk meningkatkan kesadaran dan kualitas kesehatan reproduksi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Herlina, T. *et al.* 2021. 'Gambaran Tingkat pengetahuan Ibu tentang Stunting pada Balita di Desa Kedawung Kecamatan Susukan Kabupaten Banjarnegara', *Borneo Nursing Journal (BNJ)*, 4(1), pp. 10–17.
- Putri, S., Fauzia, S. and Indriyani, A. 2010. 'Analisis Hasil Survei Terhadap Media Promosi Kesehatan Reproduksi Pria Berupa Blog Untuk Perencanaan Pengembangan Media Promosi Kesehatan', pp. 1–10.
- Rahmatika, Q.T. and Rahman, L.O.A. 2020. 'Media Sosial Sebagai Strategi Promosi Kesehatan Reproduksi Pada Remaja', *Jurnal Kesehatan*, 8(1), p. 39. doi:10.46815/jkanwvol8.v8i1.48.
- Sabatina, E.C. 2019. 'Modul praktik 1 Poiteknik Kesehatan Palangka Raya'.

BAB 8

PRIMARY HEALTH CARE (PHC)

PELAYANAN KESEHATAN UTAMA

Oleh St. Subriani

8.1 Latar Belakang

Pada tahun 1977, pertemuan Dewan Kesehatan Dunia menghasilkan kesepakatan internasional untuk mencapai "Kesehatan Bagi Semua" atau "*Health For All*" (HFA) pada tahun 2000, yang berarti mencapai tingkat kesehatan optimal yang memungkinkan setiap individu untuk hidup secara produktif baik secara sosial maupun ekonomi. (Sari, 2019)

Pada tahun 1978, Konferensi di Alma Ata menetapkan *Primary Health Care* (PHC) sebagai strategi global untuk mencapai Kesehatan Bagi Semua atau Health For All by The Year 2000 (HFA 2000). Indonesia, yang turut menandatangani kesepakatan global tersebut, menyatakan bahwa kuncinya untuk mencapai HFA 2000 adalah PHC, dengan bentuk operasional PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa) di Indonesia. (Sari, 2019)

8.2 Pengertian Primary Health Care (PHC)

Primary Health Care (PHC) adalah pendekatan kesehatan yang komprehensif, terpadu, dan berkelanjutan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara merata dan terjangkau. Pendekatan PHC menempatkan individu, keluarga, dan masyarakat sebagai subjek utama dalam mengelola kesehatan mereka dengan dukungan dari sistem kesehatan yang berbasis pada pelayanan kesehatan

yang terjangkau, berkualitas, dan berkeadilan. PHC mencakup pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan promosi kesehatan yang dilakukan secara holistik dan berkelanjutan. (World Health Organization, 2018)

Pelayanan kesehatan dasar yang didasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima oleh individu dan keluarga dalam masyarakat. Pelayanan ini diharapkan dapat disediakan dengan partisipasi penuh dari masyarakat, dan biayanya dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk mempertahankan kesehatan pada setiap tahap perkembangan mereka. Tujuan dari pelayanan ini adalah untuk mendorong kemandirian (*self reliance*) dan penentuan nasib sendiri pada masyarakat (*self determinantion*). (World Health Organization [WHO] & [UNICEF], 2018)

8.3 Tujuan PHC

Tujuan Primary Health Care terbagi 2 yaitu : (Sari, 2019)

1. Tujuan Umum

Menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan

2. Tujuan Khusus

- a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk
- b. Pelayanan harus dapat diterima
- c. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis
- d. Pelayanan harus maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat

8.4 Fungsi PHC

PHC hendaknya memenuhi fungsi-fungsi sebagai berikut(Sari, 2019) :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu: PHC memberikan pelayanan kesehatan yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terpadu dan menyeluruh, sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang holistik.
2. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan: PHC berupaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat, terutama mereka yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki akses yang terbatas ke layanan kesehatan.
3. Meningkatkan partisipasi masyarakat: PHC mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kesadaran dan keterlibatan masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan.
4. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan: PHC mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan yang tersedia dan meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan, sehingga dapat memberikan hasil yang lebih baik dan terukur.
5. Meningkatkan kolaborasi antar-sektor: PHC mengembangkan kolaborasi antara sektor kesehatan dengan sektor lainnya seperti pendidikan, lingkungan hidup, dan pembangunan ekonomi guna menciptakan lingkungan yang sehat dan mendukung kesehatan.
6. Menjaga kesehatan masyarakat: PHC memfokuskan pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, sehingga dapat mengurangi beban penyakit dan kematian yang disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dan dikendalikan.

7. Menjaga kesinambungan sistem kesehatan: PHC memperhatikan keberlanjutan sistem kesehatan dan mengembangkan sistem kesehatan yang dapat mengakomodasi kebutuhan kesehatan masyarakat yang terus berkembang.

8.5 Falsafah PHC (Sari, 2019)

Falsafah *Primary Health Care* (PHC) adalah sebuah pendekatan yang menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk hidup sehat dan merasa sejahtera, dan untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan adanya pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. PHC juga menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan, serta pentingnya pendekatan yang holistik dan terpadu dalam mengatasi masalah kesehatan.

Falsafah PHC juga mencakup pemahaman bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia yang harus diakui dan dipenuhi oleh pemerintah serta masyarakat, dan bahwa kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam pembangunan sosial dan ekonomi. PHC juga menekankan pentingnya pencegahan dan promosi kesehatan, serta penggunaan teknologi yang tepat dalam memberikan pelayanan kesehatan.

8.6 Sasaran PHC (World Health Organization [WHO] & [UNICEF], 2018)

Sasaran utama dari *Primary Health Care* (PHC) adalah seluruh masyarakat, baik itu individu maupun kelompok, yang membutuhkan pelayanan kesehatan. PHC bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang holistik dan terintegrasi, mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, serta menerapkan pendekatan yang berfokus pada

pencegahan dan promosi kesehatan. Sasaran PHC juga mencakup kelompok-kelompok rentan, seperti anak-anak, ibu hamil dan menyusui, lansia, orang dengan penyakit kronis, dan orang yang tinggal di daerah terpencil dan sulit dijangkau.

Dalam implementasinya, PHC juga mencakup pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan gizi, sanitasi, dan lingkungan hidup yang sehat, serta pelayanan kesehatan mental dan sosial. PHC juga menempatkan masyarakat sebagai subjek utama dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan, sehingga setiap individu dan kelompok dapat terlibat secara aktif dalam menjaga kesehatan dan mencegah penyakit.

8.7 Unsur, Prinsip dan Program PHC

1. Unsur Utama PHC Tiga (3) Unsur Utama yang terkandung dalam PHC adalah (Sari, 2019):
 - a. Pelayanan kesehatan yang komprehensif,
Pelayanan ini mencakup empat aspek yaitu promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
 - 1) Aspek promotif bertujuan untuk mendorong dan meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat akan pentingnya kesehatan.
 - 2) Aspek preventif bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui upaya-upaya seperti imunisasi, pengendalian vektor, dan perilaku hidup sehat.
 - 3) Aspek kuratif bertujuan untuk menyembuhkan penyakit yang telah terjadi melalui diagnosis dan pengobatan.
 - 4) aspek rehabilitatif bertujuan untuk mengembalikan kesehatan dan kemampuan fungsional pasien setelah mereka pulih dari suatu penyakit atau kondisi. Selain itu, pelayanan

kesehatan yang komprehensif juga mengintegrasikan aspek kesehatan jiwa, fisik, dan sosial untuk memberikan perawatan yang holistik dan terpadu kepada pasien.

Dengan demikian, pelayanan kesehatan yang komprehensif di PHC bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara menyeluruh dan berkelanjutan. Pelayanan kesehatan yang terjangkau,

- b. Pelayanan kesehatan yang terjangkau memiliki dua aspek utama.
 - 1) Pertama, pelayanan tersebut harus mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat, termasuk masyarakat yang tinggal di daerah terpencil atau yang memiliki keterbatasan mobilitas. Dalam hal ini, pemerintah dan penyedia layanan kesehatan harus menempatkan fasilitas kesehatan secara strategis agar dapat dijangkau oleh masyarakat.
 - 2) Aspek kedua dari pelayanan kesehatan yang terjangkau adalah biaya. Pelayanan kesehatan yang terjangkau berarti biaya pelayanan tersebut dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama masyarakat miskin. Pemerintah dan penyedia layanan kesehatan harus bekerja sama untuk menciptakan mekanisme pembiayaan yang sesuai dan dapat diakses oleh masyarakat miskin, seperti program jaminan kesehatan nasional atau subsidi biaya kesehatan bagi masyarakat miskin. Dengan demikian, seluruh lapisan masyarakat akan dapat mengakses pelayanan kesehatan yang terjangkau dan merata.

c. Partisipasi aktif masyarakat,

Partisipasi aktif masyarakat adalah suatu konsep di mana masyarakat dianggap sebagai mitra penting dalam upaya pelayanan kesehatan. Dalam konteks PHC, partisipasi aktif masyarakat berarti bahwa masyarakat dilibatkan dalam semua tahapan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga pengambilan keputusan. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, serta memberikan pemahaman tentang tindakan preventif dan promotif yang dapat dilakukan oleh masyarakat itu sendiri.

Dalam partisipasi aktif ini, masyarakat juga dianggap sebagai partner dalam menjaga kesehatannya. Dengan terlibat secara aktif dalam proses pelayanan kesehatan, masyarakat dapat memberikan masukan dan umpan balik kepada penyedia layanan kesehatan tentang apa yang dibutuhkan oleh masyarakat, sehingga pelayanan yang diberikan dapat disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat. Selain itu, partisipasi aktif masyarakat juga membantu membangun kepercayaan antara penyedia layanan kesehatan dan masyarakat yang dilayani, serta mendorong masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

2. Prinsip Dasar PHC

Lima (5) Prinsip Dasar PHC adalah (Sari, 2019):

- a. Kesetaraan kesehatan: Setiap orang harus memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa adanya diskriminasi

berdasarkan status sosial, ekonomi, jenis kelamin, atau ras.

- b. Partisipasi masyarakat: Masyarakat harus terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan, sehingga mereka dapat memahami masalah kesehatan lokal, menentukan prioritas, dan berpartisipasi dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan.
- c. Pendekatan holistik: PHC memandang manusia sebagai satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan antara fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan harus diberikan secara holistik, mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- d. Akses universal: Setiap orang harus memiliki akses yang mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- e. Kolaborasi antar-sektor: Kerja sama antar-sektor harus ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan yang kompleks dan multidimensional, termasuk determinan sosial kesehatan. Seluruh sektor terkait, termasuk sektor pendidikan, sosial, ekonomi, dan lingkungan, harus berkolaborasi dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat.

4. Program-program PHC

Dalam pelaksanaan PHC harus memiliki 8 elemen esensial yaitu : terdapat 8 elemen esensial yang diidentifikasi oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang harus ada, yaitu (World Health Organization, 2018):

- a. Pendidikan kesehatan: Memberikan edukasi kesehatan pada masyarakat untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan dan mencegah penyakit.

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam pelaksanaan PHC. Dengan memberikan edukasi kesehatan pada masyarakat, mereka dapat memahami faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka, cara mencegah penyakit, dan tindakan yang harus dilakukan jika terjadi masalah kesehatan. Pendidikan kesehatan juga dapat membantu masyarakat memperoleh akses terhadap informasi kesehatan yang akurat dan dapat dipercaya, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan mereka sendiri. Selain itu, dengan meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan, pendidikan kesehatan dapat membantu mencegah terjadinya penyakit dan mengurangi beban penyakit pada masyarakat.

- b. Promosi kesehatan: Mendorong masyarakat untuk mempraktikkan gaya hidup sehat, memperkuat sistem imunitas tubuh, dan memperhatikan kesehatan mereka secara umum.

Promosi kesehatan juga merupakan salah satu elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan utama dari promosi kesehatan adalah mendorong masyarakat untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan memperhatikan kesehatan mereka secara umum. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan informasi dan edukasi tentang cara menjaga kesehatan dan mencegah penyakit. Selain itu, promosi kesehatan juga mencakup program-program yang mendorong masyarakat untuk melakukan aktivitas fisik secara teratur, memperkuat sistem imunitas tubuh, dan memperoleh nutrisi yang seimbang.

Promosi kesehatan juga dapat melibatkan kampanye-kampanye untuk mendorong perilaku sehat

seperti berhenti merokok, meminum air yang cukup, mencuci tangan secara teratur, dan sebagainya. Dengan mendorong perilaku sehat, promosi kesehatan dapat membantu masyarakat untuk mencegah penyakit, mengurangi risiko penyakit kronis seperti diabetes dan penyakit jantung, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

- c. Perlindungan kesehatan: Menyediakan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat, termasuk program vaksinasi, pemeriksaan kesehatan, dan pengobatan.

Perlindungan kesehatan juga merupakan salah satu elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan dari perlindungan kesehatan adalah menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau, dapat diakses, dan berkualitas tinggi bagi seluruh masyarakat.

Perlindungan kesehatan mencakup berbagai jenis layanan kesehatan, termasuk program vaksinasi untuk mencegah penyakit menular, pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk mendeteksi penyakit sejak dini, dan pengobatan untuk mengobati penyakit yang sudah terjadi. Perlindungan kesehatan juga mencakup pelayanan kesehatan maternal dan anak, pelayanan kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan mental.

Dalam pelaksanaan PHC, perlindungan kesehatan harus tersedia dan dapat diakses oleh seluruh masyarakat, termasuk mereka yang tinggal di daerah terpencil atau daerah yang sulit dijangkau. Dengan menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas tinggi bagi seluruh masyarakat, diharapkan dapat meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

- d. Pencegahan dan pengendalian penyakit: Mencegah dan mengendalikan penyakit menular melalui program imunisasi, pengobatan, dan tindakan pencegahan lainnya.

Pencegahan dan pengendalian penyakit juga merupakan salah satu elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan dari pencegahan dan pengendalian penyakit adalah untuk mencegah penyebaran penyakit menular, mengurangi beban penyakit, dan memperbaiki kualitas hidup masyarakat.

Pencegahan dan pengendalian penyakit mencakup berbagai strategi, termasuk program imunisasi untuk mencegah penyebaran penyakit menular, pengobatan dan perawatan untuk mereka yang telah terinfeksi, serta tindakan pencegahan lainnya seperti isolasi, karantina, dan penggunaan alat pelindung diri.

Dalam pelaksanaan PHC, pencegahan dan pengendalian penyakit harus dilakukan secara holistik dan terintegrasi, melibatkan berbagai pihak seperti tenaga kesehatan, masyarakat, dan pemerintah. Dengan demikian, diharapkan dapat tercipta lingkungan yang sehat dan aman bagi seluruh masyarakat.

- e. Pelayanan kesehatan dasar: Memberikan layanan kesehatan dasar, seperti perawatan kesehatan maternal dan anak, pelayanan kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan mental.

Pelayanan kesehatan dasar juga merupakan salah satu elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan dari pelayanan kesehatan dasar adalah menyediakan layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas tinggi bagi seluruh masyarakat.

Pelayanan kesehatan dasar mencakup berbagai jenis layanan, termasuk perawatan kesehatan maternal dan anak, pelayanan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan mental, dan pelayanan kesehatan lainnya yang diperlukan oleh masyarakat. Layanan kesehatan dasar juga mencakup edukasi kesehatan, pemeriksaan kesehatan, pengobatan, dan perawatan jangka panjang.

Dalam pelaksanaan PHC, pelayanan kesehatan dasar harus tersedia dan dapat diakses oleh seluruh masyarakat, termasuk mereka yang tinggal di daerah terpencil atau daerah yang sulit dijangkau. Layanan kesehatan dasar harus dilakukan secara holistik dan berpusat pada pasien, dengan memperhatikan kebutuhan individu dan karakteristik masyarakat setempat.

Menyediakan layanan kesehatan dasar yang berkualitas tinggi bagi seluruh masyarakat, diharapkan dapat meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan.

- f. Pengobatan esensial: Menyediakan obat-obatan esensial bagi masyarakat.

Pengobatan esensial juga merupakan salah satu elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan dari pengobatan esensial adalah untuk menyediakan obat-obatan yang efektif, aman, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat.

Pengobatan esensial mencakup obat-obatan yang diperlukan untuk mencegah dan mengobati penyakit yang umum di masyarakat, seperti penyakit infeksi, penyakit kronis, dan penyakit menular. Obat-obatan esensial juga mencakup obat-obatan untuk perawatan kesehatan maternal dan anak, serta obat-obatan yang dibutuhkan dalam situasi darurat atau bencana.

Dalam pelaksanaan PHC, pengobatan esensial harus dilakukan dengan memperhatikan faktor-faktor seperti ketersediaan obat, kualitas obat, dan aksesibilitas bagi seluruh masyarakat. Pengobatan esensial juga harus dilakukan dengan memperhatikan kebijakan dan panduan klinis yang berlaku.

Dengan menyediakan obat-obatan esensial bagi seluruh masyarakat, diharapkan dapat meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan, serta mencegah atau mengurangi beban penyakit dan penderitaan.

- g. Sistem rujukan: Menyediakan sistem rujukan yang efektif untuk mengarahkan pasien ke layanan kesehatan yang sesuai.

System rujukan yang efektif juga merupakan salah satu elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan dari sistem rujukan adalah untuk mengarahkan pasien ke layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Sistem rujukan mencakup jaringan layanan kesehatan dari level paling dasar hingga level yang lebih tinggi, termasuk puskesmas, rumah sakit, dan spesialis kesehatan lainnya. Sistem rujukan juga mencakup standar dan protokol yang jelas untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yang konsisten dan terkoordinasi.

Dalam pelaksanaan PHC, sistem rujukan yang efektif harus dilakukan dengan memperhatikan faktor-faktor seperti aksesibilitas, kualitas layanan, dan koordinasi antara layanan kesehatan. Pasien harus diberi informasi yang jelas tentang sistem rujukan, termasuk bagaimana cara mendapatkan perawatan kesehatan yang sesuai dan apa yang harus dilakukan

jika mereka membutuhkan perawatan yang lebih tinggi.

Menyediakan sistem rujukan yang efektif, diharapkan dapat meningkatkan kualitas dan efektivitas perawatan kesehatan bagi seluruh masyarakat, serta memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

- h. Keterlibatan masyarakat: Melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan program kesehatan untuk meningkatkan partisipasi dan dukungan masyarakat pada program kesehatan.

Keterlibatan masyarakat juga merupakan elemen dasar dalam pelaksanaan PHC. Tujuan dari keterlibatan masyarakat adalah untuk meningkatkan partisipasi dan dukungan masyarakat pada program kesehatan, serta memastikan bahwa program kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat.

Keterlibatan masyarakat mencakup berbagai macam aktivitas, seperti penyuluhan kesehatan, kampanye kesehatan, partisipasi dalam pembuatan kebijakan, dan pembentukan kelompok masyarakat yang peduli pada kesehatan. Keterlibatan masyarakat juga mencakup pengembangan program kesehatan yang melibatkan masyarakat secara langsung, sehingga masyarakat dapat merasa memiliki program kesehatan tersebut dan dapat memperoleh manfaatnya secara langsung.

Dalam pelaksanaan PHC, keterlibatan masyarakat harus dilakukan dengan memperhatikan faktor-faktor seperti keanekaragaman budaya, adat istiadat, dan nilai-nilai lokal yang berbeda di setiap wilayah.

Masyarakat harus dilibatkan secara aktif dalam seluruh tahapan program kesehatan, mulai dari perencanaan hingga evaluasi.

Melibatkan masyarakat secara aktif dalam program kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan partisipasi dan dukungan masyarakat pada program kesehatan, serta meningkatkan efektivitas dan keberlanjutan program kesehatan.

Dengan adanya 8 elemen esensial ini, diharapkan program PHC dapat terimplementasi dengan baik dan memberikan dampak positif pada kesehatan masyarakat.

8.8 Kendala Yang Mempengaruhi Penerapan *Primary Health Care*

Penerapan *Primary Health Care* (PHC) di berbagai negara masih menghadapi berbagai kendala, antara lain(Sari, 2019):

1. Kurangnya dukungan politik: Kurangnya dukungan dari pemerintah dan stakeholder terkait dapat menghambat implementasi dan pengembangan PHC.

Kurangnya dukungan politik menjadi salah satu kendala utama dalam penerapan PHC. Hal ini karena PHC membutuhkan dukungan dan kebijakan yang kuat dari pemerintah dalam hal pengalokasian anggaran, pembentukan kebijakan, serta pembentukan sistem yang mendukung penerapan PHC. Selain itu, dukungan dari stakeholder terkait seperti lembaga kesehatan, tenaga kesehatan, dan masyarakat juga sangat penting untuk mendorong keberhasilan implementasi PHC.

Ketika tidak ada dukungan politik yang memadai, maka keberhasilan implementasi PHC akan terhambat. Kurangnya dukungan politik dapat berdampak pada

minimnya alokasi anggaran untuk PHC, minimnya pembentukan kebijakan dan regulasi yang mendukung PHC, serta minimnya dukungan dan motivasi bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan PHC. Selain itu, masyarakat juga mungkin tidak tertarik untuk berpartisipasi dalam program PHC karena minimnya dukungan dan kepercayaan dari pemerintah. Oleh karena itu, dukungan politik yang kuat sangat penting dalam penerapan PHC yang efektif dan berkelanjutan.

2. Kurangnya dana dan sumber daya: Pembiayaan yang kurang memadai dan terbatasnya sumber daya manusia dan infrastruktur dapat mempengaruhi penerapan PHC, termasuk kesulitan dalam merekrut, melatih, dan mempertahankan tenaga kesehatan.

Penerapan PHC, dibutuhkan sumber daya manusia, infrastruktur, dan peralatan medis yang memadai untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada masyarakat. Namun, seringkali terjadi kekurangan dalam hal pembiayaan dan sumber daya, sehingga pengembangan dan implementasi program PHC terhambat.

Kurangnya dana dapat menghambat penyediaan fasilitas dan peralatan medis yang memadai serta pelatihan dan pendidikan yang cukup bagi tenaga kesehatan. Kekurangan tenaga kesehatan dapat memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dan kemampuan untuk mencapai sasaran PHC, seperti cakupan imunisasi dan perawatan ibu dan anak.

Selain itu, infrastruktur yang tidak memadai, seperti transportasi dan jaringan telekomunikasi yang buruk, juga dapat mempengaruhi aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Oleh karena itu, dibutuhkan dukungan dan investasi yang memadai dari pemerintah

dan stakeholders terkait agar PHC dapat dikembangkan dan diimplementasikan secara efektif.

3. Ketidakmerataan akses: Masalah akses ke layanan kesehatan dan ketidakmerataan pelayanan antara daerah perkotaan dan pedesaan dapat mempengaruhi efektivitas penerapan PHC.

Masalah akses ke layanan kesehatan dapat menjadi kendala dalam penerapan PHC. Terdapat ketidakmerataan akses ke layanan kesehatan antara daerah perkotaan dan pedesaan, antara daerah kaya dan miskin, serta antara kelompok-kelompok sosial tertentu. Hal ini dapat menyebabkan kesenjangan kesehatan dan menyulitkan pemberian layanan kesehatan yang merata dan menyeluruh. Selain itu, keterbatasan infrastruktur dan transportasi di daerah terpencil atau yang sulit dijangkau juga dapat mempersulit akses masyarakat terhadap layanan kesehatan.

4. Ketidakmampuan untuk melibatkan masyarakat: Partisipasi masyarakat yang kurang aktif dan kurangnya kesadaran akan pentingnya kesehatan dapat menjadi hambatan dalam penerapan PHC.

Partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan sangat penting dalam memastikan keberhasilan program PHC. Namun, masyarakat yang kurang terdidik atau tidak memiliki kesadaran kesehatan yang cukup dapat menghambat partisipasi aktif dalam program PHC. Selain itu, kurangnya keterlibatan kelompok masyarakat tertentu seperti perempuan, anak-anak, atau kelompok marginal dapat mempengaruhi efektivitas program PHC. Oleh karena itu, penting untuk membangun kesadaran dan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat

tentang manfaat dan pentingnya penerapan PHC serta melibatkan mereka secara aktif dalam setiap tahap program kesehatan.

5. Masalah budaya: Perbedaan budaya dan kepercayaan masyarakat dapat mempengaruhi penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan yang ditawarkan dalam PHC

Perbedaan budaya dan kepercayaan masyarakat terkait dengan kesehatan dapat mempengaruhi penerimaan dan penggunaan pelayanan kesehatan yang ditawarkan dalam PHC. Misalnya, dalam beberapa budaya, pengobatan tradisional mungkin lebih dipercayai daripada pengobatan modern, atau beberapa masyarakat mungkin lebih memilih pengobatan alternatif yang tidak didukung oleh praktik medis modern. Oleh karena itu, penting bagi pihak yang terlibat dalam implementasi PHC untuk memahami budaya dan kepercayaan masyarakat setempat dan membangun kemitraan yang erat dengan mereka untuk mencapai tujuan PHC.

6. Kurangnya koordinasi dan kolaborasi antara sektor: Kurangnya koordinasi dan kolaborasi antara sektor kesehatan dan sektor lain seperti pendidikan, pertanian, dan infrastruktur dapat menghambat penerapan PHC yang terintegrasi.

Beberapa masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan hanya melalui sektor kesehatan saja, namun juga melalui kerjasama dengan sektor lain seperti pendidikan, pertanian, dan infrastruktur. Kurangnya koordinasi dan kolaborasi antara sektor dapat menyebabkan tumpang tindih dalam program dan kebijakan, serta memperburuk masalah kesehatan yang sudah ada. Oleh karena itu, penting untuk membangun kolaborasi dan koordinasi

antara sektor-sektor tersebut dalam penerapan PHC, sehingga dapat menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.

7. Masalah politik dan konflik: Konflik dan masalah politik dapat mengganggu penerapan PHC dan menghalangi akses ke layanan kesehatan.

Konflik bersenjata atau ketidakstabilan politik dapat menyebabkan kerusakan infrastruktur kesehatan, pemindahan penduduk, dan kurangnya pasokan obat dan bantuan kesehatan yang memadai. Selain itu, konflik politik dan ketidakstabilan dapat mempengaruhi ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas dan memperburuk masalah ketidakmerataan akses ke layanan kesehatan. Kondisi ini akan mempengaruhi keberhasilan implementasi PHC karena sulit untuk menjalankan kegiatan kesehatan yang konsisten dan berkelanjutan dalam lingkungan yang tidak stabil. Oleh karena itu, penting untuk memperhatikan faktor politik dan konflik dalam pengembangan program PHC.

8.9 Strategi PHC

Beberapa strategi yang dapat digunakan untuk menerapkan Primary Health Care (PHC) antara lain (Sari, 2019):

1. Peningkatan partisipasi masyarakat: Meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program PHC.
2. Peningkatan akses kesehatan: Meningkatkan akses kesehatan dengan memperbaiki infrastruktur kesehatan dan meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan.

3. Peningkatan pendanaan kesehatan: Meningkatkan pendanaan kesehatan untuk mendukung penerapan PHC yang berkualitas.
4. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan: Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan mengembangkan sistem pemantauan dan evaluasi yang efektif.
5. Pengembangan sumber daya manusia: Meningkatkan kualitas tenaga kesehatan melalui pelatihan dan pendidikan yang terus menerus.
6. Penerapan teknologi kesehatan yang tepat: Menerapkan teknologi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat dan dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat.
7. Kolaborasi antar sektor: Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi antara sektor kesehatan dan sektor lain seperti pendidikan, pertanian, dan infrastruktur untuk meningkatkan efektivitas program PHC.
8. Peningkatan pemahaman tentang PHC: Meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang konsep PHC di kalangan masyarakat dan pihak terkait lainnya seperti pemerintah dan organisasi masyarakat.

8.10 Tanggungjawab Bidan dalam *Primary Health Care*

Sebagai salah satu tenaga kesehatan di level dasar, bidan memiliki peran penting dalam pelaksanaan *Primary Health Care* (PHC). Tanggung jawab bidan dalam PHC meliputi (Sari, 2019):

1. **Pelayanan kesehatan ibu dan anak:** Bidan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, seperti pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan bayi baru lahir, dan pemeriksaan kesehatan anak.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah salah satu tanggung jawab bidan dalam *Primary Health Care* (PHC). Bidan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap dan terpadu bagi ibu dan anak, mulai dari pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan bayi baru lahir, hingga pemeriksaan kesehatan anak.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, bidan harus dapat melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur dan memberikan konseling tentang gaya hidup sehat selama kehamilan. Bidan juga bertanggung jawab untuk memberikan persiapan persalinan, melakukan pemeriksaan persalinan, dan memberikan tindakan pertolongan persalinan yang sesuai jika terjadi komplikasi. Selain itu, bidan juga harus mampu memberikan perawatan pasca persalinan dan memberikan konseling tentang pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan.

Sedangkan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, bidan harus dapat melakukan pemeriksaan bayi baru lahir, memberikan imunisasi, serta memberikan konseling tentang nutrisi dan perawatan anak yang baik. Bidan juga harus mampu melakukan pemeriksaan kesehatan anak secara teratur, seperti pemeriksaan tumbuh kembang anak, pemeriksaan kesehatan gigi, dan tindakan medis dasar lainnya. Hal ini bertujuan untuk mencegah dan mengurangi angka kematian ibu dan anak serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak secara keseluruhan.

- 2. Pelayanan kesehatan reproduksi: Bidan juga bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi, seperti konseling tentang kontrasepsi, pemeriksaan kesehatan reproduksi, dan penanganan masalah kesehatan reproduksi.**

Pelayanan kesehatan reproduksi juga menjadi tanggung jawab bidan dalam *Primary Health Care* (PHC). Bidan bertanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang lengkap dan terpadu, mulai dari memberikan konseling tentang kontrasepsi, pemeriksaan kesehatan reproduksi, hingga penanganan masalah kesehatan reproduksi.

Dalam memberikan konseling tentang kontrasepsi, bidan harus dapat memberikan informasi yang akurat dan memadai tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, keuntungan dan kerugian masing-masing metode, serta membantu pasien memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien.

Selain itu, bidan juga bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan kesehatan reproduksi, seperti pemeriksaan payudara, pemeriksaan alat kelamin, dan pemeriksaan Pap smear untuk mendeteksi dini kanker serviks. Jika terdapat masalah kesehatan reproduksi, bidan harus dapat memberikan penanganan yang sesuai atau merujuk pasien ke pelayanan kesehatan yang lebih spesialis jika diperlukan.

Dengan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang baik dan terpadu, bidan dapat membantu masyarakat untuk menjaga kesehatan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, dan mengurangi angka kematian ibu dan bayi akibat komplikasi kehamilan dan persalinan.

3. **Pencegahan dan pengendalian penyakit menular: Bidan turut berperan dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit menular, seperti program imunisasi, pemeriksaan kesehatan umum, dan penanganan penyakit menular.**

Bidan juga berperan penting dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit menular dalam lingkup *Primary Health Care* (PHC). Dalam program ini, bidan bertanggung jawab untuk memberikan imunisasi kepada bayi dan anak-anak untuk mencegah penyakit menular, seperti campak, polio, difteri, tetanus, hepatitis B, dan lain-lain.

Selain itu, bidan juga melakukan pemeriksaan kesehatan umum pada pasien, termasuk pemeriksaan gejala penyakit menular. Jika terdapat pasien yang terdiagnosis dengan penyakit menular, bidan harus dapat memberikan penanganan dan perawatan yang tepat, serta mengambil tindakan pencegahan untuk mencegah penyebaran penyakit ke orang lain.

Pada kondisi wabah atau epidemi, bidan juga berperan penting dalam melakukan deteksi dini, pelaporan, dan penanganan kasus penyakit menular. Bidan harus dapat mengenali gejala-gejala penyakit menular, melakukan pemeriksaan, dan merujuk pasien yang membutuhkan perawatan dan penanganan lebih lanjut.

Berperan aktif dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit menular, bidan dapat membantu mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dalam masyarakat.

4. **Promosi kesehatan: Bidan juga harus aktif dalam kegiatan promosi kesehatan, seperti memberikan penyuluhan tentang kesehatan, pencegahan penyakit, dan gaya hidup sehat.**

Promosi kesehatan adalah salah satu tugas dan tanggung jawab bidan dalam lingkup *Primary Health Care* (PHC). Bidan harus dapat memberikan informasi dan edukasi yang benar dan tepat tentang kesehatan pada pasien, keluarga, dan masyarakat.

Bidang promosi kesehatan mencakup banyak hal, seperti memberikan penyuluhan tentang pencegahan penyakit, nutrisi sehat, imunisasi, pentingnya pemeriksaan kesehatan, persiapan menjelang persalinan, dan perawatan bayi baru lahir. Selain itu, bidan juga dapat memberikan informasi dan dukungan tentang program-program kesehatan nasional dan lokal.

Dalam melakukan promosi kesehatan, bidan harus dapat memahami budaya dan kondisi sosial masyarakat setempat, serta berkomunikasi dengan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarganya. Bidan juga harus dapat melibatkan masyarakat dalam program kesehatan dan mendorong mereka untuk mengambil peran aktif dalam menjaga kesehatan diri sendiri dan keluarganya.

Promosi kesehatan yang efektif, bidan dapat membantu masyarakat untuk memahami pentingnya kesehatan dan mendorong mereka untuk mempraktikkan gaya hidup sehat yang dapat meningkatkan kualitas hidup dan mencegah penyakit.

- 5. Keterlibatan masyarakat: Bidan juga harus melibatkan masyarakat dalam kegiatan PHC, seperti mengadakan pertemuan kelompok ibu hamil atau kelompok penyuluhan kesehatan lainnya, serta menggalang dukungan masyarakat terhadap program kesehatan.**

Keterlibatan masyarakat merupakan elemen penting dalam pelaksanaan PHC dan bidan sebagai bagian dari tim kesehatan harus memastikan partisipasi dan dukungan masyarakat terhadap program kesehatan. Dengan melibatkan masyarakat, bidan dapat memberikan edukasi tentang kesehatan dan mendorong masyarakat untuk mempraktikkan gaya hidup sehat serta

meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan reproduksi dan kehamilan yang sehat.

Dalam melaksanakan tanggung jawab tersebut, bidan harus bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, seperti dokter, perawat, dan petugas kesehatan lainnya, serta memperhatikan aspek-aspek seperti aksesibilitas, kualitas layanan, dan partisipasi masyarakat. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan, serta meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

8.11 *Primary Health Care (PHC)* dan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Dua konsep yang berkaitan erat dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. PHC merupakan pendekatan kesehatan yang melibatkan partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan dan pengobatan penyakit secara dini, sedangkan Puskesmas adalah salah satu fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia.(Sari, 2019)

PHC mencakup beberapa elemen dasar, seperti pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, perlindungan kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan dasar, pengobatan esensial, sistem rujukan, dan keterlibatan masyarakat. Tujuan dari PHC adalah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, dengan memperhatikan faktor-faktor seperti aksesibilitas, kualitas layanan, dan partisipasi masyarakat.(Sari, 2019)

Puskesmas merupakan salah satu bentuk implementasi PHC di Indonesia. Puskesmas menyediakan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, seperti pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kesehatan gigi, pelayanan

kesehatan reproduksi, dan pelayanan kesehatan mental. Puskesmas juga memiliki tugas untuk melakukan kegiatan promotif dan preventif, seperti penyuluhan kesehatan dan kampanye kesehatan di masyarakat. Selain itu, Puskesmas juga bertindak sebagai pusat rujukan bagi masyarakat yang membutuhkan perawatan kesehatan yang lebih tinggi.(Sari, 2019)

Dalam konteks Indonesia, Puskesmas merupakan elemen penting dalam pelaksanaan PHC, karena Puskesmas dapat menjadi jembatan antara masyarakat dengan layanan kesehatan yang lebih tinggi, seperti rumah sakit atau pusat kesehatan lainnya. Dengan demikian, Puskesmas dapat memperkuat sistem kesehatan yang ada, serta meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat.(Sari, 2019)

Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Program dan upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (public health essential) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat.(Sari, 2019)

Menurut Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya Kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas juga merupakan suatu sarana pelayanan kesehatan yang menjadi andalan atau tolak ukur pembangunan kesehatan, sarana peran serta masyarakat, dan pusat pelayanan pertama yang menyeluruh dari suatu wilayah

DAFTAR PUSTAKA

- Sari, R. 2019. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat* (M. Kibtiyah (ed.)). Joglo Aksara.
- World Health Organization. 2018. Primary Health Care and Health Emergencies. *Technical Series on Primary Health Care*, 1–62. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf?sfvrsn=687d4d8d_2
- World Health Organization [WHO], & [UNICEF], T. U. N. C. F. 2018. A vision for Primary health care in the 21st Century. *World Health Organizarion*, 1–64. http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2

BAB 9

KONSELING PRA NIKAH & PRA KONSEPSI

Oleh Fitri Nurhayati

9.1 Konseling Pra Nikah

Konseling pranikah adalah pendampingan berbasis pengetahuan dan keterampilan yang menyediakan informasi mengenai pernikahan yang dapat bermanfaat untuk mempertahankan dan meningkatkan hubungan pasangan yang akan menikah. Pendampingan pranikah mempersiapkan pasangan agar sungguh-sungguh siap secara mental, psikis maupun secara biologis sebelum memasuki dunia perkawinan dan hidup berkeluarga. Dalam Konseling pranikah, hal-hal mendasar sangat ditekankan bagi calon pasangan, misalnya terkait kesiapan kesehatan mental dan kesehatan biologis, seperti kesehatan reproduksi pria dan wanita.

1. Persiapan Kehamilan

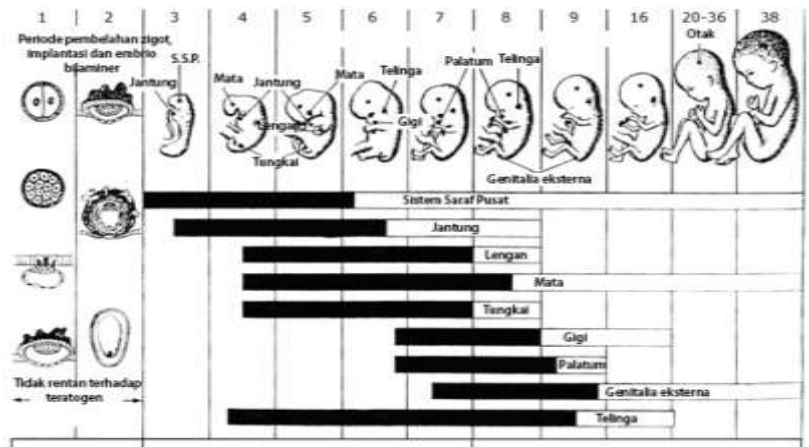
Persiapan pra kehamilan (prakonsepsi) adalah istilah luas yang mengacu pada proses identifikasi berbagai risiko, seperti risiko sosial, perilaku, lingkungan, dan biomedis terhadap kesuburan dan hasil kehamilan seorang wanita, yang bertujuan untuk mengurangi risiko ini (bila mungkin) melalui pendidikan, konseling, dan intervensi yang tepat, sebelum kehamilan.

Persiapan pra kehamilan (perawatan prakonsepsi) adalah istilah luas yang mengacu pada proses identifikasi berbagai risiko, seperti risiko sosial, perilaku, lingkungan, dan biomedis terhadap kesuburan dan hasil kehamilan

seorang wanita, yang bertujuan untuk mengurangi risiko ini (bila mungkin) melalui pendidikan, konseling, dan intervensi yang tepat, sebelum kehamilan .

Intervensi prakonsepsi lebih penting dari intervensi prenatal untuk pencegahan anomali kongenital karena sebanyak 30 persen ibu hamil baru memeriksakan kehamilannya pada trimester kedua (>13 minggu kehamilan, yaitu setelah periode organogenesis utama (antara 3 dan 10 minggu kehamilan. Persiapan pra kehamilan (perawatan prakonsepsi) adalah istilah luas yang mengacu pada proses identifikasi berbagai risiko, seperti risiko sosial, perilaku, lingkungan, dan biomedis terhadap kesuburan dan hasil kehamilan seorang wanita, yang bertujuan untuk mengurangi risiko ini (bila mungkin) melalui pendidikan, konseling, dan intervensi yang tepat, sebelum kehamilan.

Intervensi prakonsepsi lebih penting dari intervensi prenatal untuk pencegahan anomali kongenital karena sebanyak 30 persen ibu hamil baru memeriksakan kehamilannya pada trimester kedua (> 13 minggu kehamilan, yaitu setelah periode organogenesis utama (antara 3 dan 10 minggu kehamilan).



Gambar 9.1. Periode Organogenesis
(Sumber: Buku Ajar Asuhan Kebidanan)

Perawatan prakonsepsi harus menjadi bagian penting dari perawatan primer dan kedokteran pencegahan pada semua wanita usia subur yang memeriksa kesehatan dirinya 1. Masalah ini penting, karena meskipun ibu hamil menginginkan hal terbaik untuk keturunannya di masa yang akan datang, kenyataannya lebih dari 50% kehamilan tidak direncanakan dengan baik.

Idealnya, pasien, suami dan dokter atau petugas kesehatan lainnya, merencanakan program kesehatan reproduksi dan mempersiapkannya dengan baik sesuai kebutuhan dan keadaan masing-masing individu. Ibu yang ingin hamil dieval- 4 uasi kesehatan alat reproduksi dan pendukungnya, sementara ibu yang belum ingin hamil tetap harus dijaga kesehatan reproduksinya dan ditawarkan metode keluarga berencana yang sesuai.

Selain evaluasi kesehatan reproduksi berkala, perawatan prakonsepsi juga dapat berkisar pada:

- a. Pemeriksaan pranikah dan berbagai pemeriksaan penunjangnya
- b. Konseling Kontrasepsi pra-kehamilan
- c. Evaluasi penyakit menular seksual atau infeksi vagina

Petugas kesehatan harus mampu melakukan penilaian prakonsepsi dasar, memberikan pendidikan dasar kesehatan reproduksi, dan menawarkan rekomendasi yang tepat untuk intervensi. Apabila terdapat situasi di luar kemampuan petugas kesehatan, harus dilakukan rujukan kepada seorang konselor genetik dan / atau petugas dengan keahlian khusus.

2. Tujuan Pelayanan Pra Kehamilan

Tiga tujuan utama dari perawatan prakonsepsi adalah untuk:

- a. Mengidentifikasi potensi risiko untuk ibu, janin, dan kehamilan
- b. Mendidik wanita tentang risiko ini, pilihan untuk intervensi dan manajemen
- c. Memulai intervensi untuk mendapatkan luaran yang optimal bagi ibu dan janinnya, melalui Konseling, motivasi, optimasi penyakit, dan rujukan spesialis

3. Penilaian Risiko

Tujuan utama penilaian risiko adalah untuk mendapatkan riwayat kesehatan reproduksi secara menyeluruh. pertanyaan meliputi:

1) Usia

Seiring dengan peningkatan usia ibu, risiko infertilitas, aneuploidi janin, keguguran, diabetes gestasional, preeklamsia, dan lahir mati juga meningkat. Wanita harus menyadari risiko ini dan sebaiknya jangan

menunda kehamilan sampai usia 30-an atau 40-an, atau sebaliknya tidak harus hamil lagi pada usia tersebut bila tidak betul-betul diperlukan. Usia ayah yang lanjut juga memiliki beberapa risiko bagi anak .

2) Riwayat Pekerjaan

3) Riwayat umum

Keinginan dan rencana untuk hamil, lama menikah, rencana menikah siklus menstruasi, kontrasepsi yang sedang atau pernah dipakai, obat-obatan yang pernah/sedang dipakai, alergi obat-obatan atau lainnya

4) Riwayat ginekologis

Hasil papsmear abnormal, gangguan siklus menstruasi, mioma uteri, kista ovarium, operasi ginekologis, penyakit menular seksual seperti gonore, klamidia, kondiloma, sifilis atau herpes

5) Riwayat Obstetri buruk

Pernah abortus, hamil kosong/blighted ova, kematian janin, bayi cacat, Pernah mengalami KPD/ketuban pecah dini, kelahiran preterm, bayi dengan berat badan lahir rendah, pernah hamil di luar kandungan, pernah hamil mola, atau penyakit trofoblas gestasional ganas, perdarahan dalam kehamilan/pascasalin

6) Imunisasi yang pernah didapat

- Hepatitis B
- Tetanus Toksoid
- Rubella

7) Penyakit Keturunan

- Diabetes melitus
- Talasemia
- Penyakit autoimun (HIV, SLE, APS)
- Epilepsi
- Sistik fibrosis

- 8) Penyakit Kronis yang pernah/sedang diderita
 - Diabetes melitus
 - Hipertensi
 - Penyakit rongga mulut dan gigi
 - Obesitas berat
- 9) Obat-obatan yang pernah/sedang dikonsumsi
 - Kokain
 - Heroin
- 10) Alkohol, merokok, kafein
- 11) Pernah mendapat produk darah, pernah mengalami komplikasi transfusi
- 12) Diet yang sedang dilakukan, suplemen atau herbal yang dikonsumsi
- 13) Pemakaian herbal rutin
- 14) Olahraga yang rutin dilakukan
- 15) Binatang peliharaan
- 16) Pekerjaan, jenisnya, lama bekerja, risiko untuk penularan penyakit atau cedera
- 17) Keadaan kesehatan mental/psikis

4. Intervensi

Berbagai intervensi terbukti dapat menurunkan kejadian kelainan kongenital, gangguan pertumbuhan janin dan beberapa komplikasi kehamilan seperti persalinan preterm, solusio plasenta atau pencegahan eklamsi.

Intervensi yang telah dilakukan antara lain:

- 1) Suplementasi asam folat 400-800 microgram terbukti menurunkan kejadian NTD.
- 2) Penilaian medis mengenai obat-obatan yang dikonsumsi saat ini dapat sangat berguna untuk menghindari kelainan kongenital, misalnya pemakaian warfarin untuk individu dengan penyakit autoimun seperti sindroma antifosfolipid, dapat diganti dengan heparin yang tidak teratogenik.

- 3) Kontrol Glikemik pada wanita dengan diabetes dapat mengurangi risiko keguguran dan embriopati. Pada wanita diabetes yang diberi obat (ACE) inhibitor angiotensin-converting, angiotensin receptor blocker (ARB), statin, dan beberapa obat anti-hiperglikemia oral harus menghentikan penggunaannya dan beralih ke obat alternatif yang dapat menghasilkan keamanan janin lebih baik (misalnya, metildopa, labetalol, calcium channel blocker, insulin, glyburide)
- 4) Menghentikan alkohol dan obat-obatan terlarang
- 5) Belum ada takaran yang aman dari asupan alkohol dan obat terlarang selama kehamilan, oleh karena itu ibu yang ingin hamil mutlak harus menghentikannya
- 6) Berhenti merokok
Wanita yang sedang merencanakan kehamilan akan lebih termotivasi untuk berhenti merokok dan petugas kesehatan dapat memanfaatkan konseling prakonsepsi untuk memotivasi ibu menghentikan merokok
- 7) Beberapa vaksinasi melindungi infeksi kongenital yang dapat menyebabkan cacat janin. Vaksin hidup (varisela; campak, gondongan dan rubela) harus diberikan minimal satu bulan sebelum kehamilan untuk menghindari sindroma rubela kongenital.
- 8) Menurunkan berat badan untuk mencapai indeks massa tubuh normal (BMI) sangat penting dilakukan sebelum hamil, karena terbukti obesitas berhubungan dengan infertilitas dan sebaliknya ibu yang terlalu kurus (terutama dengan gangguan asupan makanan) berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah. Perubahan Perilaku (misalnya mencuci tangan dan tindakan higienis lainnya, menghindari konsumsi daging setengah matang, makanan yang tidak dipasteurisasi dan sayuran mentah) dapat mengurangi

risiko tertular infeksi , seperti toksoplasmosis , sitomegalovirus , dan listeriosis.

- 9) Hipertensi harus terkontrol sebelum konsepsi. Obat antihiperte seperti ACE inhibitor dan ARB, harus dihindari pada kehamilan, karena pada setiap tahap kehamilan terkait dengan efek buruk pada janin. Pasien yang ingin hamil harus mengganti obatnya dengan yang aman untuk janin. Wanita dengan hipertensi yang tidak terkontrol harus dievaluasi kesehatan umumnya lebih dahulu agar kehamilan tidak merugikan ibu dan janinnya.
- 10) Ibu yang mengidap Asma harus di bawah kontrol yang baik sebelum hamil. Bila diperlukan, penggunaan steroid (dihirup dan sistemik) pada kehamilan umumnya aman, terutama bila dibandingkan dengan risiko gangguan asam basa ibu dan hipoksemia janin bila obat asma tidak dipakai.
- 11) Penyakit tiroid memerlukan pemantauan ketat fungsi tiroid, karena hiper dan hipotiroid dapat mempengaruhi kesuburan dan luaran kehamilan.
- 12) Wanita dengan riwayat kejang dan wanita yang menggunakan obat antiepilepsi harus menerima informasi menyeluruh tentang risiko kehamilan bagi ibu dan janin, penyesuaian dalam rejimen obat mereka, dan suplemen asam folat untuk mengurangi risiko NTD. Pemakaian valproate untuk kejang harus dihentikan, dan harus diganti dengan obat alternatif yang memadai, karena valproate merupakan teratogen paling kuat dibanding obat antiepilepsi lainnya. Untuk wanita dengan lupus eritematosus sistemik, prognosis kehamilan yang terbaik adalah bila remisi penyakit telah tercapai setidaknya enam bulan sebelum kehamilan dan fungsi ginjal pasien stabil, normal atau

mendekati normal. Obat yang dikonsumsi ibu mungkin perlu diubah karena potensi risiko janin.

13) Karies gigi dan penyakit mulut lainnya (misalnya periodontitis) dapat berhubungan dengan komplikasi kehamilan, seperti kelahiran prematur dan ketuban pecah dini, sehingga perlu dirujuk ke dokter gigi yang tepat sebelum ibu hamil.

14) Penyakit Keturunan

Untuk wanita dengan riwayat penyakit keturunan, diperlukan rujukan untuk konseling genetik. Pemeriksaan kromosom ibu sebagai pembawa, potensi risiko penyakit genetik pada janin, pilihan tentang diagnosis prenatal dan intervensi yang mungkin akan dilakukan, harus dijelaskan sebelum ibu menentukan untuk hamil.

15) Masalah psikososial - stres psikososial, kesehatan mental, dan masalah keuangan atau lainnya. harus diidentifikasi dan intervensi dengan tepat untuk menghindari kurangnya dukungan sosial, hambatan untuk perawatan prenatal, dan kekerasan dalam rumah tangga.

16) Penyakit jiwa ibu harus diidentifikasi dan diobati dengan adekuat dan ibu harus menunggu untuk hamil agar dapat menghindari efek obat, efek kejiwaan, dan gangguan hubungan ibu dengan bayinya. Support suami dan keluarga harus baik, karena penyakit yang tidak diobati atau diobati tidak adekuat akan mengakibatkan berbagai konsekuensi. Idealnya, pasien harus menunggu sampai ia telah menjadi euthymic, yang mungkin memakan waktu 6 sampai 12 bulan, sebelum ia mencoba untuk hamil 12

17) Megavitamin, suplemen makanan yang tidak penting, dan obat-obat herbal harus dihentikan, mengingat bahwa risiko terhadap janin dari zat-zat tersebut

umumnya belum dievaluasi. Dosis vitamin A yang terlalu tinggi selama awal kehamilan telah dikaitkan dengan cacat lahir 13,14. Persiapan multivitamin yang mengandung lebih dari 5000 unit internasional vitamin A harus dihindari (peningkatan risiko teratogenesis pada dosis pemberian > 10.000 internasional unit / hari).

18) Dengan memperhatikan faktor risiko ibu, penapisan faktor risiko seperti tetulus di atas serta upaya intervensinya, kita dapat berharap agar kehamilan yang direncanakan akan menghasilkan generasi berikut yang lebih baik.

5. Komunikasi, Informasi dan Edukasi Kesehatan (KIE) Pra Nikah

UU No. 36 tahun 2009, penyuluhan kesehatan diselenggarakan guna meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan aktif berperan serta dalam upaya kesehatan. penyuluhan kesehatan diselenggarakan untuk mengubah perilaku seseorang atau kelompok masyarakat agar hidup sehat melalui Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE).

Konseling pranikah (premarital counseling) berupa- 12 kan upaya untuk membantu calon suami dan calon istri oleh seorang konselor profesional, sehingga mereka dapat berkembang dan mampu memecahkan masalah yang dihadapinya melalui cara-cara yang menghargai, toleransi dan dengan komunikasi yang penuh pengertian, sehingga tercapai motivasi keluarga, perkembangan, kemandirian, dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga.

Tujuan KIE Kesehatan Reproduksi Bagi Calon Pengantin

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kespro dan seksual bagi catin
- b. Petugas kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dapat memberikan KIE kespro kepada catin
- c. Petugas kesehatan di Puskesmas dan jaringannya dapat berkoordinasi dengan lembaga keagamaan dalam pemberian KIE kespro catin
- d. Terlaksananya pemeriksaan kesehatan bagi catin termasuk imunisasi TT

6. Manfaat Pemeriksaan Kesehatan Pra Nikah

Prosedur yang harus dilakukan tidak berbeda jauh dengan pemeriksaan kesehatan lain biasanya. Anda dan pasangan membuat janji terlebih dahulu dengan dokter spesialis atau dokter umum kemudian setelah melakukan wawancara singkat tentang sejarah kesehatan, PUS wajib melakukan pemeriksaan fisik dan rangkaian tes radiologi dan laboratorium untuk mendeteksi kelainan-kelainan apa saja yang mungkin diderita. Idealnya, pemeriksaan kesehatan pranikah dilakukan enam menjelang pernikahan. Namun ukuran itu sebenarnya bersifat fleksibel dalam arti kapanpun dapat dilakukan, agar penyakit-penyakit yang mungkin terdeteksi dapat ditanggulangi terlebih dahulu.

7. Hak Reproduksi dan Seksual

- a. Memiliki hak yang sama dalam memutuskan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak dan jarak kelahiran.
- b. Mendapatkan informasi yang lengkap tentang kesehatan reproduksi dan seksual,
- c. Mendapatkan informasi yang mudah, lengkap, dan akurat

- d. Memperoleh informasi dan pelayanan KB
- e. Pihak perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi
- f. Hubungan suami istri harus didasari penghargaan terhadap pasangan
- g. Hak reproduksi juga mencakup informasi yang mudah, lengkap, dan akurat

8. Upaya-Upaya Promotif, Preventif Terkait Dengan Pranikah

Promosi kesehatan pra nikah merupakan suatu proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya yang ditujukan pada masyarakat reproduktif pra nikah. pelayanan kebidanan diawali dengan pemeliharaan kesehatan para calon ibu. Remaja wanita yang akan memasuki jenjang perkawinan perlu dijaga kondisi kesehatannya. kepada para remaja diberi pengertian tentang hubungan seksual yang sehat, kesiapan mental dalam menghadapi kehamilan dan pengetahuan tentang proses kehamilan dan persalinan ,pemeliharaan kesehatan dalam masa pra dan pasca kehamilan.

Fungsi seksual yaitu untuk prokreasi (mendapatkan keturunan), rekreasi (untuk dinikmati keberadaannya), untuk relasi (hubungan kekeluargaan). Hubungan seksual remaja merupakan masalah besar dalam disiplin ilmu kedokteran yaitu ilmu andrologi, seksologi, penyakit kelamin dan kulit, kebidanan dan kandungan. Langkah-langkah untuk mengendalikan masalah kehamilan remaja adalah sebagai berikut :

- a. Sebelum terjadi kehamilan
 - (1) Menjaga kesehatan reproduksi dengan jalan melakukan hubungan seksual yang bersih dan aman

- (2) Menghindari multipartner (umumnya sulit dihindari)
 - (3) Mempergunakan KB remaja diantaranya : kondom, pil, dan suntikan sehingga terhindar dari kehamilan yang tidak diinginkan
 - (4) Memberikan pendidikan seksual sejak dini
 - (5) Meningkatkan iman dan taqwa kepada Tuhan YME sesuai ajaran agama masing-masing
 - (6) Segera setelah hubungan seksual mempergunakan KB darurat menginduksi haid
- b. Setelah terjadi kehamilan
- Setelah terjadi konsepsi sampai nidasi, persoalannya makin sulit karena secara fisik hasil konsepsi dan nidasi mempunyai beberapa ketetapan sebagai berikut :
- (1) Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan perlindungan.
 - (2) Hasil konsepsi dan nidasi merupakan zygote yang mempunyai potensi untuk hidup.
 - (3) Hasil konsepsi dan nidasi nasibnya ditentukan oleh ibu yang mengandung.
 - (4) Hasil konsepsi dan nidasi mempunyai landasan moral yang kuat, karena potensinya untuk tumbuh kembang menjadi generasi yang didambakan setiap keluarga.

Berdasarkan pertimbangan tersebut diatas maka langkah yang dapat diambil antara lain:

- a. Membiarkan tumbuh kembang sampai lahir, sekalipun tanpa ayah yang jelas dan selanjutnya menjadi tanggung jawab Negara. berdasarkan hak Negara bayi dapat dialihkan haknya kepada orang lain. mereka dinikahkan sehingga bayi yang lahir mempunyai keluarga yang sah

- b. Di lingkungan Negara yang dapat menerima kehadiran bayi tanpa ayah, pihak perempuan memelihara sebagai anak secara lazim.
- c. Dapat dilakukan terminasi kehamilan dengan berbagai teknik sehingga keselamatan remaja dapat terjamin untuk menyongsong kehidupan normal sebagaimana mestinya.

Undang-undang kesehatan yang mengatur gugur kandung secara legal yaitu no 23 tahun 1992 Persoalan selanjutnya adalah menghindari kehamilan yang berulang dengan meningkatkan budi pekerti 93 dan aktivitas yang lebih bermanfaat .bila hal tersebut tidak mungkin dilakukan maka gunakan KB remaja dengan resiko yang paling tinggi.

9.2 Konseling Pra Konsepsi

Perawatan pra kehamilan dianggap sebagai layanan menilai dan mengurangi risiko kehamilan melalui penyediaan perawatan medis dan dukungan mental. Pengaturan kesehatan sebelum hamil bertujuan untuk menjamin kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat.

Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil Meliputi :

1. Pemeriksaan Fisik
2. Pemeriksaan Penunjang
3. Pemberian Imuniasasi
4. Suplementasi gizi
5. Konsultasi Kesehatan
6. Pelayanan Kesehatan Lainnya Materi pemberian komunikasi, informasi dan edukasi

Dilakukan sesuai tahap perkembangan mental dan kebutuhan:

1. Materi untuk Remaja Putri meliputi :
2. Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)
3. Tumbuh kembang Remaja
4. Kesehatan Reproduksi
5. Imunisasi
6. Kesehatan Jiwa dan NAPZA
7. Gizi
8. Penyakit menular termasuk HIV dan AIDS
9. Pendidikan Keterampilan hidup sehat (PKHS)
10. Kesehatan Intelegensia

Materi untuk calon pengantin dan pasangan usia subur (Prakonsepsi) meliputi :

- a. Informasi pranikah Meliputi:
 1. Kesehatan Reproduksi
 2. Pendekatan siklus hidup
 3. Hak-hak reproduksi
 4. Persiapan yang perlu dilakukan sebelum pranikah
- b. Informasi tentang keadilan dan kesetaraan gender dalam pernikahan termasuk peran laki-laki dan perempuan dalam kesehatan.
 1. Persiapan Pranikah
 2. Persiapan Fisik
 3. Persiapan Gizi
 4. Status imunisasi TT
 5. Menjaga kesehatan organ reproduksi

9.2.1 Definisi Konseling Prakonsepsi

Konseling prakonsepsi adalah serangkaian layanan yang didasarkan pada upaya preventif, untuk membantu pria dan wanita mempersiapkan kehamilan meliputi :

1. Riwayat sebelum rencana kehamilan
2. Mendiskusikan, menentukan pengobatan riwayat penyakit sebelumnya
3. Modifikasi lifestyle

9.2.2 Tujuan Konseling Prakonsepsi

1. Meminimalkan kehamilan yang tidak direncanakan
2. Mendeteksi dan memaksimalkan tatalaksana penyakit-penyakit yang berdampak pada kehamilan (DM, Epilepsi, Hipotiroid, Gangguan Kardiovaskuler)
3. Menganjurkan perilaku sehat selama kehamilan
4. Konseling mengenai suplemen nutrisi, diet yang adekuat dan olahraga cukup
5. Menawarkan vaksinasi yang tepat sebelum kehamilan (rubella, difteri, hepatitis)
6. Skrining terhadap kelainan genetik atau kromosom sebelum kehamilan
7. Meningkatkan kesiapan pasien untuk kehamilan dan menjadi orang tua.

9.2.3 Manfaat Konseling Prakonsepsi

Mengenal risiko kehamilan yang mungkin terjadi dan strategi pencegahan yang perlu diberikan sebelum konsepsi dan juga Asuhan prakonsepsi memiliki banyak keuntungan dan variasi, antara lain: memungkinkan identifikasi penyakit medis; pengkajian kesiapan psikologis, keuangan, dan pencapaian tujuan hidup.

9.2.4 Kunjungan Konseling Prakonsepsi

Hal-Hal yang Harus Diperhatikan Pada Kunjungan Konseling Prakonsepsi

1. Suplementasi Asam Folat
2. Berat Badan
3. Kondisi-Kondisi dimana Kehamilan merupakan Kontraindikasi
4. Mengetahui obat-obatan Teratogen
5. Komplikasi Obstetrik
6. Identifikasi Faktor Resiko : Riwayat Pribadi dan keluarga, riwayat medis, riwayat sosial, gaya hidup dan pekerjaan

9.2.5 Skrining Pada Semua Wanita Usia Reproduksi

1. Rencana Reproduksi dan Risiko kehamilan yang tidak diinginkan
2. Risiko terhadap infeksi menular seksual
3. Immunisasi
4. Pemakaian rokok dan alkohol
5. Overweight dan obesitas
6. Depresi
7. Pekerjaan dan hobi

9.2.6 Topik-topik prakonsepsi

Dalam kunjungan prakonsepsi, konselor dapat memilih topik-topik Konseling yang dapat didiskusikan bersama wanita dan pasangannya, sebagai berikut:

- a. Hipertensi : Berikan informasi mengenai risiko terhadap jantung selama kehamilan. Optimalkan fungsi jantung dan tawarkan kontrasepsi yang efektif pada periode ini dan bagi mereka yang tidak ingin hamil.
- b. Penyakit Kardiovaskuler : Berikan konseling tentang risiko spesifik selama kehamilan. Optimalkan kontrol tekanan darah dan tawarkan kontrasepsi efektif selama pengobatan

- c. Diabetes : Nasehati tentang kontrol glukosa, khususnya selama periode perikonsepsi untuk menurunkan tertaogenitas diabetes.
- d. Berat Abnormal :
 - 1) Hitung IMT setiap Tahun
 - 2) $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$: Konsultasi tentang diet. Pemeriksaan untuk diabetes dan sindrom metabolik jika diindikasikan.
 - 3) $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$: pemeriksaan untuk gangguan makan (*eating disorders*)

9.2.7 Upaya Promotif, Preventif Terkait Asuhan Kebidanan Prakonsepsi

- a. Asuhan Kebidanan Prakonsepsi

Prakonsepsi berarti sebelum terjadi pertemuan sel sperma dengan ovum atau pembuahan atau sebelum hamil. periode konsepsi adalah rentan waktu dari tiga bulan hingga satu tahun sebelum konsepsi, tetapi idealnya harus mencakup waktu saat ovum dan sperma matur, yaitu sekitar 100 hari sebelum konsep asuhan yang diberikan pada perempuan sebelum terjadi konsepsi.
- b. Langkah- langkah yang dilakukan dalam Pra Konsepsi
 - 1) Melakukan medical chek up sebelum terjadi konsepsi, sehingga tenaga kesehatan dapat menilai keadaan kesehatan perempuan dan mengidentifikasi faktor resikonya.
 - 2) Pemeriksaa laboratorium rutin. Pemeriksaan laboratorium rutin artinya bahwa pemeriksaan ini dilakukan pada setiap wanita yang akan hamil antara lain : pemeriksaan darah lengkap, golongan darah, titer virus Rubella, hepatitis B, pap smear, clamidia, HIV, dan GO.
 - 3) Pemberian imunisasi sebelum konsepsi

- 4) Usahakan BB ideal karena underweight dan overweight merupakan penyebab banyak masalah dalam kehamilan.
- 5) Identifikasi riwayat kesehatan keluarga (kesulitan dalam kehamilan, persalinan, nifas maupun kecacatan)
- 6) Anjurkan untuk melakukan gaya hidup sehat sebelum terjadinya konsepsi (olah raga, hindari minum alkohol, merokok atau penggunaan obat-obat terlarang/hentikan bila ibu sudah terbiasa)
- 7) Identifikasi masalah kesehatan (DM, epilepsy, hipertensi dll), berikan penanganan dan observasi sebelum terjadi konsepsi.
- 8) Diet makanan bergizi seimbang. Jangan makan makanan setengah matang, dan yang mengandung kotoran kucing karena dapat menyebabkan toxoplasmosis yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin.
- 9) Membersihkan lingkungan dari bahan kimia

DAFTAR PUSTAKA

- Bonte, P., Pennings, G. & Sterckx, S., 2014. Is there a moral obligation to conceive children under the best possible conditions? A preliminary framework for identifying the preconception responsibilities of potential parents. BMC medical ethics, 15, p.5. Available at: [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3903016 &tool=pmcentrez&rendertype=abstract](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3903016&tool=pmcentrez&rendertype=abstract).
- Fatmawati, Evin, Efektfitas Bimbingan Pra Nikah Calon Pengantin sebagai Upaya dalam Mewujudkan Keluarga Sakinah di BP4 Pekalongan, Semarang: IAIN Walisongo Semarang, 2010
- Hallen, Bimbingan Konseling Jakarta: Quantum Teaching, 2002
- Hanifa Wiknjosastro. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. 2003.
- Mazza D, Chapman A, Michie S. Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2013; 13:36.
- Oktalia & Herizasyam, 2016. Jurnal Kesiapan Ibu Menghadapi Kehamilan Dan Faktorfaktor
- Prawirohardjo, S., 2011. Ilmu Kebidanan. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Qurniyawati, Murti, Tamtomo, 2014. Hubungan Usia Ibu Hamil, Jumlah Anak, Jarak Kelahiran Dengan Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan. Jurnal uns. <http://digilib.unimus.ac.id/download.php?id=524>
- Vera Wati, 2017 Asuhan Kebidanan Berkelanjutan. Semarang, Unisulla

- Walsh, Linda. 2001. Community – Based Care During the Childbearing Year. W.B Saunders Company. United States of America
- Wiknjosastro, Hanifa. 2007. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Williams, L. et al., 2012. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. Maternal and Child Health Journal, 16, pp.1854–1861.

BAB 10

PERKEMBANGAN KB

Oleh Nurul Fitrahminarsih N

10.1 Pendahuluan

Pertumbuhan penduduk yang tinggi, yang tidak diimbangi pada mutu penduduk, menimbulkan sejumlah permasalahan kependudukan (Isnaini, 2018). Angka kematian ibu dan anak yang tinggi juga minimnya kesejahteraan penduduk membuat program KB menjadi solusi lebih baik.

PKBI mengadakan kongres untuk mendesak pemerintah agar program KB segera dilakukan. Sebagai tindak lanjut pernyataan PKBI, pemerintah membentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) tanggal 17 Oktober 1968 dan tahun 1970 secara resmi dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menggantikan LKBN.

Dalam bab ini kita akan membahas lebih mendalam terkait perkembangan KB.

10.2 Sejarah KB di Indonesia

Keluarga Berencana (KB) merupakan pionir bagi individu lokal maupun asing. Pada abad ke-19, inisiatif KB muncul dari gagasan kelompok-kelompok yang peduli dengan masalah medis ibu. Seiring waktu, metode manajemen kehamilan tradisional mulai berganti serta masyarakat mulai memakai metode kontrasepsi yang sesuai kebutuhan medis. Oleh karena itu, upaya KB modern mempunyai maksud dan tujuan yang lebih baik guna mencapai kesehatan ibu dan anak melalui pembatasan kehamilan serta tingkat kelahiran.

Marie Stopes (1880-1950) di Inggris mengusulkan aturan mengenai kehamilan bagi keluarga pekerja. Di Amerika Serikat, Margareth Sanger (1883-1966) mengembangkan sistem kontrasepsi yang menjadi cikal bakal program KB modern. Pada tahun 1952 Margareth Sanger mendirikan *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) dan semenjak itu pula organisasi KB didirikan di berbagai penjuru dunia.

Tahun 1950 para ahli kandungan di Indonesia membuat Program Keluarga Berencana (KB) guna menghambat angka kematian ibu dan bayi. Pada tahun 1957, Persatuan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) didirikan menjadi organisasi sosial Keluarga Berencana (KB). Namun program ini dicegah oleh UU Pidana No. 283 yang melarang ide penyebaran paham kekeluargaan berencana. Pada tahun 1967, Kementerian Kehakiman secara resmi mengakui PKBI menjadi badan hukum. Pada Musyawarah Nasional PKBI pertama di Jakarta, PKBI kemudian bekerja sama bersama lembaga pemerintah guna mengoptimalkan dan menyebarkan program KB. Tidak hanya itu, Presiden Soeharto mencanangkan World Population Declaration mengenai perlunya kesadaran dalam perencanaan fertilitas dan perencanaan jumlah anak dalam menjadi bagian dari Hak Asasi Manusia (HAM).

Pada tanggal 17 Oktober 1968 didirikan LKBN (Lembaga Keluarga Berencana Nasional) yang berstatus lembaga semi pemerintah. Selanjutnya di tahun 1970, BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional) yang dipimpin oleh Dr. Suwardjo Suryangrat. Serta di tahun 1972, instansi tersebut resmi sebagai badan administratif di luar kementerian yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden.

Pada masa Orde Baru, program KB berhasil karena mendapat apresiasi langsung dari Presiden Soeharto. Saat itu, seluruh tingkat pemerintahan turut serta terlibat dalam

pelaksanaan program KB. Sampai mendapat dukungan keuangan yang signifikan dari luar negeri serta Bank Dunia. Sejauh ini, sosialisasi program KB berhasil menjangkau seluruh wilayah Indonesia.

Pada tahun 1970 sampai dengan tahun 1980, pelaksanaan Program Keluarga Berencana Nasional disebut dalam istilah "*Management for People*". Selama periode ini, kebanyakan inisiatif yang diambil oleh pemerintah serta keterlibatan masyarakat begitu minim. Pasalnya, program tersebut memiliki tujuan serta pelaksanaan sehingga dirasa kurang demokratis ketika Polri dan TNI terlibat dalam aktivitas yang termasuk KB massal. Lambat laun pelaksanaan program dijalankan lagi menjadi KB "*Management with the People*" dengan pendekatan "*top-down approach*". Unsur paksaan dihilangkan dan masyarakat bisa bebas menentukan persepsi mana yang akan dipakainya.

Program KB era Orde Baru sukses meraih tujuan nasional sampai kesuksesannya diakui secara internasional melalui diterimanya United Nations (UN) UNFPA Population Award 1989. Pada tahun 1957 organisasi BKKBN berstatus swasta, selanjutnya pada tahun 1968 dipindah menjadi semi Pemerintahan. Pada tahun 1970 berubah sebagai organisasi pemerintahan yang *sampai* saat ini berfungsi menjadi pelaksana dan pengarah Program Keluarga Berencana Nasional.

Karena program KB nasional diakui secara internasional, sejumlah negara berkembang telah *menggunakan* Indonesia dalam menjadi acuan guna mengembangkan program KB, mengklaim bahwa Indonesia mempunyai program KB terkuat serta berhasil di dunia selama bertahun-tahun. Jumlah orang yang menggunakan alat kontrasepsi CPR (Contraceptive Prevalence Rate) naik dua kali lipat menjadi 60% diantara tahun 1976 serta 2022. TFR (Total Fertility Rate) berkurang setengahnya, dari 5,6 anak menjadi

2,6 anak per wanita. Kondisi tersebut menjadi acuan pertumbuhan ekonomi Indonesia yang relatif stabil yaitu 5% per tahun semenjak tahun 1980.

Menurut hasil SDKI (Survei Dasar Kesehatan Indonesia) tahun 2002 hingga 2012, jumlah kelahiran total Indonesia masih 2,6 anak per perempuan. Penggunaan kontrasepsi hanya naik sedikit, sebesar 1,5% per tahun, serta kematian ibu sebesar 190 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Hal ini menandakan terjadi stagnasi (kemacetan). Satu diantara penyebab kemacetan adalah desentralisasi program KB dari tingkat nasional ke daerah, yang pada akhirnya menyebabkan para pelaksana tidak memenuhi peran serta tanggung jawabnya. Kurangnya dana serta niat pemerintah telah menghambat pertumbuhan program selama 15 tahun terakhir. Pada tanggal 11 Juli 2012, Indonesia menghadiri London Summit dan berharap *program* KB nasional kembali menjadi penting. Forum adalah komunitas global yang bekerja untuk memastikan keberhasilan Program Keluarga Berencana Nasional, yang bertujuan untuk meminimalisir bilai kelahiran total lewat peningkatan penggunaan kontrasepsi.

Pada awal tahun 2016, Presiden Joko Widodo meresmikan kampung KB di Provinsi Jawa Barat. Layanan keluarga berencana gratis lewat program asuransi kesehatan negara. Untuk mencapai tujuan program, kualitas fasilitas serta tenaga kesehatan akan *ditingkatkan*. Program tersebut ditunjang atas anggaran yang begitu besar. Pada tahun 2016, Program Keluarga Berencana Nasional menerima Rp. 3,8 triliun dalam bentuk hibah pemerintah. Alokasi untuk program KB tersebut merupakan satu diantara yang terbesar di dunia.

Pada 2015, hasil revitalisasi mulai terlihat, menurut investigasi internal BKKBN. Berdasarkan hal tersebut, angka *kelahiran* secara keseluruhan di Indonesia turun menjadi 2,3 anak per perempuan dan jumlah pengguna kontrasepsi naik menjadi 60,2%. Tingkat kelahiran diperkirakan akan

meningkat menjadi 2,1 anak per wanita dan tingkat kontrasepsi menjadi 66,3%. Guna meraih tujuan tersebut perlu adanya pengoptimalan kesadaran serta sosialisasi di masyarakat, lantaran banyak masyarakat yang saat ini belum mengetahui adanya program KB ini. Hasil kajian BKKBN memperlihatkan bahwasanya hanya 29,3% wanita pengguna alat kontrasepsi yang mendapatkan informasi yang cukup tentang program KB.

10.3 Tujuan Program KB

Tujuan keseluruhan program KB adalah mewujudkan keluarga kecil yang memenuhi kondisi sosial ekonomi keluarga melalui pengendalian kelahiran anak sehingga menghasilkan keluarga yang bahagia serta sejahtera yang mampu sesuai keperluan sehari-hari.

Bersumber Peraturan Pemerintah RI Nomor 87 Tahun 2015 perihal perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga berencana dan Sistem Informasi Keluarga, kebijakan KB bertujuan untuk:

1. Pengaturan kehamilan yang dikehendaki
2. Menjaga kesehatan serta meminimalisir nilai kematian ibu, bayi dan anak
3. Menaikan ketersediaan serta mutu pelayanan informasi, pendidikan, penyuluhan, serta KB dan kesehatan reproduksi
4. Keterlibatan dan partisipasi pria yang lebih besar pada keluarga berencana
5. Promosi menyusui dalam langkah guna memperpanjang kehamilan.

10.4 Sasaran Program KB

Menurut RPJMN BKKBN 2020-2024 Program Pembangunan Keluarga, Kependudukan dan Keluarga Berencana (Bangga Kencana), memiliki sasaran program “Meningkatnya kualitas penyelenggaraan Program Bangga Kencana dalam meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia Indonesia, serta mewujudkan Revolusi Mental dan Pembangunan Kebudayaan”, melalui parameter target program:

1. *Total Fertility Rate (TFR)* menurut WUS umur 15-49
2. Tingkat Prevalensi Kontrasepsi Modern / mCPR
3. Persentase kebutuhan KB yang tidak tercukupi
4. Angka Kesuburan Anak Muda Usia 15-19 (Age-Specific Fertility/ASFR 15-19)
5. Indeks Pembangunan Keluarga (iBangga)
6. Rata-rata umur kawin pertama wanita (MUKP)
7. Persentase karyawan yang memenuhi syarat dan karyawan program
8. Persentase kerjasama internasional yang dilaksanakan di Bangga Kencana
9. Persentase penggunaan hasil penelitian dalam definisi politik program Bangga Kencana

10.5 Manfaat Program KB

Berdasarkan WHO (2018) manfaat Program KB ialah diantaranya:

1. Mencegah Kesehatan Terkait Kehamilan
Keputusan seorang wanita untuk hamil serta mengapa mereka ingin hamil berdampak langsung pada kesehatan serta kesejahteraan. Keluarga Berencana dapat mengendalikan jarak kehamilan serta menghambat kehamilan pada remaja putri yang berisiko mengalami gangguan kesehatan yang mengakibatkan kematian

disebabkan persalinan dini, serta menghambat kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk anak usia 16 tahun ke atas yang berisiko tinggi. Studi memperlihatkan bahwasanya wanita yang melahirkan lebih dari empat kali berisiko kematian. Tidak hanya itu, KB juga meminimalisir aborsi yang berbahaya.

2. Mengurangi Angka Kematian Bayi (AKB)

Keluarga berencana bisa menghambat kehamilan serta kelahiran yang terlalu pendek dan sesuai waktu. Peristiwa tersebut menyebabkan banyak kematian anak terbesar di dunia. Bayi yang lahir dari ibu yang meninggal ketika melahirkan mempunyai risiko lebih tinggi meninggal serta sakit

3. Mencegah penularan *Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrom (AIDS)*

Keluarga berencana mengurangi serta menghambat kehamilan yang tidak diinginkan oleh perempuan HIV-positif. Kontrasepsi wanita dan pria dapat menjaga dari kehamilan yang tidak diinginkan serta menghambat infeksi menular seksual layaknya HIV AIDS.

4. Memberdayakan Masyarakat dan Meningkatkan Pendidikan

Memberdayakan masyarakat untuk membuat keputusan yang tedidik mengenai kesehatan seksual dan reproduksi mereka. Kelaurag berencana memungkinkan wanita bisa melanjutkan belajar menambah pengetahuan serta berpartisipasi dalam bersosialisasi, termasuk memperoleh pekerjaan. Memiliki keluarga yang jumlah sedikit bisa membantu melanjutkan sekolah dibandingkan anak-anak yang meempunyai saudara banyak.

5. Mengurangi Kehamilan Remaja

Banyaknya remaja yang hamil biasanya melahirkan secara prematur atau bayi berat badan lahir rendah (BBLR). Selain itu, menyebabkan kematian neonatus cukup banyak.

Banyak remaja putri yang hamil terpaksa putus dalam dunia pendidikan.

6. Memperlambat lajunya pertumbuhan penduduk
Keluarga berencana berperan guna membatasi jumlah pertumbuhan penduduk yang berlebihan, yang memiliki konsekuensi merugikan bagi ekonomi, lingkungan serta pembangunan nasional dan regional

10.6 Faktor-faktor yang memengaruhi perkembangan KB di Indonesia

1. Faktor Ekonomi
Tinggi rendahnya keadaan ekonomi dan sosial akan mempengaruhi perkembangan dan kemajuan program KB di Indonesia
2. Budaya
Beberapa faktor budaya bisa berpengaruh pada pilihan klien terhadap metode kontrasepsi. Faktor-faktor tersebut mencakup pemahaman orang tentang sejumlah metode, kepercayaan serta budaya, tingkat pendidikan, dan persepsi tentang risiko kehamilan serta status wanita. Petugas kesehatan perlu mengerti mengapa faktor tersebut bisa berpengaruh pada pilihan individu di bidangnya serta melihat perubahan yang berpengaruh pada pilihan kontrasepsi.
3. Mekanisme dan modernisasi
Kemajuan dan teknik serta tumbuhnya industri telah membawa negara agraris ke negara industri dan memerlukan morbiditas yang lebih besar dari anggota masyarakatnya
4. Pendidikan
Tingkat pendidikan tidak cuma berpengaruh pada kemauan individu untuk menjadi pemberi persetujuan, namun pula berpengaruh pada penentuan metode yang

dipakai. Sejumlah riset memperlihatkan bahwasanya sebagian besar pasangan berpendidikan menggunakan metode kalender karena wanita berpendidikan memilih KB yang efektif namun tidak mau mengambil risiko menggunakan metode kontrasepsi yang berbeda.

5. Agama

Di banyak tempat, keyakinan agama bisa berpengaruh pada klien guna menentukan metode kontrasepsi. Misalnya umat Katolik yang taat membatasi pilihan KB mereka dalam KB alami. Pada Islam, beberapa ulama tidak memperbolehkan sterilisasi sementara yang lain mengizinkan. Walaupun Islam secara umum tidak melarang program kontrasepsi, namun penganut perempuan merasa bahwa perdarahan tidak teratur yang diakibatkan oleh kontrasepsi hormonal memperburuk ketidakmampuan mereka untuk berdoa. Di beberapa bagian masyarakat, wanita Hindu tidak diperbolehkan memasak saat menstruasi.

6. Status Wanita

Posisi perempuan pada masyarakat berpengaruh pada pilihan serta penggunaan metode kontrasepsi yang berbeda. Di tempat-tempat di mana status perempuannya tinggi, beberapa perempuan mempunyai pendapatan lebih tinggi guna membayar metode yang lebih mahal dan mempunyai suara lebih dalam pengambilan keputusan. Di tempat-tempat di mana perempuan dihargai, mungkin ada sedikit pembatasan untuk mendapatkan sejumlah cara, seperti izin suami sebelum melaksanakan pelayanan KB.

7. Faktor Biologis

Pada manusia dengan meningkatnya taraf kesehatan, ancaman maut akan berkurang sehingga tidak perlu mempunyai keturunan yang banyak

8. Faktor jaminan sosial

Jaminan sosial membebaskan orang tua dari ketergantungan pada anaknya, sehingga mereka tidak lagi menyadarkan diri pada anak-anaknya di hari tua.

10.7 Organisasi-organisasi yang berhubungan dengan organisasi KB

10.7.1 Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)

Pada tahun 1953, kelompok masyarakat yang tersusun atas sejumlah kalangan terutama masyarakat kesehatan mengawali KB. Aktivitas kelompok tersebut kian tumbuh sampai akhirnya Perkumpulan Keluarga Berencana Seluruh Indonesia (PKBI) didirikan. Pada tanggal 23 Desember 1957, Dr. R. Soeharto, menjadi ketua PKBI serta pelopor gerakan KB, dengan sukarela membantu mereka yang membutuhkan. Tujuan didirikannya PKBI adalah untuk mewujudkan keluarga sejahtera melalui tiga jenis usaha, yaitu (a) pengaturan kehamilan; (b) mengobati kemandulan; (c) Tawarkan konseling perkawinan.

10.7.2 Badan Koordinasi Keluarga berencana Nasional (BKKBN)

Keputusan Presiden RI Nomor 8 Tahun 1970 tentang BKKBN yaitu Departemen Kesehatan sebagai unit pelaksana program KB. BKKBN sebagai badan resmi pemerintah yang bertanggung jawab penuh mengenai pelaksanaan program KB di Indonesia. Keutungan dari BKKBN adalah:

1. Mengizinkan program untuk menjauh dari ruang lingkup pendekatan klinis yang terbatas
2. Memberdayakan tenaga profesional non medis untuk berperan penting dalam mensukseskan program KB di Indonesia lewat pendekatan berbasis komunitas.

Sementara tugas BKKBN meliputi koordinasi, perencanaan, perumusan strategi, pengendalian pelaksanaan serta evaluasi. Tujuan program keluarga berencana pada waktu itu ialah:

1. Memperbaiki kesehatan serta kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa
2. Meminimalisir nilai kelahiran guna naiknya taraf hidup rakyat dan bangsa

Pada perkembangan berikutnya BKKBN mengembangkan lagi programnya menjadi program Nasional Kependudukan dan KB (KKB) yang kala itu mempunyai 2 tujuan:

1. Tujuan demografi adalah untuk mengendalikan laju penduduk dengan menurunkan angka kelahiran dari 44 per seribu pada tahun 1979 menjadi 22 per seribu di tahun 1971.
2. Tujuan normatifnya adalah mengikuti Standar Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) yang segera dijadikan sebagai falsafah hidup masyarakat serta bangsa Indonesia.

VISI MISI BKKBN Tahun 2021

VISI

Menjadi lembaga yang handal dan dipercaya dalam mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas

MISI

- Mengarus-utamakan pembangunan berwawasan kependudukan
- Menyelenggarakan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi
- Memfasilitasi pembangunan keluarga

- Mengembangkan jejaring kemitraan dalam pengelolaan Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga
- Membangun dan menerapkan budaya kerja organisasi secara konsisten

Tugas Pokok

Menyelenggarakan fungsi negara di bidang pengendalian penduduk serta keluarga berencana.

Untuk menjalankan tugas tersebut, BKKBN mempunyai fungsi yakni diantaranya:

- Merumuskan kebijakan nasional, pemanduan serta sinkronisasi kebijakan di sektor KKB
- Penetapan norma, prosedur standar serta kualifikasi dikembangkan di wilayah KKB
- Melakukan advokasi serta koordinasi di bidang pengendalian penduduk dan keluarga berencana
- Penyelenggaraan komunikasi, informasi dan pelatihan di cabang KKB;
- persiapan penilaian nasional tentang pengelolaan populasi;
- Pengembangan program KKBPK
- Pengurus Konsultan Keluarga Berencana/Perwakilan Penjual KB (PKB/PLKB)
- Melaksanakan serta menyediakan peralatan kontrasepsi dan obat-obatan guna kebutuhan pasangan usia subur nasional (PUS);
- Mengelola dan mengontrol sistem informasi keluarga
- Memperkuat serta mengoptimalkan partisipasi organisasi masyarakat di tingkat nasional guna memantau layanan serta mendorong partisipasi dalam Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (KR)
- Mengembangkan rencana untuk program pengembangan keluarga yang mempromosikan ketahanan dan kesejahteraan keluarga

- Memperkuat pengaruh organisasi masyarakat nasional dan peningkatan partisipasi guna membangun keluarga dengan memperkuat ketahanan dan kesejahteraan keluarga
- Teradakkannya standarisasi pelayanan KB dan sertifikasi tenaga penyuluh/petugas lapangan KB (PKB/PLKB).
- melakukan pemantauan serta evaluasi di bidang penanggulangan kependudukan dan keluarga berencana; dan juga
- Pembinaan, pembinaan dan promosi industri KKB

Selain menyelenggarakan fungsi tersebut, BKKBN juga menyelenggarakan fungsi:

- Menyelenggarakan pelatihan, penelitian, dan pengembangan di bidang KKB
- Membina dan mengkoordinasi pelaksanaan tugas administrasi umum di lingkungan BKKBN
- Mengelola barang milik/kekayaan negara yang menjadi tanggung jawab BKKBN
- Mengawas atas pelaksanaan tugas di lingkungan BKKBN;
- Menyampaikan laporan, saran dan pertimbangan di bidang KKB

10.8 Struktur Organisasi KB di Indonesia

Struktur organisasi BKKBN dimulai dari pusat sampai dengan ke tingkat individu. Berikut fungsi dan peranan tingkat BKKBN:

1. BKKBN Pusat

Dengan Keputusan Presiden Nomor 38 Tahun 1978 perihal tugas pokok BKKBN berfungsi memberikan pedoman umum serta mengkoordinasikan implementasi program KB nasional dan penduduk yang mendukungnya baik di pusat ataupun di daerah, serta mengkoordinasikan pelaksanaan lapangannya.

2. BKKBN Propinsi/Kabupaten/Kota

Lewat Peraturan BKKBN Provinsi dan BKKBN Kabupaten/Bersama, Perwakilan BKKBN Provinsi/Kabupaten/Kota, BKKBN menjalankan fungsi pokok serta fungsi BKKBN di provinsi dan kabupaten/kota, yakni diantaranya:

- a. Mengkoordinasikan pelaksanaan KB di tingkat kabupaten/kota
- b. Menyelenggarakan rapat koordinasi dengan pihak terkait
- c. Mengevaluasi implementasi aktivitas program KB
- d. Menyelenggarakan serta melaporkan implementasi aktivitas kepada Direktur Program KB Provinsi dan Pusat.

3. Tingkat Kecamatan

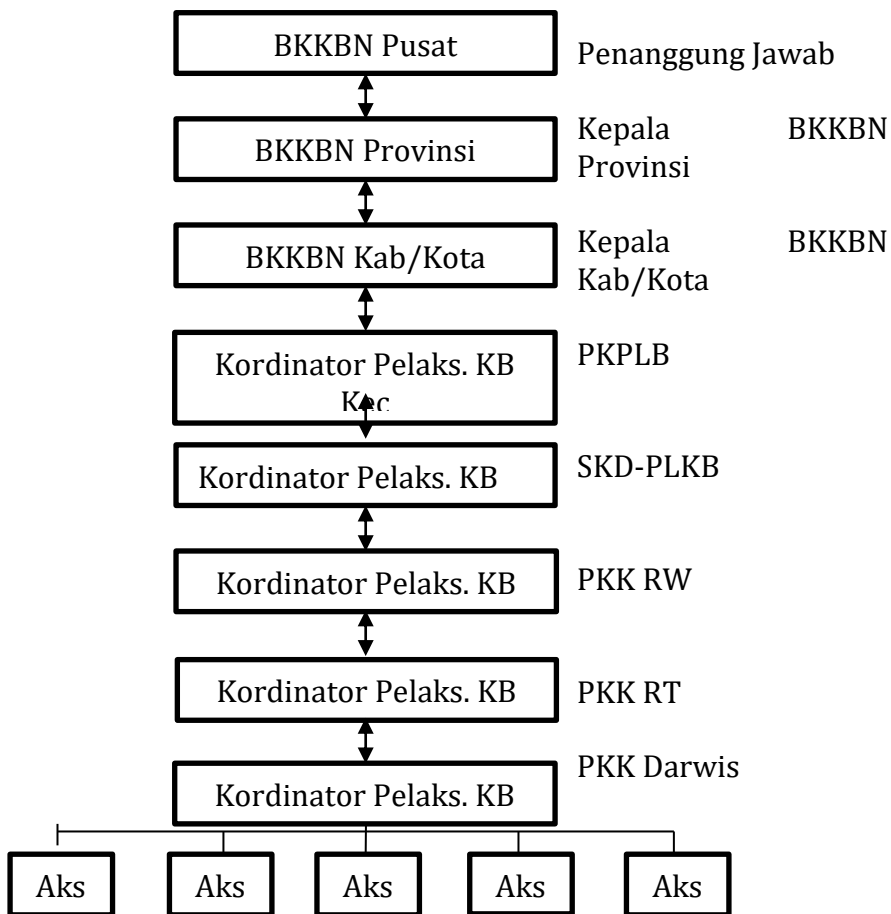
BKKBN tingkat kecamatan berfungsi:

- a. Mengkoordinir penyelenggaraan KB di tingkat kecamatan
- b. Mengadakan rapat koordinasi melibatkan pihak-pihak terkait
- c. Mengevaluasi pelaksanaan program KB berdasarkan laporan dan cakupan wilayah
- d. Melakukan pelaporan pelaksanaan kegiatan program KB ke tingkat kabupaten/kota

4. Tingkat Desa (PPKBD/Sub PPKBD)

- a. Memberikan layanan kontrasepsi dasar serta pil kontrasepsi ulang kepada peserta KB
- b. Mempromosikan pembangunan berkelanjutan bagi mereka yang terlibat dalam keluarga berencana
- c. Menginformasikan mereka yang terlibat dalam keluarga berencana tentang efek samping, jika diperlukan
- d. Membuat catatan serta laporan sederhana
- e. Memotivasi calon peserta KB baru

- f. Membantu memecahkan masalah yang merugikan gerakan KB dengan pihak berwajib
 - g. Menerima, menyimpan dan mendistribusikan alat kontrasepsi sederhana
- 5. Tingkat pos pelayanan terpadu (posyandu/pos kesehatan terpadu)
 - a. Membantu otoritas KB dalam mengumpulkan informasi tentang peserta KB
 - b. Mempromosikan keberlangsungan peserta KB dan memecahkan masalah yang merugikan program KB
 - c. Memberikan kontrasepsi yang mudah dan minum pil berulang kali
 - d. Melaksanakan layanan rujukan dengan sebaik-baiknya
 - e. Pencatatan dan Pelaporan
 - f. Membantu pelaksanaan kegiatan integrasi melalui program KIA, vaksinasi, Kesling, kegiatan PKMD, kegiatan UPPKS, gizi dan pencegahan diare
- 6. Kelompok-kelompok akseptor
 - a. Penyediaan Layanan KIE
 - b. Menawarkan metode kontrasepsi sederhana, pil berulang
 - c. Memotivasi dan memecahkan masalah yang timbul dari penggunaan kontrasepsi
 - d. Melaksanakan pencatatan
 - e. Mengupayakan KB mandiri kepada kliennya
 - f. Merujuk klien dengan komplikasi
- 7. Peserta KB
 - a. Menerima jasa pelayanan KB
 - b. Meningkatkan kemandirian KB



DAFTAR PUSTAKA

- Amalia Merlly. 2017. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Cirebon: LovRinz Publishing. Cirebon
- B. Mareta Bakoil. 2021. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Malang: Wijaya Kusuma Press
- BKKN. 2020. Rencana Strategis BKKN 2020-2024. Jakarta BKKN.
<https://www.bkkn.go.id/stroge/files/1Renstra%20%20Rencana%20%20Strategis%20BKKN/Pusat/RENTSTRA%20BKKN%202020-2024.pdf>
- Rahardjo Noviyanti P, dkk. 2022. *Pelayanan Keluarga Berencana*. Medan: PT. Global Eksekutif Teknologi
- Puspadewi Yuniar A & Kusbandiyah Jiarti. 2022. *Buku Ajar Pelayanan KB*. Malang: CV. Literasi Nusantara Abadi
- WHO. 2018. *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>

BAB 11

KONSELING PELAYANAN KB

Oleh Waode Ikrawati

11.1 Pendahuluan

Indonesia menghadapi banyaknya penduduk yang sangat tinggi itu karena jumlah penduduk Indonesia sangatlah besar, bahkan termasuk dalam jajaran 5 besar dunia. Selain itu, tingkat pertumbuhan penduduknya juga tinggi. Banyaknya jumlah kelahiran dalam setahun dengan kualitas SDM dengan harapan mengangkat derajat bangsa Indonesia secara bersamaan ekonomi pembangunan dan keluarga berencana keduanya saling berkaitan satu sama lain. Untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi pria dapat berbagi peranan dengan cara berpartisipasi dalam KB. Menurut Utami 2018 Partisipasi pria sangat penting karena pria adalah partner reproduksi serta seksual, sehingga pria dan wanita perlu berbagi tanggungjawab dan berperan secara seimbang dalam mencapai kehidupan seksual yang memuaskan dan aman. Pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Keluarga Berencana atau KB melalui pengaturan kelahiran, oleh karena itu. Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan kesehatan reproduksi. Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya dan disamping itu dapat membuat merasa lebih puas.

11.2 Pembahasan

11.2.1 Konseling

1) Pengertian Konseling

Menurut Yulifah 2009 Konseling merupakan hubungan timbal balik antara konselor (bidan) dengan konseli (pasien) yang bersifat profesional pertukaran informasi baik individu maupun kelompok dan berarti dalam kehidupan. Keluarga Berencana (KB) adalah suatu program Negara Indonesia untuk menghadapi masalah kependudukan. Pengembangan penduduk dan Pembangunan Keluarga disebutkan bahwa Keluarga berencana adalah program untuk mengatur kelahiran anak, ideal jarak dan usia melahirkan, mengatur kehamilan, promosi, perlindungan dan membantu hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas diatur oleh Undang-undang Nomor 52 Tahun 2009 (Kemenkes RI 2020).

Total Fertility Rate (TFR) sebesar 2,4 anak per ibu dengan TFR yang lebih tinggi di pedesaan (2,6 anak per ibu) dibandingkan dengan perkotaan (2,3 anak per ibu) dari hasil Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017. Hanya satu kelompok usia 30-34 Tahun dari 103 per 1000 Ibu pada Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 meningkat menjadi 13 per 1000 Ibu pada hasil SDKI 2017 (SDKI 2017), dibandingkan hasil SDKI 2012 terjadi penurunan pada angka fertilisasi di hampir semua kelompok umur (ASFR).

2) Tujuan konseling KB

Beberapa tujuan dari konseling KB adalah sebagai berikut:

- a) Konselor mampu memberi penjelasan yang mudah dipahami pasien dan tepat sehingga pasien bisa memahami dengan baik
- b) Klien mampu diidentifikasi oleh konselor sehingga menjawab kegalauan dalam menentukan dan pemilihan penggunaan alat kontrasepsi
- c) Konselor mampu memberikan pencerahan dalam pemilihan alat kontrasepsi yang aman dan nyaman menyesuaikan dari yang diinginkan oleh klien
- d) Memberikan pencerahan kepada klien sesuai dengan harapan dan keefektifan dalam menggunakan kontrasepsi yang diinginkan
- e) Memberikan beberapa informasi terkait bantuan atau tempat untuk mendapatkan layanan penggunaan alat kontrasepsi
- f) Khusus kontak, konselor mampu melakukan penyeleksian calon akseptor yang disesuaikan dengan penggunaan KB alternatif.

3) Keuntungan konseling KB

Ada beberapa keuntungan Ketika seorang konselor dalam memberikan konseling terkhusus kepada klien yang ingin menggunakan alat kontrasepsi ataupun klien yang masih bingung dalam penggunaan atau pemilihan alat kontrasepsi yang tepat dengan kondisi klien. Keuntungannya sebagai berikut:

- a) Pasien atau klien bisa lebih mudah dan menentukan KB yang ingin digunakan
- b) Pasien atau klien merasa puas dengan terjawab sudah pertanyaan-pertanyaan yang ingin ditanyakan terkait dengan alat kontrasepsi

- c) Klien atau pasien bisa efektif mengetahui kegunaan cara dan jangka waktu pemakaian alat kontrasepsi tersebut
- d) Konselor dan klien membangun kepercayaan sehingga tidak sungkan untuk bertanya
- e) Menghargai pilihan klien dan menambah dukungan support kepada klien
- f) menghargai hak-hak klien dan konselor dan meniadakan rumor dan pengetahuan yang keliru terkait alat kontrasepsi

4) Jenis Konseling

Konseling dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

a) **Konseling umum**

Dapat dilakukan oleh kader yang sudah diikutkan pelatihan tentang alat kontrasepsi dan mempunyai sertifikat yang valid dan terpercaya sehingga masyarakat tdk sungkan untuk bertanya kepada kader ataupun petugas lapangan (PLKB). Kegiatan ini dapat diikuti individual ataupun kelompok

b) **Konseling spesifik**

Petugas Kesehatan seperti bidan dokter kandungan ataupun konselor dapat melakukan konseling yang secara perorangan dengan ruang khusus

c) **Konseling pra dan pasca tindakan**

Konseling ini dapat dilakukan di klinik secara perorangan dan dapat dilakukan oleh konselor, bidan dan dokter.

5) Beberapa faktor dapat pengaruhi keberhasilan telah dilakukan konseling

a. Faktor Individual

Adanya orientasi cultur budaya yang mempengaruhi calon akseptor KB dalam berinteraksi

Orientasi ini merupakan gabungan dari:

1) Faktor Fisik.

Respon dan pekanya pasien yg mendapatkan informasi dapat berpengaruh terhadap mampunya dalam menangkap konseling .

2) Sudut Pandang

Kebudayaan, pengetahuan dan pendidikan yang dimiliki oleh klien dapat berpengaruh terhadap hasil pemahaman materi KB

3) Kondisi Sosial

KOndisi social juga dapat mempengaruhi klien dalam penangkapan materi KB yang diberikan

4) Bahasa

Konseling dengan menggunakan bahasa yang sama sangat mempengaruhi respon paham dari klien

b. Faktor-faktor yang berkaitan dengan interaksi

Hubungan interaksi antara konselor dan pasien sangat berpengaruh terhadap suksesnya konseling KB, sikap yang ramah dan lembut selalu senyum akan memberikan kenyamanan kepada klien

c. Faktor Situasional

Faktor situasi lingkungan juga sangat mempengaruhi keberhasilan konseling KB, dimana tidak ada ketegangan ataupun nada tinggi dari konselor.

- d. Kompetensi dalam melakukan percakapan
Adanya komitmen dari konselor dengan pemahaman yang baik tentang materi KB akan sangat berpengaruh terhadap keefektifan konseling.

6) Teknik Konseling

Pelaksanaan konseling KB dengan percakapan yang terbuka dan terjadi dua arah bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dari keluhan pasien

Konseling menurut Gallen dan Leitenmaier (1987), lebih dikenal dengan teknik GATHER yaitu:

G : Greet

memerikan salam, pengenalan, dan mengajak terbuka dan lebih santai

A : Ask atau Assess

Ditanyakan Apa saja keluhan dari pasien

T : Tell

Bersifat terbuka dan saling tukar informasi sehingga menemukan solusi

H : Help

Membantu memberikan pemahaman kepada pasien dengan keluhan utamanya sehingga bisa menyelesaikan masalah pokok pada pasien

E : Explain

Membantu menjelaskan dan memberikan anjuran dengan harapan. Dan memberikan petunjuk kepada siapa untuk melakukan pemeriksaan lanjutan jika dalam keadaan darurat

R : Refer dan Return visit

Menyarankan dirujuk jika tdk dapat memberikan tindakan yang sesuai dengan keluhan pasien.

Langkah – Langkah Konseling SATU TUJU

Teknik memberikan konseling dikenal dengan kata kunci SATU TUJU dimana Teknik itu tdk perlu dilakukan secara berurutan akan tetapi petugas dengan sebisa mungkin diharapkan mampu menyesuaikan diri dengan segala kondisi dan kebutuha juga keluhan pasien pasien sehingga timbul adanya kepercayaan antara bidan dan pasiennya. Langkah SATU TUJU adalah sebagai berikut:

SA : sapa dan salam

Menanyakan apa yang ingin diketahui dan membantu memberitahu tindakan atau pelayanan yang akan diperolehnya, Memberikan kenyamanan pasien dengan sambutan yang ramah dan lembut serta senyum yang tulus juga penuh perhatian serta menjamin kerahasiaan pasien, memberikan keyakinan kepada pasien agar terbagun rasa percaya diri

T : Tanya

Menanyakan apa saja yang diketahui tentang KB alat dan pemasangannya, dan KB apa yang dikehendaki sehingga kita bidan memberitahukan pengetahuan KB yang diharapkan oleh klien

U: Uraikan

Menjelaskan kepada pasien tentang KB yang dihendakinya, membantu pasien mendapatkan KB yang diinginkan, jelaskan juga resiko kelebihan dan kekurangan dari pemilihan KB tersebut.

TU : Bantu

Membantu pasien mendapatkan KB yang diinginkan dengan menjelaskan berbagai macam KB dengan pelan dan jelas sehingga pasien mudah paham dan tidak akan bertanya tanya dan bisa dikompromikan Bersama suami Ketika nantinya pulang kerumah

J : Jelaskan

Memberikan penjelasan dengan secara lengkap tentang KB yang sudah dipilih oleh klien bagaimana cara penggunaannya dan apa kelebihan dan kekurannya juga usia yang seharusnya ditekankan dalam menggunakan KB mengingat tingginya resiko kehamilan jika diumur lebih dari 35 tahun dan dibawah 20 tahun. Cek Kembali pengetahuan klien dengan memberikan pertanyaan serta memberikan pujian atas kehasilannya menjawab

U : Kunjungan Ulang

Mengingatkan kepada klien bahwa jika ada keluhan disilahkan untuk berkunjung kembali

7) Konseling KB dan Komunikasi Interpersonal **Komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan menggunakan :**

a) Motivasi

Motivasi pada pasien KB meliputi: Berfokus untuk mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien; Menggunakan komunikasi satu arah; Menggunakan komunikasi individu, kelompok atau massa.

b) Pendidikan KB

Pelayanan KB yang diberikan pada pasien mengandung unsur pendidikan sebagai berikut: Menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia; Menyediakan informasi terkini dan isu; Menggunakan komunikasi satu arah atau dua arah; Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa; Menghilangkan rumor dan konsep yang salah.

Peran Konselor KB

Proses konseling dalam praktik pelayanan kebidanan terutama pada pelayanan keluarga berencana,

tidak terlepas dari peran konselor. Tugas seorang konselor adalah sebagai berikut:

- a) Sahabat, pembimbing dan memberdayakan klien untuk membuat pilihan yang paling sesuai dengan kebutuhannya.
- b) Memberi informasi yang obyektif, lengkap, jujur dan akurat tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.
- c) Membangun rasa saling percaya, termasuk dalam proses pembuatan Persetujuan Tindakan Medik.

8) Infome Choice Dalam Konseling KB

Infome choice merupakan bentuk persetujuan pilihan tentang: Metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien setelah memahami kebutuhan reproduksi yang paling sesuai dengan dirinya atau keluarganya. Pilihan tersebut merupakan hasil bimbingan dan pemberian informasi yang obyektif, akurat dan mudah dimengerti oleh klien. Pilihan yang diambil merupakan yang terbaik dari berbagai alternatif yang tersedia. Lembar balik yang telah dikembangkan oleh WHO adalah alat yang bisa digunakan untuk pengambilan keputusan dan disebut Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK)

9) *Informed consent*

Pengertian dari *informed consent*

- a) Sebagai bukti Persetujuan terhadap Tindakan yang dilakukan kepada pasien
- b) Jika pasien tidak mnginginkan hal itu maka pasien atau wali pasien harus menandatangani *informed consent* tersebut
- c) Tanda tangan sebagai bukti persetujuan diminta jika Tindakan pada pasien tersebut mempunyai resiko yang terduga atau tidak terduga

***Informed Consent* boleh dilakukan oleh pasangan dengan alasannya yaitu:**

- a) Sebagai perlindungan hukum, dengan saksi mengetahui bahwa pasien secara sadar menyetujui Tindakan yang akan dilakukan.
- b) Dikondisi tertentu Wali ataupun suami tidak dibolehkan menggantikan pasien/istrinya untuk memberikan persetujuan
- c) Secara budaya dan kultur bahwa suami adalah pengambil keputusan akan tetapi secara hukum suami hanya penanggung jawab biaya dan resiko yang kira kira tidak terduga

11.2.2 Kasus

Di desa Latugho Kecamatan Muna Barat tinggalah seorang bidan desa yang setiap harinya bekerja di Puskesmas.

Di pagi hari hari yang ceria bidan kedatangan pasien yang ingin konsultasi KB Bernama Ny. Enjela

- 1. Ny. Enjela: assalamualaikum bidan
- 2. Bidan : Waalaikumsalam, bagaimana bu, mari masuk bu
- 3. Ny. Enjela : iya bidan, terimakasih
- 4. Bidan : Iyah sama-sama, mari kita duduk bu
- 5. Ny. Enjela: iya bidan terimakasih
- 6. Bidan : Ibu kenalkan saya bidan Ikra, gimana, ada yang bisa ku bantu?
- 7. Ny. Enjela : iya bidan, saya mau tanayakn KB IUD bidan
- 8. a. KB IUD itu bagaimana bidan?
 - b.ini bidan kalo saya pake IUD apa saya tdk bisa kerja berat bidan?
 - c. pernah juga bidan, waktu dipasang kb IUD suka keluar darah bidan
 - d.kata tetanggaku bidan itu KB IUD bisa lepas sendiri
 - e.kira-kira nanti boleh kapan saja saya lepas KBnya bidan?
 - f.kalo haidnya bagaimana bidan?

9. Bidan : oh iya ibu, pertanyaan bagus sekali, saya jawab bu
ya
10. Ny. enjela : iya bidan silahkan
11. Bidan :
- a. Jadi KB IUD ini KB yang digunakan dalam waktu jangka panjang nama populernya bu adalah KB SPIRAL, KB yang dari bahan plastik dan lentur yang dimasukan lewat jalan lahir ke dalam rongga rahim dan harus diganti kalo sudah tiba saat pemakaian yang sudah ditentukan.
 - b. KB IUD tdk membatasi ibu dalam beraktifitas sehari hari atau seperti biasa
 - c. Keluar darah ini masih dalam keadaan normal bu, karna proses adaptasi masuknya benda baru di dalam rongga rahim. Macam-macam bu proses adaptasinya, bisa keluar darah bisa flek. Kalau keluar darah atau flek banyak bu, ibu bisa langsung konsultasikan ke dokter Obgyn atau dokter ahli kandungan agar segera diperiksa.
 - d. Iya bu ini benar bisa terbuka dengan sendirinya disaat ibu dilakukan pemasangan IUD ibu merasa tegang takut sehingga tubuh ibu bisa menegang dengan sendirinya dan rahim ikut berkontraksi. Jadi setelah terpasang seolah olah sdh benar pemasangannya akan tetapi setelah ibu rileks kembali IUD yg sdh terpasang bisa tergeser dan bisa lepas dengan sendirinya.
 - e. Iya bu, tentu boleh. Jadi pemasangan IUD itu maksimal 8 tahun kalo seandainya ibu tdk menginginkan anak lagi dan boleh dibuka kapan saja Ketika ibu sudah ingin Kembali program anak
 - f. Iya bu harusnya siklus haidnya normal, karena KB IUD ini buka KB hormonal jadi tdk berefek dengan haid

12. Ny. enjela : terimakasih bidan atas informasinya. Saya kompromikan dulu dengan suamiku dirumah
13. Bidan : sama- sama bu, nanti kalo ada keluhan silahkan berkunjung lg ya bu
14. Ny. enjela: iya bidan, terimakasih assalamu alaikum
15. Bidan : iya bu Waalaikum salam

DAFTAR PUSTAKA

- Hanifah, Winkjosastro. 2007. Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sulistyawati, Ari. 2011. Pelayanan KB. Jakarta: Salemba Medika
- Yuliah, Rita dan Yuswanto Tri Johan Agus. 2013. Komunikasi dan konseling dalam kebidanan. Jakarta: Salemba Medika

BIODATA PENULIS



Bardiaty Ulfah,S.ST.Bdn.,M.Keb

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Telaga Langsung 16 Mei 1974, memulai karir sebagai Bidan desa tahun 1995 di daerah sangat terpencil Kecamatan Loksado Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Berkarir sebagai pendidik kebidanan sejak tahun 2014 hingga sekarang di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menempuh pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2017. Lulus pendidikan profesi bidan tahun 2023 di Universitas Indonesia Maju. Bergabung dalam Organisasi IBI sejak tahun 1995, sebagai ketua dalam Organisasi IIDI Cab.Kota Banjarbaru 2022-2025. Aktif melaksanakan Tridarma perguruan tinggi dengan menulis dan publikasi beberapa karya ilmiah di bidang kesehatan khususnya kebidanan.

BIODATA PENULIS



Niar, SSTM.Keb

Dosen Tetap pada Program Studi DIII Kebidanan STIKES Bina
Generasi Polewali Mandar

Niar, SSTM.Keb Lahir di Polewali, pada tanggal 12 Agustus 1989. Penulis merupakan dosen Tetap pada Program Studi DIII Kebidanan STIKES Bina Generasi Polewali Mandar. Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan DI STIKES Bina Generasi Polewali Mandar Dan pada tahun 2012 Melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan Di politeknik Kesehatan Makassar dan pada tahun 2017 penulis melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar prodi ILMU KEBIDANAN. Dan sekarang penulis tercatat sebagai staff dan pengajar di STIKES Bina Generasi Polewali Mandar

BIODATA PENULIS



Mutmainnah, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
Akademi Kebidanan Batari Toja

Penulis lahir di Tarakan tanggal 10 Februari 1994. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan , Batari Toja. Menyelesaikan pendidikan DIII pada Jurusan Kebidanan di kampus Akademi Kebidanan BatariToja, melanjutkan pendidikan DIV bidan pendidik di kampus Universitas Mega Rezky Makassar, dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar.

BIODATA PENULIS



Sutriningsih, S.ST.,M.Keb

Dosen Prodi Kebidanan Program DIII
STIKES ADILA DI KOTA BANDAR LAMPUNG

Penulis lahir di Sumber Sari tanggal 28 Agustus 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Program DIII STIKES Adila di Kota Bandar Lampung. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKES Adila pada tahun 2009, kemudian melanjutkan D IV Kebidanan di STIKES Karya Husada Semarang, dan melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2020, karya yang telah dihasilkan adalah buku ajar yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komunitas” dan Monograf yang berjudul “ Analisis Penyebab Kematian Perinatal”.

BIODATA PENULIS



Hatijar S.ST.,M.Kes,
Doesen di STIKES Husada Mandiri Poso

Hatijar S.ST.,M.Kes, Tahun 2011 Penulis lulus D3 Kebidanan, Tahun 2015 melanjutkan pendidikan D4 Kebidanan dan pada tahun 2015 lulus S2 Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia Timur Makassar. Pada tahun 2012-2016 penulis bekerja sebagai staff dan tenaga pengajar di program studi D3 Kebidanan UIT Makassar dan sekarang penulis aktif mengajar di STIKES Husada Mandiri Poso Mulai tahun 2017 sampai dengan sekarang. Penulis selalu terbuka atas saran dan kritikan yang diberikan kepada penulis dan dijadikan sebagai motivasi dalam penulisan buku ajar ini. Penulisan buku ini adalah atas dukungan dari orang tua dan orang terdekat yang dipersembahkan untuk para pembaca khususnya mahasiswa kebidanan.

BIODATA PENULIS



Ni Nyoman Murti., M.Pd.

Dosen Program Studi D.III Kebidanan Balikpapan
Poltekkes Kemenkes RI Kalimantan Timur

Penulis lahir di Bugbug, Karangasem Bali, tanggal 21 Juli 1965. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D.III Kebidanan Balikpapan Poltekkes Kemenkes RI Kalimantan Timur. Menyelesaikan pendidikan Akademi Perawat tahun 1989 di Semarang, lanjut pendidikan guru bidan (D4) tahun 1994 Di Ujungpandang, lanjut S1 pendidikan Mipa-Biologi di Universitas Tri Dharma Balikpapan tahun 2001, lanjut pendidikan D3 Kebidanan tahun 2008 di poltekkes Kemenkes Kaltim dan melanjutkan S2 pada Jurusan Manajemen Pendidikan di Universitas Mulawarman Samarinda. Penulis secara rutin melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu, mengajar beberapa mata kuliah yang relevan seperti ; Anatomi, fisiologi, PBAK, Pendidikan Karakter, Ketrampilan Dasar kebidanan, Dokumentasi Kebidanan dan Sistem Informasi pelayanan. Melaksanakan pengabdian masyarakat secara rutin, baik itu terprogram maupun mandiri. Melaksanakan Penelitian baik yang di biayai maupun mandiri. Dari hasil pengabdian masyarakat dan

penelitian dilakukan publis Jurnal dan Haki. Dari hasil penelitian ada juga yang dibuat Buku ber ISBN.

BIODATA PENULIS



Fitri Nurhayati, SST.,M.Keb

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan
Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi

Penulis lahir di Karanganyar pada tanggal 09 Juni 1986. Ia mendapat gelar Sarjana Sains Terapan Kebidanan di STIKes Jenderal Achmad Yani Cimahi pada tahun 2008 dan Magister kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2015. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi dan Pengurus Daerah Ikatan Bidan Indonesia Jawa Barat pada Bidang administrasi keuangan. Penulis fokus pada pengajaran tentang ilmu dan asuhan kebidanan, melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian tentang pendidikan dan pelayanan kebidanan.

BIODATA PENULIS



Nurul Fitrahminarsih N.,S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan
Akademi Kebidanan Minasa Upa

Penulis lahir di Ujung Pandang, tanggal 12 Maret 1994. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Minasa Upa Tahun 2015, DIV Bidan Pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar Tahun 2017, S2 Ilmu Kebidanan Sekolah Pasca Sarjana di Universitas Hasanuddin Tahun 2020. Penulis sebagai dosen kebidanan sejak tahun 2021.

BIODATA PENULIS



Waode Ikrawati, S.Tr.Keb., M.Keb
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
AKBID PARAMATA RAHA

Penulis lahir di Desa Latugho tanggal 04 September 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan AKBID PARAMATA RAHA. Penulis menekuni bidang menulis.