

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA 2

**Eka Mardiana
Isnaeny
Zuhrotunida
Yuliyantik
Sriventi Lestari
Trisna Yuni Handayani
Hastuti Marlina
Anggie Diniayuningrum
Yoga Tri Wijayanti
Yulianti
Sri Kustiyati**



GET PRESS INDONESIA

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA 2

Penulis :

Eka Mardiana
Isnaeny
Zuhrotunida
Yuliyani
Sriventi Lestari
Trisna Yuni Handayani
Hastuti Marlina
Anggie Diniayuningrum
Yoga Tri Wijayanti
Yulianti
Sri Kustiyati

ISBN :

Editor :

Penyunting : Rantika Maida Sahara., S.Tr.Kes
Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

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

Redaksi :

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

Cetakan pertama, Juni 2024

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 2 ini.

Buku Ini Membahas Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana, Konsep gender dalam kesehatan reproduksi perempuan, Isu - isu kesehatan perempuan, Deteksi dini gangguan kesehatan reproduksi, Asuhan Kebidanan Pada Kesehatan Reproduksi, Konsep pelayanan keluarga berencana, Asuhan kebidanan pada keluarga berencana, berbagai macam metode KB berdasarkan Evidence Based Practice, Program KIE dalam pelayanan KB, pembinaan pada akseptor, penanggulangan pada akseptor bermasalah.

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, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 KESEHATAN REPRODUKSI DAN	
KELUARGA BERENCANA	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Etika Menulis	2
1.3 Kesehatan Reproduksi	3
1.3.1 Devinisi Kesehatan Reproduksi	3
1.3.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	6
1.3.3 Aspek Penting dalam kesehatan Reproduksi	8
1.4 Keluarga Berencana	9
1.4.1 Devinisi Keluarga Berencana	10
1.4.2 Komponen dan Ruang Lingkup Keluarga Berencana	12
1.4.3 Program Keluarga Berencana	13
1.5 Hak-Hak Reproduksi, Tujuan, Kebijakan dan Strategi Kesehatan Reproduksi	14
1.5.1 Hak reproduksi	15
1.5.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi	16
1.5.3 Kebijakan dalam Reproduksi	16
1.5.4 Kesehatan Reproduksi	17
1.5.5 Strategi Kesehatan Reproduksi	18
1.6 Urgensi Mengatur Reproduksi dan Keluarga	19
1.7 Keterkaitan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana	20
1.8 Pentingnya Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana	22
DAFTAR PUSTAKA	23
BAB 2 KONSEP GENDER DALAM KESEHATAN	
REPRODUKSI PEREMPUAN	31
2.1 Pengertian Gender	31
2.2 Identitas Dan Peran Gender	33

2.3 Isu Seksual Yang Mempengaruhi Isu Gender Di Masyarakat.....	34
2.4 Hubungan Gender Dan Kerentanan Terhadap HIV/IMS.....	36
DAFTAR PUSTAKA.....	41
BAB 3 ISUE-ISUE KESEHATAN PEREMPUAN	43
3.1 Pendahuluan	43
3.2 Definisi Kesehatan Reproduksi Perempuan.....	44
3.3 Isue-isue Kesehatan Reproduksi Perempuan	46
3.4 Faktor Penyebab Masalah Kesehatan Reproduksi pada Perempuan	50
3.5 Upaya Pencegahan Masalah Kesehatan Reproduksi pada Perempuan	52
3.5 Pencegahan Kanker Reproduksi	54
DAFTAR PUSTAKA.....	55
BAB 4 DETEKSI DINI GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI.....	57
4.1 Pendahuluan	57
4.2 Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi	57
4.2.1 Kanker Payudara.....	58
4.2.2 Kanker Serviks	62
DAFTAR PUSTAKA.....	71
BAB 5 ASUHAN KEBIDANAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI	73
5.1 Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan.....	73
5.2 Penerapan Asuhan Kebidanan.....	75
5.3 Landasan Hukum Kewenangan Bidan.....	75
5.4 Pelayanan Kesehatan Pada Wanita Sepanjang Daur Kehidupannya	77
5.5 Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Wanita ..	78
5.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Wanita.....	79
5.7 Faktor-faktor Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita Dari Konsepsi Sampai Usia Lanjut.....	80
5.8 Kesehatan Reproduksi Wanita Sepanjang Siklus Kehidupan.....	81
DAFTAR PUSTAKA.....	82

BAB 6 KONSEP PELAYANAN KELUARGA	
BERENCANA	83
6.1 Pendahuluan	83
6.2 Tujuan Program Keluarga Berencana dan Pelayanan Keluarga berencana	85
6.3 Ruang Lingkup Pelayanan Keluarga Berencana	85
6.4 Prinsip Pelayanan Keluarga Berencana	86
6.5 Persyaratan Fasilitas Layanan Kesehatan yang Memberikan Pelayanan Kontrasepsi	86
6.6 Tahapan Pelayanan Keluarga Berencana	88
DAFTAR PUSTAKA.....	92
BAB 7 ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA	
BERENCANA	93
7.1 Pendahuluan	93
7.2 Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi	94
7.2.1 Pra Pelayanan.....	94
7.2.2 Pelayanan Kontrasepsi	97
7.2.3 Pasca Pelayanan Kontrasepsi.....	98
7.3 Algoritma Pelayanan KB.....	99
7.3.1 Algoritma Pelayanan KB di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	99
7.3.2 Algoritma untuk Metode kontrasepsi Hormonal.....	100
7.3.3 Algoritma untuk AKDR	101
7.4 Prosedur Pelayanan KB AKDR.....	102
DAFTAR PUSTAKA.....	107
BAB 8 BERBAGAI MACAM METODE KB	
BERDASARKAN EVIDENCE BASED PRACTICE.....	109
8.1 Pendahuluan	109
8.2 Metode Kontrasepsi Hormonal.....	110
8.3 Macam-Macam Metode Kontrasepsi Hormonal.....	111
8.4 Metode Kontrasepsi Non-Hormonal.....	159
DAFTAR PUSTAKA.....	178
BAB 9 PROGRAM KIE DALAM PELAYANAN KB	185
9.1 Pendahuluan	185
9.2 Definisi Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)	185
9.3 Tujuan KIE	187

9.4 Klasifikasi KIE.....	188
9.5 Prinsip KIE	189
9.6 Langkah-langkah dalam pelaksanaan KIE.....	190
9.7 Cara Penyampaian Pesan	192
9.8 Penerapan KIE dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan KB.....	193
9.9 Penerapan Konseling dalam Pelayanan KB	195
9.10 Kegiatan Operasional KIE KB.....	202
9.11 Persetujuan Tindakan Medis (<i>Informed Consent</i>)....	204
DAFTAR PUSTAKA.....	210
BAB 10 PEMBINAAN AKSEPTOR KB.....	213
10.1 Pendahuluan.....	213
10.1.1 Pengertian Keluarga Berencana	213
10.1.2 Tujuan Keluarga Berencana	213
10.1.3 Pentingnya Pembinaan Akseptor KB.....	213
10.2 Sejarah dan Perkembangan Keluarga Berencana di Indonesia.....	214
10.2.1 Sejarah Awal Program KB.....	214
10.2.2 Perkembangan Kebijakan dan Program Pemerintah.....	214
10.2.3 Peran Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).....	214
10.3 Jenis-jenis Kontrasepsi.....	214
10.3.1 Kontrasepsi Alami.....	214
10.3.2 Kontrasepsi Hormonal	215
10.3.3 Kontrasepsi Non-Hormonal	215
10.3.5 Kontrasepsi Darurat.....	215
10.4 Pentingnya Pembinaan Akseptor KB.....	215
10.4.1 Meningkatkan Pengetahuan dan Kesadaran	215
10.4.2 Mengurangi Angka Putus Pakai Kontrasepsi ...	215
10.4.3 Menjamin Keberlanjutan Penggunaan Kontrasepsi	216
10.5 Metode Pembinaan Akseptor KB.....	216
10.5.1 Konseling Pra dan Pasca Pemakaian Kontrasepsi	216
10.5.2 Kunjungan Rumah	216
10.5.3 Grup Diskusi dan Edukasi	216

10.5.4 Penggunaan Media Komunikasi dan Teknologi Informasi	216
10.6 Peran Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB)	217
10.6.1 Tugas dan Tanggung Jawab PLKB	217
10.6.2 Pelatihan dan Pengembangan Kapasitas PLKB	217
10.6.3 Kerjasama dengan Instansi Terkait	217
10.7 Tantangan dalam Pembinaan Akseptor KB	217
10.7.1 Tantangan Sosial dan Budaya	217
10.7.2 Tantangan Ekonomi	217
10.7.3 Tantangan Geografis dan Aksesibilitas	218
10.7.4 Strategi untuk Mengatasi Tantangan	218
10.8 Peran Teknologi dalam Pembinaan Akseptor KB	218
10.8.1 Aplikasi dan Platform Digital untuk KB	218
10.8.2 Media Sosial sebagai Sarana Edukasi dan Komunikasi	218
10.8.3 Penggunaan Telemedicine dalam Pembinaan KB	218
DAFTAR PUSTAKA	227
BAB 11 PENANGGULANGAN PADA AKSEPTOR BERMASALAH	229
11.1 Pendahuluan	229
11.2 Konsep Dasar	231
11.2.1 Definisi Akseptor Bermasalah	231
11.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akseptor Bermasalah	232
11.3.1 Faktor Internal	233
11.3.2 Faktor Eksternal	234
11.4 Dampak Akseptor Bermasalah	235
11.4.1 Dampak Psikologis	236
11.5 Strategi Penanggulangan	236
11.5.1 Edukasi dan Konseling	236
11.6 Studi Kasus	237
11.6.1 Deskripsi Kasus	238
11.6.2 Analisa Data	238
11.6.3 Metode Analisis Data	239
11.6.4 Temuan Penelitian	240

11.6.5 Kasus-Kasus yang Diidentifikasi	240
11.6.6 Diskusi	241
11.6.7 Implikasi Temuan	242
11.7 Kesimpulan dan Rekomendasi.....	242
11.7.1 Rekomendasi Kebijakan	243
DAFTAR PUSTAKA.....	244
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Perbedaan Seks Dan Gender	32
Gambar 4.1. Kanker Serviks	70
Gambar 7.1. Contoh Bagian Depan Roda KLOP	97
Gambar 7.2. Algoritma Pelayanan KB di FKTP	99
Gambar 7.3. Algoritma Metode Kontrasepsi Hormonal	100
Gambar 7.4. Algoritma untuk AKDR Levonogestrel	101
Gambar 7.5. Algoritma untuk AKDR Copper.....	102
Gambar 8.1. Implan dan Aplikator Pemasangan Implan.....	113
Gambar 8.2. IUD LNG dan komponennya	117
Gambar 8.3. Mekanisme Kerja IUD LNG.....	118
Gambar 8.4. IUD Inserter standar dan IUD Postpartum Inserter.....	121
Gambar 8.5. Algoritma Pemasangan IUD LNG	125
Gambar 8.6. Komplikasi IUD	126
Gambar 8.7. Injeksi Mandiri Pada Kontrasepsi Injeksi..	127
Gambar 8.8. Lokasi Penyuntikan Suntik Kombinasi.....	139
Gambar 8.9. Algoritma Penggunaan KB Pil, Suntik dan Implan	150
Gambar 8.10. IUD Cu	160
Gambar 8.11. Algoritma Penggunaan IUD-Cu	167
Gambar 8.12. Fisiologi MAL	171
Gambar 8.13. Kondom Perempuan	173
Gambar 8.14. Penggunaan Diaphragma	174

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1. Tenaga Kesehatan yang Memberikan Pelayanan Kontrasepsi	87
Tabel 7.1. Kategori KLOP	96
Tabel 7.2. Jenis Kontrasepsi Darurat.....	98
Tabel 8.1. Klasifikasi Metode Kontrasepsi	110
Tabel 8.2. Jenis Implan dan Spesifikasinya.....	112
Tabel 8.3. Kriteria Kelayakan Medis Pengguna Implan .	112
Tabel 8.4. Waktu Penggunaan Implan	114
Tabel 8.5. Kriteria Kelayakan Medis WHO Penggunaan LNG IUD	119
Tabel 8.6. Waktu Penggunaan IUD LNG.....	122
Tabel 8.7. Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi Progestin	128
Tabel 8.8. Waktu Penggunaan Suntik Progestin.....	130
Tabel 8.9. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi.....	134
Tabel 8.10. Waktu Penggunaan Suntik Kombinasi.....	136
Tabel 8.11. Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi Progestin	140
Tabel 8.12. Waktu Penggunaan Pil Progestin.....	141
Tabel 8.13. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi.....	141
Tabel 8.14. Waktu Penggunaan Pil Kombinasi	147
Tabel 8.15. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi.....	151
Tabel 8.16. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi.....	154
Tabel 8.17. Waktu Penggunaan Vaginal Ring Kombinasi	156
Tabel 8.18. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi IUD Cu	160
Tabel 8.19. Waktu Penggunaan IUD Cu	163

BAB 1

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Oleh Eka Mardiana Afrilia

1.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga merupakan dua aspek yang saling terkait dan penting bagi kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Sejak zaman kuno, manusia telah menyadari urgensi untuk mengatur reproduksi dan keluarga guna menjamin kelangsungan hidup dan keberhasilan generasi mendatang (Jena et al. 2024). Seiring dengan kemajuan zaman, pandangan dan pendekatan terhadap kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga mengalami transformasi. Jika dahulu fokusnya lebih pada metode tradisional dan keterbatasan pengetahuan, kini, kemajuan teknologi dan informasi memberikan akses yang lebih luas terhadap layanan dan pengetahuan yang mendukung kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga (Oh et al. 2024).

Dalam pembahasan ini, kita akan mengeksplorasi berbagai aspek yang terkait dengan kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga (Halli et al. 2024). Mulai dari pemahaman tentang anatomi dan fisiologi reproduksi manusia, hingga pentingnya pendidikan seksual yang komprehensif dalam membantu individu membuat keputusan yang tepat terkait reproduksi (Zeng et al. 2024). Selain itu, kita juga akan meninjau berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, serta tantangan dan peluang dalam implementasi program perencanaan keluarga di berbagai konteks sosial dan budaya (Cherie et al. 2024).

Penting untuk diingat bahwa kesehatan reproduksi tidak hanya mencakup aspek fisik, tetapi juga psikologis, sosial, dan ekonomi (Demeke et al. 2024). Oleh karena itu, pembahasan kita akan mencakup berbagai dimensi ini guna memberikan

pemahaman yang komprehensif tentang pentingnya kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga dalam membangun masyarakat yang sehat dan berkelanjutan (Adelekan et al. 2024).

Dengan pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga, diharapkan kita dapat menciptakan masa depan yang lebih baik, di mana setiap individu memiliki kendali atas kehidupan reproduksinya sendiri, keluarga dapat berkembang secara sehat dan bahagia, dan masyarakat dapat tumbuh dalam harmoni dan keselarasan (Agyemang-Duah and Rosenberg 2023). Mari kita menjelajahi dan memahami lebih dalam mengenai kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga dalam konteks zaman yang terus berkembang ini.

1.2 Etika Menulis

Etika dalam menulis sangat penting untuk dipertimbangkan karena tulisan memiliki kekuatan untuk memengaruhi dan membentuk opini serta pandangan orang lain (Yusuf et al. 2024). Berikut beberapa prinsip etika yang diperhatikan penulis dalam menulis book chapter ini :

1. **Kebenaran dan Kehandalan:** Menulis harus didasarkan pada fakta yang akurat dan informasi yang dapat dipercaya. Dalam tulisan ini penulis berupaya menghindari menyebarkan informasi palsu atau menyesatkan yang dapat merugikan pembaca.
2. **Kehormatan terhadap Sumber:** Penulis juga dalam menulis buku ini menggunakan informasi atau ide dari sumber lainnya, maka dari itu penulis telah memastikan untuk memberikan pengakuan yang tepat. Mengutip dan merujuk sumber dengan benar adalah kunci integritas akademik dan profesional.
3. **Keragaman dan Inklusi:** dalam kaitan ini penulis berupaya untuk menghindari stereotip dan diskriminasi. Pertimbangan perspektif yang beragam dan berusaha untuk mencakup berbagai sudut pandang dalam karya yang akan disajikan disini.
4. **Kesopanan dan Penghargaan:** Penulis berupaya keras untuk menggunakan bahasa yang sopan dan hormat terhadap pembaca dan subjek yang sedang dibahas. Berupaya

menghindari penggunaan kata-kata kasar, menghina, dan atau menyinggung.

5. **Keterbukaan dan Transparansi:** Sudah barang tentu penulis memiliki kepentingan pribadi dan atau afiliasi dengan topik yang kami tulis, untuk hal ini kami berupaya untuk menyampaikannya secara jelas kepada pembaca, karena kami yakin bahwa Keterbukaan akan membangun kepercayaan dan integritas.
6. **Privasi dan Kebijakan:** penulis sangat menghargai privasi individu dan kebijakan privasi saat menulis. Setidaknya kami berupaya menghindari membocorkan informasi pribadi atau sensitif tanpa izin yang sesuai.
7. **Tujuan dan Dampak:** Kami sangat mempertimbangkan tujuan dan dampak dari tulisan yang sudah kami buat. Maka dari itu kami pastikan bahwa tulisan ini semoga mampu memberikan nilai tambah dan tidak merugikan orang lain atau masyarakat secara umum.

Kami yakin Dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika ini, kami dapat memastikan bahwa tulisan yang kami buat ini tidak hanya informatif, tetapi juga bermanfaat dan tentunya menghargai nilai-nilai moral yang penting dalam komunikasi.

1.3 Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merujuk pada kondisi fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan individu memiliki kehidupan seksual yang aman, memuaskan, dan bermakna, serta memiliki kemampuan untuk mengontrol dan memutuskan apakah, kapan, dan seberapa sering mereka ingin memiliki anak (Wahed et al. 2024). Ini melibatkan tidak hanya organ dan fungsi reproduksi fisik, tetapi juga aspek psikologis, emosional, dan sosial yang mempengaruhi reproduksi dan seksualitas seseorang (Jena et al. 2024).

1.3.1 Devinisi Kesehatan Reproduksi

Menurut definisi yang diberikan oleh WHO, kesehatan bukanlah sekadar keadaan bebas dari penyakit atau cacat, tetapi

melibatkan keseluruhan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial individu (Demeke et al. 2024). Ini menekankan pentingnya keseimbangan yang menyeluruh dalam berbagai aspek kehidupan seseorang (Godfrey et al. 2024). Kamus Besar Bahasa Indonesia juga menjelaskan bahwa sehat adalah keadaan di mana seluruh tubuh dan bagian-bagiannya bebas dari penyakit. Sementara itu, definisi dari berbagai perundang-undangan, seperti UU Kesehatan No 23 tahun 1992 dan UU Nomor 36 tahun 2009, menyoroti aspek kesejahteraan fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan individu hidup secara produktif secara sosial dan ekonomis (Simegn et al. 2024).

Menurut Pepkins, kesehatan adalah hasil dari penyesuaian dinamis terhadap kekuatan yang cenderung mengganggu keseimbangan tubuh dan fungsinya. Ini menekankan aspek dinamis dan adaptif dari kesehatan, di mana tubuh berupaya untuk menjaga keseimbangan dan kesejahteraan. Dalam berbagai definisi tersebut, kesehatan dilihat sebagai kondisi di mana semua aspek kehidupan berfungsi dengan baik dan sesuai fungsinya (Sorouri et al. 2024). Ini menyoroti pentingnya pemeliharaan kesehatan sebagai upaya untuk menjaga keseimbangan dan kesejahteraan secara holistik (Girardi, Longo, and Bremer 2023).



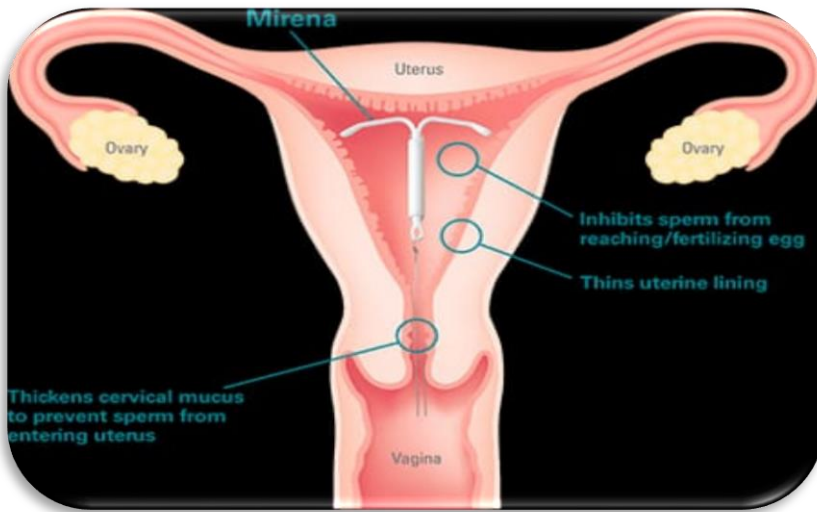
Sumber: Residen Obstetri dan Ginekologi, 2023

Istilah "reproduksi" mengandung makna dari dua kata, yaitu "re" yang berarti kembali, dan "produksi" yang berarti pembuatan atau penghasilan. Dengan demikian, reproduksi merujuk pada proses di mana manusia menghasilkan keturunan untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Organ reproduksi merupakan bagian tubuh yang berperan dalam proses reproduksi manusia (Belachew, Asmamaw, and Negash 2023).

Kesehatan reproduksi menurut definisi dari WHO (2008) adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya sekadar tidak adanya penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya. Menurut WHO (1992), kesehatan reproduksi merupakan keadaan kesehatan yang sempurna dalam aspek fisik, mental, sosial, dan lingkungan, bukan hanya sekadar tidak adanya penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya.

Kesehatan reproduksi mencakup aspek fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan organ, fungsi, dan proses reproduksi, sesuai dengan definisi dari ICPD (*International Conference on Population and Development*) 1994. Menurut Depkes RI (2000), kesehatan reproduksi bukanlah kondisi yang semata-mata bebas dari penyakit, tetapi bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah.

Definisi kesehatan reproduksi dalam berbagai peraturan dan literatur, seperti PP No. 61 tahun 2014, UU Nomor 36 Tahun 2009, dan pengertian dari Manuaba IBG (2001) dan BKKBN (2001), menekankan aspek fisik, mental, dan sosial yang utuh, serta terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam hal sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Ini menegaskan pentingnya pemahaman yang holistik dan komprehensif terhadap kesehatan reproduksi, yang melibatkan berbagai aspek kehidupan individu dalam konteks reproduksi dan seksualitas (Kebede et al. 2023).



Sumber: Qomariyah, S.ST., M.Kes (2023)

1.3.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2001, cakupan kesehatan reproduksi sangat luas, meliputi seluruh rentang kehidupan manusia dari lahir hingga meninggal. Dalam menjelaskan cakupan kesehatan reproduksi secara lebih rinci, digunakan pendekatan siklus hidup (*life-cycle approach*) agar diperoleh komponen layanan yang konkret dan dapat diimplementasikan (Lotti et al. 2023).



Sumber: Reifita, 2023

Secara umum, cakupan kesehatan reproduksi mencakup beberapa aspek berikut:

Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir: Fokus pada masa kehamilan, persalinan, dan masa nifas, yang merupakan periode dengan risiko kesehatan tertinggi bagi perempuan. Upaya intervensi meliputi pelayanan kehamilan, persalinan, dan masa nifas untuk meminimalkan risiko kematian ibu dan bayi baru lahir. **Keluarga Berencana:** Memiliki peran penting dalam mengatur pertumbuhan populasi dengan menawarkan pilihan untuk mengontrol jumlah dan jarak kelahiran anak sesuai dengan keinginan pasangan suami istri. Program KB bukan hanya strategi demografis, tetapi juga strategi kesehatan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan keluarga (Hall, Dalton, and Johnson 2014).

Alat Kontrasepsi: Memberikan akses terhadap berbagai pilihan kontrasepsi, seperti kondom, pil, suntikan hormon, dan lainnya, untuk membantu individu dalam mengambil keputusan terkait kesehatan reproduksinya. **Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk PMS-HIV/AIDS:** Meliputi upaya pencegahan, diagnosis, dan pengobatan infeksi yang mempengaruhi sistem reproduksi, termasuk penyakit menular seksual dan infeksi yang dapat menyebabkan komplikasi serius. **Kesehatan Reproduksi Remaja:**

Menyasar pada masa transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, dengan fokus pada pendidikan kesehatan reproduksi, pelayanan klinis, dan dukungan dari keluarga dan masyarakat (Jena et al. 2024).

Pencegahan dan Penanganan Infertilitas: Upaya untuk mencegah dan mengatasi penyebab infertilitas, termasuk penyakit menular seksual, dan melakukan skrining terhadap penyakit keganasan pada organ reproduksi. **Kanker pada Usia Lanjut dan Osteoporosis:** Mengidentifikasi dan mengelola risiko kanker pada organ reproduksi serta kondisi kesehatan lainnya yang terkait dengan usia lanjut (Demeke et al. 2024), seperti osteoporosis. **Berbagai Aspek Kesehatan Reproduksi Lainnya:** Termasuk penanganan penyakit tertentu seperti kanker serviks dan mutilasi genitalia (Simegn et al. 2024).

Pendekatan yang diterapkan dalam cakupan kesehatan reproduksi adalah pendekatan siklus hidup, yang menyoroti kebutuhan intervensi pada setiap tahap kehidupan serta kesinambungan di antara tahap-tahap tersebut. Melihat luasnya cakupan kesehatan reproduksi, penting untuk memberikan pelayanan secara terpadu guna menghilangkan hambatan dan kesempatan terlewatkan bagi individu untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi yang menyeluruh.

1.3.3 Aspek Penting dalam kesehatan Reproduksi

Melindungi dan memelihara kesehatan reproduksi merupakan investasi dalam kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Dengan mendukung pendidikan seksual yang inklusif, pencegahan PMS, akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, dan dukungan bagi individu dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan reproduksi, kita dapat mencapai masyarakat yang lebih sehat dan berkelanjutan secara keseluruhan (Zeng et al. 2024). Ada terdapat beberapa aspek utama dari kesehatan reproduksi termasuk :

1. **Pendidikan Seksual:** Pengetahuan yang tepat tentang anatomi dan fisiologi reproduksi, menstruasi, konsepsi, dan perlindungan diri dari penyakit menular seksual (PMS) sangat penting dalam menjaga kesehatan reproduksi. Pendidikan

seksual yang komprehensif juga melibatkan pemahaman tentang hubungan yang sehat, konsent, dan komunikasi yang efektif.

2. **Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS):** Langkah-langkah untuk mencegah penularan PMS, seperti HIV/AIDS, sifilis, gonore, dan lainnya, termasuk penggunaan kondom, tes rutin, dan pembatasan jumlah mitra seksual, sangat penting untuk menjaga kesehatan reproduksi.
3. **Perawatan Pra-Konsepsi:** Menjaga kesehatan fisik dan mental sebelum hamil sangat penting untuk mencegah komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Ini meliputi asupan gizi yang seimbang, menghindari zat berbahaya seperti alkohol dan rokok, serta mengelola kondisi medis yang mungkin mempengaruhi kehamilan.
4. **Konseling Reproduksi:** Pelayanan konseling reproduksi yang terpercaya dapat membantu individu dalam pengambilan keputusan terkait kontrasepsi, perawatan kesuburan, persiapan untuk kehamilan, atau manajemen masalah reproduksi seperti infertilitas atau gangguan menstruasi.
5. **Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi:** Pentingnya akses yang mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan reproduksi tidak dapat disangkal. Ini termasuk pemeriksaan rutin, konsultasi dengan profesional medis, pelayanan kontrasepsi, serta diagnosis dan pengobatan masalah reproduksi.
6. **Pemantauan Kehamilan dan Persalinan:** Selama kehamilan, pemantauan yang teratur oleh tenaga medis terlatih sangat penting untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi. Pelayanan medis yang memadai selama persalinan juga sangat penting untuk mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan hasil kehamilan yang aman.

1.4 Keluarga Berencana

Dalam perjalanan panjang sejarah manusia, upaya untuk mengatur reproduksi telah menjadi bagian integral dari kehidupan sosial, budaya, dan medis. Keluarga Berencana (KB) menjadi sorotan utama dalam upaya untuk memahami, mengelola, dan

mengoptimalkan pengalaman reproduktif individu dan keluarga (Rana et al. 2024). Dari pertimbangan kesehatan, sosial, ekonomi, hingga etika dan hak asasi manusia, KB menghadirkan serangkaian pertanyaan mendalam dan tantangan yang kompleks, menjelajahi peran dan pentingnya KB dalam konteks zaman yang terus berubah (Dahl et al. 2024).

Dari pandangan yang holistik dan multidimensional, kita akan mengeksplorasi berbagai aspek KB, termasuk prinsip-prinsip dasar, tujuan, metode, tantangan, dan dampaknya terhadap individu, keluarga, dan masyarakat secara lebih luas (Ohn and Worland 2024). Melalui pemahaman yang mendalam tentang KB, diharapkan kita dapat membuka wawasan baru tentang bagaimana menjalani kehidupan reproduktif yang sehat, bertanggung jawab, dan berdaya guna bagi semua pihak yang terlibat. Kita mulai perjalanan ini untuk mengeksplorasi dan memahami KB dalam konteks yang lebih luas dan kompleks, serta menggali solusi yang dapat meningkatkan kesejahteraan dan keadilan dalam masyarakat.

1.4.1 Devinisi Keluarga Berencana

Menurut komite ahli dari WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) pada tahun 1970, Keluarga Berencana adalah tindakan yang bertujuan membantu pasangan suami istri dalam mengelola kehamilan. Ini mencakup menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kelahiran anak yang diharapkan, mengatur jarak antara kehamilan, menyesuaikan waktu kelahiran dengan usia pasangan suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mendefinisikan Keluarga Berencana sebagai usaha untuk mengatur kelahiran anak, menentukan jarak dan usia ideal untuk melahirkan, serta mengatur kehamilan. Tujuan dari Keluarga Berencana adalah untuk mempromosikan, melindungi, dan memberikan bantuan sesuai dengan hak reproduksi agar terwujudnya keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan dalam konteks Keluarga Berencana adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri agar dapat melahirkan pada usia yang tepat, memiliki jumlah anak

yang diinginkan, serta mengatur jarak antara kelahiran anak dengan menggunakan berbagai cara, alat, dan obat kontrasepsi yang tersedia (Brooks et al. 2023).

Konsep Keluarga Berencana (KB) adalah suatu pendekatan yang bertujuan untuk membantu pasangan suami istri dalam mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak sesuai dengan keinginan mereka, serta memungkinkan mereka untuk memiliki keluarga yang berkualitas dan sehat. KB melibatkan berbagai aspek, termasuk pendidikan seksual, akses terhadap berbagai metode kontrasepsi, pelayanan kesehatan reproduksi, dan dukungan dalam mengambil keputusan terkait reproduksi. Tujuan utama dari KB adalah untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga, baik dari segi kesehatan fisik, mental, maupun sosial. Dengan memberikan akses terhadap informasi dan layanan yang berkualitas, KB membantu pasangan suami istri dalam mengambil keputusan yang tepat terkait kehamilan dan kelahiran anak sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka (Ghofranian et al. 2024).

Konsep KB juga mencakup upaya untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang pentingnya perencanaan keluarga, serta mendukung hak reproduksi setiap individu untuk memiliki kontrol atas tubuh dan kehidupan reproduksinya sendiri (Kasten et al. 2024). Ini juga mencakup aspek kesejahteraan sosial, di mana KB dapat membantu dalam mengurangi kemiskinan, meningkatkan partisipasi wanita dalam kegiatan ekonomi dan pendidikan, serta memperkuat hubungan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan. Dengan demikian, konsep KB adalah tentang memberdayakan individu dan keluarga untuk mengambil kontrol atas kehidupan reproduksinya sendiri, serta meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Bapolisi et al. 2024). Secara sederhana, Keluarga Berencana adalah proses di mana pasangan suami istri, dengan kesepakatan bersama, mengatur kesuburan mereka dengan tujuan menghindari kesulitan baik secara kesehatan, sosial, maupun ekonomi, serta untuk memenuhi tanggung jawab mereka terhadap anak dan masyarakat secara lebih baik.

1.4.2 Komponen dan Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Komponen dan Ruang Lingkup Keluarga Berencana merupakan aspek penting dalam kebijakan dan program kesehatan reproduksi sebuah negara. Komponen-komponen ini mencakup berbagai strategi dan layanan yang dirancang untuk membantu pasangan dalam merencanakan dan mengatur jumlah anak serta jarak kelahiran mereka sesuai dengan keinginan dan kemampuan ekonomi keluarga (Jahanfar et al. 2024). Dalam konteks ini, keluarga berencana bukan hanya merupakan upaya untuk mengendalikan pertumbuhan populasi, tetapi juga merupakan strategi untuk meningkatkan kesehatan ibu dan keluarga secara keseluruhan.

Ruang lingkup keluarga berencana mencakup beberapa hal:

1. **Peningkatan Akses dan Kualitas Pelayanan KB:** Program keluarga berencana bertujuan untuk memastikan bahwa setiap individu memiliki akses yang mudah dan terjangkau ke berbagai metode kontrasepsi dan layanan terkait lainnya. Hal ini melibatkan penyediaan informasi yang akurat dan pendidikan mengenai kontrasepsi serta pelayanan yang ramah dan terpercaya.
2. **Integrasi dengan Komponen Kesehatan Reproduksi Lainnya:** Pentingnya mengintegrasikan layanan keluarga berencana dengan layanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan. Integrasi ini memastikan bahwa pasangan dapat mengakses layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan terpadu.
3. **Jaminan Pelayanan KB bagi Orang Miskin:** Program keluarga berencana harus memperhatikan aspek keadilan sosial dengan memastikan bahwa orang-orang dari berbagai lapisan masyarakat, termasuk yang kurang mampu, memiliki akses yang sama terhadap pelayanan keluarga berencana.
4. **Mekanisme Operasional Pelayanan:** Pentingnya memiliki sistem dan mekanisme operasional yang efisien dan efektif dalam penyediaan layanan keluarga berencana, termasuk pengadaan dan distribusi metode kontrasepsi, pelatihan tenaga kesehatan, dan pemantauan serta evaluasi program secara berkala.

5. **Peran Serta LSM, Swasta, dan Organisasi Profesi:** Kolaborasi antara pemerintah, lembaga swadaya masyarakat (LSM), sektor swasta, dan organisasi profesi sangat penting dalam mendukung implementasi program keluarga berencana. Hal ini mencakup dukungan finansial, teknis, dan advokasi.
6. **Informasi tentang Program KB bagi Remaja:** Remaja perlu diberikan informasi yang komprehensif mengenai kesehatan reproduksi dan keluarga berencana agar mereka dapat membuat keputusan yang tepat terkait dengan kesehatan dan masa depan mereka.

Dengan memahami dan melaksanakan komponen dan ruang lingkup keluarga berencana dengan baik, diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan reproduksi masyarakat secara keseluruhan. Semua upaya ini juga harus didukung oleh peraturan dan kebijakan yang jelas serta komitmen politik yang kuat dalam rangka mencapai tujuan keluarga berencana secara efektif dan berkelanjutan.

1.4.3 Program Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana adalah bagian integral dari upaya kesehatan reproduksi suatu negara yang bertujuan untuk membantu pasangan dalam merencanakan dan mengatur jumlah anak serta jarak kelahiran mereka sesuai dengan keinginan dan kemampuan ekonomi keluarga. Program ini tidak hanya berfokus pada pengendalian pertumbuhan populasi, tetapi juga pada peningkatan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan (Gelaw et al. 2024)

Dalam program keluarga berencana, terdapat beberapa komponen utama yang perlu diperhatikan:

1. **Pelayanan Kontrasepsi:** Program ini menyediakan akses yang mudah dan terjangkau ke berbagai metode kontrasepsi, termasuk kontrasepsi hormonal, kondom, IUD, dan sterilisasi. Pasangan diberikan informasi dan pendidikan mengenai berbagai metode kontrasepsi agar mereka dapat memilih metode yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka.

2. **Pendidikan dan Konseling:** Pentingnya memberikan pendidikan dan konseling mengenai kesehatan reproduksi dan keluarga berencana kepada pasangan, termasuk informasi tentang anatomi reproduksi, siklus menstruasi, dan penggunaan metode kontrasepsi. Konselor kesehatan reproduksi juga membantu pasangan dalam membuat keputusan yang tepat terkait dengan perencanaan keluarga.
3. **Advokasi dan Sosialisasi:** Program keluarga berencana juga mencakup kegiatan advokasi dan sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya merencanakan keluarga. Hal ini melibatkan kampanye publik, seminar, dan kegiatan komunitas untuk mempromosikan kesadaran tentang kesehatan reproduksi dan hak-hak reproduksi.
4. **Integrasi dengan Program Kesehatan Reproduksi Lainnya:** Pentingnya mengintegrasikan layanan keluarga berencana dengan layanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan antenatal, persalinan, dan pascapersalinan. Integrasi ini memastikan bahwa pasangan dapat mengakses layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan terpadu.

Dengan mengimplementasikan program keluarga berencana yang holistik dan terpadu, diharapkan dapat membantu pasangan dalam mengambil keputusan yang tepat terkait dengan perencanaan keluarga mereka (Tordoff et al. 2024). Program ini juga diharapkan dapat membantu mengurangi angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Oleh karena itu, peran serta aktif dari pemerintah, LSM, tenaga kesehatan, dan masyarakat sangatlah penting dalam mendukung keberhasilan program keluarga berencana ini.

1.5 Hak-Hak Reproduksi, Tujuan, Kebijakan dan Strategi Kesehatan Reproduksi

Dalam upaya menjaga kesehatan reproduksi dan memastikan hak-hak terkait reproduksi terpenuhi, sangat penting untuk memperhatikan hak-hak, tujuan, kebijakan, dan strategi kesehatan reproduksi, kita akan mencoba untuk menjelajahi makna, pentingnya, dan implementasi dari aspek-aspek ini dalam konteks

kesehatan masyarakat. Dengan memahami landasan hak-hak reproduksi, tujuan kesehatan reproduksi, serta kebijakan dan strategi yang mendukungnya, kita dapat membangun masyarakat yang lebih sehat dan berkeadilan dalam hal reproduksi.

1.5.1 Hak reproduksi

Hak reproduksi merupakan bagian tak terpisahkan dari hak asasi manusia yang melekat pada setiap individu sejak lahir, dan perlindungannya dijamin secara hukum. Menurut definisi dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), hak reproduksi mencakup hak dasar bagi pasangan dan individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab mengambil keputusan terkait jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anak-anak mereka, serta hak untuk memperoleh informasi dan akses ke layanan kesehatan reproduksi.

Dalam konteks hak reproduksi, terdapat kesepakatan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan yang menetapkan hak-hak yang bertujuan untuk mencapai kesehatan secara menyeluruh, baik secara fisik maupun mental (Seidu et al. 2021). Beberapa hak reproduksi yang termasuk di dalamnya adalah hak atas informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi, hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi, hak untuk bebas dari diskriminasi dan kekerasan, hak atas kebebasan berfikir tentang layanan kesehatan reproduksi, hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak, dan hak untuk membangun dan merencanakan keluarga (Temmerman 2021).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI), hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, mencakup aspek seperti hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, hak atas informasi yang lengkap tentang seksualitas dan reproduksi, hak untuk memperoleh pelayanan KB yang efektif dan terjangkau, hak perempuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai selama kehamilan dan persalinan, serta hak untuk bebas dari pemaksaan, ancaman, dan kekerasan dalam hubungan seksual (Inurreta-Díaz et al. 2021). Selain itu, hak reproduksi juga menekankan pentingnya adanya dukungan pemerintah, lembaga donor, dan masyarakat dalam memastikan semua individu dan pasangan memiliki akses

yang setara terhadap layanan kesehatan reproduksi. Pemerintah diharapkan membuat kebijakan dan undang-undang yang mendukung hak-hak ini, serta melakukan langkah-langkah konkrit untuk mencegah diskriminasi dan kekerasan yang terkait dengan masalah reproduksi dan seksualitas.

1.5.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan umum dalam program kesehatan reproduksi adalah untuk meningkatkan kesadaran dan kemandirian wanita dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya, sehingga dapat meraih kehidupan seksual yang diterima dengan baik dan hak-hak reproduksi terpenuhi, yang pada akhirnya akan mengarah pada peningkatan kualitas hidup (Susanti 2020).

Dari tujuan umum tersebut, terdapat empat tujuan khusus yang dapat dijabarkan sebagai berikut: a. Meningkatkan kemandirian wanita dalam membuat keputusan mengenai peran dan fungsi reproduksinya. b. Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan pilihan seperti kapan hamil, jumlah keturunan, dan jarak antar kehamilan. c. Mendorong peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap dampak dari perilaku seksual dan reproduktifnya terhadap kesehatan dan kesejahteraan pasangan serta anak-anak. d. Memberikan dukungan yang dibutuhkan wanita dalam membuat keputusan terkait proses reproduksi, termasuk penyediaan informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal.

Tujuan-tujuan tersebut didukung oleh Undang-Undang No. 23/1992, yang menyatakan bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan optimal bagi masyarakat, serta bahwa setiap individu memiliki hak yang sama untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

1.5.3 Kebijakan dalam Reproduksi

Kebijakan Kesehatan Reproduksi di Indonesia mencakup lima program utama yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat secara menyeluruh. Pertama, program Kebijakan Kesehatan Ibu dan Anak bertujuan untuk memastikan

bahwa setiap ibu dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan sehat, serta setiap anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal. Kedua, program Keluarga Berencana bertujuan untuk memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB, mengintegrasikan pelayanan KB dengan layanan lain dalam kesehatan reproduksi, serta memberikan jaminan pelayanan KB bagi orang miskin (Ebinghaus et al. 2024).

Ketiga, program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS bertujuan untuk memutuskan mata rantai penularan PMS dan HIV/AIDS melalui berbagai upaya, seperti peningkatan informasi dan kesadaran, kerjasama lintas sektoral, dan perlindungan hak ODHA. Keempat, program Kesehatan Reproduksi pada remaja bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif bagi remaja untuk menjalani perilaku hidup reproduksi yang sehat, serta memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang berkualitas dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.

Terakhir, program Kebijakan Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut bertujuan untuk meningkatkan peran keluarga dan masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi usia lanjut, membangun sistem jaminan sosial, dan memantapkan peran kelembagaan dalam mendukung kualitas hidup usia lanjut. Melalui program-program ini, diharapkan dapat tercapai peningkatan kesehatan reproduksi dan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh.

1.5.4 Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah bagian integral dari kesehatan secara keseluruhan, yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial dari reproduksi manusia. Lebih jauhnya kita akan memasuki wilayah dan menggali lebih dalam tentang pentingnya kesehatan reproduksi dalam konteks kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat secara luas. Dari pemahaman tentang kesehatan reproduksi, kita akan menjelajahi berbagai tantangan, inisiatif, dan kebijakan yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu dalam proses reproduksi mereka. Mari kita memulai perjalanan untuk memahami betapa pentingnya kesehatan

reproduksi dalam menjaga kehidupan yang seimbang dan bermakna bagi semua orang

1.5.5 Strategi Kesehatan Reproduksi

Pengembangan Kesehatan Reproduksi Remaja dilakukan melalui dua strategi utama. Pertama, meningkatkan kemampuan dan kesediaan positif remaja melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku tentang Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) serta penguasaan terhadap kecakapan hidup (life skills). Strategi kedua adalah pengembangan sumber daya, termasuk pengembangan jaringan dan dukungan positif terhadap remaja serta program KRR. Salah satu kegiatan yang mendukung kedua strategi di atas adalah kegiatan yang dilakukan melalui wadah PIK-KRR, yang merupakan suatu platform yang dikelola oleh remaja sendiri untuk memberikan informasi dan pelayanan konseling tentang kesehatan reproduksi. Apabila masalah yang dihadapi remaja tidak dapat ditangani oleh PIK-KRR, maka remaja tersebut dapat dirujuk ke tempat pelayanan kesehatan reproduksi yang lebih lengkap.

Pentingnya peran PIK-KRR dalam lingkungan remaja menunjukkan bahwa akses dan kualitas pengelolaan dan pelayanan PIK-KRR masih perlu ditingkatkan. Upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas ini termasuk penempatan dan fungsi Komisi Kesehatan Reproduksi (KKR) pada tingkat menteri koordinator serta pembentukan KKR di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

Selain itu, strategi lainnya mencakup:

1. Mendorong terbitnya peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan reproduksi.
2. Meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan komitmen politis di semua tingkatan.
3. Memastikan cukupnya anggaran/dana untuk pelaksanaan kesehatan reproduksi.
4. Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi sesuai dengan masalah spesifik daerah dan kebutuhan setempat dengan memanfaatkan proses desentralisasi.
5. Melibatkan sumber daya nasional dan internasional, baik pemerintah maupun non-pemerintah, dalam mendukung

- pembiayaan pelayanan kesehatan reproduksi melalui skema Jaminan Sosial Nasional.
6. Melakukan penelitian untuk pengembangan upaya kesehatan reproduksi.
 7. Mengimplementasikan Pengarus-utamaan Gender dalam bidang kesehatan reproduksi.
 8. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi untuk memantau kemajuan upaya kesehatan reproduksi.

1.6 Urgensi Mengatur Reproduksi dan Keluarga

Mengatur reproduksi dan keluarga memiliki urgensi yang besar dalam konteks kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa poin yang menjelaskan urgensi dari mengatur reproduksi dan keluarga:

1. **Pencegahan Kelahiran yang Tidak Diinginkan:** Mengatur reproduksi memungkinkan individu dan pasangan untuk mengontrol jumlah anak yang mereka miliki dan jarak antara kelahiran. Dengan demikian, ini membantu dalam mencegah kelahiran yang tidak diinginkan, yang dapat mempengaruhi kesejahteraan fisik, emosional, dan ekonomi keluarga.
2. **Kesejahteraan Keluarga:** Mengatur reproduksi memungkinkan pasangan untuk menyesuaikan jumlah anak mereka dengan sumber daya yang tersedia, termasuk finansial, waktu, dan emosional. Hal ini membantu dalam menciptakan lingkungan keluarga yang stabil dan kesejahteraan yang lebih baik bagi semua anggotanya.
3. **Kesehatan Ibu dan Anak:** Dengan mengatur reproduksi, ibu dapat memiliki waktu yang cukup untuk pulih di antara kehamilan, menyusui, dan perawatan bayi. Ini juga membantu dalam mengurangi risiko komplikasi kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir, sehingga meningkatkan kesehatan ibu dan anak secara keseluruhan.
4. **Pemberdayaan Perempuan:** Mengatur reproduksi memberikan perempuan kontrol atas tubuh dan kehidupan reproduksinya sendiri. Ini memungkinkan mereka untuk mengambil keputusan yang berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri serta keluarga mereka.

Pemberdayaan perempuan ini merupakan kunci untuk meningkatkan kesetaraan gender dan mengurangi kesenjangan sosial.

5. **Kesejahteraan Masyarakat:** Mengatur reproduksi berkontribusi pada pengendalian pertumbuhan populasi, yang pada gilirannya dapat membantu dalam mengurangi tekanan pada sumber daya alam dan infrastruktur, serta memungkinkan pemerintah untuk menyediakan layanan dasar yang lebih baik kepada masyarakat.

Dengan memahami urgensi mengatur reproduksi dan keluarga, kita dapat melihat betapa pentingnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan pendidikan seksual yang baik bagi individu dan masyarakat secara keseluruhan. Ini membantu dalam menciptakan lingkungan di mana setiap individu memiliki kontrol atas kehidupan reproduksinya dan dapat mencapai kesejahteraan yang optimal bagi diri mereka sendiri dan keluarga mereka.

1.7 Keterkaitan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana merupakan dua konsep yang erat terkait dan saling mendukung dalam upaya meningkatkan kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa poin yang menjelaskan keterkaitan antara kesehatan reproduksi dan keluarga berencana:

1. **Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan:** Salah satu tujuan utama dari keluarga berencana adalah untuk memberikan akses kepada individu dan pasangan untuk mengontrol kehamilan, termasuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Dengan mengatur reproduksi melalui keluarga berencana, pasangan dapat memutuskan kapan dan berapa banyak anak yang ingin mereka miliki, sesuai dengan kebutuhan dan keinginan mereka.
2. **Kesehatan Ibu dan Anak:** Program keluarga berencana juga berperan dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak dengan memberikan akses kepada ibu untuk menerima perawatan

pranatal yang memadai dan merencanakan kehamilan dengan baik. Kehamilan yang direncanakan memungkinkan ibu untuk mempersiapkan diri secara fisik dan emosional, serta mendapatkan perawatan medis yang diperlukan untuk mengurangi risiko komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

3. **Pemberdayaan Perempuan:** Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana merupakan instrumen penting dalam pemberdayaan perempuan. Dengan memberikan akses kepada perempuan untuk mengontrol reproduksi mereka sendiri, keluarga berencana membantu dalam meningkatkan status sosial, ekonomi, dan kesejahteraan perempuan. Ini juga memungkinkan perempuan untuk mengambil keputusan yang lebih baik tentang pendidikan, karier, dan kesehatan mereka sendiri.
4. **Pengendalian Pertumbuhan Populasi:** Melalui program keluarga berencana, upaya pengendalian pertumbuhan populasi dapat dilakukan secara efektif. Dengan mengatur reproduksi, pasangan dapat memilih untuk memiliki jumlah anak yang sesuai dengan sumber daya yang mereka miliki, sehingga membantu dalam mengendalikan pertumbuhan populasi yang berlebihan dan dampak negatifnya terhadap lingkungan dan kesejahteraan masyarakat.
5. **Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS:** Program keluarga berencana juga mencakup edukasi dan pencegahan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Dengan memberikan informasi tentang perlindungan diri, penggunaan kondom, dan perilaku seks yang aman, keluarga berencana dapat membantu dalam mengurangi penyebaran penyakit menular seksual dan HIV/AIDS di masyarakat (Assefa et al. 2024).

Dengan demikian, kesehatan reproduksi dan keluarga berencana merupakan dua aspek yang saling terkait dan saling mendukung dalam upaya meningkatkan kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Melalui upaya yang terintegrasi dan komprehensif dalam kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, kita dapat mencapai tujuan bersama untuk

menciptakan lingkungan yang sehat dan berkelanjutan bagi semua orang.

1.8 Pentingnya Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Kesehatan reproduksi adalah keadaan kesehatan umum yang mencakup kehidupan fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan organ, fungsi, dan proses reproduksi. Kesehatan reproduksi juga menekankan pentingnya menjalani kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah. Keluarga Berencana (KB) adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, serta mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi kesehatan ibu dan bayi baru lahir, KB, pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi, kesehatan reproduksi remaja, dan berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya.

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia dan mencakup hak semua pasangan dan individu untuk memutuskan jumlah, jarak, dan waktu anak-anak mereka, serta memiliki informasi dan sarana untuk melakukannya. Tujuan program kesehatan reproduksi adalah meningkatkan kesadaran dan kemandirian wanita dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya, serta menuju peningkatan hidup yang berkualitas. Strategi pengembangan kesehatan reproduksi remaja dilakukan melalui peningkatan kemampuan dan kemauan positif remaja serta pengembangan resources seperti PIK-KRR yang memberikan informasi dan pelayanan konseling tentang kesehatan reproduksi. Strategi lainnya termasuk mengupayakan peraturan perundangan di bidang kesehatan reproduksi, meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan komitmen politis, serta melaksanakan pemantauan dan evaluasi untuk kemajuan upaya kesehatan reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adelekan, B et al. 2024. "When One Door Closes: A Qualitative Exploration of Women's Experiences of Access to Sexual and Reproductive Health Services during the COVID-19 Lockdown in Nigeria." *BMC Public Health* 24(1).
- Agyemang-Duah, Williams, and Mark W. Rosenberg. 2023. "Healthcare Utilization among Informal Caregivers of Older Adults in the Ashanti Region of Ghana: A Study Based on the Health Belief Model." *Archives of Public Health* 81(1): 1-18.
- Assefa, Sirgut et al. 2024. "Fertility Desires of Antiretroviral Therapy-Attending HIV-Positive Women and Its Associated Factors in Harari Region, Ethiopia." *International Health* 16(2): 174 – 181. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85186666513&doi=10.1093%2Finthealth%2Fihad030&partnerID=40&md5=954ed587fb93d4a978b43478cf3b51f5>.
- Bapolisi, Wyvine Ansima et al. 2024. "Engaging Men in Women's Empowerment: Impact of a Complex Gender Transformative Intervention on Household Socio-Economic and Health Outcomes in the Eastern Democratic Republic of the Congo Using a Longitudinal Survey." *BMC Public Health* 24(1). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85185122078&doi=10.1186%2Fs12889-024-17717-5&partnerID=40&md5=e66fdd54677d1982285b1e43ba301fa7>.
- Belachew, Tadele Biresaw, Desale Bihonegn Asmamaw, and Wubshet Debebe Negash. 2023. "Short Birth Interval and Its Predictors among Reproductive Age Women in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa: A Multilevel Analysis of Recent Demographic and Health Surveys." *BMC Pregnancy and Childbirth* 23(1). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85147029655&doi=10.1186%2Fs12884-023-05403->

0&partnerID=40&md5=b2c8f9e537c0add0c5c25e1f4198f1ee.

Brooks, Nina et al. 2023. "U.S. Global Health Aid Policy and Family Planning in Sub-Saharan Africa." *Science Advances* 9(49).

<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85179017161&doi=10.1126%2FSCIADV.ADK2684&partnerID=40&md5=fc77a51d95235df4021454860ac8e482>.

Cherie, N et al. 2024. "Client Satisfaction and Contributing Factors towards Sexual and Reproductive Health Services Delivery System among Youth at Family Guidance Association of North Ethiopia (FGAE) Clinics, 2023: Mixed Method Study." *BMC Health Services Research* 24(1).

Dahl, Carly M, Kathryn E Fay, Steffanie Wright, and Cara Heuser. 2024. "Pregnancy Planning, Prevention, and Risk Evaluation Clinics: Rethinking the Traditional Preconception Consult." *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM* 6(6). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85191819151&doi=10.1016%2Fj.ajogmf.2024.101376&partnerID=40&md5=e6e73b08597cf6d9c3aea09ad4556e82>.

Demeke, M et al. 2024. "Knowledge and Attitude towards Preconception Care and Associated Factors among Women of Reproductive Age with Chronic Disease in Amhara Region Referral Hospitals, Ethiopia, 2022." *BMC Women's Health* 24(1).

Ebinghaus, Merle et al. 2024. "Assessment of Women's Needs, Wishes and Preferences Regarding Interprofessional Guidance on Nutrition in Pregnancy – a Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 24(1): 1–13.

Gelaw, Sawra Getnet et al. 2024. "Effect of Postpartum Family Planning Intervention and Associated Factors during Child Immunization in Addis Ababa, Ethiopia." *Pan African Medical Journal* 47. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0->

85190441731&doi=10.11604%2Fpamj.2024.47.110.34883&partnerID=40&md5=ee4f4918b9fc109095936c992bf1b113.

Ghofranian, Atoosa et al. 2024. "Family Building in Transgender Patients: Modern Strategies with Assisted Reproductive Technology Treatment." *Transgender Health* 9(1): 76 – 82. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0->

85185593221&doi=10.1089%2Ftrgh.2021.0210&partnerID=40&md5=a9c33351cbaeeab7f18980f7e4ce431b.

Girardi, Guillermina, Monica Longo, and Andrew A Bremer. 2023. "Social Determinants of Health in Pregnant Individuals from Underrepresented, Understudied, and Underreported Populations in the United States." *International Journal for Equity in Health* 22(1). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85169999134&doi=10.1186%2Fs12939-023-01963-x&partnerID=40&md5=438667248a8c209d868b97b5fa1244d8>.

Godfrey, Emily M, Ying Zhang, Samantha Glass, and Megan L Wilson. 2024. "Reproductive Planning: Unintended Pregnancy." *FP essentials* 538: 30 – 39. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85188450692&partnerID=40&md5=16785944645fc262c5dd3835c16d134f>.

Hall, Kelli Stidham, Vanessa Dalton, and Timothy R B Johnson. 2014. "Social Disparities in Women's Health Service Use in the United States: A Population-Based Analysis." *Annals of Epidemiology* 24(2): 135 – 143. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84892954596&doi=10.1016%2Fj.annepidem.2013.10.018&partnerID=40&md5=96805865c243604c96d56c193b69a6ee>.

Halli, S S et al. 2024. "Geographic and Socioeconomic Inequalities in the Coverage of Contraception in Uttar Pradesh, India." *Reproductive Health* 21(1).

Inurreta-Díaz, Martín et al. 2021. "Family-Planning Counselling

Simulation for Medical Students: An Exploratory Educational Intervention; [Simulación de Consejería de Planificación Familiar Para Estudiantes de Medicina: Una Intervención Educativa Exploratoria].” *Educacion Medica* 22: 271 – 276. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85081203415&doi=10.1016%2Fj.edumed.2020.01.002&partnerID=40&md5=4f039f6a6a7c0de9be52f2ccefa53304>.

Jahanfar, Shayesteh et al. 2024. “A Meta-Analysis into the Mediatory Effects of Family Planning Utilization on Complications of Pregnancy in Women of Reproductive Age.” *PLoS ONE* 19(3 March). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85188150041&doi=10.1371%2Fjournal.pone.0294475&partnerID=40&md5=45fde997f2ef5fb6b1b7a96d69399628>.

Jena, S K, M Dolui, S Ghoshal, and S Sarkar. 2024. “Demographic and Socio-Economic Correlates of Knowledge of the Ovulatory Cycle among Tribal Women in India: Evidence from the Nationally Representative Survey (NFHS-5).” *BMC Public Health* 24(1).

Kasten, Zoe et al. 2024. “Contraceptive Use in Patients with Gender Dysphoria Who Were Assigned Female at Birth Receiving Care at a Specialty Gender-Affirming Clinic.” *Journal of the American Pharmacists Association* 64(1): 273 – 277. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85170209642&doi=10.1016%2Fj.japh.2023.08.004&partnerID=40&md5=7c92b442f59ae1954a0eabe644b7e90c>.

Kebede, Natnael et al. 2023. “A Multivariate Decomposition Analysis of Modern Contraceptive Utilization among Married Women in the Emerging Region of Ethiopia (2000–2019).” *Scientific Reports* 13(1). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85178057006&doi=10.1038%2Fs41598-023-48176-4&partnerID=40&md5=846b1e9d296da8147575006304>

d860b8.

- Lotti, Lőczy et al. 2023. "Emergency Contraception; [Esemény Utáni Fogamzásgátlás]." *Orvosi Hetilap* 164(44): 1736 – 1748. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85176507660&doi=10.1556%2F650.2023.32757&partnerID=40&md5=f0871d4fa8957052855543d44a0a90e3>.
- Oh, D et al. 2024. "Mapping Heterogeneity in Family Planning Indicators in Burkina Faso, Kenya, and Nigeria, 2000–2020." *BMC Medicine* 22(1).
- Ohn, Nan San Thidar, and Shirley Worland. 2024. "Information Behaviour and Factors Influencing Family Planning Knowledge of Myanmar Ethnic Migrants: A Qualitative Study." *Journal of Public Health and Development* 22(1): 22 – 37. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85179726584&doi=10.55131%2Fjphd%2F2024%2F220103&partnerID=40&md5=f52a20f5bb385dbfb6f6c8c2557fddda>.
- Rana, Md. Shohel et al. 2024. "Exploration of Modern Contraceptive Methods Using Patterns among Later Reproductive-Aged Women in Bangladesh." *PLoS ONE* 19(4 April). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85189162318&doi=10.1371%2Fjournal.pone.0291100&partnerID=40&md5=73fc2d383e3c6d977c5f13bf0d8b8679>.
- Seidu, Abdul-Aziz et al. 2021. "Women's Autonomy in Household Decision-Making and Safer Sex Negotiation in Sub-Saharan Africa: An Analysis of Data from 27 Demographic and Health Surveys." *SSM - Population Health* 14. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85103324950&doi=10.1016%2Fj.ssmph.2021.100773&partnerID=40&md5=0523863096ed4f472c9e4703dab75ad6>.
- Simegn, W et al. 2024. "Knowledge, Attitude, Practices and Associated Factors of Family Planning among Women Living with Hiv at the University of Gondar Specialized

- Hospital: A Cross Sectional Study.” *BMC Women’s Health* 24(1).
- Sorouri, Kimia et al. 2024. “Conception and Pregnancy among Women with a Live Birth after Breast Cancer Treatment: A Survey Study of Young Breast Cancer Survivors.” *Cancer* 130(4): 517 – 529. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85174834154&doi=10.1002%2Fncr.35066&partnerID=40&md5=5d896f882a6bfdc32e495d80a91a341f>.
- Susanti, Lilis. 2020. “Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Silo Jember (The Relationship of Self Efficacy and Quality of Life of Hypertension Patients in Silo-Public Health Center Jember).” *e-Journal Pustaka Kesehatan* 8(1): 17–23.
- Temmerman, Marleen. 2021. “Family Planning in COVID-19 Times: Access for All.” *The Lancet Global Health* 9(6): e728 – e729. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85105967133&doi=10.1016%2FS2214-109X%2821%2900231-X&partnerID=40&md5=056aec4f18ef98bc88d235232a18bd0a>.
- Tordoff, Diana M et al. 2024. “Family Building and Pregnancy Experiences of Cisgender Sexual Minority Women.” *AJOG Global Reports* 4(1). <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85182906598&doi=10.1016%2Fj.xagr.2023.100298&partnerID=40&md5=31d2efff64dc91ac0b57c77c3b0093e9>.
- Wahed, Ahmed Abd El et al. 2024. “An African One Health Network for Antimicrobial Resistance and Neglected Tropical Diseases.” *Nature medicine* 30(1): 10–11.
- Yusuf, Munifah Siti Amira et al. 2024. “Improvement Model Framework of Urban Agriculture Program in Malaysia: PLS-SEM Analysis.” *Sarhad Journal of Agriculture* 40(1): 171–86.
- Zeng, J et al. 2024. “Characteristics of Reproductive Tract Infections Caused by Common Pathogens among the Outpatients of Reproductive Medicine Center in Putian:

- Retrospective Study." *BMC Infectious Diseases* 24(1).
- Akbar, H., KM, S., Epid, M., Qasim, N. M., Hidayani, W. R., KM, S., ... & KM, S. (2021). *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Alyas, A. (2011). Implementasi kebijakan kesehatan reproduksi. *Jurnal Ushuluddin: Media Dialog Pemikiran Islam*, 15(1), 195-214
- Delwien Esther Jacob, S. (2018). Faktor-Faktor Yang mempengaruhi Kualitas Hidup Masyarakat Karubaga District Sub District Tolikara Propinsi Papua. *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan (JNIK) LP2M Unhas*, 1(69), 1-16.
- Gustiawan, R., Mutmainnah, M., & Kamariyah, K. (2021). Hubungan Pengetahuan dan Religiusitas dengan Perilaku Kesehatan Reproduksi pada Remaja. *Jurnal Ilmiah Ners Indonesia*, 2(2), 89-98.
- Harnani, Y., Marlina, H., & Kursani, E. (2015). *Teori kesehatan reproduksi*. Deepublish.
- Jalilah, N. H., & Prapitasari, R. (2021). *Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Penerbit Adab.
- Juwita, C. P. (2021). Modul konsep sehat dan sakit.
- Kemenkes, R. I. (2020). Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. *Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga*.
- Matahari, R., Km, S., Utami, F. P., KM, S., & Sugiharti, I. S. (2019). *Buku Ajar Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Pustaka Ilmu.
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). *Kesehatan reproduksi wanita di sepanjang daur kehidupan*. Syiah Kuala University Press.
- Muharrina, C. R., Yustendi, D., Sarah, S., Herika, L., & Ramadhan, F. (2023). Kesehatan Reproduksi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, 5(1), 26-29.
- Prijatni, I., & Rahayu, S. (2016). Modul Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. *Kemenkes RI*.
- Sulaiman, E. S. (2021). *Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan: Teori dan implementasi*. UGM PRESS.

BAB 2

KONSEP GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN

Oleh Isnaeny

2.1 Pengertian Gender

Gender merupakan istilah yang digunakan untuk membedakan status laki-laki dan perempuan dalam sistem sosial masyarakat. Status ini dibentuk oleh konsep sosial, budaya, dan budaya. Konsep-konsep ini merupakan hasil kreasi pikiran manusia, dan menjadi suatu sistem. Namun, konsep-konsep ini dapat diubah oleh masyarakat itu sendiri, karena gender bukanlah hasil dari struktur biologis yang pada dasarnya tidak dapat diubah. Gender merupakan karakteristik yang unik bagi laki-laki dan perempuan dan dikonstruksi secara sosial dan budaya (Dede. 2019).

Gender mengacu pada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam menilai nilai dan perilakunya. Istilah “gender” mengacu pada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat.

Gender adalah sekelompok karakteristik budaya dan perilaku yang terjadi pada pria dan wanita. Oleh karena itu, gender merupakan konsep hubungan sosial yang membedakan (memisahkan atau memisahkan) fungsi dan peran perempuan dan laki-laki. Perbedaan fungsi dan peran laki-laki dan perempuan tidak ditentukan oleh perbedaan biologis. atau alamiah di antara keduanya, melainkan dibedakan menurut kedudukan, fungsi dan perannya masing-masing dalam gaya hidup dan perkembangan yang berbeda 2 Perbedaan Jenis Kelamin dan Gender Gender adalah perbedaan antara jenis kelamin yang ada sejak lahir. Jenis kelamin membedakan perempuan dengan laki-laki berdasarkan alat reproduksinya

yang merupakan ciptaan Tuhan dan tidak dapat digantikan. Misalnya perempuan mempunyai indung telur dan laki-laki mempunyai sperma (Kartono Mohamad, 2019).

Gender merupakan perbedaan peran perempuan dan laki-laki dalam kehidupan sosial berdasarkan fungsi, status, dan tanggung jawab. Peran perempuan dan laki-laki bisa dibalik. Contohnya di rumah. Laki-laki juga bisa mencuci, memasak, melahirkan, dan bersih-bersih. Contohnya kini terlihat di ruang publik. Perempuan juga dapat berperan sebagai kepala sekolah/instruktur, kepala desa, dan ketua RT/RW. Ketua OSIS Karan Tarna atau ketua organisasi yang dianggap laki-laki bisa juga dijabat oleh perempuan. Reproduksi adalah ciptaan Tuhan dan tidak dapat digantikan. Misalnya perempuan mempunyai indung telur dan laki-laki mempunyai sperma. (Meiwita Budiharsana, 2020).

SEKS	GENDER
Dibawa sejak lahir	Dibentuk oleh masyarakat
Bersifat tetap, tidak dapat diubah	Dapat diubah
Bersifat umum (Universal)	Berbeda setiap kondisi
Sama dari waktu ke waktu	Berbeda dari waktu ke waktu
Berlaku dimanapun, kapanpun	Berbeda karena tempat, kebiasaan, adat-istiadat
Merupakan ciri biologis dari Tuhan	Ditentukan oleh pemahaman masyarakat

Gambar 2.1. Perbedaan Seks Dan Gender
(Sumber : Depkes RI. Kesehatan Reproduksi)

Kategori gender adalah laki-laki, perempuan, dan androgini. Gender mengacu pada peran, perilaku, dan aktivitas yang dikonstruksi secara sosial yang dianggap pantas bagi laki-laki atau perempuan oleh masyarakat. Pekerjaan perempuan dianggap lebih murah dibandingkan laki-laki.

2.2 Identitas Dan Peran Gender

Identitas gender mengacu pada kesadaran individu terhadap gendernya sendiri dan gender orang-orang di sekitarnya. Isu gender sendiri merupakan sebuah konsep yang digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan dari sudut pandang sosiokultural dalam suatu masyarakat, berdasarkan beberapa pemahaman sosial.

Menurut kebanyakan orang, identitas gender adalah hasil dari struktur sosial, dan perbedaan pandangan mengenai hal ini berarti perbedaan aturan dan tradisi, serta perbedaan pandangan masyarakat mengenai identitas gender. Misalnya, perempuan di Sumatera biasanya memakai sarung dalam kehidupan sehari-hari, sedangkan perempuan Jawa memakainya di masyarakat. Wanita biasanya tidak menggunakan kata ini, hanya pria yang menggunakannya. Dulu, umumnya hanya laki-laki yang menjadi polisi dan tentara, namun berbeda dengan sekarang, banyak perempuan yang juga menjadi polisi dan tentara.

Kategori gender adalah laki-laki, perempuan, dan berkelamin dua. Gender mengacu pada peran, perilaku, dan aktivitas yang dikonstruksi secara sosial yang dianggap pantas bagi laki-laki atau perempuan oleh masyarakat. Pekerjaan perempuan dianggap lebih murah dibandingkan laki-laki.

Peran gender adalah perilaku, perhatian, sikap, keterampilan, dan pertimbangan yang sesuai dengan ciri-ciri kepribadian sosial laki-laki atau perempuan. Definisi lain mengatakan bahwa peran gender adalah harapan yang mencakup apa yang seharusnya dilakukan oleh seorang laki-laki atau perempuan dalam perilakunya. (Kementerian Kesehatan Indonesia, Kesehatan Reproduksi)

Berdasarkan sejarah, di hampir semua budaya masyarakat, perempuan hanya diharapkan menghabiskan waktu dalam perannya untuk memenuhi kebutuhannya sendiri. Pekerjaan rumah tangga seperti memasak, mencuci, mengasuh anak, dan mengasuh suami (bagi pasangan suami istri). Sebaliknya anak laki-laki diharapkan dapat memenuhi kebutuhan rumah tangga, seperti kebutuhan ekonomi keluarga (pekerjaan), dan melindungi diri dari bahaya. Perempuan selalu diharapkan untuk bersikap patuh dan perhatian, sedangkan laki-laki diharapkan aktif, agresif, dan kompeten. Namun saat ini, khususnya peran laki-laki dan perempuan dianggap semakin beragam dan fleksibel (Mary Nolan, 2017)

2.3 Isu Seksual Yang Mempengaruhi Isu Gender Di Masyarakat

Isu gender yang masih ada di masyarakat mempengaruhi seluruh aspek kehidupan manusia, khususnya perempuan. Salah satu aspek yang terpengaruh oleh hal ini adalah bagaimana seksualitas perempuan disubordinasikan kepada pasangannya dalam hubungan seksual. Karena kesenjangan yang ada antara laki-laki dan perempuan dalam kehidupan seksualnya, perempuan lebih sering menjadi korban. Dalam masyarakat kita, seksualitas masih dipandang sebagai hal tabu yang perlu dibicarakan secara terbuka, terutama bagi perempuan.

Banyak anak-anak dan remaja menerima informasi tentang seks dari sumber yang tidak pantas dan mendapatkan informasi yang salah. banyak remaja yang melakukan seksualitasnya berdasarkan informasi palsu, sehingga membuat anak atau remaja tersebut berisiko tinggi terkena penyakit menular seksual, kekerasan seksual, pelecehan seksual bahkan membahayakan nyawanya. Sampai saat ini, permasalahan gender di masyarakat lebih banyak menimbulkan kerugian pada anak atau remaja perempuan dibandingkan anak atau remaja laki-laki.

1. Budaya menempatkan urusan pribadi menjadi urusan publik Budaya yang masih saja terjadi memberikan tekanan

pada laki laki dan perempuan serta dalam kenyataannya lebih memberikan tekanan pada perempuan sehingga seakan- akan sudah menjadi hak bagi masyarakat untuk menggugatnya (perempuan) apabila kejadiannya tidak sesuai dengan kebiasaan yang dilakukan masyarakat, misalnya tentang keputusan menikah atau tidak, melahirkan atau tidak, kapan menikah, kapan melahirkan dan sebagainya.

2. Pemahaman masyarakat pada hak reproduksi dan hak menikah yang sesungguhnya merupakan hak pribadi masih rendah sehingga sering terjadi kekerasan psikologis pada seorang anggota masyarakat terutama perempuan ketika dia tidak melakukan kebiasaan yang dilakukan oleh orang-orang dalam komunitasnya.
3. Hingga saat ini, masyarakat masih banyak memiliki budaya yang mengangkat isu-isu seksualitas yang tidak menguntungkan perempuan dan cenderung merugikan perempuan atau menjadikan perempuan sebagai korban. Hingga saat ini, kesadaran masyarakat terhadap isu seksualitas masih sangat rendah. Sikap kritis terhadap masyarakat masih kurang pada anak usia dini, antara lain karena kurangnya pendidikan seks, sehingga pandangan yang sempit seringkali mengaburkan permasalahan sebenarnya
4. Mitos seksualitas tentang relasi perempuan dan laki-laki
Sampai saat ini, mitos-mitos seksualitas seputar keperkasaan manusia yang tendensius dimiliki secara hakiki oleh laki-laki sangat memberikan pengaruh terhadap hubungan antara laki-laki dan perempuan dimana laki-laki yang “dipaksa” harus menjadi perkasa akan melakukan banyak upaya untuk mendapatkan predikat perkasa tersebut dan sebaliknya menekan perempuan untuk mendapatkan citra istri ideal dan penurut. Pemahaman yang sempit tentang makna perkasa juga salah satu pemicu tindakan-tindakan tidak masuk akal yang dilakukan oleh laki-laki, Pengetahuan yang keliru yang didapat dari sumber-sumber yang tidak tepat menjadi penyebab

terjadinya perilaku-perilaku yang mengukuhkan mitos-mitos seksualitas makin dipercaya oleh orang-orang(Mary Nolan, 2017)

2.4 Hubungan Gender Dan Kerentanan Terhadap HIV/IMS

Perempuan secara sosial dan budaya lebih berisiko, Sebab, terdapat berbagai stereotip gender terhadap perempuan, seperti pasif, pendiam, patuh, suka mengambil keputusan, dan wajib mengurus orang lain. Keadaan khusus gender di mana hubungan gender menghambat pencapaian kesehatan seksual dan reproduksi serta meningkatkan kerentanan terhadap penyakit menular seksual dan infeksi HIV:

1. Pekerja Seks (WPS)

Karena faktor budaya Perempuan tidak memprioritaskan kesempatan untuk bersekolah sehingga tidak memiliki keterampilan untuk mendapatkan pekerjaan seperti laki-laki. Atau Anda takut karena Anda belum punya waktu. Prasangka masyarakat terhadap WPS dapat menyebabkan mereka melakukan apa saja agar bisa diterima. Misalnya, jangan memaksa tamu untuk menggunakan kondom jika menolak, atau protes jika terpaksa membayar deposit. Dalam situasi seperti ini, masyarakat merasa kurang aman dan tidak ada gunanya mencari layanan medis yang tepat dan melindungi diri mereka sendiri.

2. Transgender

- a. Hubungan seksual antara waria dengan pasangannya dipaksa melakukan apa saja yang diperbolehkan.Seperti WPS.
- b. Perbedaan sosial budaya pada kelompok ini diperparah dengan perbedaan ekspresi nilai-nilai sosial atau ketidakmampuan membuka diri termasuk akses terhadap pelayanan publik seperti puskesmas. Sebenarnya sulit karena memalukan.
- c. Kurangnya rasa percaya diri dan keberanian untuk mencari pelayanan kesehatan yang tepat dan melindungi (bernegosiasi) diri.

3. Laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki (LSL)

Gender juga mempengaruhi risiko HIV pada kelompok LSL, namun tidak sekuat kelompok LSL, mengingat daya tawar pasangan LSL masih sama dibandingkan WPS dan waria. Akses terhadap layanan tidak akan terpengaruh secara signifikan, namun tidak akan sepenuhnya tidak terganggu. Jika kata macho dipahami dalam kalimat yang mengacu pada sosok laki-laki, maka sering terjadi kejadian berupa pelecehan terhadap LSL yang berpenampilan perempuan. Pelecehan ini dapat terjadi di berbagai wilayah dan tingkat yang berbeda, mulai dari akses terhadap alat pencegahan hingga layanan yang digunakan.

4. Laki-Laki Berisiko Tinggi (Pelaku Perdagangan Seks)

Ada kesalahpahaman bahwa laki-laki berisiko tinggi adalah laki-laki tangguh yang tidak takut pada apa pun, termasuk penyakit menular seksual. Akibatnya, mereka enggan menggunakan kondom karena bertentangan dengan image macho yang ingin mereka tampilkan. Laki-laki Risti seringkali berpindah-pindah sehingga menyulitkan mereka mengakses layanan kesehatan. Oleh karena itu, mereka seringkali memilih untuk mengobati sendiri penyakit yang mereka derita.

Istilah-istilah yang sering muncul dalam isu gender antara lain:

1. Marginalisasi Marginalisasi adalah proses marginalisasi seseorang atau suatu kelompok, yang menyebabkan kemiskinan ekonomi atau sosial. Proses keterasingan ini lebih sering dialami oleh perempuan.

Contoh: Ketika Revolusi Hijau dilaksanakan pada tahun 1970an, tenaga manusia digantikan oleh tenaga mesin. Misalnya, di sektor pertanian dan perkebunan, perempuan yang bekerja di sektor tersebut kehilangan mata pencaharian dan menjadi miskin secara ekonomi dan sosial. Situasi ini memaksa banyak orang dengan keterampilan dan pendidikan terbatas untuk bermigrasi ke kota dan bekerja

di sektor rumah tangga. Kurangnya pendidikan dan keterampilan mempengaruhi perdagangan manusia.

2. Subordinasi Ketaatan pada orang lain berarti kekuasaan, wewenang, atau perintah, mana saja yang penting. Berada di bawah kekuasaan atau otoritas orang lain. Pembahasan gender mengacu pada status perempuan yang dinilai lebih rendah dibandingkan laki-laki. Subordinasi ini didasari oleh keyakinan kuat bahwa perempuan adalah makhluk irasional dan emosional sehingga tidak mampu memimpin dan harus selalu berada di bawah kekuasaan laki-laki.
3. Stereotip Suatu cara pandang yang memberikan predikat, identitas, label, gelar, atau merek tertentu kepada seseorang atau kelompok tertentu dengan tujuan untuk merendahkan atau mengabaikan kedudukan atau keberadaannya. Stereotip juga mengacu pada pelabelan negatif terhadap gender tertentu. Karena peringkat perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki dalam hal gender, perempuan umumnya dicap sebagai orang yang emosional dan tidak mampu berpikir jernih. Labeling ini membuat perempuan sulit merasa percaya diri.
4. Kekerasan adalah perbuatan perorangan atau negara yang bertujuan merugikan atau mempermalukan perempuan karena kedudukannya baik dalam negara maupun dalam sektor publik. Kekerasan yang dialami perempuan meliputi kekerasan fisik, psikis, seksual, dan ekonomi. Kekerasan meliputi kekerasan fisik (pemukulan), kekerasan psikis (tindakan yang menimbulkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, dan hilangnya kemampuan beraktivitas), dan kekerasan seksual (suami memaksa istri melakukan hubungan seksual).
5. Beban Ganda atau Double Burden Tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau pemerintah untuk merugikan atau merendahkan perempuan karena statusnya baik di rumah maupun di sektor publik. Bentuk yang dialami perempuan adalah kekerasan fisik, Menta. Ada anggapan bahwa karena perempuan adalah sosok yang perhatian dan pekerja keras, mereka tidak cocok untuk mengurus rumah tangga. Itulah

sebabnya perempuan bekerja di rumah tangga dan melakukan semua pekerjaan rumah tangga seperti memasak, menyapu lantai, mencuci pakaian, menyiapkan air cucian dan mengasuh anak. Dalam keluarga miskin, hanya perempuan yang harus memikul beban berat itu. Beban ini bertambah ketika perempuan harus bekerja produktif untuk mendapatkan penghasilan dan berpartisipasi dalam kegiatan sosial seperti gotong royong dalam masyarakat. Perempuan bekerja hampir 24 jam sehari, namun pekerjaan reproduksi dan sosial mereka tidak dihargai. Sebaliknya, kerja produktif perempuan hanya dianggap bermanfaat.

Dengan kata lain, perempuan hanya menanggung beban seksual atau finansial, namun tidak menerima manfaat dari pekerjaan mereka. Diskriminasi Perlakuan tidak setara terhadap seseorang atau sekelompok orang berdasarkan jenis kelamin, ras, agama, status sosial atau latar belakang etnis. Misalnya, salah satu bentuk diskriminasi gender adalah anak laki-laki mendapat pendidikan lebih tinggi dibandingkan anak perempuan. Atau membayar pekerja laki-laki lebih banyak daripada perempuan untuk pekerjaan yang sama. dari.

6. Ekspresi Gender

Segala sesuatu yang kita lakukan untuk mengomunikasikan gender atau gender kita kepada orang lain. Misalnya cara berpakaian, gaya rambut, sopan santun, cara berbicara, peran saat berinteraksi, dan sebagainya. Komunikasi ini mungkin disengaja atau tidak.

Ekspresi gender sering disebut sebagai gender sosial karena mengacu pada cara kita berinteraksi dengan orang lain. Cara kita mengekspresikan gender mungkin telah ditekan sejak masa kanak-kanak, dan hal ini tercermin dalam cara kita berpakaian di sekolah dan di tempat kerja. Ekspresi gender merupakan sebuah kontinum dengan maskulin di satu sisi dan feminin di sisi lain, dengan androgini di antaranya.

Ekspresi gender sangat bervariasi antar individu dan bergantung pada situasinya. ~~jam~~ Kesetaraan gender Perlakuan setara terhadap laki-laki dan perempuan

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Materi Dasar Promosi Menyiapkan Ibu Sehat, Melahirkan Bayi Sehat, Jakarta, 2014
- Dede Nurul Qamariah, "Persepsi Masyarakat Mengenai Kesetaraan Gender dalam Keluarga." Jurnal: Cendekiawan Ilmiah 4, no.1. 2019
- Depkes RI. Kesehatan Reproduksi. Jakarta
- Dirjen Binkesmas, Direktorat Kesga, Depkes RI, Pedoman Pemantauan dan Penyeliaan Program Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Jakarta, 2013
- Kartono Mohamad, Kontradiksi dalam Kesehatan Reproduksi, Pustaka Sinar Harapan bekerjasama dengan PT Citra Putra Bangsa dan The Ford Foundation, Jakarta, 2019
- Kumpulan Artikel 2001-2015, Berita Kesehatan, Gender dan Kesehatan, KERJASAMA ANTARA Pusat Komunikasi Kesehatan Berspektif Gender dengan The Ford Foundation, Jakarta, 2015
- Mary Nolan, Kehamilan dan Melahirkan, Arcan, Jakarta, 2017
- Meiwita Budiharsana, Sarimawar, Membangun Sumber Daya Perempuan, Membangun Kehidupan Prosiding Seminar Nasional, Jakarta, 2020

BAB 3

ISUE-ISUE KESEHATAN PEREMPUAN

Oleh Zuhrotunida

3.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi pada perempuan menjadi target terpenting bagi pemerintah yang harus segera dicapai pada tahun 2030. Pernyataan tersebut mengacu pada salah satu tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG) yang ditetapkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). SDG Nomor 3, yaitu "Menjaga Kesehatan dan Kesejahteraan untuk Semua pada Semua Usia," memiliki target spesifik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, termasuk kesehatan reproduksi perempuan. Salah satu target tersebut adalah:

Target 3.7: "Mengamankan Akses Universal ke Layanan Kesehatan Reproduksi, Termasuk Pendidikan Kesehatan Reproduksi dan Hak Reproduksi pada 2030."

Target ini menekankan pentingnya memastikan bahwa semua orang, termasuk perempuan, memiliki akses yang setara dan universal terhadap layanan kesehatan reproduksi. Ini mencakup aspek-aspek seperti pelayanan persalinan yang aman, akses terhadap kontrasepsi, pendidikan kesehatan reproduksi, dan hak-hak reproduksi perempuan. Upaya untuk mencapai target ini melibatkan kerjasama antar sektor, termasuk pemerintah, lembaga kesehatan, masyarakat sipil, dan sektor swasta (Oktafia and Indriastuti, 2022).

Pencapaian target ini akan memiliki dampak positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan perempuan, dengan mengurangi angka kematian ibu, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, dan meningkatkan kesadaran tentang hak-hak reproduksi. Dengan fokus pada kesehatan reproduksi perempuan, pemerintah dapat memainkan peran kunci dalam

memastikan bahwa perempuan memiliki akses yang setara terhadap layanan kesehatan yang berkaitan dengan reproduksi, sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka.

Kesehatan reproduksi pada perempuan seringkali tidak dihiraukan oleh masyarakat sebagai akibat dari rendahnya tingkat pengetahuan tentang seksualitas masyarakat dan ketidaklayakan atau rendahnya kualitas pelayanan serta informasi kesehatan reproduksi, peningkatan tingkah laku seksual yang tidak aman, diskriminasi dalam masyarakat, sikap negatif terhadap perempuan, dan terbatasnya kuasa perempuan terhadap kehidupan seksual dan reproduksi mereka sendiri.

Di Indonesia kasus pemerkosaan pada anak masih sangat tinggi berkaitan dengan tujuan SDG's poin ketiga kasus pemerkosaan ini menjadi faktor penghambat yang harus diselesaikan oleh pemerintah. Hal ini dikarenakan adanya kasus pemerkosaan pada anak menjadi faktor pemicu pertama penyebaran Penyakit Menular Seksual (PMS). Selain itu, tindakan pemerkosaan pada anak ini juga akan menimbulkan trauma bagi anak perempuan dan cenderung menarik diri serta tidak terbuka terhadap permasalahan reproduksi (Siregar, Ritanti and Permatasari, 2023).

3.2 Definisi Kesehatan Reproduksi Perempuan

Kesehatan reproduksi merupakan aspek penting dari kesehatan manusia. *The World Health Organization (WHO)* menetapkan kesehatan reproduksi adalah salah satu hak mendasar yang dimiliki setiap orang dimana mengandung konsep dan hak-hak reproduksi yang harus terpenuhi sepanjang siklus hidupnya. Elemen-elemen penting itu mencakup pemahaman hak-hak reproduksi, kematangan/tanggungjawab individu, dan hak-hak individu memperoleh pengetahuan dari pelayanan yang diberikan.

Kesehatan reproduksi perempuan mencakup kondisi fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan perempuan untuk memiliki sistem reproduksi yang fungsional dan beroperasi secara normal. Definisi ini mencakup berbagai aspek yang

memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan, termasuk aspek biologis, psikologis, dan social (Murni, 2023).

Berikut adalah beberapa komponen utama dari definisi kesehatan reproduksi perempuan:

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi
 - a. Akses yang setara terhadap layanan pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pelayanan antenatal, persalinan, dan pasca-natal.
 - b. Pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, terjangkau, dan berkualitas.
2. Kontrasepsi dan Perencanaan Keluarga
 - a. Akses terhadap informasi dan pilihan kontrasepsi.
 - b. Hak untuk membuat keputusan tentang perencanaan keluarga.
3. Pendidikan Kesehatan Reproduksi
 - a. Pengetahuan dan pemahaman tentang anatomi, fisiologi, dan fungsi sistem reproduksi.
 - b. Edukasi tentang infeksi menular seksual (IMS) dan cara pencegahannya.
 - c. Kesadaran akan siklus menstruasi dan tubuh perempuan.
4. Hak Reproduksi
 - a. Hak untuk membuat keputusan tentang tubuh sendiri, termasuk hak untuk memutuskan apakah, kapan, dan berapa banyak anak yang akan dimiliki.
 - b. Perlindungan terhadap pemaksaan, kekerasan, dan diskriminasi terkait dengan kehamilan dan kelahiran.
5. Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Reproduksi
 - a. Pencegahan dan pengobatan penyakit reproduksi, termasuk IMS.
 - b. Deteksi dini dan pengobatan kondisi kesehatan reproduksi seperti kanker reproduksi.
6. Pengembangan Sosial dan Ekonomi
 - a. Kesempatan untuk pengembangan ekonomi dan pendidikan tanpa adanya hambatan berbasis gender.

- b. Pemberdayaan perempuan dalam membuat keputusan tentang kesehatan dan kehidupan reproduksinya (Azizah *et al.*, 2023).

Melindungi dan meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan merupakan bagian integral dari upaya global untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan dan meningkatkan kesejahteraan perempuan secara menyeluruh.

3.3 Isue-isue Kesehatan Reproduksi Perempuan

Trend dan isu yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi kadang merupakan isu yang pelik dan sensitif, seperti hak-hak reproduksi, kesehatan seksual, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, kebutuhan khusus remaja, dan perluasan jangkauan pelayanan kelapisan masyarakat kurang manpu atau meraka yang tersisih (Santoso, 2021).

Berikut adalah beberapa tren dan isue-isue yang terkait dengan kesehatan reproduksi yang masih menjadi fokus perhatian, terutama dalam konteks hak-hak reproduksi, kesehatan seksual, dan penyakit menular seksual:

1. Kesehatan Seksual dan Edukasi
 - a. Pemberdayaan perempuan dalam membuat keputusan tentang tubuh dan kehidupan reproduksinya merujuk pada prinsip hak-hak reproduksi perempuan yang mendukung kebebasan dan otonomi perempuan dalam mengendalikan keputusan terkait dengan kesehatan reproduksi dan kehidupan mereka.
Pemberdayaan perempuan dalam konteks ini adalah suatu upaya untuk mengatasi ketidaksetaraan dan memberikan kontrol kepada perempuan atas tubuh dan kehidupan reproduksinya.
 - b. Akses yang setara terhadap layanan kontrasepsi, aborsi aman, dan perawatan maternal yang aman adalah prinsip kesehatan reproduksi yang mencerminkan pentingnya memberikan hak yang sama kepada semua

individu, terlepas dari jenis kelamin dan latar belakang mereka.

Pentingnya akses yang setara terhadap layanan kontrasepsi, aborsi aman, dan perawatan maternal yang aman terkait erat dengan hak asasi manusia, kesetaraan gender, dan kesehatan reproduksi (Intang, 2021).

2. Kesehatan Seksual dan Edukasi

- a. Pendidikan seks yang komprehensif dan inklusif untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan seksual dan hubungan sehat.

Tujuan utamanya adalah memberikan pemahaman yang mendalam, akurat, dan positif kepada individu tentang kesehatan seksual, identitas gender, serta hubungan interpersonal.

Pendidikan seks yang komprehensif dan inklusif menciptakan dasar yang kuat untuk membentuk pemahaman positif, etis, dan bertanggung jawab tentang kesehatan seksual dan hubungan.

- b. Perubahan norma sosial terkait dengan seksualitas dan gender adalah suatu proses di mana pandangan, keyakinan, dan perilaku masyarakat terhadap isu-isu seksualitas dan identitas gender mengalami transformasi.

Perubahan ini dapat melibatkan peningkatan pemahaman, penolakan stereotip, dan penerimaan terhadap keberagaman seksual dan gender.

Perubahan norma sosial terkait seksualitas dan gender merupakan bagian dari evolusi sosial yang kompleks. Proses ini sering kali melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk keluarga, lembaga pendidikan, media, dan pemerintahan. Kesadaran, pendidikan, dan advokasi dapat memainkan peran penting dalam mengarahkan perubahan menuju norma sosial yang lebih inklusif dan adil (Artika, 2022).

3. Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS

- a. Pencegahan, deteksi, dan pengobatan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS merupakan aspek penting

dalam menjaga kesehatan reproduksi dan umumnya kesehatan masyarakat.

- b. Mengurangi stigma terkait dengan diagnosis PMS dan HIV/AIDS adalah langkah kunci dalam mendukung individu yang terpengaruh dan mendorong akses yang lebih baik ke layanan kesehatan.

Stigma sosial dapat menjadi hambatan serius dalam pencegahan, deteksi, dan pengelolaan penyakit menular seksual.

Mengurangi stigma terkait dengan PMS dan HIV/AIDS bukanlah upaya tunggal, melainkan memerlukan kerjasama luas antara pemerintah, lembaga kesehatan, organisasi masyarakat, dan individu. Penting untuk memahami bahwa stigma dapat menjadi hambatan nyata dalam upaya pencegahan, pengobatan, dan dukungan. Dengan menciptakan lingkungan yang mendukung dan inklusif, kita dapat membantu melawan stigma dan mencapai tujuan kesehatan yang lebih baik bagi semua orang (Sa'adah, Komalawati and ..., 2018).

4. Kebutuhan Khusus Remaja

- a. Akses remaja terhadap informasi kesehatan reproduksi yang akurat dan aman adalah aspek penting dalam mendukung kesehatan dan perkembangan mereka.

Dengan mengimplementasikan strategi-strategi ini, kita dapat membantu remaja mendapatkan akses yang lebih baik ke informasi kesehatan reproduksi yang diperlukan untuk membuat keputusan yang informasional dan bertanggung jawab.

Penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan remaja secara positif serta memberikan dukungan dan sumber daya yang diperlukan

- b. Pemberdayaan remaja untuk membuat keputusan informasional tentang kesehatan reproduksinya adalah

esensial dalam memastikan bahwa mereka memiliki kontrol atas tubuh dan kehidupan reproduksi mereka. Melalui pemberdayaan remaja dalam membuat keputusan informasional tentang kesehatan reproduksi, kita dapat menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan positif dan kesejahteraan mereka. Memberikan informasi yang akurat, mendukung kebijakan yang inklusif, dan menciptakan layanan yang ramah remaja (Rachmawati, 2019).

5. Pelayanan Kesehatan untuk Kelompok Marginal dan Tersisih:
 - a. Peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan reproduksi untuk kelompok masyarakat yang kurang mampu atau terpinggirkan.
 - b. Penyelenggaraan program pelayanan kesehatan yang sensitif secara budaya dan inklusif.
6. Aborsi Aman dan Legal:
 - a. Akses yang aman dan legal terhadap layanan aborsi merupakan hak reproduksi yang penting dan seharusnya dapat diakses oleh setiap individu. Dapat diciptakan lingkungan yang mendukung hak individu untuk membuat keputusan informasional tentang kesehatan reproduksi mereka, termasuk keputusan terkait aborsi.
Penting untuk memastikan bahwa layanan aborsi aman dan legal dapat diakses dengan mudah oleh individu yang membutuhkannya, tanpa diskriminasi atau hambatan tidak sah
 - b. Perlindungan hak perempuan untuk membuat keputusan tentang kehamilan dan aborsi adalah aspek penting dalam memastikan hak reproduksi dan kesehatan reproduksi Perempuan.
Perlindungan hak perempuan untuk membuat keputusan tentang kehamilan dan aborsi adalah bagian integral dari hak asasi manusia. Dengan mengakui dan menghormati hak ini, masyarakat dapat menciptakan

lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi dan keberdayaan perempuan.

7. Teknologi dan Inovasi:
 - a. Pemanfaatan teknologi untuk menyebarkan informasi kesehatan reproduksi dan memperluas jangkauan pelayanan.
 - b. Inovasi dalam pengembangan kontrasepsi dan metode perlindungan lainnya.
8. Kesehatan Reproduksi dalam Krisis Kemanusiaan:
 - a. Peningkatan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dalam situasi konflik dan krisis kemanusiaan.
 - b. Perlindungan terhadap perempuan dan anak-anak dari kekerasan seksual selama krisis.

Pentingnya memahami dan mengatasi isu-isu ini menciptakan dasar yang kuat untuk mencapai tujuan kesehatan reproduksi dan kesetaraan gender. Pendekatan yang holistik dan berkelanjutan diperlukan untuk memastikan hak-hak dan kesehatan reproduksi semua individu di masyarakat.

Dalam wawasan pengembangan kemanusiaan. Merumuskan pelayanan kesehatan reproduksi yang sangat penting mengingat dampaknya juga terasa pada kualitas hidup generasi berikutnya. Sejauh mana seseorang dapat menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara aman dan sehat sesungguhnya tercermin dari kondisi kesehatan selama siklus kehidupannya, mulai dari saat konsepsi, masa anak, remaja, dewasa, hingga masa pasca usia reproduksi (Maryam, 2018).

3.4 Faktor Penyebab Masalah Kesehatan Reproduksi pada Perempuan

Masalah kesehatan reproduksi pada perempuan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik fisik maupun sosial. Berikut adalah beberapa faktor penyebab umum masalah kesehatan reproduksi pada perempuan:

1. Infeksi Menular Seksual (PMS)
Penyakit menular seksual seperti gonore, klamidia, sifilis, dan HIV/AIDS dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan. Infeksi ini dapat menyebabkan masalah seperti infertilitas, komplikasi kehamilan, dan bahkan kematian.
2. Gangguan Hormonal
Ketidakseimbangan hormon, seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS) atau gangguan hormon tiroid, dapat menyebabkan masalah ovulasi, siklus menstruasi yang tidak teratur, dan kesulitan hamil.
3. Endometriosis
Endometriosis adalah kondisi di mana jaringan yang biasanya tumbuh di dalam rahim tumbuh di luar rahim. Ini dapat menyebabkan nyeri pelvik, masalah kesuburan, dan komplikasi lainnya.
4. Mioma Uteri
Mioma uteri, atau tumor jinak di dalam rahim, dapat menyebabkan gejala seperti menstruasi yang berat, nyeri panggul, dan kesulitan hamil.
5. Kanker Reproduksi
Kanker pada organ reproduksi, seperti kanker payudara, ovarium, atau serviks, dapat memengaruhi kesehatan reproduksi perempuan dan memerlukan pengobatan yang dapat berdampak pada kesuburan.
6. Gangguan Ovulasi
Gangguan dalam proses ovulasi dapat menyebabkan ketidaksuburan. Gangguan ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk sindrom ovarium polikistik (PCOS) dan gangguan hormonal.
7. Gangguan Ginekologis Lainnya
Beberapa gangguan ginekologis lainnya, seperti kista ovarium, salpingitis, dan prolaps organ panggul, dapat menyebabkan masalah kesehatan reproduksi.
8. Faktor Psikologis
Stres, kecemasan, dan masalah psikologis lainnya dapat mempengaruhi siklus menstruasi, ovulasi, dan fungsi reproduksi secara umum.

9. Umur

Faktor usia memainkan peran penting dalam kesehatan reproduksi. Kesuburan perempuan cenderung menurun seiring bertambahnya usia, dan risiko komplikasi kehamilan meningkat pada usia yang lebih tua.

10. Gaya Hidup dan Kebiasaan

Gaya hidup yang tidak sehat, seperti konsumsi alkohol berlebihan, merokok, dan kurangnya aktivitas fisik, dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi Perempuan (Tri Nani, 2020).

11. Kekurangan Gizi dan Kesehatan Umum

Kekurangan gizi dan kondisi kesehatan umum, seperti obesitas atau diabetes, dapat berdampak negatif pada kesuburan dan kesehatan reproduksi.

Penting untuk dicatat bahwa beberapa faktor ini dapat saling terkait dan mempengaruhi satu sama lain. Diagnosa dan pengelolaan masalah kesehatan reproduksi perempuan seringkali memerlukan pendekatan holistik yang melibatkan berbagai bidang kesehatan, termasuk kesehatan reproduksi, ginekologi, endokrinologi, dan faktor-faktor psikologis. Konsultasi dengan profesional kesehatan yang kompeten penting untuk mendapatkan diagnosis yang akurat dan perawatan yang tepat (Suardi *et al.*, 2023).

3.5 Upaya Pencegahan Masalah Kesehatan Reproduksi pada Perempuan

Upaya pencegahan masalah kesehatan reproduksi pada perempuan memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup, meminimalkan risiko, dan mendukung kesejahteraan perempuan secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa strategi dan upaya pencegahan yang umum dilakukan:

1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi

- a. Memberikan pendidikan seksual komprehensif yang mencakup informasi tentang anatomi, fisiologi, dan fungsi sistem reproduksi.

- b. Pendidikan ini juga harus mencakup aspek-aspek seperti kontrasepsi, pencegahan penyakit menular seksual (PMS), dan pentingnya perawatan maternal.
- 2. Akses Terhadap Layanan Kesehatan Reproduksi
 - a. Meningkatkan akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, termasuk pelayanan antenatal, persalinan, dan pasca-natal.
 - b. Memastikan ketersediaan dan aksesibilitas kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan individu.
- 3. Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS)
 - a. Edukasi dan promosi penggunaan kondom dan praktik-praktik seks yang aman.
 - b. Program pencegahan dan pengobatan PMS seperti HIV/AIDS dan sifilis.
- 4. Pemeriksaan Rutin dan Deteksi Dini
 - a. Mendorong perempuan untuk menjalani pemeriksaan kesehatan reproduksi rutin, termasuk Pap smear untuk deteksi dini kanker serviks.
 - b. Pemeriksaan payudara secara teratur untuk deteksi dini kanker payudara.
- 5. Promosi Gaya Hidup Sehat
 - a. Edukasi tentang pentingnya gaya hidup sehat, termasuk pola makan yang seimbang, olahraga teratur, dan manajemen stres.
 - b. Mengurangi faktor risiko seperti merokok dan konsumsi alkohol berlebihan.
- 6. Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Emosional
 - a. Mendukung kesehatan mental perempuan dengan menyediakan akses ke layanan kesehatan mental dan dukungan psikososial.
 - b. Kampanye untuk mengurangi stigma terkait dengan masalah kesehatan mental.
- 7. Pencegahan Kekerasan dan Penganiayaan
 - a. Kampanye untuk mencegah kekerasan dalam rumah tangga dan pelecehan seksual.
 - b. Menyediakan layanan bantuan dan perlindungan bagi perempuan yang menjadi korban kekerasan.

8. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja
 - a. Edukasi dan pelayanan kesehatan reproduksi khusus untuk remaja, termasuk informasi tentang pubertas, kontrasepsi, dan hubungan sehat.
 - b. Mendorong perilaku seksual yang aman dan bertanggung jawab.
9. Pemberdayaan Perempuan
 - a. Mendorong pemberdayaan perempuan melalui pendidikan, akses terhadap pekerjaan, dan dukungan terhadap hak-hak reproduksi mereka.
 - b. Meningkatkan kesadaran akan hak-hak perempuan dan mempromosikan kesetaraan gender.

3.5 Pencegahan Kanker Reproduksi

Kampanye penyuluhan dan pemeriksaan berkala untuk pencegahan dan deteksi dini kanker reproduksi seperti kanker payudara, rahim, dan ovarium.

Upaya pencegahan yang holistik ini membantu mengurangi risiko terjadinya masalah kesehatan reproduksi pada perempuan dan mempromosikan kesehatan secara menyeluruh. Pentingnya pendidikan, akses terhadap layanan kesehatan, dan advokasi untuk perempuan sangat besar dalam mencapai tujuan pencegahan (Alvionita *et al.*, no date).

DAFTAR PUSTAKA

- Alvionita, V. *et al.* (no date) *Deteksi Dini Risiko Tinggi Kehamilan* Get Press Indonesia.
- Artika, R. (2022) *Pemanfaatan Program Hak Kesehatan Seksual Reproduksi (HKSAR) Dalam Meningkatkan Kesadaran Deteksi Dini Kanker Payudara Pada Perkumpulan Sada Ahmo* repository.uinsu.ac.id. Available at: <http://repository.uinsu.ac.id/id/eprint/17800>.
- Azizah, A. *et al.* (2023) 'PROGRAM PEMBERDAYAAN RAKYAT DAN INKLUSI PEREMPUAN (PRIMA) DALAM PENCEGAHAN MASALAH KESEHATAN PADA ANAK DI DESA KLAHAH ...', *Jurnal Pengabdian ...* [Preprint]. Available at: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPMA/article/view/44403>.
- Intang, A. (2021) 'Perempuan Rentan Alami Masalah Kesehatan Mental, Pakar Psikologi UNAIR Uraikan Penyebabnya', *Unair News, August* [Preprint].
- Maryam, S. (2018) 'DETEKSI DINI KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DENGAN MENGGUNAKAN ALAT QUANTUM RESONANCE MAGNETIC ANALYZER', *Publiciana* [Preprint]. Available at: <https://journal.unita.ac.id/index.php/publiciana/article/view/142>.
- Murni, N.S. (2023) 'EDUKASI TENTANG MASALAH KESEHATAN RREPRODUKSI PADA PEREMPUAN DI MASA PASCA-USIA REPRODUKSI', *Community Development Journal ...* [Preprint]. Available at: <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/cdj/article/view/18955>.
- Oktafia, R. and Indriastuti, N.A. (2022) 'Gerakan Peduli Sehat Reproduksi Wanita (Gelis P-San) Sebagai Upaya Pemberdayaan Deteksi Dini Kesehatan Reproduksi Wanita di Wilayah Bantul ...', *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada ...* [Preprint]. scholar.archive.org. Available at:

- <https://scholar.archive.org/work/znw5jkmfdrfyvkoazc2rsgtqqe/access/wayback/http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kreativitas/article/download/5840/pdf>.
- Rachmawati, A. (2019) *PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI BERBASIS KESETARAAN GENDER TERHADAP EFIKASI DIRI SEKSUAL REMAJA PUTRA SISWA SMP DI* etd.repository.ugm.ac.id. Available at: http://etd.repository.ugm.ac.id/home/detail_pencarian/174304.
- Sa'adah, H.D., Komalawati, R. and ... (2018) 'UPAYA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI DETEKSI DINI DAN PENGENDALIAN KESEHATAN REPRODUKSI DI DSN. TAWUN I, DS. TAWUN, KEC ...', ... *Kesehatan* [Preprint]. Available at: <https://www.journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jpm/article/view/189>.
- Santoso, B.S.A. (2021) *Hasil Penilaian Peer Riview Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi*. repository.poltekkespim.ac.id. Available at: [http://repository.poltekkespim.ac.id/id/eprint/739/1/Penilaian Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi.pdf](http://repository.poltekkespim.ac.id/id/eprint/739/1/Penilaian%20Deteksi%20Dini%20Gangguan%20Kesehatan%20Reproduksi.pdf).
- Siregar, T., Ritanti, N.F. and Permatasari, I. (2023) 'Menjadi Perempuan Tangguh: Peningkatan Peran Kader Dalam Mengatasi Masalah Kesehatan Masyarakat'. KHD Production.
- Suardi, A. et al. (2023) *Mengenal Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. books.google.com. Available at: <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=7cilEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=%22nunung+erviany%22&ots=evjWXRZ5zC&sig=t-pN5Rgs5TEOrCgO3gdiz1BNaWM>.
- Tri Nani (2020) *Perencanaan Keluarga*.

BAB 4

DETEKSI DINI GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Yuliyani

4.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi adalah keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). Seseorang sangat penting memahami tentang kesehatan reproduksi. Masalah kesehatan reproduksi yang terjadi seringkali disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan reproduksi serta tanggung jawab yang rendah terhadap kesehatan reproduksi. Informasi dan akses tentang kesehatan reproduksi juga terkadang sulit didapatkan oleh masyarakat. Angka mortalitas dan morbiditas di masyarakat dapat diturunkan dengan deteksi dini penyakit yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Pendekatan dapat dilakukan pada wanita di setiap daur kehidupannya, sehingga masalah dapat ditangani sedini mungkin untuk membantu menurunkan angka mortalitas dan morbiditas. Masalah atau gangguan kesehatan reproduksi yang ditangani lebih dini dapat membantu hidup seseorang lebih optimal.

4.2 Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi

Deteksi dini adalah suatu upaya preventif yang dilakukan untuk mengetahui adanya suatu penyakit dan mencegah terjadinya penyakit lebih parah. Deteksi dini gangguan pada kesehatan reproduksi di masyarakat dilakukan untuk menentukan adanya gejala suatu penyakit sebelum didiagnosa lebih lanjut. Deteksi merupakan upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan selama siklus kehidupannya

meliputi biologis, psikososial, sosial, spiritual, kesehatan reproduksi dalam perspektif gender, permasalahannya serta indikator status kesehatan wanita. Gangguan kesehatan reproduksi yang sering dialami oleh perempuan adalah penyakit kanker. Kanker yang sering diderita oleh seorang perempuan yaitu kanker payudara dan kanker serviks. Deteksi dini yang biasanya dilakukan adalah pemeriksaan IVA dan Pap Smear.

4.2.1 Kanker Payudara

Kanker payudara terbanyak dialami oleh perempuan di seluruh dunia, untuk mengetahui gejala dan penyakit kanker payudara perlu dilakukan pemeriksaan setelah dilakukan deteksi dini. Perempuan seringkali tidak mengetahui gejala dari kanker tersebut, kurangnya pengetahuan dan merasa malu sehingga mengakibatkan semakin parahnya penyakit kanker payudara karena pengobatan yang tidak optimal. Kanker payudara adalah keganasan yang berasal dari kelenjar, saluran kelenjar atau jaringan penunjang payudara, tidak termasuk kulit payudara. Kanker payudara merupakan jenis kanker terbanyak kedua pada perempuan di Indonesia, setelah kanker leher rahim. Kanker payudara dapat dideteksi sejak dini, yaitu pada perabaan dirasakan terdapat benjolan kecil pada payudara. Biasanya kanker ini ditemukan pada perempuan umur 40-49 tahun dan letak terbanyak dikuadran lateral atas (BKKBN, 2006).

1. Stadium Kanker Payudara

- a. Stadium I : tumor kurang dari 2 cm, tidak ada limfonodus (LN) yang terkena atau penyebaran luas.
- b. Stadium IIa: tumor kurang dari 5 cm, tanpa keterlibatan LN, tidak ada penyebaran jauh. Tumor kurang dari 2 cm dengan keterlibatan LN
- c. Stadium IIb: tumor kurang dari 5 cm, dengan keterlibatan LN. Tumor lebih besar dari 5 cm tanpa keterlibatan LN
- d. Stadium IIIa: tumor lebih besar dari 5 cm, dengan keterlibatan LN. semua tumor dengan LN terkena, tidak ada penyebaran jauh

- e. Stadium IIb: semua tumor dengan penyebaran langsung ke dinding dada atau kulit semua tumor dengan edema pada tangan atau keterlibatan LN supraklavikular.
- f. Stadium IV: semua tumor dengan metastasis jauh.

2. Etiologi

Kanker payudara diduga diderita oleh perempuan dengan :

- a. Umur > 30 tahun
 - b. Melahirkan anak pertama pada usia > 35 tahun
 - c. Tidak kawin
 - d. Usia menopause > 55 tahun
 - e. Pernah mengalami infeksi, trauma atau operasi tumorjinak payudara
 - f. Mempunyai kanker payudara kontra lateral
 - g. Pernah mengalami radiasi di daerah dada
 - h. Ada riwayat keluarga dengan kanker payudara pada ibu
- Terdapat 4 faktor yang memicu terjadinya kanker payudara pada seorang perempuan, yaitu :
- a. Faktor Genetik

1) Riwayat Keluarga

Jika ada anggota keluarga yang terkena kanker payudara atau kanker indung telur maka dapat meningkatkan risiko. Risiko akan semakin meningkat ketika kanker payudara dialami anggota keluarga langsung (ibu, saudara perempuan maupun anak perempuan), apalagi jika kanker tersebut menyerang saat mereka di bawah usia 50 tahun.

2) Terbukti positif mutasi gen BRCA1 atau BRCA2 pada pemeriksaan genetik terhadap darah. Kondisi ini secara bermakna meningkatkan peluang perempuan atau pria terkena kanker payudara.

b. Faktor Hormon

1) Riwayat Kehamilan

Perempuan yang melahirkan anak di bawah usia 30 tahun mempunyai risiko lebih rendah mengalami kanker payudara dibanding perempuan yang

melahirkan anak setelah 30 tahun atau tidak memiliki anak sama sekali.

2) Riwayat Menyusui

Risiko kanker payudara akan menurun jika perempuan sering menyusui dan dalam jangka waktu yang lama.

3) Riwayat Haid

Perempuan yang pertama kali mengalami haid lebih awal (sebelum usia 12 tahun) atau mengalami menopause setelah usia 55 tahun memiliki risiko tinggi.

4) Penggunaan hormon estrogen eksternal seperti terapi sulih hormon, pil KB yang mengandung estrogen saja. Faktor risiko akan semakin meningkat jika digunakan dalam waktu yang lama dan terus menerus.

c. Faktor Diet

1) Sampai saat ini belum ada penelitian yang dapat membuktikan secara menyakinkan kaitan diet dengan kejadian kanker payudara. Hanya saja diet tinggi lemak dan rendah serat dapat meningkatkan faktor risiko kanker payudara, sedangkan diet yang mengandung omega 3 (ikan), buah, sayur, makanan yang mengandung fitoestrogen (tahu, tempe), dan vitamin antioksidan (vitamin A, C, E) dapat menurunkan faktor risiko.

2) Alkohol dan merokok dapat meningkatkan faktor risiko melalui jalur hormonal.

d. Faktor Lingkungan

1) Riwayat terkena radiasi di bagian dada terutama jika terkena pada usia sebelum 40 tahun, misalnya pada penderita limfoma Hodgkin yang mendapat terapi sinar (radioterapi) di dada.

2) Tidak ada hubungannya antara penggunaan pestisida atau berada pada lingkungan yang terpapar dengan medan elektromagnetik dengan kejadian kanker payudara.

3. Tanda dan Gejala

Fase awal kanker payudara asimtomatik (tanpa ada tanda dan gejala). Tanda awal yang paling umum terjadi adalah adanya benjolan atau penebalan pada payudara. Kebanyakan 90% ditemukan oleh wanita itu sendiri, akan tetapi ditemukan secara kebetulan, tidak dengan menggunakan pemeriksaan payudara sendiri (sadari), karena itu yayasan kanker menekankan pentingnya melakukan sadari. Pada stadium lanjut biasanya ditemukan:

- a. Bentuk dan ukuran payudara berubah, berbeda dari sebelumnya.
- b. Ada benjolan pada payudara yang teraba dengan tangansendiri.
- c. Luka yang lama pada payudara dan tidak sembuh dengan pengobatan.
- d. Eksim yang lama pada puting susu dan sekitarnya, dan tidak sembuh dengan pengobatan.
- e. Perdarahan pada puting susu.
- f. Puting susu tertarik ke dalam atau kulit terlihat sepertikulit jeruk.

Gejala lain yang ditemukan yaitu konsistensi payudara yang keras dan padat, benjolan tersebut berbatas tegas dengan ukuran kurang dari 5 cm, biasanya dalam stadium ini belum ada penyebaran sel-sel kanker di luar payudara (Erik T, 2005).

4. Pemeriksaan Penunjang

- a. Mammografi, yaitu pemeriksaan yang dapat melihat struktur internal dari payudara, hal ini mendeteksi secaradini tumor atau kanker.
- b. Ultrasonografi, biasanya digunakan untuk membedakan tumor sulit dengan kista.
- c. CT. Scan, dipergunakan untuk diagnosis metastasis carsinoma payudara pada organ lain.
- d. Sistologi biopsi aspirasi jarum halus.
- e. Pemeriksaan hematologi, yaitu dengan cara isolasi dan menentukan sel-sel tumor pada peredaran darah

dengan sedimentasi dan sentrifugasi darah (Michael D, dkk, 2005).

5. Komplikasi

Metastasis ke jaringan sekitar melalui saluran limfe menyebar ke paru-paru, pleura, tulang dan hati.

6. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

- 1) Mastektomi parsial (eksisi tumor lokal dan penyaliran). Mulai dari lumpektomi sampai pengangkatan segmental (pengangkatan jaringan yang luas dengan kulit yang terkena).
- 2) Mastektomi total, dengan diseksi aksial rendah seluruh payudara, semua kelenjar limfe dilateral otocpectoralis minor.
- 3) Mastektomi radikal yang dimodifikasi. Seluruh payudara, semua atau sebagian besar jaringan aksial.

b. Non Pembedahan

- 1) Penyaliran, pada payudara dan kelenjar limfe regional yang tidak dapat direseksi pada kanker lanjut; pada metastase tulang, metastase kelenjar limfe aksila.
- 2) Kemoterapi, adjuvan sistematis setelah mastektomi; paliatif pada penyakit lanjut.
- 3) Terapi hormon dan endokrin, kanker yang telah menyebar, memakai estrogen, androgen, antiestrogen, ooforektomi adrenalectomi hipofisektomi (Smeltzer, dkk, 2002).

4.2.2 Kanker Serviks

Kanker Serviks atau kanker leher rahim merupakan jenis tumor ganas yang mengenai lapisan permukaan (epitel) dari leher rahim atau mulut rahim (Savitri, 2015). Kanker serviks adalah pertumbuhan sel-sel abnormal pada daerah batas antara epitel yang melapisi ektoerviks (porsio) dan endoserviks kanalis serviksialis yang disebut *Squamo-Columnar Junction* (SCJ). (Wiknjosastro, 2009).

1. Penyebab penyakit

Faktor risiko berkaitan erat dengan :

- a. Coitus pertama (*coitarche*) pada usia di bawah 16 tahun. Pada umur 12-20 tahun, organ reproduksi wanita sedang aktif berkembang. Idealnya, ketika sel sedang membelah secara aktif, tidak terjadi kontak atau rangsangan apa pun dari luar. Kontak atau rangsangan dari luar, seperti penis atau sperma, dapat memicu perubahan sifat sel menjadi tidak normal. Sel yang tidak normal ini kemungkinan besar bertambah banyak kalau ada luka saat terjadi hubungan seksual. Sel abnormal inilah yang berpotensi tinggi menyebabkan kanker mulut rahim. Hubungan seksual pada usia terlalu dini bisa meningkatkan risiko terserang kanker leher rahim sebesar 2 kali dibandingkan perempuan yang melakukan hubungan seksual setelah usia 20 tahun. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Has (2009) menunjukkan bahwa melakukan hubungan seksual pada usia dini mempunyai risiko untuk terkena kanker serviks sebesar 0,592 kali. Menurut Fitrisia, dkk (2019) usia pertama kali berhubungan seksual < 20 tahun memiliki peluang risiko 6,092 kali untuk mengalami kejadian lesi pra kanker serviks dibandingkan dengan usia ≥ 20 tahun.
- b. Tidak disunat/circumsisi. Laki-laki yang tidak disunat kebersihan penisnya tidak terawat karena ada kumpulan- kumpulan smegma. Menurut Has (2009) dari hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada suami yang sudah disunat, pasangannya tidak mempunyai risiko untuk terkena kanker serviks.
- c. Terlalu sering menggunakan cairan pembersih vagina. Tidak semua bakteri merugikan. Ada juga bakteri dalam vagina yang berfungsi membunuh bakteri yang merugikan tubuh. Jika terlalu sering menggunakan sabun pembersih vagina, bakteri baik pun akan mati. Selain itu sabun vagina juga dapat menyebabkan iritasi. Kulit pada mulut rahim sangat tipis sehingga iritasi

yang timbul dapat memicu abnormalitas sel. Kondisi ini rentan memicu kanker mulut rahim. Menurut Fitriasia, dkk (2019) penggunaan pembersih vagina baik yang komersil maupun yang tradisional tanpa indikasi, dapat mengganggu lingkungan vagina sehingga bakteri jahat berkembang biak yang menyebabkan gatal, iritasi atau infeksi pada vagina atau serviks. Organ kewanitaan memiliki kemampuan yang tidak banyak para wanita mengetahuinya yakni mampu melakukan pertahanan yang cukup baik dengan hidupnya bakteri baik di daerah organ tersebut. *Lactobacillus acidophilus* sebagai bakteri baik, bertugas untuk menjaga keseimbangan ekosistem vagina dengan menjaga keasaman dari vagina yang sehat, menghasilkan bakteriosin dan hidrogen peroksida. Ekosistem daerah vagina juga dipengaruhi oleh hormon estrogen (Chairani, 2018). Hormon estrogen berfungsi untuk menentukan kadar zat gula sebagai simpanan energi dalam tubuh berupa glikogen, dimana glikogen merupakan makanan bagi bakteri laktobasilus yang akan dimetabolisme. Sisa metabolisme tersebut berupa asam laktat yang dapat mempengaruhi tingkat keasaman pH (potensiil Hidrogen) vagina 3,8-4,5 (Rasjidi, 2014). Penggunaan obat-obatan pembersih vagina seperti deodoran ataupun antiseptik baik yang komersil maupun yang tradisional secara terus menerus atau terlalu sering akan menyebabkan iritasi pada vagina bahkan serviks yang memicu perubahan sel yang mengarah pada kanker. Kondisi ini diperburuk oleh kebiasaan dalam teknik mencuci vagina yang seharusnya dilakukan satu arah dari depan kebelakang, namun dilakukan sebaliknya (Desen, 2009).

- d. Ditemukan pada perempuan yang terinfeksi virus HPV tipe 16 atau 18. Penyebab terbesar kanker leher rahim atau disebut kanker servik adalah infeksi HPV yang menular lewat hubungan seksual. Seorang wanita bisa terinfeksi virus ini pada usia belasan tahun dan baru

diketahui mengidap kanker 20 atau 30 tahun kemudian setelah infeksi kanker menyebar. Kanker serviks disebabkan oleh virus HPV (Human Papilloma Virus). Virus ini memiliki lebih dari 100 tipe, dimana sebagian besar di antaranya tidak berbahaya dan akan lenyap dengan sendirinya. Jenis virus HPV yang menyebabkan kanker serviks dan paling fatal akibatnya adalah virus HPV tipe 16 dan 18. Namun, selain disebabkan oleh virus HPV, sel-sel abnormal pada leher rahim juga bisa tumbuh akibat paparan radiasi atau pencemaran bahan kimia yang terjadi dalam jangka waktu cukup lama.

- e. Kebiasaan merokok menyebabkan sel-sel mulut rahim yang teracuni oleh nikotin dalam darah juga memiliki kecenderungan mempengaruhi selaput lendir pada tubuh, termasuk selaput lendir mulut rahim yang dapat memicu abnormalitas sel pada mulut rahim. Risiko kanker mulut rahim lebih tinggi pada wanita perokok. Beberapa mekanisme molekuler telah diyakini bahwa merokok dapat berkontribusi pada karsinogenesis pada serviks yang melibatkan langsung paparan terhadap DNA dalam sel-sel epitel serviks (Sarwono, 2017). Efek jangka panjang nya adalah proliferasi seluler terganggu, menghambat apoptosis dan stimulasi faktor pertumbuhan endotel vaskuler dengan peningkatan kepadatan pembuluh darah mikro. Sehingga dapat menjadiko-karsinogen infeksi virus HPV yang akhirnya merusak epitel serviks dan menyebabkan neoplasma atau populasi sel kanker serviks (Desen, 2009).
- f. Sering berganti-ganti pasangan, Perilaku seksual tidak hanya dilihat dari banyaknya jumlah pasangan seksual yang dimiliki wanita, namun juga banyaknya jumlah pasangan seksual yang dimiliki oleh pasangan wanita tersebut (WHO, 2013). Peningkatan kejadian tumor lebih sering terjadi pada wanita monogami yang suaminya sering berhubungan seksual dengan banyak wanita lain menimbulkan konsep “pria berisiko tinggi” sebagai vektor dari agen yang dapat menimbulkan

infeksi. Wanita atau pasangan pria yang memiliki riwayat berganti pasangan seksual memungkinkan tertularnya penyakit kelamin salah satunya HPV. Virus ini akan mengubah sel-sel dipermukaan mukosa hingga membelah menjadi lebih banyak sehingga tidak terkendali dan menjadi kanker (Sjamsuddin, 2001).

- g. Trauma kronis pada serviks, insidensi meningkat dengan tingginya paritas, apalagi bila jarak persalinan terlampau dekat. Trauma ini terjadi karena persalinan berulang kali (banyak anak), adanya infeksi dan iritasi menahun.
- h. Defisiensi zat gizi, menyimpulkan bahwa wanita yang rendah konsumsi beta karoten dan vitamin (A, C, dan E) memiliki risiko tinggi terkena kanker serviks.
- i. Kurangnya vulva hygiene, pada awal perkembangannya kanker serviks tak memberi tanda-tanda dan keluhan. Pada pemeriksaan dengan spekulum, tampak sebagai porsi yang erosi (metaplasia skuamosa) yang fisiologik atau patologik. Kanker serviks paling sering bermula dengan sel datar, tipis yang membentuk dasar serviks (sel skuamosa). Karsinoma sel skuamosa merupakan 80% dari kasus kanker serviks. Kanker serviks dapat juga terjadi pada sel kelenjar yang membentuk bagian atas dari serviks. Dapat disebut dengan *adenocarcinoma*, prevalensi kanker ini yaitu 15% dari kanker serviks. Kadang-kadang kedua tipe sel ditemukan pada kanker serviks. Terdapat kanker lain pada sel lain di serviks namun persentasenya sangat kecil.

2. Stadium kanker serviks

- a. Stadium preklinis, tidak dapat dibedakan dengan cervicitis chronica biasa.
- b. Stadium permulaan (*early stage*), sering tampak sebagai lesi di sekitar ostium externum, pada batas kedua jenis epitel. Tampaknya sebagai daerah yang granuler, keras, lebih tinggi dari sekitarnya dan mudah berdarah.

Kadang-kadang permukaannya ditutup oleh pertumbuhan yang papiler.

- c. Stadium setengah lanjut (*moderately advanced stage*), telah mengenai sebagian besar atau seluruh bibir portio. Bentuk seperti ini disebut *exophytic*. Bila tumbuhnya ke dalam jaringan disebut *endophytic*.
- d. Stadium lanjut (*advanced stage*), terjadi pengrusakan dari jaringan serviks, sehingga tampaknya seperti ulcus dengan jaringan yang rapuh dan mudah berdarah. Vagina di sekitarnya jadi keras, juga ligamentu. Latum sebagai akibat infiltrasi jaringan ca dan juga karena infeksi. Kalau tumbuhnya hanya *exophytic* saja, serviks dapat sedemikian besarnya, sehingga mengisi seluruh vagina tetapi tanpa mengisi infiltrasi ke jaringan sekitarnya. Selanjutnya jaringan ca dapat mengenai rektum, kandung kencing, dan menyebabkan fistula.

3. Tanda dan Gejala Kanker Serviks

- a. Keputihan
- b. Pendarahan
- c. Pendarahan di luar haid dan setelah berhubungan seksual
- d. Rasa nyeri saat BAK
- e. Siklus haid tidak teratur
- f. Nyeri saat berhubungan seksual
- g. Nyeri sekitar panggul
- h. Pendarahan pra dan post menopause
- i. Bila kanker sudah mencapai stadium tinggi, akan terjadi pembengkakan diberbagai anggota tubuh seperti betis, paha, tangan dan sebagainya.

4. Faktor Risiko Kanker Serviks

- a. Infeksi Human Papilomavirus (HPV)
- b. Merokok
- c. Imunosupresan
- d. Infeksi Klamidia
- e. Diet kurang sehat dan obesitas

- f. Kontrasepsi oral
- g. Penggunaan IUD
- h. Kehamilan multiple
- i. Kemiskinan
- j. Penggunaan obat *hormonal diethylstilbestrol (DES)*
- k. Riwayat keluarga dengan *Ca* serviks

5. Stadium Kanker Serviks

Klasifikasi histologi dan stadium kanker serviks menurut Sedlis, et al (1999) dalam Kemenkes RI berdasarkan **FIGO** (*International Federation of Gynaecology and Obstetrics*).

- a. Stadium 0: Biasa disebut karsinoma in situ (karsinoma preinvasif). Pada tahap ini, sel kanker hanya ditemukan pada lapisan serviks.
- b. Stadium I: Karsinoma serviks terbatas di uterus (ekstensi ke korpus uterus dapat diabaikan). Terbagi menjadi 2 (dua) stadium yakni:
 - 1) Stadium I A: Karsinoma invasif didiagnosis hanya dengan mikroskop. Semua lesi yang terlihat secara makroskopik, meskipun invasi hanya superfisial, dimasukkan ke dalam stadium I B.
 - 2) Stadium I A1: Invasi stroma tidak lebih dari 3,0 mm kedalamannya dan 7,0 mm atau kurang pada ukuran secara horizontal.
 - 3) Stadium I A2: Invasi stroma lebih dari 3,0 mm dan tidak lebih dari 5,0 mm dengan penyebaran horizontal 7,0 mm atau kurang.
 - 4) Stadium I B: Lesi terlihat secara klinik dan terbatas di serviks atau secara mikroskopik lesi lebih besar dari I A2.
 - 5) Stadium I B1: Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang. Dokter sudah bisa melihat pertumbuhan kanker serviks dengan mata telanjang.
 - 6) Stadium I B2: Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0 cm. Pada stadium ini, pertumbuhan kanker serviks makin

- kentara. Dokter juga bisa melihatnya dengan mata telanjang.
- c. Stadium II: Invasi tumor keluar dari uterus tetapi tidak sampai ke dinding panggul atau mencapai 1/3 bawah vagina. Lokasi yang terserang adalah serviks dan uterus. Terbagi menjadi 2 (dua) stadium yakni:
 - 1) Stadium II A: Tanpa invasi ke parametrium. Kanker meluas sampai ke atas vagina, tetapi belum menyebar ke dalam vagina.
 - 2) Stadium II A1: Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar 4,0 cm atau kurang.
 - 3) Stadium II A2: Lesi terlihat secara klinik berukuran dengan diameter terbesar lebih dari 4,0cm.
 - 4) Stadium II B: Tumor dengan invasi ke parametrium, akan tetapi tidak mencapai dinding panggul.
 - d. Stadium III: Tumor meluas ke dinding panggul/ atau mencapai 1/3 bawah vagina dan/atau menimbulkan hidronefrosis atau fungsi ginjal. Terbagi menjadi 2 stadium:
 - 1) Stadium III A: Tumor mengenai 1/3 bawah vagina tetapi tidak mencapai dinding panggul.
 - 2) Stadium III B: Tumor meluas sampai ke dinding panggul dan / atau menimbulkan hidronefrosis atau afungsi ginjal sehingga penderita akan mulai kesulitan berkemih karena adanya timbunan air seni di ginjal. Stadium ini mulai merusak ginjal.
 - e. Stadium IV: Lesi telah keluar dari vagina. Terbagi menjadi 2 stadium:
 - 1) Stadium IV A: Tumor menginvasi mukosa kandung kemih atau rektum dan/atau meluas keluar panggul kecil (*true pelvis*).
 - 2) Stadium IV B: Metastasis jauh atau telah menyebar dan menyerang organ tubuh yang lebih jauh dari serviks (termasuk penyebaran pada peritoneal, keterlibatan dari kelenjar getah bening supraklavikula, mediastinal, atau para aorta, paru, hati, atau tulang).



Gambar 4.1. Kanker Serviks

6. Pemeriksaan

- Tes IVA
- Pap Smear
- Kolposkopi
- Mengambil sampel sel serviks

7. Pencegahan

- Tidak merokok
- Tidak mencuci vagina secara rutin tanpa indikasi
- Makanan yang sehat
- Hubungan seksual yang aman
- Tidak berganti-ganti pasangan
- Sunat pada laki-laki
- Vaksinasi HPV

DAFTAR PUSTAKA

- Agria, I., dkk. 2012. Gizi Reproduksi. Yogyakarta : Fitramaya
- BKKBN. 2006. Buku Saku bagi Petugas Lapangan Program KB Nasional. Jakarta : BKKBN
- Chairani, L. 2018. Body Shame dan Gangguan Makan. Buletin Psikologi, 26 (1). 12-27
- Desen, W. 2013. Buku Ajar Klinis Jilid 2. Jakarta : FKUI
- Erik, T., 2005. Kanker, Antioksidan dan Terapi Komplementer. Jakarta : Gramedia
- Fitrisia, C. A., Khambri, D., Utama, B. I., & Muhammad, S. (2019). 'Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian lesi pra kanker serviks pada wanita pasangan usia subur di wilayah kerja puskesmas muara bungo 1'. Jurnal Kesehatan Andalas, Vol 8(4), p. 33–43.
- Michael. 2006. Dasar-dasar Mikrobiologi. Jakarta : UI
- Rasjidi, I. (2019). 'Epidemiologi kanker serviks'. Indonesian Journal Of Cancer, VolIII(3), p. 103–108.
- Savitri, A., et al. 2015. Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim & Rahim. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Wiknjosastro. 2009. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono. Prawirohardjo: Jakarta.

BAB 5

ASUHAN KEBIDANAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Sriventi Lestari

5.1 Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

Konsep Asuhan Kebidanan

Bidan menciptakan kerangka kerja dan proses yang dikenal sebagai “manajemen asuhan kebidanan” dengan melakukan pendekatan metodis dalam pemecahan masalah, dimulai dengan pengumpulan data, diagnosis bidan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. (Permenkes, 2010).

1. Langkah Pertama, Pengumpulan Data Dasar

Kumpulkan informasi dasar yang menyeluruh sebagai langkah pertama dalam prosedur penilaian. Evaluasi data dasar ini meliputi peninjauan proses perkembangan, peninjauan data laboratorium, peninjauan riwayat pemeriksaan fisik dan panggul, dan bila diperlukan peninjauan laporan penelitian singkat yang berkaitan dengan data dasar yang bersumber dari sumber informasi kesehatan ibu.

2. Langkah Kedua, Bermula dari Data Dasar

Fase selanjutnya memanfaatkan informasi mendasar dan menambahkan interpretasi untuk menghasilkan isu atau diagnosis baru untuk kebutuhan kesehatan obstetri yang teridentifikasi. Nomenklatur diagnostik standar berisi diagnosis, dan hasil penilaian memberikan informasi mengenai pengalaman klien.

3. Langkah Ketiga, Mengidentifikasi Diagnosa Atau Diagnosis Potensial

Tahap ketiga menetapkan diagnosis atau diagnosis potensial berdasarkan masalah saat ini dan diagnosis berdasarkan semua keadaan yang mungkin terjadi.

4. **Langka Keempat, Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera**
Selain kunjungan rutin kehamilan dan layanan kebidanan utama, tahap keempat menguraikan karakteristik pendekatan manajemen berkelanjutan yang diterapkan dalam layanan kebidanan berkelanjutan yang ditawarkan bidan kepada perempuan.
5. **Langka Kelima, Mengembangkan Rencana Perawatan**
Fase kelima melibatkan pembuatan rencana obstetri menyeluruh menggunakan data dari langkah sebelumnya. Fase saat ini adalah mengembangkan kesulitan diagnostik yang terindikasi. Strategi fase ini memberikan prioritas pengobatan komprehensif berdasarkan prosedur sebelumnya. Rencana perawatan yang menyeluruh tidak hanya mempertimbangkan kondisi klien dan permasalahan terkait, namun juga apa yang diharapkan terjadi selanjutnya, apakah terapi diperlukan, dan apakah klien perlu dirujuk. Setiap tindakan perawatan yang direncanakan memerlukan persetujuan baik dari bidan maupun klien.
6. **Langka Keenam, Melaksanakan Rencana Kebidanan secara menyeluruh**
Ibu atau orang tua, atau anggota tim layanan kesehatan lainnya, juga dapat melakukan pengukuran ini secara keseluruhan, selain bidan. Memberikan asuhan kebidanan kolaboratif yang komprehensif, berkolaborasi dengan dokter, dan membantu ibu yang bermasalah adalah beberapa tugas yang mungkin ditugaskan kepada bidan.
7. **Langka Ketujuh, Evaluasi**
Memverifikasi apakah kebutuhan ibu, termasuk diagnosis dan kebutuhannya akan layanan obstetri, telah dipenuhi secara memuaskan melalui penerapan rencana pengobatan merupakan langkah terakhir dalam proses evaluasi. Menurut Varney (2006).

5.2 Penerapan Asuhan Kebidanan

1. Subjektif

Menurut Permenkes (2007), Data S adalah kumpulan data objektif yang digunakan untuk mendokumentasikan hasil historis. Istri dan suami sebaiknya ditanyai mengenai nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ras, lokasi tempat tinggal, dan biodata seperti gejala yang dialami, riwayat kesehatan masa lalu, faktor risiko, dan riwayat penyakit keluarga. (Marni, 2017).

2. Objektif

Menurut Permenkes (2007), O data adalah informasi obyektif yang digunakan untuk mencatat hasil pemeriksaan fisik, mengevaluasi tanda-tanda vital, dan melakukan tes untuk memeriksa perubahan tubuh.

3. *Assessment*

Hasil dari masalah kebidanan, diagnosis, dan analisis adalah Data A. (Permenkes, 2007).

4. *Planning*

Istilah “P data” menggambarkan manajemen yang telah dipraktikkan, seperti tindakan proaktif, reaktif, dan kooperatif; pemantauan status pasien melalui pemeriksaan fisik menyeluruh; dan memberikan informasi tentang membuat janji untuk terapi dan perawatan pencegahan. (Permenkes, 2007).

5.3 Landasa Hukum Kewenangan Bidan

Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per 2010 menyatakan bahwa kewenangan yang membidangi pelayanan kesehatan reproduksi wanita dan keluarga berencana, termasuk perizinan dan pelaksanaan praktik bidan, adalah sebagai berikut :

1. Memberikan penyuluhan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi kepada perempuan.
2. Pemberian kondom dan alat kontrasepsi oral di samping kewenangan khusus yang biasa diberikan kepada bidan yang mengawasi program pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan lainnya, seperti:

- a. Memberikan pengobatan kontrasepsi subkutan dan intrauterin, serta kontrasepsi suntik.
- b. Terapi penyakit kronis tertentu digabungkan dengan perawatan antenatal (di bawah pengawasan dokter).
- c. Merawat bayi dan balita yang tidak sehat sesuai dengan praktik yang berlaku.
- d. Melibatkan masyarakat dalam kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan, anak usia sekolah dan remaja, serta kesehatan ibu dan anak.
- e. Melacak perkembangan dan pertumbuhan bayi, balita, anak prasekolah, dan anak sekolah.
- f. Memberikan pelayanan kebidanan komunitas.
- g. Melakukan diagnosis dini, melakukan rujukan, dan mengedukasi masyarakat tentang Infeksi Menular Seksual (IMS), penyakit lain, dan kondom.
- h. Menggunakan informasi dan pendidikan untuk mencegah penyalahgunaan narkoba, obat-obatan psikiatri, dan zat adiktif lainnya (NAFZA).
- i. Pelayanan kesehatan tambahan mencakup program pemerintah, khususnya yang berkaitan dengan pelayanan kehamilan terpadu, pelayanan kontrasepsi subkutan, penanganan bayi dan balita yang sakit, dan pelaksanaan deteksi dini, pengobatan, dan pendidikan tentang penyakit dan infeksi menular (IMS), serta pencegahan penyalahgunaan narkoba. Bidan yang telah menjalani pelatihan adalah satu-satunya yang memenuhi syarat untuk memberikan obat psikotropika untuk zat adiktif lainnya. Selain itu, bidan untuk sementara diberi wewenang untuk melakukan tugas di luar lingkup praktik rutinnnya, khususnya di tempat yang tidak memiliki akses terhadap layanan medis (Elsa, 2015).

3. Kompetensi Bidan

Seorang bidan perlu memiliki informasi, kemampuan, dan sikap yang diperlukan untuk melaksanakan praktik kebidanan di masyarakat secara bertanggung jawab dan aman. Kami menyebutnya sebagai kompetensi bidan.

Standar Kompetensi Bidan menguraikan keterampilan, pengetahuan, dan perilaku yang dibutuhkan seorang bidan dalam sembilan kategori kompetensi :

- a. Memberikan asuhan pada ibu atau wanita dengan gangguan reproduksi, memberikan asuhan kebidanan pada ibu atau wanita dengan gangguan sistem reproduksi, memberikan informasi dasar dan pendidikan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi, PMS, HIV, dan tanda dan gejala PMS yang umum terjadi, serta melakukan persalinan dan melahirkan. cepat melalui rujukan, menawarkan perawatan dan pengobatan sesuai hukum untuk kondisi kesehatan reproduksi seperti pendarahan tidak teratur, menstruasi tertunda, dan keputihan.
 - 1) Identifikasi permasalahan dan kelainan sistem reproduksi.
 - 2) Membantu ibu dan wanita yang menderita gangguan sistem reproduksi
 - 3) Memberikan rujukan dan/atau perawatan kolaboratif yang tepat bagi ibu dan wanita yang mengalami gangguan sistem reproduksi.
 - 4) Mengobati dan memberikan pengobatan terhadap masalah ginekologi seperti keputihan, pendarahan tidak teratur, dan keterlambatan haid, sesuai dengan kewenangannya.
 - 5) Mencatat kesimpulan dan tindakan yang dilakukan (Riyanti, 2018).

5.4 Pelayanan Kesehatan Pada Wanita Sepanjang Daur Kehidupannya

Memeriksa sekelompok orang untuk menemukan mereka yang berisiko tinggi atau yang mungkin memiliki penyakit patologis yang tidak terdiagnosis disebut skrining. Tujuan dari skrining adalah untuk mengidentifikasi dan menemukan pasien dengan penyakit tertentu di masyarakat dengan membagi populasi berdasarkan gejala yang ada atau menggunakan pengujian laboratorium untuk membedakan antara mereka

yang sehat dan mereka yang mungkin sakit. Langkah selanjutnya bagi orang sakit adalah diagnosis dan pengobatan. Tujuan dari penyaringan adalah untuk :

1. Mengetahui diagnosis sedini mungkin agar cepat terapi nya
2. Mencegah meluasnya penyakit
3. Mendidik masyarakat melakukan general check up
4. Memberi gambaran kepada tenaga kesehatan tentang suatu penyakit.
5. Memperoleh data epidemiologis, untuk peneliti dan klinisi

5.5 Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Wanita

Yang dimaksud dengan "*Care Continuum*" Yang dimaksud dengan "Siklus Perempuan" adalah pemberian pelayanan kesehatan reproduksi yang ditinjau dari siklus hidup perempuan, atau sejak konsepsi sampai meninggal (pendekatan siklus hidup). Kesehatan reproduksi ditinjau dari segi siklus hidup, karena kesehatan seorang wanita pada masa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kesehatannya ketika memasuki fase reproduksi yang meliputi kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

Pendekatan siklus hidup terhadap kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk mencapai tujuan tertentu dan mencakup berbagai komponen layanan dengan tetap mempertimbangkan semua aspek kehidupan seseorang mulai dari konsepsi hingga kematian. Hal ini dicapai dengan cara yang komprehensif dan berkualitas tinggi dengan menghormati hak setiap orang atas otonomi reproduksi dan memanfaatkan sumber daya yang tersedia.

5.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Wanita

Status kesehatan perempuan dipengaruhi oleh beberapa unsur berikut (Yunanto, 2021).

1. Kemiskinan

Setelah krisis ekonomi yang berkepanjangan, diyakini bahwa lebih dari 40% masyarakat Indonesia masih berada dalam kemiskinan. Hal ini meningkatkan risiko penyakit, kecacatan, dan kematian karena mempersulit mereka dalam menerima layanan kesehatan.

2. Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat

Perempuan dalam keluarga dan kelompok dipengaruhi oleh berbagai keadaan, seperti kondisi sosial ekonomi, standar budaya, dan nilai-nilai komunitas mereka.

3. Akses ke fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan

- a. Jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan sulit dicapai.
- b. Kurangnya informasi tentang kemampuan fasilitas kesehatan.
- c. Keterbatasan biaya.
- d. Tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas Kesehatan.
- e. Kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang memadai, antara lain karena:
 - 1) Pelayanan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan klien
 - 2) Kemampuan fasilitas kesehatan yang kurang memadai
- f. Beban ganda, tanggung jawab tidak proporsional sehingga kesehatan anak perempuan dan perempuan semakin buruk.
- g. Akses untuk pelayanan kespro rendah karena:
 - 1) Pengetahuan tentang seksualitas dan informasi mengenai hak reproduksi masih rendah
 - 2) Menonjolnya perilaku seksual resiko tinggi

- 3) Diskriminasi sosial
- 4) Sikap negatif terhadap perempuan dan anak perempuan
- 5) Rendahnya kemampuan dalam pengendalian kahidupan seksual pada reproduksi
- h. Kurangnya penanganan kesehatan reproduksi (kespro) dan seksual pada laki-laki dan perempuan usia lanjut.
- i. Kebijakan dan program kesehatan masih belum mempertimbangkan perbedaan sosial, ekonomi dan perbedaan lainnya antara perempuan dan masih rendahnya kemandirian perempuan.

5.7 Faktor-faktor Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita Dari Konsepsi Sampai Usia Lanjut

1. Konsepsi
 - a. Keturunan
 - b. Fertilitas
 - c. Kecukupan gizi
 - d. Kondisi sperma dan ovum
 - e. Faktor hormonal
 - f. Faktor Psikologis
2. Bayi
 - a. Lingkungan
 - b. Kondisi ibu
 - c. Sikapm orang tua
 - d. Aspek psikologis pada masa bayi
 - e. Sistem reproduksi
 - f. Masa kanak-kanak
3. Remaja

Beberapa faktor yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan remaja, termasuk kesehatan reproduksi remaja adalah sbb:

 - a. Masalah gizi
 - b. Anemia dan kurang gizimkronis
 - c. Pertumbuhan yang terhambat pada remaja putri
 - d. Masalah pendidikan
 - e. Buta huruf

- f. Pendidikan rendah
- g. Masalah lingkungan dan pekerjaan
- h. Lingkungan dan suasana yang kurang memperhatikan kesehatanremajadan bekerja yang akan mengganggu kesehatan remaja.

5.8 Kesehatan Reproduksi Wanita Sepanjang Siklus Kehidupan

Ruang lingkup kesehatan reproduksi ditetapkan dengan pendekatan siklus hidup, yang mempertimbangkan kebutuhan khusus pengaturan sistem reproduksi pada setiap tahap kehidupan serta kesinambungan antar periode tersebut. Hal ini memungkinkan untuk memprediksi masalah kesehatan reproduksi pada setiap tahap perkembangan, yang dapat berdampak negatif dalam jangka panjang jika tidak ditangani.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat merupakan tujuan pembangunan kesehatan. Untuk menjaga kesehatan dan menjamin anak masa depan tumbuh menjadi orang dewasa yang sehat, perempuan harus berpartisipasi dalam keluarga sebagai pengasuh, anggota keluarga, dan penerima layanan kesehatan. Oleh karena itu, perempuan harus mendapat perhatian karena hal-hal berikut ini: Permasalahan kesehatan reproduksi perempuan berbeda dengan permasalahan yang dialami laki-laki; (2) kesehatan anak yang dikandung dan dilahirkan dipengaruhi langsung oleh kesehatan perempuan; (3) kesehatan perempuan seringkali terabaikan dan hanya dimanfaatkan sebagai alat “pembangunan”, seperti program keluarga berencana dan pengendalian jumlah penduduk; (4) kesehatan reproduksi perempuan telah menjadi isu internasional, dimana Indonesia menerima hasil konferensi kesehatan reproduksi dan kependudukan (Beijing dan Kairo); dan (5) kebebasan mengambil keputusan hanya berdasarkan preferensi pribadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Elza, A.N. 2020. *Hubungan tingkat stres dan aktivitas fisik dengan siklus menstruasi pada remaja putri kelas model MAN 2 kota Madiun*: Madiun: Jurnal.
- Helen, Varney. 2006. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC
- Juwartini, D. (2023). *Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Wanita*. Bekasi:
- Kementrian Kesehatan RI and Pusat Data dan Informasi. 2010. *Situasi Kesehatan Reproduksi*. KEMENKES RI.
- Kementrian Kesehatan RI and Pusat Data dan Informasi. 2007. *Situasi Kesehatan Reproduksi*. KEMENKES RI.
- Novita, R. (2021). *Kesehatan Reproduksi Sepanjang Daur Hidup Wanita*. Padang: Stikes Syedza Saintika.
- Riyanti. 2018 *Praktikum Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Jakarta: KEMENKES RI
- Yatim F. 2008. *Penyakit kandungan*. kedua. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Yunanto, A. (2021). *Wanita dan Kesehatan Keluarga*. Yogyakarta: CV Mine.

BAB 6

KONSEP PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

Oleh Trisna Yuni Handayani

6.1 Pendahuluan

Keberhasilan suatu program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama Angka Kematian Ibu (AKI). AKI ini juga digunakan untuk menilai derajat kesehatan masyarakat. Di Indonesia Pada tahun tahun 2019 jumlah kematian ibu yang dilaporkan pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan sebesar 4.221 kematian dan terjadi peningkatan pada tahun 2020 yaitu sebesar 4.627 kematian (Kesehatan and Indonesia, 2021).

Tingginya Angka Kematian Ibu sangat berhubungan dengan masalah kegawatdaruratan maternal yang bisa terjadi pada perempuan berisiko diantaranya kehamilan dengan “4 Terlalu”, yaitu terlalu tua (usia ibu yang lebih dari 35 tahun), serta terlalu banyak (jumlah anak yang dimiliki 3 orang atau lebih), terlalu muda (usia ibu hamil yang kurang dari 20 tahun), serta terlalu dekat (jarak kelahiran anak kurang dari 2 tahun). Jarak kelahiran perlu diatur untuk kesehatan dan kesejahteraan ibu maupun bayi (Kementrian Kesehatan RI, 2021).

Profil Keluarga Indonesia Tahun 2019 Menurut BKKBN, pada tahun 2020, sebanyak 67,6% pasangan usia subur (PUS) terlibat aktif dalam keluarga berencana, meningkat 63,31% dibandingkan tahun 2019. Berdasarkan tempat pelayanan, sebagian besar layanan diberikan oleh praktik bidan mandiri yaitu 60,8% dari total layanan PUS yang dilayani (Kesehatan and Indonesia, 2021).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia (2020), sebagian besar akseptor memilih kontrasepsi jangka pendek menggunakan suntikan 72,9% dan pil 19,4%. Oleh karena itu,

efektivitas pengendalian kehamilan lebih rendah dibandingkan dengan metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD, implan, MOW, dan MOP. (Kesehatan and Indonesia, 2021).

Apabila program pelayanan Keluarga Berencana dilaksanakan dengan benar, 33% kematian ibu dapat dicegah melalui penggunaan alat kontrasepsi. Proporsi ibu yang meninggal saat melahirkan sebelum usia 20 tahun dan di atas 35 tahun menyumbang 33% dari seluruh kematian ibu (Kesehatan and Indonesia, 2021).

Merencanakan kehamilan bagi pasangan suami istri sangatlah penting untuk dilakukan. Kehamilan yang tidak direncanakan dengan baik akan berdampak buruk bagi ibu dan anak. Dalam mempersiapkan kehamilan, haruslah mempertimbangkan risiko kesehatan misalnya usia ibu, kesiapan fisik, kesiapan mental, serta keadaan sosial.

Keluarga Berencana (KB) merupakan kegiatan yang dapat membantu pasangan suami istri dalam merencanakan kehamilan, mengatur jarak kehamilan, mendapatkan kehamilan yang diinginkan, hamil pada usia yang tepat, serta menentukan jumlah anak (Lailaturohmah, Elba and Handayani et al, 2023).

Pemerintah berupaya untuk menurunkan Angka Kematian Ibu serta masalah-masalah yang terkait dengan kesehatan reproduksi khususnya pada perempuan melalui program pelayanan Keluarga Berencana. Adapun tujuan dari pelayanan KB adalah mengatur kelahiran anak, jarak kelahiran, dan usia ideal melahirkan. Pelayanan kesehatan dengan menghormati hak-hak dasar perempuan dapat meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat. Oleh sebab itu maka pemenuhan akses serta kualitas program Keluarga Berencana harus menjadi prioritas dalam pelayanan kesehatan.

Pelayanan keluarga berencana yang berorientasi pada perempuan misalnya dengan melakukan konseling memberikan kebebasan kepada calon akseptor untuk bisa mengambil keputusan, memberikan informasi yang lengkap, menjamin keamanan dan memberikan kepuasan bagi calon akseptor yang membutuhkan pelayanan KB (Nurul eko widiyastuti, Rosyati Pastuty, Emiliandry Febryanti, Iceu Mulyati, 2020).

Upaya yang dilakukan pemerintah dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yaitu menjamin ketersediaan sarana informasi, pelayanan kesehatan reproduksi dan pelayanan keluarga berencana yang bermutu, aman dan terjangkau masyarakat luas. Hal ini bertujuan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur sehingga dapat mencetak sumber daya manusia yang sehat dan cerdas.

6.2 Tujuan Program Keluarga Berencana dan Pelayanan Keluarga berencana

Berikut ini yang termasuk dalam tujuan program Keluarga Berencana adalah:

1. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu akibat kehamilan dengan faktor resiko 4 Terlalu
2. Menurunkan angka kelahiran bayi
3. Meningkatkan kesejahteraan keluarga melalui pengendalian kelahiran sehingga dapat menghasilkan generasi penerus bangsa yang berkualitas
4. Mengikutsertakan laki-laki dalam program KB
5. Menekankan jumlah penduduk
6. Memberikan informasi, pendidikan, konseling serta pelayanan KB

Tujuan Pelayanan KB adalah sebagai berikut:

1. Mengatur jarak ideal kehamilan yaitu 20 sampai 35 tahun
2. Menunda kehamilan pada ibu yang berusia < 20 tahun atau dengan gangguan kesehatan
3. Klien yang berusia > 35 tahun diharapkan tidak hamil lagi karena beresiko
4. Mengatur jumlah anak

6.3 Ruang Lingkup Pelayanan Keluarga Berencana

Berikut ini yang termasuk dalam ruang lingkup pelayanan keluarga berencana dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
2. Pelayanan Kontrasepsi
3. Konseling Pra perkawinan

4. Konsultasi Infertilitas
5. Pendidikan seksual

6.4 Prinsip Pelayanan Keluarga Berencana

Prinsip dalam melakukan pelayanan Kontrasepsi adalah sebagai berikut (Kementrian Kesehatan RI, 2021):

1. Berorientasi pada klien
Dalam memberikan pelayanan kepada klien, petugas kesehatan sebaiknya bersikap ramah dan menghormati kebutuhan klien. Petugas kesehatan memberikan informasi yang efektif, efisien serta berkualitas. . Dengan demikian maka Petugas kesehatan membantu klien memilih dan menggunakan alat kontrasepsi yang tepat sesuai dengan kebutuhan klien. Memberikan pelayanan yang berorientasi pada klien dapat memberikan kepuasan kepada klien sehingga penggunaan kontrasepsi dapat berlanjut serta meningkatkan jumlah akseptor KB.
2. Prinsip pelayanan non diskriminatif
Memberikan pelayanan kepada klien tanpa membedakan status ekonomi serta status sosial. Setiap klien memiliki hak yang sama dalam mendapatkan informasi serta pelayanan kontrasepsi. Dengan demikian pelayanan kontrasepsi dapat berjalan lebih baik.
3. Prinsip Kesukarelaan, *Informed Choise* dan *Informed Consent*
Daam melakukan peyananan kontrasepsi, untuk menentukan dan menggunakan metode kontrasepsi harus kearela dan tidak ada unsur keterpaksaan.

6.5 Persyaratan Fasilitas Layanan Kesehatan yang Memberikan Pelayanan Kontrasepsi

Pada Peraturan Pemerintah No 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan yaitu sebagai berikut:

1. Tempat praktik mandiri tenaga kesehatan misalnya praktek dokter
2. Praktik Mandiri Bidan
3. Puskesmas
4. Klinik

5. Rumah Sakit

Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan kontrasepsi dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 6.1. Tenaga Kesehatan yang Memberikan Pelayanan Kontrasepsi

No	Pelayanan Metode Kontrasepsi Yang diberikan	Tenaga Kesehatan
1	Kontrasepsi Tubektomi	Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (Sp.OG)
2	Kontrasepsi Tubektomi laparoskopi oklusi tuba	Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (Sp.OG)
3	Kontrasepsi Vasektomi	Dokter Spesialis Urologi, Dokter Spesialis Bedah atau Dokter yang mendapat pelatihan vasektomi
4	Kontrasepsi AKDR	Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (Sp.OG), Bidan yang telah mendapatkan pelatihan AKDR
5	Kontrasepsi Implan	Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (Sp.OG), Bidan yang telah mendapatkan pelatihan implan
6	Kontrasepsi Suntik	Dokter, Bidan atau Perawat yang telah diberi kewenangan berdasarkan pendelegasian sesuai dengan regulasi
7	Kontrasepsi Pil	Dokter, Bidan, Perawat yang telah diberikan kewenangan berdasarkan pendelegasian

No	Pelayanan Metode Kontrasepsi Yang diberikan	Tenaga Kesehatan
		sesuai dengan regulasi
8	Kontrasepsi Kondom	Dokter, Bidan, Perawat yang telah diberi kewenangan berdasarkan pendelegasian sesuai dengan regulasi, Tenaga non Kesehatan
9	Konseling	Dokter, Bidan ataupun Perawat

Sumber: (Permenkes RI, 2021)

6.6 Tahapan Pelayanan Keluarga Berencana

1. Sebelum Pelayanan Keluarga Berencana
 - a. Penyuluh Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) serta tenaga kesehatan memberikan pelayanan Komunikasi Informasi dan Edukasi. Pelayanan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan Pasangan Usia Subur (PUS) sehingga dapat merubah sikap dan perilaku tentang perencanaan Keluarga Berencana misalnya untuk mengatur jumlah anak, menjarangkan kelahiran, serta membatasi kehamilan dengan penggunaan metode kontrasepsi sesuai dengan pilihannya. Komunikasi Informasi dan Edukasi yang dilakukan baik secara individual maupun secara berkelompok misalnya melalui pertemuan ataupun kunjungan ke rumah-rumah dengan memanfaatkan media elektronik, media sosial serta media cetak.
 - b. Memberikan Konseling
Bagian yang penting sebelum melakukan pemasangan kontrasepsi Keluarga Berencana adalah memberikan konseling, karena dapat membantu klien untuk memilih alat kontrasepsi yang ingin digunakannya yang disesuaikan dengan tujuan reproduksinya (Ida Prijatni, 2016).

Pada metode konseling ini juga diperlukan alat bantu kerja sehingga dapat memberikan informasi yang diperlukan dalam pelayanan KB misalnya Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber KB (ABPK). Alat bantu ini dapat mempermudah klien dalam menentukan metode kontrasepsi yang ingin digunakannya sesuai dengan kebutuhan dan efektif untuk klien. ABPK membantu klien lebih bersikap partisipatif dalam pengambilan Keputusan yang tepat. Berikut inimerupan fungsi dari ABPK adalah sebagai berikut (Permenkes RI, 2021):

- 1) Sebagai Referensi/ info teknis
- 2) Dapat membantu klien dalam pengambilan keputusan berKB
- 3) Membantu dalam pemecahan masalah yang terkait dengan penggunaan metode kontrasepsi
- 4) Sebagai alat bantu bagi tenaga Kesehatan dan alat bantu visual bagi tenaga Kesehatan yang baru.

Dengan metode konseling konselor dapat membantu klien dalam memberikan masukan yang terkait metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap penting untuk diketahui sebelum menggunakan metode kontrasepsi. Pada tahap ini juga dilakukan *informed choice*. Maka dengan demikian proses konseling ini dapat meningkatkan keberhasilan program keluarga Berencana.

c. Melakukan Penapisan Medis

Tahap ini merupakan tindakan pengkajian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk memperoleh informasi tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi atau yang disebut dengan Roda KLOP .

Penapisan medis dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah calon akseptor hamil atau tidak, pada calon akseptor pasca persalinan penting untuk mengetahui apakah akseptor menyusui atau tidak, menentukan apakah calon akseptor mengalami

masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan tindakan lanjutan. Karena dengan melakukan penapisan medis tersebut dapat mengetahui kondisi kesehatan sehingga dapat menentukan pilihan metode kontrasepsi yang tepat dan cocok untuk klien. Hal yang menjadi kendala adalah klien tidak selalu memberikan informasi yang akurat tentang kondisi kesehatannya sehingga tenaga kesehatan harus lebih teliti dalam melakukan pengkajian.

d. Persetujuan Tindakan

Pada tahap ini merupakan persetujuan calon akseptor KB untuk dilakukan tindakan medis oleh tenaga kesehatan. Pada pelayanan dengan metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan. Sedangkan pada metode kontrasepsi implan, AKDR, vasektomi dan tubektomi, suntik KB persetujuan tindakan dilakukan secara tertulis.

Berikut ini termasuk hal-hal yang dianggap penting untuk dijelaskan pada calon akseptor KB sebelum dilakukan tindakan medis adalah sebagai berikut:

- 1) Tujuan dilakukan tindakan
- 2) Faktor resiko serta komplikasi yang mungkin terjadi
- 3) Tahapan tindakan atau prosedur
- 4) Alternatif tindakan yang dapat dilakukan

Dalam memberikan pelayanan kontrasepsi tenaga kesehatan harus memberikan pendidikan kesehatan tentang KB secara jelas dan dapat dipahami oleh calon akseptor KB.

2. Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan berdasarkan waktu pelaksanaannya yaitu sebagai berikut (Permenkes RI, 2021):

- a. Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu pelayanan kontrasepsi dalam 3 hari sampai 5 hari pasca coitus tanpa menggunakan perlindungan alat kontrasepsi yang tepat.
- b. Pasca keguguran, pelayanan pemasangan kontrasepsi yang dilakukan pada 0-14 hari pasca keguguran.
- c. Masa interval, yaitu pelayanan yang dilakukan selain pada pasca persalinan dan pasca keguguran.
- d. Pasca persalinan yaitu melakukan pelayanan pemasangan kontrasepsi 0-42 hari pasca persalinan.

Petugas kesehatan membantu klien dalam memilih alat kontrasepsi. Dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan calon akseptor KB perlu mempertimbangkan umur calon akseptor, Jarak anak, jumlah anak, serta kondisi kesehatan klien sehingga tercapai tujuan reproduksi.

3. Pasca Pelayanan Keluarga Berencana

Pada tahap ini pelayanan difokuskan pada komplikasi akibat penggunaan kontrasepsi, efek samping atau kegagalan penggunaan kontrasepsi. Adapapun pelayanan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Pemberian konseling.
Pemberian konseling pasca pemasangan metode kontrasepsi penting dilakukan sehingga akseptor KB dapat mengetahui efek samping yang kemungkinan terjadi. Pemberian informasi yang lengkap dan jelas akan membuat akseptor memahami metode kontrasepsi yang telah menjadi pilihannya. Petugas kesehatan dalam memberikan layanan konseling sebaiknya telah mengikuti pelatihan Komunikasi Inter Personal(KIP)/konseling menggunakan (ABPK) ber KB sehingga dapat meningkatkan kualitas pemberian konseling.
- b. Pelayanan medis
- c. Rujukan

DAFTAR PUSTAKA

- Ida Prijatni, S. R. (2016) *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan RI (2021) 'Konsep Pelayanan Kontrasepsi', *Pelayanan Kontrasepsi Bagi Dokter Dan Bidan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, pp. 29–37.
- Kesehatan, K. and Indonesia, R. (2021) *Profil Kesehatan Indonesia 2020*, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>.
- Lailaturohmah, S. M., Elba, D. H. F. and Trisna Yuni Handayani, D. (2023) *Asuhan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Sumatra Barat: Get Press Indonesia.
- Nurul eko widiyastuti, Rosyati Pastuty, Emiliandry Febryanti, Iceu Mulyati, F. etc (2020) *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Edited by A. Munandar. Bandung: CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Permenkes RI (2021) 'Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual', *Kementrian Kesehatan RI*, 70(3), pp. 156–157.

BAB 7

ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA

Oleh Hastuti Marlina

7.1 Pendahuluan

Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana (KB) merupakan bentuk pemberian pelayanan kesehatan oleh bidan kepada pasien khususnya mengenai keluarga berencana (Kemenkes RI, 2016). Asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari pemasangan alat KB, penanganan komplikasi dan efek samping kontrasepsi, melakukan konseling sebagai bentuk edukasi kepada klien mengenai kontrasepsi menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK). Bidan yang melakukan asuhan keluarga berencana juga dapat menerapkan tindakan penapisan kondisi kesehatan klien menggunakan Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi (Roda KLOP).

Pemenuhan pelayanan KB dikelola oleh dua lembaga agar program KB dapat berjalan secara berkesinambungan. Pertama yaitu Lembaga Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang berperan dari segi permintaan (*demand side*) alat kontrasepsi. BKKBN melakukan kegiatan utama berupa promosi KB, pemberdayaan masyarakat guna pemberian informasi dan motivasi kepada masyarakat. Sedangkan yang kedua, bagian penyediaan pelayanan (*supply side*) adalah Kementerian Kesehatan yang bertanggung jawab dalam penyediaan kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan, jaminan kesehatan, tenaga kesehatan, alat kesehatan dan obat kecuali alat dan obat kontrasepsi (alokon) yang disediakan oleh BKKBN (Kemenkes RI, 2021).

Dalam upaya memaksimalkan keterjangkauan layanan KB dan menjamin serta meningkatkan kualitas penyelenggaraan

Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi (KBKR) secara optimal dan komprehensif dalam mutu pelayanan KB yang sesuai dengan standar pelayanan KB. Salah satunya berdasarkan panduan aspek klinis manajemen pelayanan KB yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2009 tentang Kebidanan Pasal 46. Dalam pasal tersebut dijelaskan bahwa seorang bidan memiliki wewenang dan tugas sebagai pemberi pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Hal yang sama juga diperkuat dalam Keputusan Menteri kesehatan (Kepmenkes) Nomor 320 Tahun 2020 mengenai Standar profesi bidan terkhusus untuk kompetensi bidan dalam pemasangan IUD/Implant. Bidan yang lulusan profesi dapat melakukan pemasangan IUD/Implant pada level 4 dan bidan yang lulusan Ahli Madya Kebidanan dapat melakukan pemasangan IUD/Implant pada level 3.

Pelayanan KB yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya bidan diharapkan dilakukan secara berkesinambungan, komprehensif dan menyeluruh pada berbagai tingkat fasilitas pelayanan kesehatan baik di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP) seperti Puskesmas, klinik, dan rumah sakit kelas D pratama ataupun pada Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

7.2 Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi yang dilakukan tenaga kesehatan khususnya oleh bidan tentunya memiliki acuan yang sesuai prosedur. Adapun langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi meliputi (Kemenkes RI, 2021):

7.2.1 Pra Pelayanan

Pra pelayanan dalam pelayanan kontrasepsi adalah segala tindakan yang dilakukan sebelum memulai pelayanan/kegiatan. Pra pelayanan KB meliputi kegiatan sebagai berikut:

1. Melakukan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya bidan. Kegiatan KIE dapat pula dilakukan oleh tenaga penyuluh KB/ PLKB

dan kader. Pelayanan KIE ini dapat dilakukan secara kelompok atau perorangan. Hakekatnya tujuan KIE untuk memberikan informasi tentang keluarga berencana sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien, mengubah dan menuntun sikap klien ke arah positif sehingga perilaku tentang perencanaan keluarga menjadi lebih baik untuk kondisi menunda kehamilan, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi. Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal melalui pertemuan, kunjungan rumah, melalui media cetak, media elektronik, media sosial, Mobil Unit Penerangan (MUPEN) dan *Public Service Announcement* (PSA)

2. Melakukan konseling bertujuan untuk memberikan masukan dalam metode kontrasepsi baik itu kekurangan dan kelebihan kontrasepsi serta efek sampingnya sesuai tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini sering disebut sebagai *informed choice*. Dalam memberikan konseling KB hendaknya bidan menerapkan enam langkah yang dikenal dengan SATU TUJU (Sapa Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantulah, Jelaskan dan Kunjungan Ulang). Dalam melakukan konseling dapat menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) yang merupakan lembar balik yang sudah terstandar.
3. Penapisan dilakukan dengan tujuan untuk mengkaji kondisi kesehatan calon akseptor. Dengan penapisan ini akan dapat diketahui apakah calon akseptor hamil atau tidak, membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak, serta dapat menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya dengan HIV. Penapisan ini dilakukan karena calon akseptor tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya. Penapisan ini dapat dilakukan dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda KLOP) yang saat ini tersedia dalam bentuk aplikasi google play yang dapat di download pada tautan berikut:
<https://play.google.com/store/apps/details?id=info.android.m>

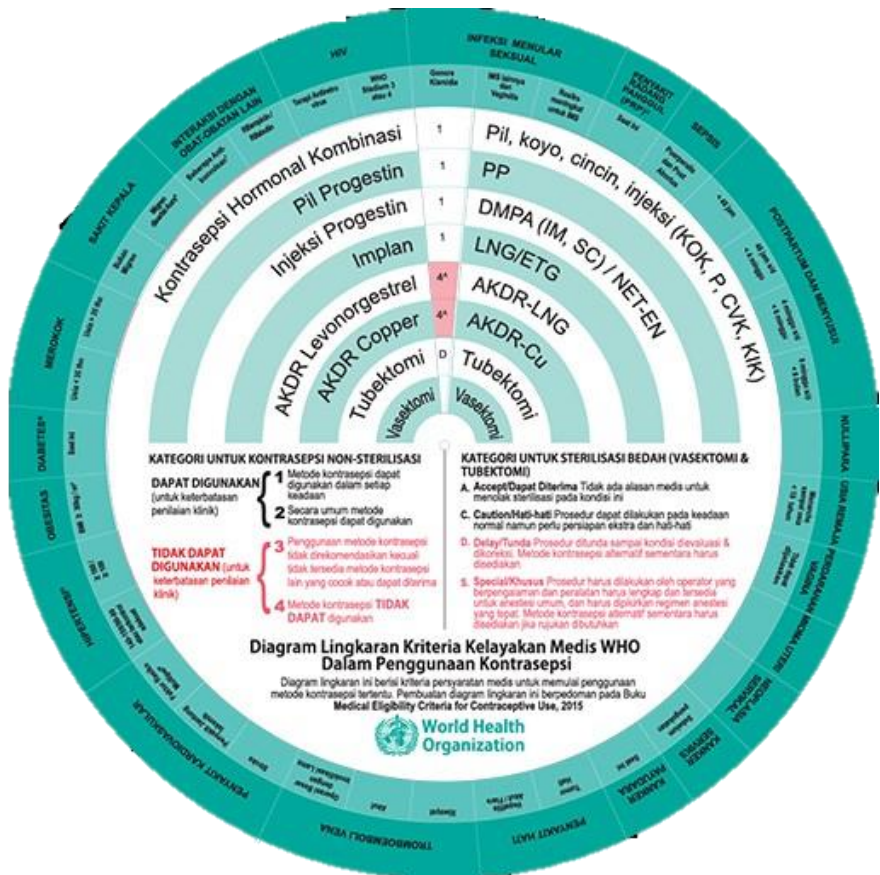
[aterialdesignwhoversiRelease&hl=id](#). Sedangkan contoh KLOP offline dapat dilihat pada Gambar 7.1. kategori kriteria kelayakan medis pada penggunaan kontrasepsi sebagai berikut:

Tabel 7.1. Kategori KLOP

Kategori	Penjelasan
1	Kondisi tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi
2	Kondisi dimana kelebihan penggunaan kontrasepsi lebih besar daripada teori yang ada ataupun risiko yang telah terbukti, artinya metode tersebut dapat digunakan tetapi memerlukan tindak lanjut yang seksama
3	Kondisi dimana risiko secara teori dan risiko yang telah terbukti lebih besar dibandingkan keuntungan penggunaan metode kontrasepsi artinya metode kontrasepsi tersebut tidak dianjurkan, kecuali tidak tersedia metode lain yang lebih sesuai
4	Kondisi dengan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima pada suatu penggunaan metode kontrasepsi

Sumber : Kemenkes RI, 2021

4. Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan pernyataan kesediaan dan kesiapan calon akseptor untuk ber-KB sesuai dengan pilihannya setelah memperoleh penjelasan yang disebut dengan *informed consent*. Penjelasan persetujuan tindakan ini sekurangnyanya-kurangnya telah menjelaskan tentang tujuan tindakan, tata cara pelaksanaan tindakan sesuai KB yang diinginkan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi serta prognosis terhadap tindakan KB yang dilakukan. Keputusan pemilihan kontrasepsi sebaiknya mempertimbangkan aspek rasional, efektif dan efisien dimana kondisi klien dalam keadaan sadar dan sehat mental.



Gambar 7.1. Contoh Bagian Depan Roda KLOP

7.2.2 Pelayanan Kontrasepsi

Setelah melakukan tahap pra pelayanan, maka dilakukan tahap pelayanan kontrasepsi berupa pemasangan atau pelepasan Alat Kontrasepsi seperti Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan implan, penggunaan PIL, suntik, tubektomi, vasektomi, kondom, dan Metode Amenore Laktasi (MAL). Pelayanan kontrasepsi dilakukan pada beberapa kondisi sesuai waktunya antara lain:

1. Pelayanan KB dapat dilakukan selain pada masa pasca keguguran atau pasca persalinan yang disebut masa interval
2. Pelayanan KB dapat diberikan pada 0-42 hari pasca melahirkan

3. Pelayanan KB dapat diberikan pada 0-14 hari pasca keguguran
4. Pelayanan KB dapat diberikan dalam 3-5 hari setelah berhubungan intim tanpa perlindungan kontrasepsi yang tepat dan konsisten yang sering disebut penggunaan kontrasepsi darurat. Hal ini juga dapat diberikan pada kasus khusus seperti perkosaan. Kontrasepsi darurat memiliki tingkat efektivitas <3% bila dikonsumsi sesegera mungkin dan bersifat sementara, tidak untuk penggunaan secara rutin.

Tabel 7.2. Jenis Kontrasepsi Darurat

Cara	Komposisi	Dosis	Waktu Pemberian
AKDR-Cu		1 x pemasangan	< 5 hari pascasanggama
Pil Kombinasi Dosis Tinggi	0,05 mg Etinilestradiol+0,25 mg levonorgestrel	2 x 2 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasanggama, dosis kedua 12 jam kemudian
Pil kombinasi dosis rendah	0,03 mg etinil-estradiol + 0,15 mg levo-norgestrel	2 x 4 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasanggama, dosis kedua 12 jam kemudian
Progestin 1	1,5 mg levo-norgestrel	2 x 1 tablet	Dalam waktu 3 hari pascasanggama, dosis kedua 12 jam kemudian

Sumber: Matahari et al, 2018.

7.2.3 Pasca Pelayanan Kontrasepsi

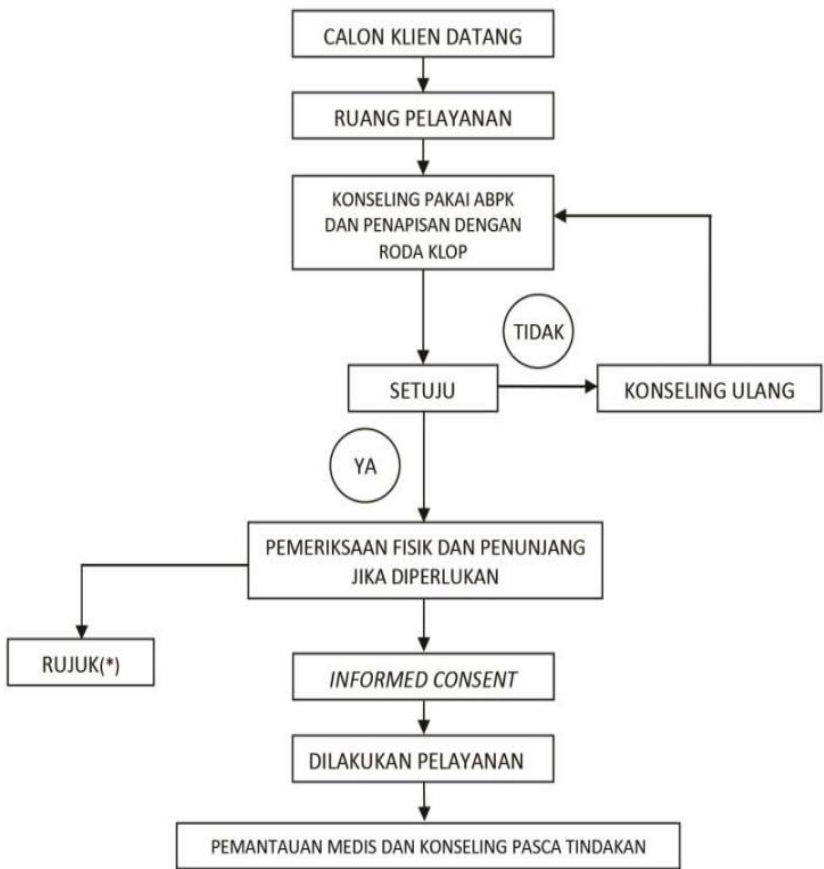
Pasca pelayanan kontrasepsi dilakukan sebagai bentuk pemberian konseling kepada akseptor dengan tujuan memberikan informasi mengenai berbagai efek samping dari KB dan komplikasinya yang berbeda pada setiap individu sehingga

akseptor dapat mengetahui dan mengatasi masalah pasca layanan KB secara mandiri di rumah atau dapat mengenali komplikasi KB yang harus ditangani di fasilitas kesehatan.

7.3 Algoritma Pelayanan KB

Algoritma pelayanan KB merupakan alur prosedur klinis pelayanan KB. Berikut algoritma pelayanan KB pada Fasilitas Kesehatan.

7.3.1 Algoritma Pelayanan KB di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)



Gambar 7.2. Algoritma Pelayanan KB di FKTP
Sumber: *Reproductive Health Access Project*, 2013

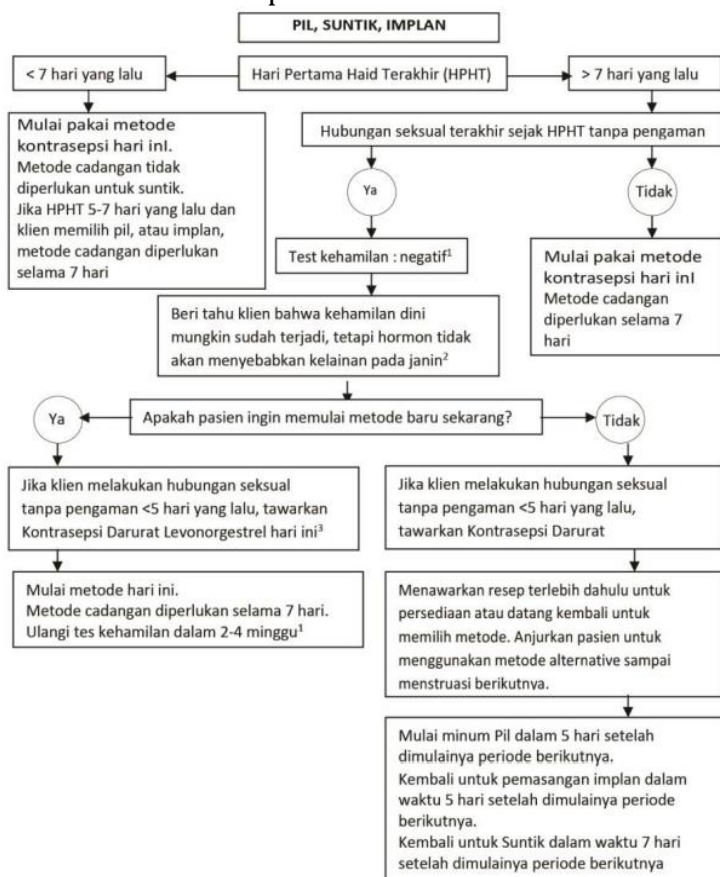
Keterangan:

(*) Kriteria pasien dirujuk ke FKRTL antara lain:

- ✓ Klien yang sudah memenuhi kriteria kelayakan medis namun tidak tersedia alokasi yang sesuai dengan keinginannya
- ✓ Tubektomi/MOW merupakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien
- ✓ Klien merupakan kategori 3 dari kriteria kelayakan medis

7.3.2 Algoritma untuk Metode kontrasepsi Hormonal

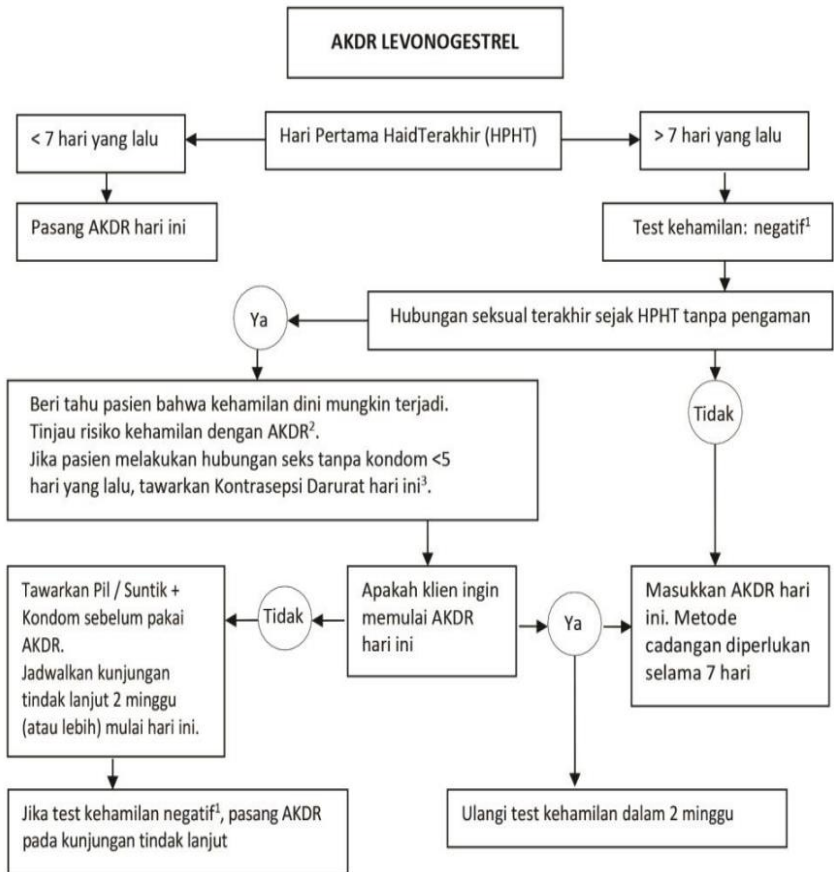
Klien mau ikut KB untuk pertama kali :



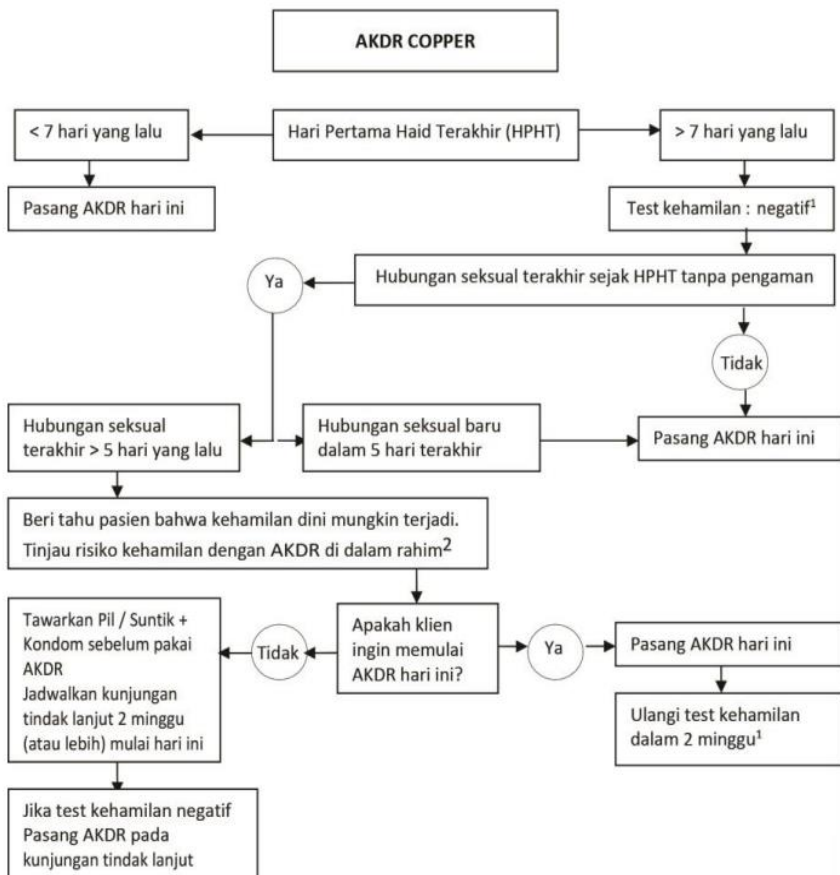
Gambar 7.3. Algoritma Metode Kontrasepsi Hormonal

Sumber: *Reproductive Health Access Project, 2013*

7.3.3 Algoritma untuk AKDR



Gambar 7.4. Algoritma untuk AKDR Levonogestrel
Sumber: *Reproductive Health Access Project*, 2013



Gambar 7.5. Algoritma untuk AKDR Copper
Sumber: *Reproductive Health Access Project*, 2013

7.4 Prosedur Pelayanan KB AKDR

Asuhan kebidanan pada keluarga berencana yang dicontohkan salah satunya mengenai pemasangan AKDR. Adapun langkah yang dilakukan bidan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2021):

Persiapan alat	Keterangan
a. Spekulum cocor bebek (ukuran besar, sedang dan kecil) b. Handscoone steril c. Tenakulum d. Forsep tampon e. Kasa f. Sonde uterus g. Gunting mayo h. Mangkok larutan antiseptik + antiseptik i. Meja ginekologi	
Persiapan Bidan	
a. Mencuci tangan sesuai panduan b. Menggunakan sarung tangan steril c. Menggunakan masker	
Prosedur pemasangan	
1. Menjelaskan urutan tindakan yang akan dilakukan dalam proses pemasangan KB IUD kepada klien dan memberikan kesempatan klien bertanya bila ada tindakan yang kurang dimengerti 2. Menyampaikan kemungkinan yang akan dirasakan oleh klien selama pemasangan KB IUD 3. Pastikan klien telah mengosongkan kandung kencingnya sebelum kemudian mempersilahkan klien berbaring di atas meja ginekologi 4. Lakukan pemeriksaan genitalia eksterna (apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening, kelenjar bartolini, kelenjar skene) dan ulkus 5. Lakukan pemeriksanaan genilatia interna dengan spekulum (periksa cairan vagina, infeksi, bila diperlukan	

- lakukan pemeriksaan mikroskopik)
6. Lakukan pemeriksaan panggul dan bimanual (tentukan besar, posisi konsistensi, nyeri goyang serviks, mobilitas uterus, tumor adneksa/kavum douglasi)
 7. Masukkan sonde uterus dan tentukan posisi uterus, kedalaman kavum uteri, pasang spekulum dan bersihkan dengan larutan antiseptik pada serviks
 8. Jepit serviks dengan tenakulum pada posisi vertikal dengan pelan
 9. Masukkan ujung sonde steril ke dalam kanalis servikalis dengan hati-hati tidak menyentuh spekulum maupun dinding vagina (*no touch technique*), sedangkan tangan yang satu tetap mempertahankan tarikan pada tenaculum
 10. Masukkan sonde secara hati-hati kedalam kavum uteri sambil mempertahankan tarikan tenakulum kearah luar dan kebawah. Bila terasa ada tahanan pada ostium servikalis interna, gunakan sonde uterus yang kecil (bila tersedia). Jangan mencoba untuk melakukan dilatasi serviks, kecuali oleh dokter spesialis
 11. Jika merasakan adanya hambatan yang ringan menandakan ujung sonde telah mencapai fundus uteri, perhatikan arah kavum uteri dan silahkan mencabut sonde
 12. Lihat kedalam uterus dari batas lendir atau darah pada sonde. Rata-rata kedalaman uterus antara 6-8 sentimeter. AKDR bisa dipasang bila kedalaman uterus lebih dari 6,5 sentimeter, namun jika lebih dari 8 cm maka kemungkinan terjadi perforasi uterus sehingga pemasangan AKDR tidak dapat dilanjutkan
 13. Masukkan lengan AKDR Copper T 380A REGULER didalam kemasan sterilnya
 14. Pastikan batang AKDR seluruhnya berada didalam tabung inserter (sebagian batang AKDR sering keluar dari tabung inserter meskipun kemasannya belum dibuka) dan ujung tabung inserter yang berlawanan dengan ujung yang berisi AKDR berada didekat tempat membuka kemasan.
 15. Letakkan kemasan diatas permukaan datar, keras dan

- bersih, dengan kertas penutup yang transparan berada diatas. Buka kertas penutup dibagian ujung yang berlawanan dari tempat AKDR sampai kira-kira sepanjang setengah jarak dengan leher biru.
16. Angkat kemasan dengan memegang bagian yang sudah dibuka (hati-hati jangan sampai AKDR keluar dari tabung inserter). Kedua bagian kertas penutup yang sudah terbuka dilipat ke masingmasing sisinya dan dipegang saat mengangkat, sehingga pendorong tetap steril waktu dimasukkan kedalam tabung inserter. Dengan tangan yang lain, masukkan pendorong kedalam tabung inserter dan dorong hati-hati sampai menyentuh ujung batang AKDR.
 17. Letakkan kembali kemasan pada tempat datar dengan bagian transparan menghadap keatas. Pegang dan tahan ke 2 ujung lengan AKDR dari atas penutup transparan dengan jari telunjuk dan ibu jari tangan kiri.
 18. Tangan kanan mendorong kertas pengukur dari ujung kemasan yang sudah dibuka sampai keujung kemasan yang masih tertutup, sehingga lengan AKDR berada diatas kertas pengukur.
 19. ahan ke 2 lengan yang sudah terlipat tersebut dengan menggunakan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri. Tarik tabung inserter melewati ke 2 ujung lengan, kemudian dorong kembali dan putar sampai ke 2 ujung lengan masuk kedalam tabung inserter dan terasa ada tahanan yaitu pada batas lempengan tembaga.
 20. Masukkan pendorong kedalam tabung inserter dan perlahan dorong hingga ujung pendorong hampir menyentuh bagian bawah T, selanjutnya lepaskan AKDR dari alat *Safe Load* dengan memutar tabung inserter 90 derajat
 21. Posisikan kavum uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus dengan cara menarik tenakulum yang masih menjepit serviks sesudah melakukan sondase uterus
 22. Masukkan dengan pelan dan hati-hati tabung inserter

yang sudah berisi AKDR dengan mempertahankan posisi leher biru dalam arah kanalis servikalis

23. Pastikan leher biru tetap dalam posisi horisontal, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri.
24. Lepaskan lengan AKDR dengan menggunakan cara *Withdrawal* yaitu dengan memegang serta menahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong. Dengan cara ini lengan AKDR akan berada tepat di fundus (puncak kavum uteri). Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter.
25. Setelah pendorong keluar dari tabung inserter, dorong kembali tabung inserter dengan pelan dan hati-hati sampai leher biru menyentuh serviks atau terasa ada tahanan dari fundus. Langkah ini menjamin bahwa lengan AKDR akan berada ditempat yang setinggi mungkin dalam kavum uteri.
26. Keluarkan seluruh tabung inserter dari kanalis servikalis. Pada waktu benang tampak muncul dari kanalis serviks sepanjang 3 - 4 cm, potong benang tersebut dengan menggunakan gunting Mayo yang tajam, lalu lepas tenaculum
27. Bantu klien bangun dan turun dari meja ginekologi (hati-hati mungkin klien merasa pusing). Beritahu klien kapan dan bagaimana cara memeriksa benang AKDR. Bila tidak melanggar budaya dan pribadi klien, persilahkan klien untuk mencoba memeriksa sendiri benang AKDR tersebut. Beri kesempatan klien untuk bertanya dan beritahu kapan untuk pemeriksaan kembali. Setelah pemasangan, klien diminta menunggu di klinik selama 15 - 30 menit sebelum diperbolehkan pulang
28. Sebelum melepas sarung tangan, buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi lalu bersihkan permukaan yang terkontaminasi

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2021. Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana.
<https://repository.binawan.ac.id/1504/1/BUKU%20KEMENKES%20UPDATE%202.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2014). Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020 : Petunjuk Teknis Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan
- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2018): Kriteria Kelayakan Medis Untuk Penggunaan Kontrasepsi. Penyunting Angsar, Ilyas, Yudianto Budi Saroyo, Herbert Situmorang, diterjemahkan dari Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. 2015
- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2019): Rekomendasi Praktik Terpilih Pada Penggunaan Kontrasepsi, Penyunting Angsar, Ilyas, Yudianto Budi Saroyo, Herbert Situmorang, diterjemahkan dari Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd ed. 2016, World Health Organization
- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2018): Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber-KB. Penyunting Angsar, Ilyas, Yudianto Budi Saroyo, Herbert Situmorang, diterjemahkan dari 264 Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers, 2005, World Health Organization
- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2019): Keluarga Berencana Buku Pedoman Global Untuk Penyedia Layanan, Penyunting Wilopo, Siswanto Agus, Ova Emilia, diterjemahkan dari Family Planning A Global Handbook For Providers, Updated 3rd ed. 2018, World Health Organization
- Matahari et al. 2018. Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Pustaka Ilmu, Yogyakarta.

World Health organization (2007) : Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing (2005)

World Health organization (2016) : Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities

World Health organization (2018).: Emergency Contraception, diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergencycontraception>

25. World Health organization (2020).: Family planning/Cont

BAB 8

BERBAGAI MACAM METODE KB BERDASARKAN EVIDENCE BASED PRACTICE

Oleh Anggie Diniayuningrum

8.1 Pendahuluan

Kontrasepsi merupakan upaya yang dilakukan untuk mengurangi kemungkinan hamil setelah berhubungan seksual (Teal & Edelman, 2021). Kegiatan pelayanan kontrasepsi di Indonesia meliputi kegiatan prapelayanan, pemberian pelayanan dan pasca pelayanan kontrasepsi (Kemenkes RI, 2021). Dalam proses menentukan metode kontrasepsi, klien akan diberikan KIE terkait metode kontrasepsi dan dilakukan penapisan kelayakan medis agar klien mendapatkan metode kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi kesehatannya (Kemenkes RI, 2021, 2022a). Kontrasepsi atau Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya yang dilakukan untuk percepatan menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu dengan mengatur jarak dan jumlah kehamilan serta meminimalkan terjadinya komplikasi dan kematian akibat komplikasi pada ibu dan bayi selama hamil, bersalin dan nifas (Kemenkes RI, 2022b).

Berdasarkan kandungan, metode kontrasepsi dapat dibagi menjadi dua yaitu kontrasepsi hormonal dan kontrasepsi non hormonal. Berdasarkan masa perlindungan, metode kontrasepsi dibagi menjadi metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan non metode kontrasepsi jangka panjang (non-MKJP). Berdasarkan cara, metode kontrasepsi dibagi menjadi modern dan tradisonal (BKKBN, 2021; Teal & Edelman, 2021).

Tabel 8.1. Klasifikasi Metode Kontrasepsi

NO	METODE	KANDUNGAN		MASA PERLINDUNGAN		MODERN/TRADISIONAL	
		HORMONAL	NON HORMONAL	MKJP	NON MKJP	MODERN	TRADISIONAL
1	AKDR Cu		√	√		√	
2	AKDR LNG	√		√		√	
3	Implan	√		√		√	
4	Suntik	√			√	√	
5	Pil	√			√	√	
6	Kondom		√		√	√	
7	Tubektomi/ MOW		√	√		√	
8	Vasektomi/ MOP		√	√		√	
9	Metode Amenore Laktasi/ MAL		√		√	√	
10	Sadar Masa Subur		√		√		√
11	Sanggama Terputus		√		√		√

Sumber: *Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana* (BKKBN, 2021)

8.2 Metode Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal mengandung hormon progesterin saja atau kombinasi hormon progesterin dan estrogen. Jenis hormon progesterin dalam kontrasepsi yang paling banyak digunakan yaitu levonorgestrel dan norethindrone (Wright, Fayad, Selgrade, & Olufsen, 2020). Progesterin memberikan efek kontrasepsi dengan beberapa mekanisme. Hormon progesterin masuk ke dalam tubuh secara difusi pasif melalui membran plasma akan berikatan dengan reseptor progesterin di inti sel. Peningkatan kadar progesterin dalam tubuh menyebabkan penekanan atau supresi sekresi hormon gonadotropin (GnRH) oleh hipotalamus dan *luteinizing hormone* (LH) serta *follicle stimulating hormone* (FSH) oleh kelenjar hipofisis. Supresi sekresi GnRH, LH dan FSH sehingga tidak terjadi ovulasi. Namun pada beberapa kasus penggunaan progesterin jenis norethindrone, sebanyak separuh wanita penggunaannya masih mengalami ovulasi. Selain itu, progesterin memberikan efek

kontrasepsi dengan meningkatkan viskositas mucus serviks sehingga mukus serviks menjadi lebih kental, mempersempit kanal serviks sehingga mencegah pergerakan sperma untuk bertemu sel telur. Porgestin menekan aktivitas mitosis pada endometrium sehingga menginduksi atrofi endometrium untuk mencegah terjadinya implantasi. Progestin juga menyebabkan penurunan aktivitas kontraktile saluran tuba dengan menekan ambang kontraktilitas dan eksitabilitas sel otot polos pada dinding tuba (Fedotcheva, 2021).

Jenis hormon estrogen yang paling sering digunakan pada kontrasepsi hormonal yaitu etinilestradiol (Wright et al., 2020). Estrogen memberikan efek kontrasepsi dengan menekan eksresi GnRH dan FSH sehingga menekan perkembangan folikel. Estrogen memberikan efek terhadap pengurangan kejadian perdarahan yang tidak teratur (Shoupe, 2021; Teal & Edelman, 2021). Penggunaan etinilestradiol dan turunan estrogen yang lainnya akan meningkatkan risiko terjadinya thrombosis vena. Dalam penelitian yang dilakukan menunjukkan prevalensi terjadinya thrombosis vena pada WUS yaitu 2-10 per 10.000/tahun (Teal & Edelman, 2021).

8.3 Macam-Macam Metode Kontrasepsi Hormonal

1. Implan

Implan merupakan alat kontrasepsi berbentuk batangan kecil yang mengandung hormon progestin, yang dimasukkan ke bawah kulit di lengan atas bagian dalam dengan membuat sayatan kecil (BKKBN, 2021; WHO, 2022a). Implan sebagai alat kontrasepsi memiliki efektivitas sebesar 1 kehamilan per 100 wanita (WHO, 2022a). Ada beberapa jenis implan yang digunakan sebagai berikut (Tabel 8.2).

Tabel 8.2. Jenis Implan dan Spesifikasinya

No.	Tipe Implan	Kandungan	Jumlah Implan	Lama Penggunaan (tahun)
1.	Jadelle	Levonogestrel (LNG)	2	5
2.	Implanon NXT atau Nexplanon	Etonogestrel (ETG)	1	3-5
3.	Levoplant	Levonogestrel (LNG)	2	3
4.	Norplant	Levonogestrel (LNG)	6	5-7

Sumber: WHO, 2022

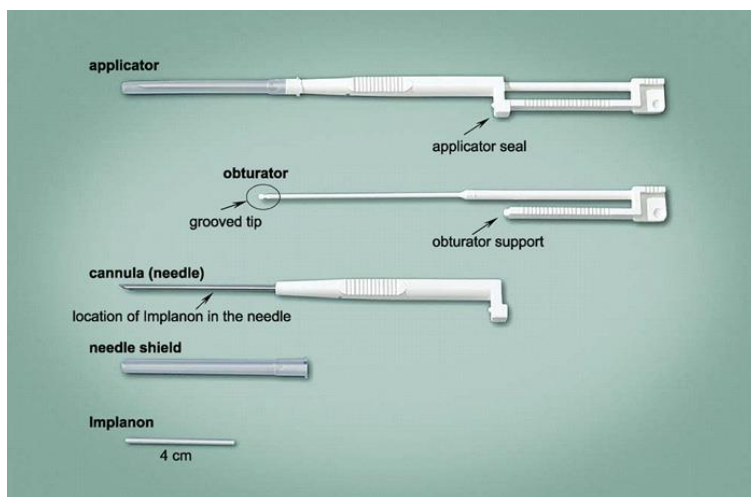
Sebelum dilakukan pemasangan implan, klien akan dilakukan skrining berdasarkan kriteria kelayakan medis sehingga klien mendapatkan metode kontrasepsi yang tepat sesuai dengan kondisi kesehatannya. Adapun kriteria kelayakan medis yang dimaksud yaitu pada Tabel 8.3.

Tabel 8.3. Kriteria Kelayakan Medis Pengguna Implan

No.	Layak	Tidak Layak
1	Belum atau sudah memiliki anak	Mengidap penggumpalan darah akut pada vena dalam di kaki ataupun di paru
2	Wanita usia reproduktif, termasuk wanita usia > 40 tahun	Perdarahan abnormal atau AUB (<i>Abnormal Uterine Bleeding</i>) yang tidak diketahui penyebabnya
3	Post abortus atau Post KET	Mengidap kanker payudara > 5 tahun lalu
4	Perokok	Mengidap sirosis hati atau tumor pada hati

No.	Layak	Tidak Layak
5	Sedang memberikan ASI	SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>) dengan antibody antifosfolipid + dan tidak mendapatkan terapi imunosupresif
6	Memiliki riwayat atau penderita anemia	
7	Menderita varises pada vena	
8	Penderita HIV, yang sedang atau tidak mendapatkan ARV	
9	Obesitas dengan BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	
10	Tekanan darah tinggi yang terkontrol	

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015); *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana* (BKKBN, 2021)



Gambar 8.1. Implan dan Aplikator Pemasangan Implan

Sumber: *Contraceptive Implants: An Overview and Update* (Isley & Katz, 2017)

Mekanisme Kerja

Implan bekerja dengan mengikat reseptornya yang terletak di beragam sel target, yang didistribusikan di sepanjang sumbu saluran hipotalamus-hipofisis-gonad-genital (*HPG Axis*). Progestin dalam implan menghambat beberapa proses penting yang diperlukan untuk pembuahan. Progestin menekan dan mengubah ovulasi serta mengentalkan lendir serviks. Progestin juga membatasi atau menekan akses spermatozoa ke tempat pembuahan (Ali, Bahamondes, & Bent Landoulsi, 2017).

Waktu Penggunaan

Tabel 8.4. Waktu Penggunaan Implan

No	Kondisi	Waktu Pemasangan
1	Riwayat menstruasi teratur atau ganti metode dari kontrasepsi non hormonal	- 7 hari dari hari haid pertama, tidak perlu kontrasepsi tambahan - >7 hari dari hari haid pertama, dapat dipasang dengan memastikan bahwa klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama setelah dipasang
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal lain	- Segera dengan syarat klien menggunakan kontrasepsi dengan benar dan tidak dalam kondisi hamil. Tidak memerlukan kontrasepsi tambahan setelah pemasangan. - Jika beralih dari metode suntik (progestin atau kombinasi), dipasang ketika jadwal suntik selanjutnya dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan.
3	Menyusui kurang dari 6 bulan	- Belum haid dapat dipasangan segera sampai usia bayi 6 bulan

No	Kondisi	Waktu Pemasangan
		dengan ASI eksklusif - Telah haid, lihat poin 1
4	Menyusui lebih dari 6 bulan	- Belum haid, dapat dipasang segera dan dipastikan klien tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari. - Telah haid, lihat poin 1
5	ASI tidak eksklusif dan belum menstruasi	- Dapat dipasang segera dan dipastikan klien tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari.
6	ASI tidak eksklusif dan telah menstruasi	Lihat poin 1
7	Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	Dapat dipasang segera dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan.
9	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	Lihat poin 4
9	Tidak menstruasi (bukan dalam masa menyusui)	Lihat poin 5
10	Pasca keguguran (<i>Post Abortus</i>)	- ≤ 7 hari pasca keguguran TM 1 atau TM 2 dapat dipasang segera dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan - >7 hari pasca keguguran TM 1 atau TM 2, dapat dipasang segera dan dipastikan tidak hamil. Memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efektifitas

Efektivitas Implan yaitu < 1 kehamilan per 100 perempuan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan) (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Efek samping yang ditimbulkan pada penggunaan implan berdasarkan (BKKBN, 2021) yaitu:

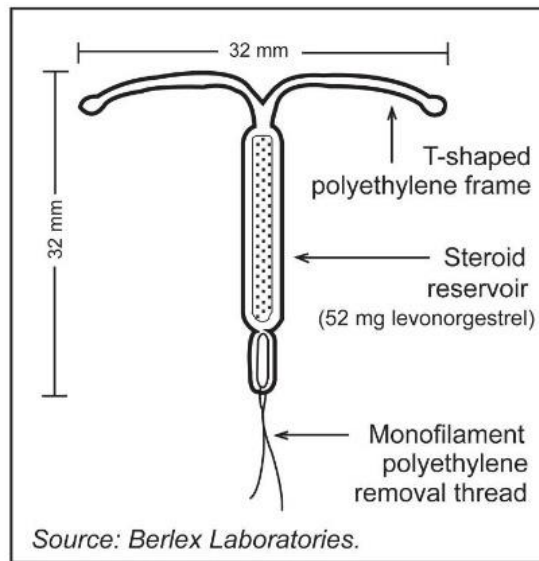
- a. Siklus menstruasi menjadi tidak teratur. Hal ini akan berkurang atau berhenti setelah 1 tahun pemasangan. Upaya mengatasinya dapat diberikan ibuprofen 3x800gr dalam 5 hari atau asam mefenamat 3x500mg dalam 5 hari. Jika penggunaan obat-obatan tersebut tidak memperbaiki kondisi klien maka dapat diberikan pil kombinasi 1 pil per hari selama 21 hari, atau pil yang mengandung ethynyl estradiol 1x50µg selama 21 hari.
- b. Amenorea
- c. Menstruasi menjadi lebih banyak dan lama
- d. Nyeri pada perut
- e. Timbul jerawat
- f. Peningkatan berat badan
- g. Nyeri pada payudara. Klien disarankan menggunakan *supportive bra*
- h. Perubahan perasaan dan libido
- i. Nyeri pasca pemasangan dan pencabutan. Pastikan balutan pada lengan tidak terlalu ketat. Dapat diberikan anti nyeri seperti ibuprofen 400 mg atau paracetamol 500-1000 mg.

2. IUD LNG

Pengertian

IUD LNG adalah IUD yang mengandung hormon lenovogestrel (progestin) yang dilepaskan secara perlahan setiap harinya di dalam rahim. Ada beberapa penyebutan untuk IUD LNG yaitu IUS LNG, IUD Hormonal dan IUS hormonal (WHO, 2021). Terdapat 2 jenis IUD LNG yang beredar dan disertifikasi FDA (*Food Drugs Administration*)

yaitu IUD LNG-20 (Mirena; Bayer, Leverkusen, Jerman) yang mengandung 52 mg LNG, yang dilepaskan ke dalam rongga rahim dengan dosis 20 μg per hari selama 5 tahun. IUD LNG-14 (Skyla; Bayer) yang mengandung 13,5 mg LNG dan dilepaskan sebanyak 14 μg per hari selama 3 tahun (Attia, Ibrahim, & Abou-Setta, 2013; Linares & Schutt-Ainé, 2012). Jenis lainnya yaitu IUD LNG-8 (Jaydess/Skyla) yang mengandung 13,5 mg LNG dan dilepaskan sebanyak 8 μg per hari selama 3 tahun. IUD LNG-9 (Kyleena) yang mengandung 19,5 mg dan dilepaskan sebanyak 9 μg per hari selama 5 tahun (Costescu, 2016).



Gambar 8.2. IUD LNG dan komponennya
Sumber: (Beatty & Blumenthal, 2009)

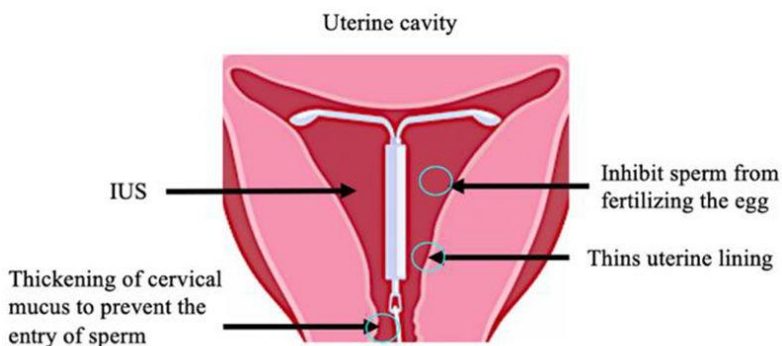
Selain memberikan efek kontraseptif, IUD LNG dalam sebuah penelitian dapat menjadi pilihan efektif dalam penatalaksanaan adenomyosis. IUD LNG mengurangi keparahan gejala, volume rahim, ketebalan endometrium dan memperbaiki prognosis hasil laboratorium. IUD LNG dapat dijadikan pilihan bagi wanita dengan adenomyosis dan menginginkan kehamilan karena LNG IUD mengandung

tingkat hormon steroid sistemik yang rendah (Abbas et al., 2020).

Mekanisme Kerja

Mekanisme utama efek kontrasepsi dari IUD LNG yaitu pengentalan mukus serviks sehingga mengganggu sperma pada saat membuahi sel telur. Mukus serviks yang mengental memiliki manfaat lain bagi wanita yaitu mengurangi kejadian infeksi saluran kelamin atas atau penyakit radang panggul (Black et al., 2016; Costescu, 2016). Mekanisme sekunder LNG IUD yaitu:

- a. Progestin menyebabkan desidualisasi dari endometrium sehingga mengurangi terjadinya perdarahan pada pengguna IUD LNG
- b. Mencegah terjadinya ovulasi
- c. Mengganggu motilitas tuba dan mengurangi potensi masa subur oosit
- d. Keberadaan IUD dianggap sebagai benda asing dalam rahim sehingga dapat mempercepat apoptosis spermatozoa, oosit, dan blastokista melalui respon inflamasi steril
- e. Stimulasi protein endometrium yang menyebabkan penghambatan pembuahan yaitu Glikodelin A. Protein ini dapat menghambat pembuahan dengan mencegah pengikatan sperma ke zona pelusida.



Gambar 8.3. Mekanisme Kerja IUD LNG

- (1) Menghambat sperma untuk membuahi sel ovum; (2) Menipiskan dinding uterus; (3) Menebalkan lender serviks untuk mencegah masuknya sperma

Sumber: Long-acting intrauterine systems: Recent advances, current challenges, and future opportunities (Fanse, Bao, & Burgess, 2022)

Kontraindikasi

Ada beberapa kriteria kontraindikasi penggunaan IUD LNG yaitu berdasarkan kriteria kelayakan medis yang dikeluarkan oleh WHO yaitu sebagai berikut (Tabel 8.4).

Tabel 8.5. Kriteria Kelayakan Medis WHO Penggunaan LNG IUD

No	Kategori 4 tidak boleh digunakan	Kategori 3 risiko lebih besar dari keuntungan
1	Hamil	Inseri 48 jam atau <4 minggu post partum
2	Sepsis post partum	Penderita tromboemboli vena
3	Pasca abortus sepsis	Penderita atau memiliki riwayat penyakit jantung iskemik
4	Perdarahan abnormal vaginal yang belum diketahui penyebabnya	SLE (<i>Systemic lupus erythematosus</i>)
5	Mola hidatidosa dengan peningkatan kadar β -hCG	Migrain dengan gejala
6	Kanker serviks	Mola hidatidosa dengan β -hCG stabil atau turun
7	Penderita Kanker Payudara	Riwayat kanker payudara > 5 tahun dan terbukti sel kanker tidak tumbuh kembali
8	Kanker Endometrium	Penderita HIV tingkat lanjut
9	Kanker Ovarium	Sirosis yang parah
10	Leiomioma dengan distorsi pada kavum uterus	Keganasan pada hepar
11	Penderita PID (<i>Pelvic</i>	Adenoma hepatoseluler

No	Kategori 4 tidak boleh digunakan	Kategori 3 risiko lebih besar dari keuntungan
	<i>Inflammatory Disease</i>) atau terdapat pengeluaran nanah dari serviks	
12	Tuberkulosis pelvis	

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Tingkat kehamilan yang dilaporkan untuk alat kontrasepsi dalam rahim yang melepaskan levonorgestrel 52 mg (melepaskan 20 µg/24 jam) kurang dari 1 per 100 wanita selama tahun pertama, dan 5–8 kehamilan per 1.000 wanita selama 5 tahun penggunaan (WHO, 2021). Adapun sumber lain menyatakan angka kegagalan penggunaan IUD LNG pada beberapa jenis IUD LNG adalah sebagai berikut:

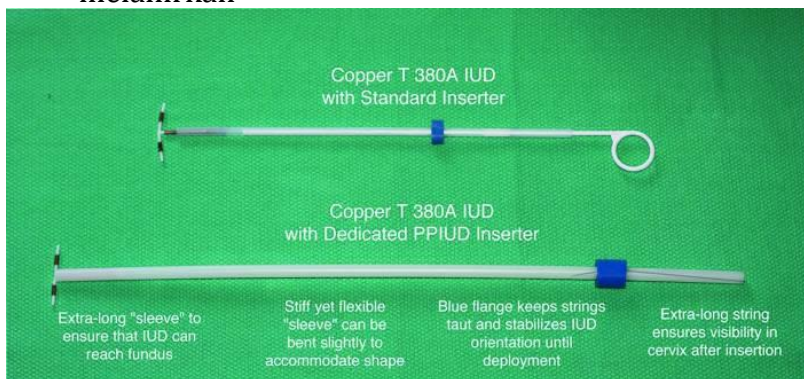
- IUD LNG-8 (mengandung 13,5 mg LNG) dengan angka kegagalan 0,33 per 100 perempuan setelah 3 tahun pemakaian
- IUD LNG-16 (mengandung 19,5 mg LNG) dengan angka kegagalan 0,31 per 100 perempuan
- IUD-LNG 20 (mengandung 52 mg LNG) dengan angka kegagalan 0,2 per 1000 perempuan (Costescu, 2016; Trussell, 2011)

Waktu Penggunaan

IUD LNG dapat digunakan pada tujuh hari pertama siklus menstruasi seorang wanita, dapat dipasang kapan saja selama siklus tersebut jika dipastikan bahwa calon akseptor tidak hamil dan tidak mempunyai risiko hamil pada masa tersebut. IUD LNG dapat segera dipasang setelah terjadi keguguran spontan tanpa komplikasi baik pada TM 1 atau TM 2. Selain itu, IUD LNG dapat dipasang segera setelah melahirkan. Namun jika dipasang pada 48 jam pertama setelah melahirkan, risiko ekspulsi lebih tinggi (Beatty &

Blumenthal, 2009). Penelitian yang dilakukan Singh (2016), untuk mengurangi risiko terjadi ekspulsi IUD pada ibu postpartum dapat menggunakan IUD postpartum inserter. IUD postpartum inserter memiliki kelebihan yaitu:

- a. Tidak memerlukan instrument khusus seperti forsep, teknik pemasangan terstandarisasi dan mudah dipelajari karena memiliki standar khusus tersebut.
- b. Terbuat dari bahan Silastic yang kaku namun tetap fleksibel sehingga dapat mengakomodasi bentuk rahim pasca melahirkan
- c. Siap digunakan karena sudah tersedia dalam satu paket, mengurangi kebutuhan akan manipulasi dan mengurangi kemungkinan terjadinya kontaminasi dan infeksi
- d. Mengurangi risiko infeksi dan ketidaknyamanan pada penyedia layanan karena tidak perlu memasukkan tangannya ke dalam vagina
- e. Memiliki inserter yang lebih panjang dibandingkan inserter IUD standar untuk memastikan IUD mencapai fundus dengan mudah, sehingga mengurangi risiko ekspulsi dan memudahkan pemasangan.
- f. Memiliki benang IUD yang lebih panjang dari IUD standar yang terlihat setelah pemasangan pasca melahirkan



Gambar 8.4. IUD Inserter standar dan IUD Postpartum Inserter

Sumber: A Dedicated Postpartum Intrauterine Device Inserter: Pilot Experience and Proof of Concept (Singh et al., 2016)

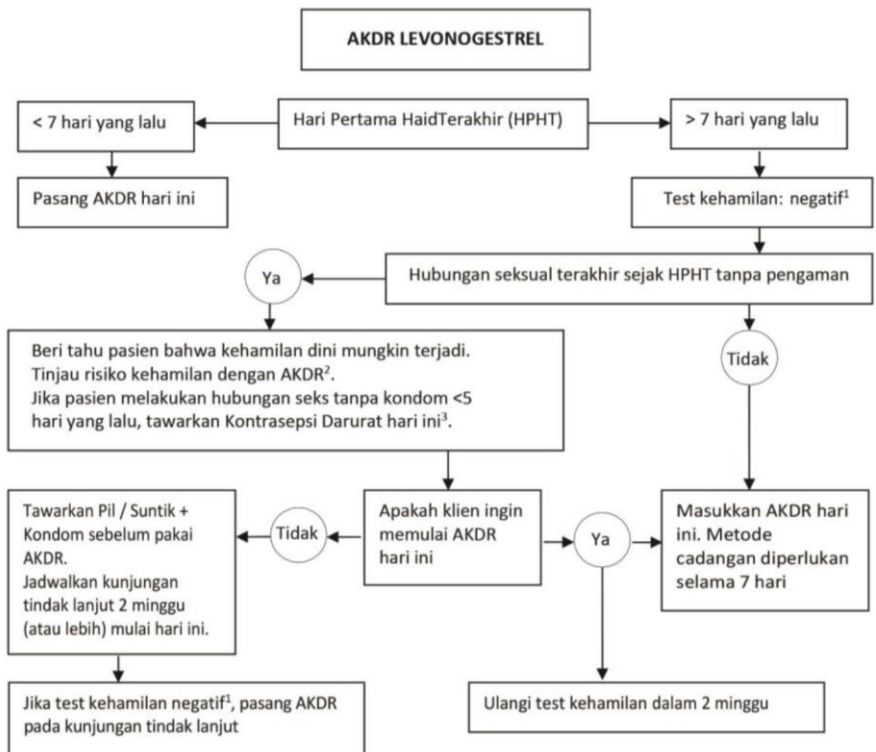
Tabel 8.6. Waktu Penggunaan IUD LNG

No	Kondisi	Waktu
1	Segera setelah melahirkan	- 48 jam pasca partus - >48 jam, pemasangan dilakukan ≥ 4 minggu pasca partus
2	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 7 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >7 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama
3	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil. • Pemasangan dalam 7 hari dari menstruasi hari pertama, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Pemasangan >7 hari dari menstruasi hari pertama, diperlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari • Ganti dari metode suntik yang, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya, dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
4	ASI eksklusif atau	• Belum menstruasi: dapat

No	Kondisi	Waktu
	hampir eksklusif <6 bulan	dipasang dalam 4 minggu – 6 bulan pasca partus dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
5	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Belum menstruasi: digunakan segera, dipastikan klien tidak hamil, dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
6	ASI tidak eksklusif atau Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	• Digunakan ≥ 4 minggu pasca partus
7	ASI tidak eksklusif atau Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera, dipastikan tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari • Sudah menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
8	Tidak menstruasi (bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	• Dapat digunakan segera jika dipastikan tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
9	Pasca keguguran	• Dalam 7 hari pasca keguguran

No	Kondisi	Waktu
		TM 1 atau 2 dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan • >7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari • Jika terjadi infeksi pasca keguguran, maka dapat dipasang setelah infeksi tertangani • Pemasangan IUD LNG pasca keguguran TM 2 diperukan sertifikasi khusus. Jika tidak terlatih khusus, dapat dipasang ≥ 4 minggu pasca keguguran
	Setelah menggunakan Pil Kondar	Pil Progestin atau Pil Kombinas • Dapat digunakan segera setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari Pil Kondar ulipristal asetat (UPA) • Dapat digunakan setelah 6 hari meminum UPA, tidak menunggu siklus menstruasi berikutnya, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

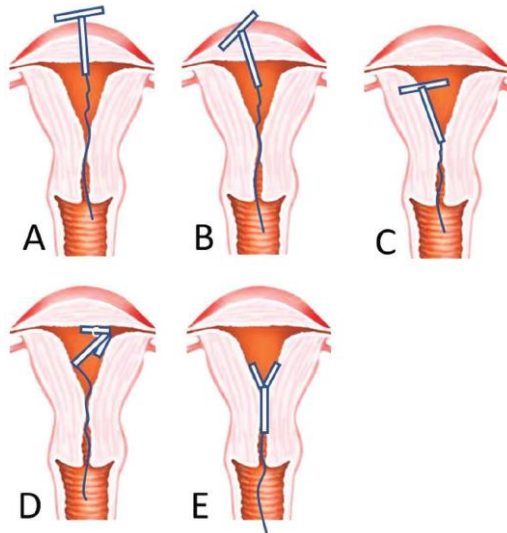
Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)



Gambar 8.5. Algoritma Pemasangan IUD LNG
Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Efek samping yang paling sering muncul pada pengguna IUD yaitu tidak menstruasi atau amenorea. Sebanyak 25% perempuan berhenti menggunakan IUD LNG karena amenorea. Sekitar 20% pengguna IUD LNG tidak mendapatkan menstruasi pada bulan ke 12, dan 70% pengguna mengalami oligomenorea atau amenorea pada bulan ke-24 (Beatty & Blumenthal, 2009). Masalah lain dalam penggunaan IUD yaitu ekspulsi secara spontan. Pada penelitian yang dilakukan pada 481 perempuan di Amerika dengan persentase sebesar 9,6% dan 10,1% pada penelitian lain dengan responden 5.403 perempuan pengguna IUD (Pires et al., 2020; Youm, Lee, Kim, Kim, & Jee, 2014).



Gambar 8.6. Komplikasi IUD

(A) Perforasi komplet; (B) Parsial perforasi; (C) Penyusupan sebagian pada uterus; (D) Malposisi; (E) Ekspulsi setelah pemasangan

Sumber: Birth Control and Family Planning Using Intrauterine Devices (IUDs)(Gabriel et al., 2017)

Kejadian perforasi uterus sangat jarang terjadi, namun jika terjadi maka intervensi yang dilakukan yaitu tindakan pembedahan. Jika pasien ingin menggunakan IUD kembali, maka diperlukan waktu 4-6 minggu untuk penyembuhan dinding rahim terlebih dahulu (Gabriel et al., 2017).

Berdasarkan (BKKBN, 2021) ada beberapa efek samping dalam penggunaan IUD LNG yaitu:

- a. Perubahan pola menstruasi baik dari segi kuantitas (banyak atau sedikit), durasi (memanjang atau memendek), dan siklus (tidak teratur, jarang atau tidak menstruasi)
- b. Timbul jerawat
- c. Sakit kepala
- d. Nyeri pada payudara
- e. Mual

- f. Penambahan berat badan
- g. Perubahan perasaan (*mood swing*)

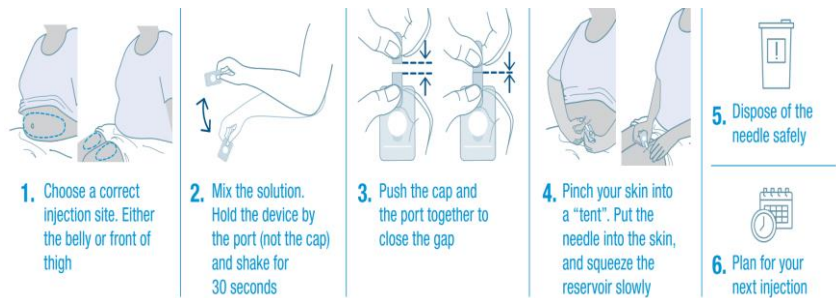
3. Suntik Progesterin

Pengertian

Depot Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) dengan dosis 150 mg yang diberikan secara intramuskular setiap 3 bulan dapat menyebabkan amenore (Bulun, 2019)

Mekanisme Kerja

DMPA bekerja dengan menghambat sekresi GnRH oleh kelenjar pituitary yang menekan pelepasan hormone pada ovarium yaitu memblokir lonjakan LH sehingga tidak terjadi ovulasi (Isley & Katz, 2017)



Gambar 8.7. Injeksi Mandiri Pada Kontrasepsi Injeksi

(1) Memilih lokasi injeksi yang tepat. Dapat diinjeksikan pada perut atau paha bagian atas (2) Campurkan larutan injeksi dengan menggoyangkan larutan selama 30 detik (3) Buka kemasan injeksi dengan mendorong tutup dan bagian *port* injeksi (4) Cubit bagian kulit yang akan diinjeksi (5) Buang jarum di tempat yang aman (6) Jadwalkan kembali untuk injeksi selanjutnya

Sumber:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363030/WHO-SRH-22.2-eng.pdf?sequence=1> (WHO, 2022b)

Kriteria Kelayakan Medis

Kriteria kelayakan medis kontrasepsi progestin (mini pil, implant dan injeksi) berdasarkan kriteria WHO.

Tabel 8.7. Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi Progestin

No.	Keterangan	Kategori
	Menyusui	
1	< 6 minggu postpartum	
	Mini pil dan IUD LNG	2
	DMPA	3
2	≥ 6 minggu - < 6 bulan postpartum	1
3	≥ 6 minggu postpartum	1
	Tidak menyusui	
4	< 21 hari postpartum	1
5	≥ 21- 42 hari post partum	1
6	> 42 hari post partum	1
	<i>Superficial Venous Disorder</i>	
7	Pelebaran vena (<i>Varicose Veins</i>)	1
8	Superficial venous thrombosis	1
	Dislipidemia	
9	Dislipidemia tanpa adanya risiko kardiovaskular	2
	Penggunaan obat-obatan	
10	Rifampicin atau Rifabutin	
	Mini pil	3
	DMPA	1
	NET-EN	2
	LNG	2
11	Phenytoin, Carbamazepine, Barbiturates, Primidone, Topiramate, Oxcarbazepine	
	Mini pil	3
	DMPA	1
	NET-EN	2
	LNG	2

Keterangan:

Kategori	Kesimpulan
1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi	Boleh digunakan
2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti	Boleh digunakan
3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut	Tidak boleh digunakan
4 : Suatu kondisi yang menunjukkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.	Tidak boleh digunakan

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Efektivitas pil progestin sebagai alat kontrasepsi tergantung dari kepatuhan klien dalam mengkonsumsi pil. Bila pil diminum teratur setiap hari terjadi kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan. Pada pengguna DMPA kesuburan akan kembali 4 bulan dan pengguna NET-EN akan kembali 1 bulan lebih lama dibandingkan dengan metode lainnya (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

Tabel 8.8. Waktu Penggunaan Suntik Progestin

No	Kondisi	Waktu
1	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 7 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >7 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama • Berganti dari penggunaan IUD, dapat digunakan segera
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil. • Ganti dari metode suntik yang lain, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya, dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
3	ASI eksklusif atau hampir eksklusif <6 bulan	• Melahirkan <6 minggu, diberikan setelah >6 minggu melahirkan • Belum menstruasi: dapat digunakan 6 minggu-6 bulan, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
4	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Belum menstruasi: digunakan segera, dipastikan klien tidak hamil, dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal

No	Kondisi	Waktu
5	ASI tidak eksklusif <6 minggu setelah melahirkan	• Diberikan setelah >6 minggu setelah melahirkan
6	ASI tidak eksklusif >6 minggu setelah melahirkan	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera, dipastikan tidak hamil dan diperlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
7	Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	• Dapat digunakan segera tanpa kontrasepsi tambahan
8	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	• Belum menstruasi: dapat digunakan, dipastikan tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan • Sudah menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
9	Tidak menstruasi (bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	• Dapat digunakan segera jika dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
10	Pasca keguguran	• <7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan • >7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2

No	Kondisi	Waktu
		dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
11	Setelah menggunakan Pil Kondar	Pil Progestin atau Pil Kombinas - Dapat digunakan segera setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari Pil Kondar ulipristal asetat (UPA) - Dapat digunakan setelah 6 hari meminum UPA, tidak menunggu siklus menstruasi berikutnya, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Efek samping yang sering terjadi dari penggunaan DMPA atau suntik 3 bulan yaitu perdarahan irregular (96,3%), kenaikan berat badan (48%), nyeri tulang (24%) dan berkurangnya secret vagina (*vaginal dryness*) (10,4%) (Veisi & Zangeneh, 2013). Penggunaan suntik 3 bulan yaitu *Depot Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA) dan *Norethisterone Enanthate* (NET-EN) dalam pengembalian masa subur membutuhkan waktu masing-masing 10 dan 6 bulan, sejak tanggal suntikan terakhir, tidak melihat lama penggunaannya (WHO, 2015). Efek samping lain yang muncul yaitu perut terasa kembung (BKKBN, 2021).

4. Suntik Kombinasi

Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi injeksi yang mengandung hormon *medroxy progesterone acetate* (25 mg) dan *estradiol cypionate* (5 mg), digunakan dalam bentuk

larutan mikrokristalin dan diinjeksikan secara IM pada otot gluteal atau otot deltoid (Veisi & Zangeneh, 2013).

Suntik kombinasi memiliki beberapa jenis berdasarkan waktu penggunaannya berdasarkan (BKKBN, 2021) yaitu:

- a. Suntik kombinasi 1 bulan, mengandung hormon *medroxyprogesterone acetate* 50 mg/ml, dan *estradiol cypionate* 10 mg/ml.
- b. Suntik kombinasi 2 bulan mengandung hormon *medroxyprogesterone acetate* 60 mg/ml, dan *estradiol cypionate* 7,5 mg/ml.
- c. Suntik kombinasi 3 bulan, mengandung hormon *medroxyprogesterone acetate* 120 mg/ml, dan *estradiol cypionate* 10 mg/ml.

Mekanisme Kerja

Ada beberapa mekanisme kerja suntik kombinasi sebagai kontrasepsi menurut BKKBN (2021) yaitu:

- a. Mencegah terjadinya pelepasan telur dari ovarium.
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma ke dalam sel ovum.
- c. Menyebabkan atrofi pada endometrium sehingga mencegah terjadinya implantasi
- d. Menghambat perjalanan sel gamet pada tuba

Kriteria Kelayakan Medis

Kriteria kelayakan medis pengguna kontrasepsi kombinasi (suntik kombinasi, pil kombinasi, patch kombinasi dan vaginal ring kombinasi) berdasarkan kriteria WHO.

Tabel 8.9. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi

No.	Keterangan	Kategori
	Usia	
1	< 40 tahun	1
2	≥ 40 tahun	2
	Menyusui	
3	< 6 minggu postpartum	4
4	≥ 6 minggu - <6 bulan postpartum	3
	≥ 6 bulan postpartum	2
	Postpartum	
5	< 21 hari postpartum tanpa ada risiko tinggi untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
6	< 21 hari postpartum dengan risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	4
7	≥ 21 – 42 hari postpartum tanpa ada risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	2
8	≥ 21 – 42 hari postpartum dengan risiko untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
9	> 42 hari postpartum	1
	<i>Superficial Venous Disorder</i>	
10	Pelebaran pembuluh darah (<i>varicose veins</i>)	1
11	<i>Superficial venous thrombosis</i> (SVT)	2
	Dislipidemia	
12	Dislipidemia tanpa risiko kejadian kardiovaskular	2

Keterangan:

Kategori	Kesimpulan
1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi	Boleh digunakan
2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti	Boleh digunakan
3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut	Tidak boleh digunakan
4 : Suatu kondisi yang menunjukkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.	Tidak boleh digunakan

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Efektivitas suntik kombinasi sebagai alat kontrasepsi tergantung dari kepatuhan klien saat jadwal suntik kembali. Bila suntik dilakukan tepat waktu, kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan. Kesuburan akan kembali kurang lebih 5 bulan setelah penghentian penggunaan (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

Injeksi diberikan pada 5 hari pertama menstruasi atau 6 bulan setelah melahirkan (Veisi & Zangeneh, 2013). Berdasarkan kriteria yang terdapat dalam Buku Pelayanan KB dan Kontrasepsi menurut BKKBN (2021), terdapat beberapa kriteria untuk pemberian suntik kombinasi.

Tabel 8.10. Waktu Penggunaan Suntik Kombinasi

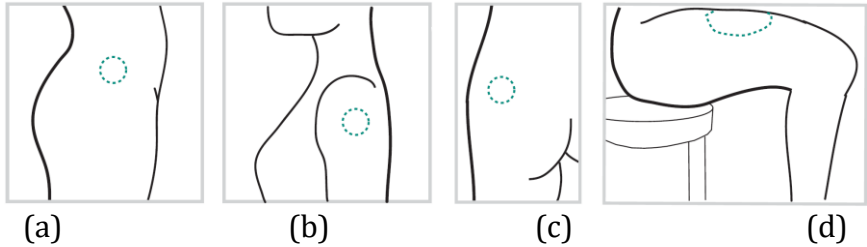
No	Kondisi	Waktu
1	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 7 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >7 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama • Berganti dari penggunaan IUD, dapat digunakan segera
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Ganti dari metode suntik, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
3	ASI eksklusif atau hampir eksklusif <6 bulan	• Digunakan ≥ 6 bulan atau ketika ASI sudah tidak menjadi nutrisi utama
4	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera dan dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari • Sudah menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus

No	Kondisi	Waktu
		menstruasi normal
5	ASI tidak eksklusif <6 minggu setelah melahirkan	• Diberikan setelah >6 minggu setelah melahirkan • Jika belum menstruasi >6 minggu setelah melahirkan, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
6	ASI tidak eksklusif >6 minggu setelah melahirkan	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera dan dipastikan tidak hamil serta diperlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
7	Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	• Dapat digunakan pada hari 21-28 setelah melahirkan, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. *Jika terdapat risiko thrombosis vena dalam dapat ditunggu hingga 6 minggu
8	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera, dipastikan tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari • Sudah menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
9	Tidak menstruasi (bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	• Dapat digunakan segera jika dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari

No	Kondisi	Waktu
10	Pasca keguguran	• <7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari • >7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari
11	Setelah menggunakan Pil Kondar	Pil Progestin atau Pil Kombinas • Dapat digunakan segera setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari Pil Kondar ulipristal asetat (UPA) • Dapat digunakan setelah 6 hari meminum UPA, tidak menunggu siklus menstruasi berikutnya, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Lokasi penyuntikan kontrasepsi suntik kombinasi yaitu pada otot bagian lengan dan otot pada ekstremitas bagian bawah (Gambar 8.8). Jadwal suntik kembali dapat dilakukan tepat 1 bulan atau 7 hari lebih awal dari jadwal suntik (WHO, 2022a).



Gambar 8.8. Lokasi Penyuntikan Suntik Kombinasi
(a) otot ventrogluteal; (b) otot deltoid; (c) otot gluteal (d) paha bagian luar

Sumber: Family Planning A Global Handbook for Providers (WHO, 2022a)

Efek Samping

Efek samping yang sering muncul pada pengguna suntik progestin yaitu perdarahan irregular (65,6%), sakit kepala (14,4%) dan nyeri pada payudara (20%) (Veisi & Zangeneh, 2013). Efek samping lain yang dirasakan klien yaitu tidak menstruasi, menstruasi menjadi banyak dan lama, perut terasa kembung dan perubahan perasaan atau *mood* (BKKBN, 2021).

5. Pil Progestin

Pengertian

Pil progestin mengandung hormone progestin dosis rendah seperti hormon progesteron alami yang dihasilkan oleh tubuh (WHO, 2022a).

Mekanisme Kerja

Cara kerja pil progestin sebagai kontrasepsi menurut WHO (2022a) yaitu:

- a. Menebalkan lendir serviks sehingga menghambat sperma untuk mencapai sel telur
- b. Mengganggu siklus menstruasi termasuk mencegah pelepasan sel telur dari ovarium (ovulasi)

Kriteria Kelayakan Medis

Tabel 8.11. Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi Progestin

No.	Keterangan	Kategori
	Menyusui	
1	< 6 minggu postpartum	
	Mini pil dan IUD LNG	2
	DMPA	3
2	≥ 6 minggu - < 6 bulan postpartum	1
3	≥ 6 minggu postpartum	1
	Tidak menyusui	
4	< 21 hari postpartum	1
5	≥ 21- 42 hari post partum	1
6	> 42 hari post partum	1
	Superficial Venous Disorder	
7	Pelebaran vena (<i>Varicose Veins</i>)	1
8	Superficial venous thrombosis	1
	Dislipidemia	
9	Dislipidemia tanpa adanya risiko kardiovaskular	2

Keterangan:

Kategori	Kesimpulan
1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi	Boleh digunakan
2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti	Boleh digunakan
3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan	Tidak boleh digunakan

metode tersebut

- 4 : Suatu kondisi yang menunjukkan Tidak boleh risiko kesehatan yang tidak dapat digunakan diterima jika metode kontrasepsi digunakan.

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Penggunaan mini pil pada klien yang mengkonsumsi rifampicin atau rifabutin pada dapat menurunkan efektivitas mini pil sebagai alat kontrasepsi. Penggunaan minipil, NET-EN dan LNG implan bersamaan dengan obat antikonvulsan tidak membahayakan namun menurunkan efektivitasnya (WHO, 2015).

Efektifitas

Efektivitas pil progestin sebagai alat kontrasepsi tergantung dari kepatuhan klien dalam mengkonsumsi pil. Bila pil diminum teratur setiap hari terjadi kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan. Kesuburan akan kembali segera setelah penghentian penggunaan (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

Tabel 8.12. Waktu Penggunaan Pil Progestin

No	Kondisi	Waktu
1	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 7 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >7 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama

No	Kondisi	Waktu
		• Berganti dari penggunaan IUD, dapat digunakan segera
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil. • Ganti dari metode suntik yang lain, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya, dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
3	ASI eksklusif atau hampir eksklusif <6 bulan	• Belum menstruasi: dapat digunakan setelah melahirkan hingga 6 bulan, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
4	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Belum menstruasi: digunakan segera, dipastikan klien tidak hamil, dan memerlukan kontrasepsi tambahan 2 hari • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
5	ASI tidak eksklusif	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera, dipastikan tidak hamil dan diperlukan kontrasepsi tambahan selama 2 hari • Sudah menstruasi: digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal

No	Kondisi	Waktu
7	Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	Dapat digunakan segera tanpa kontrasepsi tambahan
8	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	- Belum menstruasi: dapat digunakan segera, dipastikan tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 2 hari - Sudah menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
9	Tidak menstruasi (bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	Dapat digunakan segera jika dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan selama 2 hari
10	Pasca keguguran	<7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan >7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan selama 2 hari
11	Setelah menggunakan Pil Kondar	Pil Progestin atau Pil Kombinas - Dapat digunakan segera setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan memerlukan kontrasepsi tambahan 2 hari Pil Kondar ulipristal asetat (UPA) - Dapat digunakan setelah 6 hari meminum UPA, tidak menunggu

No	Kondisi	Waktu
		siklus menstruasi berikutnya, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 2 hari.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Efek samping yang dapat terjadi pada penggunaan kontrasepsi pil progestin yaitu menstruasi yang tidak teratur, tidak menstruasi, sakit kepala, mual, pusing, nyeri pada payudara, peningkatan berat badan, perubahan suasana hati (*mood swing*), timbul jerawat dan gastritis (BKKBN, 2021).

6. Pil Kombinasi

Pengertian

Pil kombinasi mengandung hormone estrogen seperti ethynyl estradiol dan progestin (Pastor, Holla, & Chmel, 2013).

Ada 4 jenis pil kombinasi yang digunakan saat ini menurut BKKBN (2021) yaitu:

- a. Monofasik
Pil kombinasi yang mengandung dosis hormon progesterone dan estrogen yang sama.
- b. Bifasik
Pil kombinasi yang mengandung 2 dosis hormon progesterone dan estrogen.
- c. Trifasik
Pil kombinasi yang mengandung 3 dosis hormon progesterone dan estrogen.
- d. Kuadrifasik
Pil kombinasi yang mengandung 4 dosis hormon progesterone dan estrogen.

Mekanisme Kerja

Penggunaan pil kombinasi mengganggu kinerja *HPG Axis* (Poros Hipotalamus Pituitari Gonad) dengan menekan sekresi hormon LH dan FSH untuk mencegah terjadinya

ovulasi. Efek lain yaitu kandungan progestogen menyebabkan atrofi endometrium, penebalan lendir serviks dan penurunan motilitas tuba (Dragoman, 2014).

Kriteria Kelayakan Medis

Kriteria kelayakan medis pengguna kontrasepsi kombinasi (suntik kombinasi, pil kombinasi, patch kombinasi dan vaginal ring kombinasi) berdasarkan kriteria WHO.

Tabel 8.13. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi

No.	Keterangan	Kategori
	Usia	
1	< 40 tahun	1
2	≥ 40 tahun	2
	Menyusui	
3	< 6 minggu postpartum	4
4	≥ 6 minggu - <6 bulan postpartum	3
	≥ 6 bulan postpartum	2
	Postpartum	
5	< 21 hari postpartum tanpa ada risiko tinggi untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
6	< 21 hari postpartum dengan risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	4
7	≥ 21 – 42 hari postpartum tanpa ada risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	2
8	≥ 21 – 42 hari postpartum dengan risiko untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
9	> 42 hari postpartum	1
	Superficial Venous Disorder	
10	Pelebaran pembuluh darah (<i>varicose veins</i>)	1
11	<i>Superficial venous thrombosis</i> (SVT)	2
	Dislipidemia	
12	Dislipidemia tanpa risiko kejadian kardiovaskular	2

Keterangan:

Kategori	Kesimpulan
1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi	Boleh digunakan
2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti	Boleh digunakan
3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut	Tidak boleh digunakan
4 : Suatu kondisi yang menunjukkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.	Tidak boleh digunakan

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Efektivitas pil progestin sebagai alat kontrasepsi tergantung dari kepatuhan klien dalam mengkonsumsi pil. Bila pil diminum teratur setiap hari terjadi kurang dari 1 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan. Kesuburan akan kembali segera setelah penghentian penggunaan. Risiko kehamilan akan meningkat jika pengguna terlambat minum pil ≥ 3 hari (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

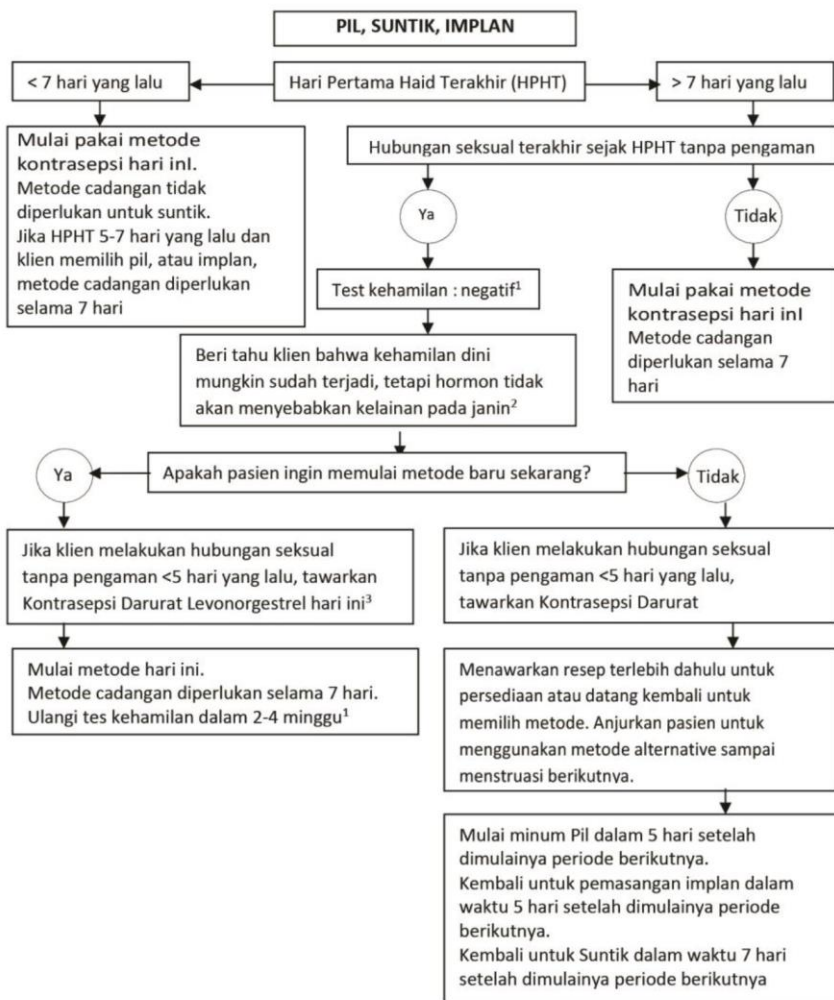
Tabel 8.14. Waktu Penggunaan Pil Kombinasi

No	Kondisi	Waktu
1	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 7 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >7 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama • Berganti dari penggunaan IUD, dapat digunakan segera
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil. • Ganti dari metode suntik yang lain, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya
3	ASI eksklusif atau hampir eksklusif <6 bulan	• Diberikan setelah >6 bulan atau pada saat ASI sudah tidak menjadi sumber pangan utama
4	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari

No	Kondisi	Waktu
		Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
5	ASI tidak eksklusif <6 minggu setelah melahirkan	Diberikan setelah >6 minggu setelah melahirkan
6	ASI tidak eksklusif >6 minggu setelah melahirkan	- Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta diperlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari - Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
7	Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	Dapat digunakan pada hari 21-28 setelah melahirkan, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. *Jika terdapat risiko thrombosis vena dalam dapat ditunggu hingga 6 minggu
8	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	- Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan - Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
9	Tidak menstruasi	Dapat digunakan segera jika

No	Kondisi	Waktu
	(bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
10	Pasca keguguran	• <7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan • >7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan
11	Setelah menggunakan Pil Kondar	Pil Progestin atau Pil Kombinas • Dapat digunakan segera setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari Pil Kondar ulipristal asetat (UPA) • Dapat digunakan setelah 6 hari meminum UPA, tidak menunggu siklus menstruasi berikutnya, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)



Gambar 8.9. Algoritma Penggunaan KB Pil, Suntik dan Implan
Sumber: Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Efek samping penggunaan pil kombinasi yaitu: perdarahan irregular, amenorea, sakit kepala, mual, nyeri pada payudara, peningkatan berat badan, timbul jerawat dan gastritis (BKKBN, 2021).

7. *Transdermal Patch*

Pengertian

Transdermal patch merupakan alat kontrasepsi berbentuk koyo yaitu plastik fleksibel berbentuk persegi kecil, tipis, yang dikenakan di badan. *Transdermal patch* mengandung 150 µg norelgestromin dan 35 µg ethinylestradiol (EE) yang dilepaskan secara perlahan ke pembuluh darah melalui kulit yang dipasang selama 3 minggu (21 hari) (Galzote, Rafie, Teal, & Mody, 2017; WHO, 2022a).

Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja dari transdermal patch menurut Galzote *et al.* (2017) adalah sebagai berikut:

- Mengentalkan lendir serviks untuk mencegah penetrasi sperma,
- Menurunkan fungsi endometrium untuk implantasi, dan
- Menghambat ovulasi dengan menekan gonadotropin (gnrh), hormon perangsang folikel (FSH), dan hormon luteinizing (LH).

Kriteria Kelayakan Medis

Kriteria kelayakan medis pengguna kontrasepsi kombinasi (suntik kombinasi, pil kombinasi, *patch* kombinasi dan vaginal ring kombinasi) berdasarkan kriteria WHO.

Tabel 8.15. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi

No.	Keterangan	Kategori
	Usia	
1	< 40 tahun	1
2	≥ 40 tahun	2
	Menyusui	
3	< 6 minggu postpartum	4
4	≥ 6 minggu - <6 bulan postpartum	3
	≥ 6 bulan postpartum	2

No.	Keterangan	Kategori
	Postpartum	
5	< 21 hari postpartum tanpa ada risiko tinggi untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
6	< 21 hari postpartum dengan risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	4
7	≥ 21 – 42 hari postpartum tanpa ada risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	2
8	≥ 21 – 42 hari postpartum dengan risiko untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
9	> 42 hari postpartum	1
	<i>Superficial Venous Disorder</i>	
10	Pelebaran pembuluh darah (<i>varicose veins</i>)	1
11	<i>Superficial venous thrombosis</i> (SVT)	2
	Dislipidemia	
12	Dislipidemia tanpa risiko kejadian kardiovaskular	2

Keterangan:

- 1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi
- 2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti
- 3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut
- 4 : Suatu kondisi yang menunjukkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Efektivitas *transdermal patch* sebagai alat kontrasepsi tergantung dari kepatuhan klien dalam mengganti *transdermal patch*. Bila *transdermal patch* digunakan secara tepat efektivitasnya yaitu 1 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan. Pada penggunaan biasa, efektivitasnya yaitu 7 kehamilan per 100 wanita (WHO, 2022a). Nilai rata-rata FSH, LH, dan estradiol kembali ke kadar awal adalah 6 minggu setelah penghentian (Galzote et al., 2017). Kejadian kehamilan sedikit lebih tinggi pada wanita dengan berat badan 90 kg atau lebih (WHO, 2022a). Hal ini dikarenakan kadar hormon akan menurun seiring dengan bertambahnya berat badan, dalam sebuah analisis menunjukkan 10%–20% variabilitas yang disebabkan oleh berat badan (Galzote et al., 2017).

Efek Samping

Efek samping yang ditimbulkan pada penggunaan *transdermal patch* yaitu reaksi di tempat penggunaan, mual, ketidakstabilan emosi, sakit kepala, dan ketidaknyamanan payudara. Gejala payudara meliputi rasa tidak nyaman, pembengkakan, dan nyeri pada payudara (Galzote et al., 2017).

8. Vaginal Ring Kombinasi

Pengertian

Vaginal ring kombinasi merupakan alat kontrasepsi kombinasi berupa cincin fleksibel berukuran 54 mm dengan diameter dan penampang 4 mm. Cincin luar terdiri dari kopolimer etilen vinil asetat yang mengandung kristal ENG (etonogestrel), metabolit desogestrel, dan EE (ethinyl estradiol). Cincin ini mengandung steroid yang cukup untuk mempertahankan konsentrasi EE dan ENG dalam darah stabil selama sekitar 5 minggu melepaskan EE 15 mcg/hari dan ENG 120 mcg/hari. Vaginal ring digunakan selama 3 minggu diikuti dengan minggu bebas cincin (Kerns & Darney, 2011). Kontraindikasi absolut dari *vaginal ring* yaitu riwayat

penyakit kardiovaskular, tromboemboli vena, hipertensi, diabetes, penyakit hati, sakit kepala dengan gejala neurologis, dan perokok berusia di atas 35 tahun (Al-Haddad, Branham, & Clare, 2023).

Mekanisme Kerja

Vaginal ring dapat berisi kombinasi hormone estrogen dan progesterone. Kontrasepsi ini bekerja dengan menekan hipotalamus untuk melepaskan GnRH. Hal ini akan menyebabkan sekresi pelepasan LH dan FSH oleh hipofisis. LH akan ditekan oleh progesteron yang mencegah terjadinya ovulasi. Lendir serviks akan mengental sehingga mencegah sperma mencapai rahim. Penekanan LH juga mengakibatkan endometrium tidak cocok untuk implantasi (Al-Haddad et al., 2023).

Kriteria Kelayakan Medis

Kriteria kelayakan medis pengguna kontrasepsi kombinasi (suntik kombinasi, pil kombinasi, patch kombinasi dan vaginal ring kombinasi) (Tabel 8.16) berdasarkan kriteria WHO.

Tabel 8.16. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi Kombinasi

No.	Keterangan	Kategori
	Usia	
1	< 40 tahun	1
2	≥ 40 tahun	2
	Menyusui	
3	< 6 minggu postpartum	4
4	≥ 6 minggu - <6 bulan postpartum	3
	≥ 6 bulan postpartum	2
	Postpartum	
5	< 21 hari postpartum tanpa ada risiko tinggi untuk kejadian venous thromboembolism	3

No.	Keterangan	Kategori
	(VTE)	
6	< 21 hari postpartum dengan risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	4
7	≥ 21 – 42 hari postpartum tanpa ada risiko kejadian venous thromboembolism (VTE)	2
8	≥ 21 – 42 hari postpartum dengan risiko untuk kejadian venous thromboembolism (VTE)	3
9	> 42 hari postpartum	1
	<i>Superficial Venous Disorder</i>	
10	Pelebaran pembuluh darah (<i>varicose veins</i>)	1
11	<i>Superficial venous thrombosis</i> (SVT)	2
	Dislipidemia	
12	Dislipidemia tanpa risiko kejadian kardiovaskular	2

Keterangan:

- 1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi
- 2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti
- 3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut
- 4 : Suatu kondisi yang menunjukkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Efektivitas pada penggunaan vaginal ring kombinasi yaitu 7 kehamilan dari 100 wanita pada penggunaan tahun pertama.

Pada penggunaan yang benar dan konsisten yaitu 1 kehamilan dari 100 wanita pada penggunaan tahun pertama (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

Tabel 8.17. Waktu Penggunaan Vaginal Ring Kombinasi

No	Kondisi	Waktu
1	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 7 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >7 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama • Berganti dari penggunaan IUD, dapat digunakan segera
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil. • Ganti dari metode suntik yang lain, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya
3	ASI eksklusif atau hampir eksklusif <6 bulan	• Diberikan setelah >6 bulan atau pada saat ASI sudah tidak menjadi sumber pangan utama
4	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari

No	Kondisi	Waktu
		Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
5	ASI tidak eksklusif <6 minggu setelah melahirkan	Diberikan setelah >6 minggu setelah melahirkan
6	ASI tidak eksklusif >6 minggu setelah melahirkan	- Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta diperlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari - Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
7	Tidak menyusui <4 minggu setelah melahirkan	Dapat digunakan pada hari 21-28 setelah melahirkan, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. *Jika terdapat risiko thrombosis vena dalam dapat ditunggu hingga 6 minggu
8	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	- Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta memerlukan konntrasepsi tambahan - Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
9	Tidak menstruasi (bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	Dapat digunakan segera jika dipastikan tidak hamil serta memerlukan kontrasep tambahan selama 7 hari

No	Kondisi	Waktu
10	Pasca keguguran	• <7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan • >7 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan
11	Setelah menggunakan Pil Kondar	Pil Progestin atau Pil Kombinas • Dapat digunakan segera setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari Pil Kondar ulipristal asetat (UPA) • Dapat digunakan setelah 6 hari meminum UPA, tidak menunggu siklus menstruasi berikutnya, memerlukan kontrasepsi tambahan selama 7 hari.

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Efek samping yang muncul pada penggunaan *vaginal ring* yaitu *venous thromboembolism* (VTE), perubahan suasana hati, *cholelithiasis*, and muntah. Perubahan suasana hati yang diamati dengan pada pengguna *vaginal ring* yaitu depresi, perubahan suasana hati, perubahan suasana hati atau depresi, dan pengaruh labilitas. Reaksi merugikan umum lainnya adalah ekspulsi, ketidaknyamanan, masalah hubungan seksual, dan sensasi benda asing, keputihan,

peningkatan berat badan, ketidaknyamanan vagina, nyeri payudara, dismenore, sakit perut, jerawat, dan penurunan libido (Al-Haddad et al., 2023)

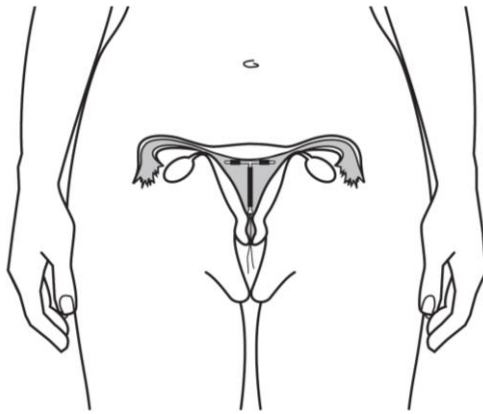
8.4 Metode Kontrasepsi Non-Hormonal

Metode nonhormonal meliputi IUD Cu, metode barrier (kondom laki-laki, kondom perempuan, diafragma) dengan atau tanpa spermisida, dan metode perilaku (suhu basal, lendir serviks, kalender, senggama terputus). Metode non-hormonal umumnya memiliki risiko dan efek samping yang lebih sedikit karena metode ini tidak melibatkan paparan hormon eksogen atau sintetis (Britton, Alspaugh, Greene, & McLemore, 2020). Kontrasepsi non hormonal ada yang bersifat permanen yaitu tubektomi pada perempuan dan vasektomi pada laki-laki. Tubektomi dan vasektomi merupakan sebuah prosedur medis yang dimaksudkan untuk menghambat kesuburan secara permanen. Metode merupakan metode yang paling efektif di antara metode kontrasepsi non-hormonal lain. Tingkat kegagalan semakin berkurang ketika kedua pasangan telah menjalani sterilisasi bedah. Namun keputusan ini harus dibuat dengan hati-hati karena sifatnya yang permanen (Howard & Benhabbour, 2023).

1. IUD Cu

Pengertian

IUD merupakan alat kontrasepsi dalam rahim yang berukuran kecil, berbentuk T, dan terbuat dari bahan plastic fleksibel yang diselubungi lilitan tembaga (WHO, 2022a).



Gambar 8.10. IUD Cu

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Mekanisme Kerja

Ion tembaga yang terkandung pada IUD bersifat racun bagi sel sperma dan sel telur sehingga menghambat terjadinya fertilisasi. Keberadaan IUD juga menyebabkan reaksi inflamasi lokal yang mencegah implantasi ketika terjadi fertilisasi (Glasier, 2016)

Kelayakan Medis

Tabel 8.18. Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi IUD Cu

No.	Keterangan	Kategori
	Pasca Keguguran	
1	TM 1	1
2	TM 2	2
3	Sepsis aborsi	4
4	KET yang lalu	1
5	Riwayat Operasi Panggul	1
	Merokok	
6	Usia < 35 tahun	1

No.	Keterangan	Kategori
7	Usia ≥ 35 tahun, merokok <15 batang per hari	1
8	Usia ≥ 35 tahun, merokok ≥ 15 batang per hari	1
	Obesitas	
9	IMT ≥ 30 kg/m ²	1
10	Menarche usia <18 tahun dan IMT ≥ 30 kg/m ²	1
11	Faktor risiko multipel untuk Penyakit Kardiovaskular	1
	Hipertensi	
12	Riwayat hipertensi	1
13	Hipertensi terkontrol	1
14	Tekanan darah tinggi dengan systole 140-159 mmHg atau diastole 90-99 mmHg	1
15	Tekanan darah tinggi dengan systole ≥ 160 mmHg atau diastole ≥ 100 mmHg	2
16	Riwayat tekanan darah tinggi dalam kehamilan	1
	Thrombosis Vena Dalam (<i>Deep Vein Thrombosis</i> atau DVT)/Emboli Paru	
17	Riwayat DVT atau Emboli Paru	1
18	DVT/Emboli Paru akut	1
19	DVT/Emboli Paru dengan terapi antikoagulan	2
20	Riwayat Keluarga	1
21	Operasi Mayor atau Minor	1
22	Kelainan Pembekuan Darah	1
	Kelainan Vena Superfisial	
23	Varises dan Superfisial Trombosis Vena	1

No.	Keterangan	Kategori
	Systemic Lupus Erythematosus (SLE)	
24	Antibodi antifosolipid positif atau tidak diketahui	1
25	Trombositopenia yang berat bagi Pengguna Baru	3
26	Terapi Immunosupresif bagi Pengguna Baru	2
27	Perdarahan Pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya	4
28	Mola Hidatidosa dengan peningkatan β -hCG persisten atau adanya keganasan	4
29	Mola Hidatidosa dengan penurunan atau kadar β -hCG yang tidak terdeteksi	3
30	Kanker Serviks bagi Pengguna Baru yang menunggu pengobatan	4
31	Kanker Endometrial bagi Pengguna Baru	4
32	Kanker Ovarium bagi Pengguna Baru	3
33	Mioma uteri dengan distorsi	4
34	Abnormalitas pada uterus seperti kelainan bentuk uterus	4
35	Penderita Radang Panggul (Pelvic Inflammatory Disease) bagi Pengguna Baru	4
	IMS	
36	Servisititis bernanah saat ini atau infeksi klamidia atau gonore bagi Pengguna Baru	4
37	IMS yang lain kecuali HIV dan Hepatitis B	2
38	Vaginitis	2
39	Pengguna ARV	2/3

Keterangan:

- 1 : Suatu kondisi yang tidak ada batasan penggunaannya dari metode kontrasepsi
- 2 : Suatu kondisi di mana keuntungan penggunaan metode tersebut umumnya lebih besar daripada risiko teoritis atau risiko yang terbukti
- 3 : Suatu kondisi dimana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode tersebut
- 4 : Suatu kondisi yang menunjukkan risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.

Sumber: *Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use* (WHO, 2015)

Efektifitas

Efektivitas pada penggunaan IUD yaitu 8 kehamilan dari 100 wanita pada penggunaan tahun pertama. Pada penggunaan yang benar dan konsisten yaitu 6 kehamilan dari 100 wanita pada penggunaan tahun pertama (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

Tabel 8.19. Waktu Penggunaan IUD Cu

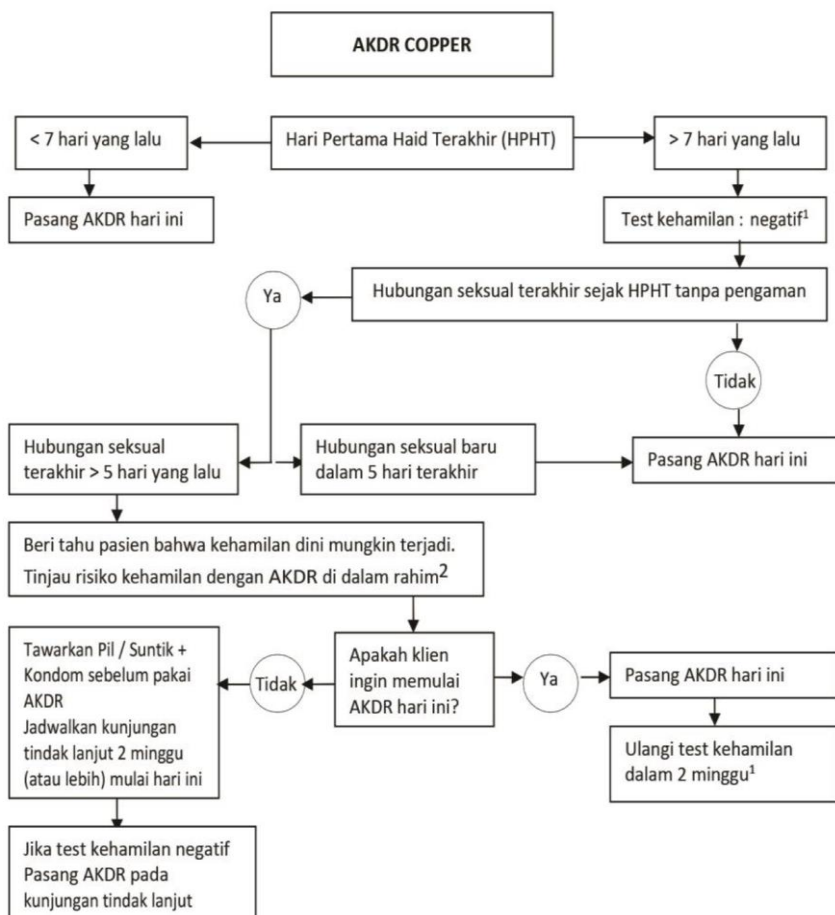
No	Kondisi	Waktu
1	Menstruasi teratur atau ingin berganti dari kontrasepsi non hormonal	Dapat diberikan kapan saja • Digunakan dalam 12 hari pertama menstruasi, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Digunakan >12 hari pertama menstruasi, dapat digunakan dengan memastikan klien tidak dalam kondisi hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan 7 hari pertama

No	Kondisi	Waktu
2	Ganti metode dari kontrasepsi hormonal	• Dapat digunakan segera jika kontrasepsi sebelumnya digunakan secara benar atau dipastikan tidak hamil. • Ganti dari metode suntik, dapat digunakan pada jadwal suntik berikutnya, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
3	Segera setelah melahirkan	• Dalam 48 jam dapat digunakan dan dipasang oleh tenaga terlatih dengan Teknik khusus yaitu dengan tangan atau forsep • >48 jam, pemasangan dilakukan 4 minggu pasca partus
4	ASI eksklusif atau hampir eksklusif <6 bulan	• Belum menstruasi: digunakan 4 minggu – 6 bulan pasca partus, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan • Sudah menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
5	ASI eksklusif atau hampir eksklusif >6 bulan	• Belum menstruasi: dapat digunakan segera, dipastikan tidak hamil dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan. • Sudah Menstruasi: dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus

No	Kondisi	Waktu
		menstruasi normal
6	Tidak menyusui >4 minggu setelah melahirkan	• Dapat digunakan segera jika belum menstruasi dan dipastikan tidak hamil serta memerlukan konntrasepsi tambahan • Jika sudah menstruasi, dapat digunakan seperti pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
7	Tidak menstruasi (bukan karena faktor melahirkan dan menyusui)	• Dapat digunakan segera jika dipastikan tidak hamil serta tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
8	Pasca keguguran	• ≤12 hari pasca keguguran TM 1 atau 2, tidak terjadi infeksi, dapat digunakan segera tanpa memerlukan kontrasepsi tambahan • >12 hari pasca keguguran TM 1 atau 2 dapat digunakan dengan memastikan klien tidak hamil dan memerlukan kontrasepsi tambahan • Pemasangan IUD Cu pasca keguguran TM 2 memerlukan tenaga tersertifikasi khusus, jika tidak tersertifikasi khusus maka dilakukan pemasangan 4 minggu pasca keguguran
9	Setelah menggunakan	• Dapat digunakan segera

No	Kondisi	Waktu
	Pil Kondar	setelah selesai menggunakan Pil Kondar, tidak menunggu menstruasi siklus berikutnya dan tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
10	Penggunaan sebagai kontrasepsi darurat (kondar)	• Digunakan dalam 5 hari pasca hubungan seksual • Bila waktu ovulasi dapat diperkirakan, dapat digunakan 5 hari pasca ovulasi setelah melakukan hubungan seksual tanpa pengaman

Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)



Gambar 8.11. Algoritma Penggunaan IUD-Cu

Sumber: Sumber: Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2021)

Efek Samping

Ada beberapa efek samping dari penggunaan IUD Cu (AKDR Copper T 380 A) menurut (BKKBN, 2021) yaitu:

- Menstruasi yang tidak teratur (*Irregular menstruation*) yang dapat berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan penggunaan. Pengobatan jangka pendek yang dapat diberikan yaitu ibuprofen 2x400 mg dalam 5 hari, atau indometasin 2x25 mg dalam 5 hari. Jika kondisi

tidak membaik setelah diberikan penanganan awal maka lakukan rujukan.

- b. Kuantitas darah menstruasi yang dikeluarkan lebih banyak dan durasi menjadi lebih banyak yang akan berhenti setelah beberapa bulan pemakaian. Klien disarankan untuk suplementasi Fe untuk mencegah anemia dan dapat diberikan pengobatan jangka pendek yaitu asam traneksamat 3x500 mg dalam 5 hari, asam mefenamat 3x500 mg selama 5 hari atau NSID (non steroid anti inflammation drugs) seperti ibuprofen 2x400 mg dalam 5 hari, atau indometasin 2x25 mg dalam 5 hari. Anti inflamasi lainnya dapat digunakan kecuali aspirin.
- c. Nyeri dan kram pada perut yang terjadi setelah pemasangan IUD. Keadaan ini dapat terjadi hingga 3-6 bulan pasca pemasangan IUD. Jika nyeri mengganggu aktivitas klien maka dapat diberikan aspirin 500 mg, ibuprofen 400 mg atau paracetamol 500-100 mg. Aspirin tidak digunakan pada perdarahan yang hebat.
- d. Anemia yang terjadi akibat darah menstruasi yang keluar lebih banyak dan lama. Klien diberikan arahan untuk konsumsi makanan tinggi zat besi atau suplementasi Fe.
- e. Pasangan terganggu dengan benang IUD saat coitus yang terjadi akibat benang IUD terlalu panjang. Hal ini dapat diatasi dengan memotong benang menjadi lebih pendek.
- f. Nyeri perut hebat pada perut bagian bawah. Hal ini dapat dipicu adanya radang panggul atau adanya kehamilan ektopik.

2. Kondom Pria

Pengertian

Kondom pria merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan berupa karet (lateks), nitrile, kulit domba, polyurethane dan polyisopree, berbentuk silinder/tabung

dan memiliki pinggiran tebal. Kondom digunakan pada saat hubungan seksual ketika penis ereksi (BKKBN, 2021).

Mekanisme Kerja

Kondom menghalangi pertemuan sperma dan ovum dengan mengemas sperma di dalam selubung karet yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan IMS seperti HBV dan HIV (BKKBN, 2021).

Kontraindikasi

Pada umumnya kondom dapat digunakan oleh setiap penggunanya, kecuali pada pengguna yang alergi terhadap lateks atau bahan pembuat kondom (BKKBN, 2021).

Efektifitas

Pada penggunaan biasa, efektivitas kondom pria yaitu 13 kehamilan per 100 wanita pada penggunaan tahun pertama. Pada penggunaan yang konsisten dan benar, efektivitasnya yaitu 2 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama (BKKBN, 2021).

Waktu Penggunaan

Dapat digunakan kapanpun pada saat menginginkan perlindungan kontrasepsi (BKKBN, 2021).

Efek Samping

Efek samping yang dapat muncul pada penggunaan kondom sebagai alat kontrasepsi yaitu kerusakan atau kebocoran pada kondom sehingga menjadikan kondom tidak berfungsi mencegah kehamilan, reaksi alergi pada beberapa orang yang alergi bahan pembuatan kondom, dan kurangnya kenikmatan pada saat bersenggama karena adanya lapisan kondom (BKKBN, 2021).

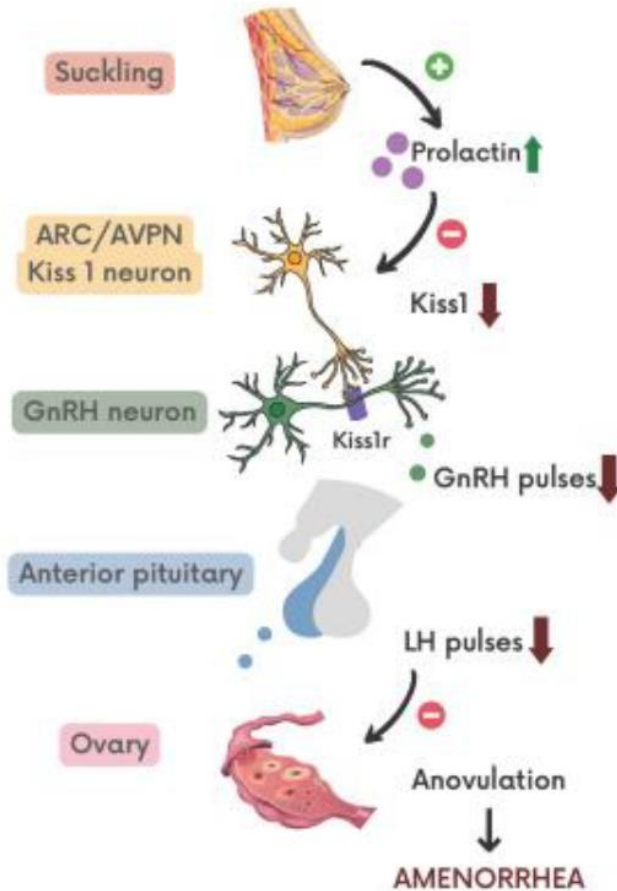
3. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Pengertian

Metode amenorea laktasi (LAM) adalah metode kontrasepsi dimana ibu diberi informasi dan dukungan bagaimana menggunakan ASI sebagai kontrasepsi. Menyusui tanpa memberikan makanan tambahan akan menunda kembalinya kesuburan dan periode menstruasi, yang merupakan perlindungan normal (fisiologis) terhadap kehamilan. Dalam tinjauan ini kami telah mempelajari efektivitas MAL sebagai metode kontrasepsi pada wanita menyusui penuh dibandingkan dengan wanita menyusui tanpa alat bantu apa pun (Van der Wijden & Manion, 2015).

Mekanisme Kerja

Menyusui menyebabkan penurunan hormon pelepas gonadotropin, hormon luteinisasi, dan pelepasan hormon perangsang folikel, yang mengakibatkan amenore, melalui jalur opioid intraserebral: beta-endorfin menghambat sekresi hormon pelepas gonadotropin dan dopamin, yang pada gilirannya merangsang sekresi prolaktin dan produksi susu. Berkurangnya proses menyusui mempercepat kembalinya ovulasi. Selama menyusui, menstruasi sebelum 6 bulan sebagian besar bersifat anovulasi, dan kesuburan tetap rendah. Metode amenore laktasi didasarkan pada tiga kondisi: (1) bayi berusia di bawah 6 bulan; (2) ibu masih amenore; dan (3) ia melakukan pemberian ASI eksklusif minimal 8 kali sehari (BKKBN, 2021; Van der Wijden & Manion, 2015).



Gambar 8.12. Fisiologi MAL

Keterangan: Pada saat menyusui, hisapan pada puting menyebabkan stimulasi peningkatan hormon Prolaktin yang menekan sekresi GnRH. Penurunan GnRH merangsang kelenjar pituitary untuk menekan pengeluaran hormon LH. Sekresi LH yang tidak adekuat akan menghambat perkembangan fase folikular sehingga terjadi anovulasi dan amenorea.

Sumber: *Lactational Amenorrhea: Neuroendocrine Pathways Controlling Fertility and Bone Turnover* (Calik-Ksepka, Stradczuk, Czarnecka, Grymowicz, & Smolarczyk, 2022)

Kontraindikasi

Pada dasarnya MAL dapat digunakan oleh semua ibu yang sedang menyusui bayi yang berusia <6 bulan. Namun ada beberapa kondisi yang perlu pertimbangan untuk menjadikan MAL sebagai metode kontrasepsi menurut BKKBN (2021) yaitu:

- a. Ibu mengidap HIV
- b. Konsumsi obat tertentu yang berhubungan dengan masalah psikologis seperti *mood stabilizer*, kortikosteroid dosis tinggi, obat-obatan radioaktif dan antikoagulan tertentu
- c. Bayi baru lahir yang terlahir dengan kondisi sulit untuk diberikan ASI (bayi yang butuh perawatan khusus, mendapatkan perawatan intensif, tidak bisa mencerna makanan secara normal dan memiliki kelainan pada mulut, rahang atau langit-langit)

Efektifitas

Efektivitas pada penggunaan biasa yaitu 2 kehamilan dari 100 wanita pada 6 bulan pertama setelah persalinan. Pada penggunaan yang benar dan konsisten yaitu 1 kehamilan dari 100 wanita pada 6 bulan pertama setelah persalinan (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

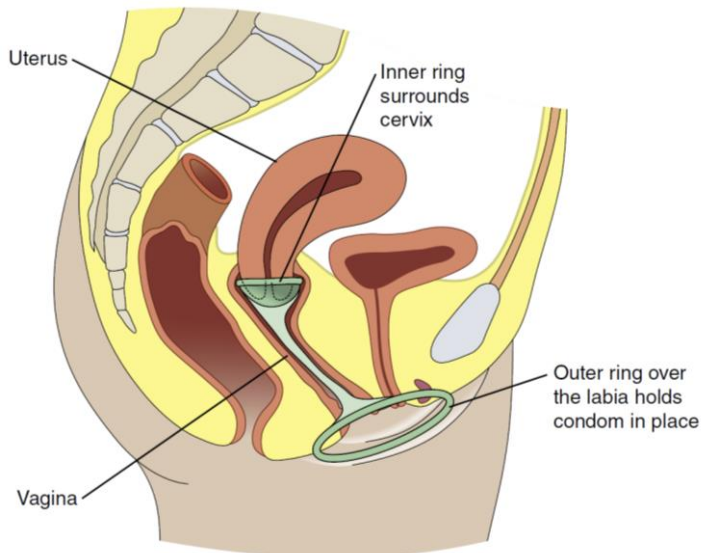
MAL dapat diberikan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Belum menstruasi
- b. Tidak memberikan makanan lain selain ASI pada bayi <6 bulan
- c. Usia bayi <6 bulan
- d. Tidak ada jeda waktu yang lama dalam periode menyusui, minimal menyusui 8 kali sehari atau minimal 3 jam sekali harus menyusui (BKKBN, 2021)

4. Kondom Perempuan

Pengertian

Kondom perempuan merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari selubung karet (*polyurethane*) yang melapisi vagina, terdiri dari 2 cincin pada bagian dalam dan luar. Cincin pada bagian luar terbuka terletak menutupi sebagian vagina dan cincin bagian luar tertutup terletak menutupi serviks (Gambar X.X). Penggunaan kondom vagina harus disertai dengan penggunaan spermisida. Angka kegagalannya mencapai 5-20% (Jones & Lopez, 2014).



Gambar 8.13. Kondom Perempuan

Sumber: *Contraception* (Jones & Lopez, 2014)

Mekanisme Kerja

Kondom wanita bekerja sebagai penghalang masuknya sel sperma ke dalam uterus dan dapat mencegah terjadinya penularan penyakit seksual (WHO, 2022a).

Kontraindikasi

Pada umumnya kondom perempuan dapat digunakan oleh siapapun yang tidak alergi terhadap bahan pembuatnya.

Material yang umum menyebabkan alergi yaitu kondom wanita yang terbuat dari bahan latex (WHO, 2022a).

Efektifitas

Efektivitas pada penggunaan biasa yaitu 21 kehamilan dari 100 wanita. Pada penggunaan yang benar dan konsisten yaitu 5 kehamilan dari 100 wanita (WHO, 2022a).

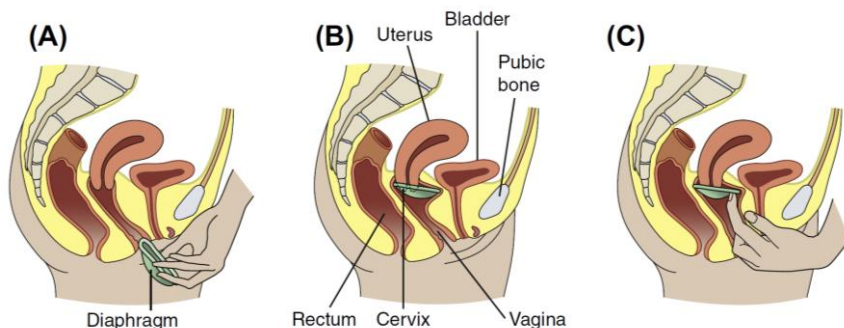
Waktu Penggunaan

Kondom perempuan dapat digunakan kapanpun saat seseorang membutuhkan perlindungan kontrasepsi atau hubungan seksual yang berisiko terhadap penyakit menular seksual (WHO, 2022a).

5. Diaphragma

Pengertian

Diaphragma merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari latex, plastik atau silikon untuk menutupi serviks (WHO, 2022a).



Gambar 8.14. Penggunaan Diaphragma
Sumber: Contraception (Jones & Lopez, 2014)

Mekanisme Kerja

Diaphragma bekerja dengan mencegah pertemuan sperma dan sel telur dengan menutupi serviks. Diaphragma digunakan bersamaan dengan spermisida untuk mendapatkan perlindungan maksimal terhadap kehamilan (Jones & Lopez, 2014).

Kelayakan Medis

Diaphragma tidak dapat digunakan pada keadaan-keadaan berikut berdasarkan kriteria kelayakan medis WHO (WHO, 2022a) yaitu:

- a. <6 minggu pasca melahirkan atau pasca keguguran TM 2. Hal ini dikarenakan pada kondisi tersebut, uterus dan serviks belum kembali ke ukuran normal.
- b. Alergi terhadap karet latex
- c. Mengidap HIV atau memiliki keterpaparan yang tinggi terhadap HIV

Efektifitas

Efektivitas pada penggunaan biasa yaitu 17 kehamilan dari 100 wanita. Pada penggunaan yang benar dan konsisten yaitu 16 kehamilan dari 100 wanita (WHO, 2022a).

Waktu Penggunaan

Diaphragma dapat digunakan kapan saja ketika seorang perempuan memerlukan perlindungan terhadap kontrasepsi. Pada ibu post partum atau pasca keguguran TM 2 dapat menggunakan setelah 6 minggu. Pada wanita yang ingin berganti metode, dapat mencoba terlebih dahulu pada saat penggunaan metode sebelumnya (WHO, 2022a).

Efek Samping

Efek samping yang dapat muncul berupa iritasi pada vagina maupun penis serta lesi pada vagina (WHO, 2022a).

6. Spermisida

Pengertian

Spermisida merupakan metode kontrasepsi yang menggunakan suatu zat pembunuh sperma seperti *Nonoxynol-9*, *benzalkonium chloride*, *chlorhexidine*, *menfegol*, *octoxynol-9*, dan *sodium docusate*, yang dimasukkan ke dalam vagina hingga mendekati serviks sebelum melakukan hubungan seksual (Jones & Lopez, 2014; WHO, 2022a). Sediaan seprmisida yaitu dalam bentuk tablet busa (*foaming*

tablets), tablet suppositoria, semprotan (*spray*), lembaran film, *jelly* dan krim (WHO, 2022a).

Mekanisme Kerja

Spermisida bekerja menghalang mekanis masuknya sperma ke dalam uterus. Spermisida bersifat membunuh sperma sehingga tidak berfungsi untuk membuahi sel telur (Jones & Lopez, 2014).

Kelayakan Medis

Pada dasarnya spermisida aman dan dapat digunakan oleh semua wanita yang menginginkan perlindungan kontrasepsi kecuali pada wanita yang memiliki risiko tinggi terpapar HIV atau penderita HIV (WHO, 2022a).

Efektifitas

Efektivitas pada penggunaan biasa yaitu 21 kehamilan dari 100 wanita. Pada penggunaan yang benar dan konsisten yaitu 16 kehamilan dari 100 wanita (WHO, 2022a). Kegagalan dalam penggunaan spermisida disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut (Jones & Lopez, 2014):

- a. Penggunaan spermisida dalam jumlah yang kurang
- b. Tidak menempatkan spermisida pada letak yang tepat ke dalam vagina
- c. Ejakulasi sebelum spermisida menyebar (sperma dapat mencapai leher rahim dalam waktu ≤ 90 detik)
- d. Hubungan seksual tanpa penggunaan spermisida ulang
- e. Kurangnya penggunaan selama periode “aman” (masa tidak subur)

Waktu Penggunaan

Spermisida dapat digunakan kapanpun saat seseorang membutuhkan perlindungan kontrasepsi. Penggunaan spermisida jenis *foam* dan krim dapat digunakan 1 jam sebelum melakukan hubungan seksual. Spermisida berbentuk *table*, *suppositoria*, *gel*, dan film dapat digunakan 10 menit – 1 jam sebelum melakukan hubungan seksual.

Pencucian vagina setelah melakukan hubungan seksual dapat dilakukan minimal 6 jam (WHO, 2022a).

Efek Samping

Efek samping yang dapat muncul berupa iritasi pada vagina maupun penis serta lesi pada vagina (WHO, 2022a)

DAFTAR PUSTAKA

- Abbas, A. M., Samy, A., Atwa, K., Ghoneim, H. M., Lotfy, M., Saber Mohammed, H., ... Abdallah, A. (2020). The role of levonorgestrel intra-uterine system in the management of adenomyosis: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(5), 571–581. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/aogs.13798>
- Al-Haddad, S., Branham, K., & Clare, C. (2023). Advances in contraception: vaginal contraceptive rings Sara. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 17(1), 259–261. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/26334941231186733>
- Ali, M., Bahamondes, L., & Bent Landoulsi, S. (2017). Extended Effectiveness of the Etonogestrel-Releasing Contraceptive Implant and the 20 µg Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System for 2 Years Beyond U.S. Food and Drug Administration Product Labeling. *Global Health, Science and Practice*, 5(4), 534–539. Retrieved from <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00296>
- Attia, A. M., Ibrahim, M. M., & Abou-Setta, A. M. (2013). Role of the levonorgestrel intrauterine system in effective contraception. *Patient Preference and Adherence*, 7, 777–785. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/PPA.S36948>
- Beatty, M. N., & Blumenthal, P. D. (2009). The levonorgestrel-releasing intrauterine system: Safety, efficacy, and patient acceptability. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 5(1), 561–574. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/tcrm.s5624>
- BKKBN. (2021). Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., ... Mansouri, S. (2016). Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine

- Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada : JOGC*, 38(2), 182–222. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2015.12.002>
- Britton, L. E., Alspaugh, A., Greene, M. Z., & McLemore, M. R. (2020). An Evidence-Based Update on Contraception: A detailed review of hormonal and nonhormonal methods. *American Journal of Nursing*, 120(2), 22–33. Retrieved from <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000654304.29632.a7>
- Bulun, S. E. (2019). Chapter 25 - Endometriosis. In J. F. Strauss & R. L. B. T.-Y. and J. R. E. (Eighth E. Barbieri (Eds.) (pp. 609–642.e7). Philadelphia: Elsevier. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47912-7.00025-1>
- Calik-Ksepka, A., Stradczuk, M., Czarnecka, K., Grymowicz, M., & Smolarczyk, R. (2022). Lactational Amenorrhea: Neuroendocrine Pathways Controlling Fertility and Bone Turnover. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(3), 1–16. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijms23031633>
- Costescu, D. J. (2016). Levonorgestrel-releasing intrauterine systems for long-acting contraception: Current perspectives, safety, and patient counseling. *International Journal of Women's Health*, 8, 589–598. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/IJWH.S99705>
- Dragoman, M. V. (2014). Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology The combined oral contraceptive pill- recent developments , risks and benefits. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(6), 825–834. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.06.003>
- Fanse, S., Bao, Q., & Burgess, D. J. (2022). Long-acting intrauterine systems: Recent advances, current challenges, and future opportunities. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 191, 114581. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addr.2022.11>

- Fedotcheva, T. A. (2021). Clinical Use of Progestins and Their Mechanisms of Action: Present and Future (Review). *Sovremennyye Tekhnologii v Meditsine*, 13(1), 93–106. Retrieved from <https://doi.org/10.17691/stm2021.13.1.11>
- Gabriel, I. D., Tudorache, Ștefania, Vlădăreanu, S., Oprescu, N. D., Mureșan, M. C., Drăgușin, R. C., & Ceaușu, I. (2017). Birth Control and Family Planning Using Intrauterine Devices (IUDs). In Z. O. Amarin (Ed.) (p. Ch. 13). Rijeka: IntechOpen. Retrieved from <https://doi.org/10.5772/intechopen.72242>
- Galzote, R. M., Rafie, S., Teal, R., & Mody, S. K. (2017). Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. *International Journal of Women's Health*, 9, 315–321. Retrieved from <https://doi.org/10.2147/IJWH.S102306>
- Glasier, A. (2016). Chapter 134 - Contraception. In J. L. Jameson, L. J. De Groot, D. M. de Kretser, L. C. Giudice, A. B. Grossman, S. Melmed, ... G. C. B. T.-E. A. and P. (Seventh E. Weir (Eds.) (pp. 2297-2309.e2). Philadelphia: W.B. Saunders. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-18907-1.00134-7>
- Howard, S. A., & Benhabbour, S. R. (2023). Non-Hormonal Contraception. *Journal of Clinical Medicine*. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/jcm12144791>
- Isley, M. M., & Katz, V. L. (2017). Chapter 23 - Postpartum Care and Long-Term Health Considerations. In S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson, M. B. Landon, H. L. Galan, E. R. M. Jauniaux, ... W. A. B. T.-O. N. and P. P. (Seventh E. Grobman (Eds.) (pp. 499-516.e2). Philadelphia: Elsevier. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-32108-2.00023-8>
- Jones, R. E., & Lopez, K. H. (2014). Chapter 13 - Contraception. In R. E. Jones & K. H. B. T.-H. R. B. (Fourth E. Lopez (Eds.) (pp. 245–269). San Diego: Academic Press. Retrieved

- from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382184-3.00013-1>
- Kemenkes RI. (2021). *Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual*. Kementerian Kesehatan RI (Vol. 70).
- Kemenkes RI. (2022a). Pedoman Praktis Manajemen Program Imunisasi di Puskesmas.
- Kemenkes RI. (2022b). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Pusdatin.Kemendes.Go.Id.
- Kerns, J., & Darney, P. (2011). Vaginal ring contraception. *Contraception*, 83(2), 107–115. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.07.008>
- Linares, A. C., & Schutt-Ainé, A. I. (2012). Chapter 26 - Contraception. In R. E. Rakel & D. P. B. T.-T. of F. M. (Eighth E. Rakel (Eds.) (pp. 468–477). Philadelphia: W.B. Saunders. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1160-8.10026-0>
- Pastor, Z., Holla, K., & Chmel, R. (2013). The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(1), 27–43. Retrieved from <https://doi.org/10.3109/13625187.2012.728643>
- Pires, M. L. L., Henriques, C. V., Souza, A. I., Ferreira, A. L. C. G., Dantas, M. L. B. R., & Soriano, G. D. (2020). Indications and reasons for discontinuing the levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS). *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 20(2), 479–484. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200009>
- Shoupe, D. (2021). The Progestin Revolution: progestins are arising as the dominant players in the tight interlink between contraceptives and bleeding control. *Contraception and Reproductive Medicine*, 6(1), 1–9. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s40834-020->

- Singh, S., Das, V., Agarwal, A., Dewan, R., Mittal, P., Bhamrah, R., ... Blumenthal, P. D. (2016). A Dedicated Postpartum Intrauterine Device Insertor: Pilot Experience and Proof of Concept. *Global Health, Science and Practice*, 4(1), 132–140. Retrieved from <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00355>
- Teal, S., & Edelman, A. (2021). Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *Jama*, 326(24), 2507–2518. Retrieved from <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21392>
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397–404. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.021>
- Van der Wijden, C., & Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10), CD001329. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>
- Veisi, F., & Zangeneh, M. (2013). Comparison of Two Different Injectable Contraceptive Methods: Depo-medroxy Progesterone Acetate (DMPA) and Cyclofem. *Journal of Family & Reproductive Health*, 7(3), 109–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24971112> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4064779>
- WHO. (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use.
- WHO. (2021). *WHO Statement On Levonorgestrel-releasing Intrauterine Device Nomenclature*. Retrieved from Geneva:
- WHO. (2022a). *Family Planning A Global Handbook For Providers* (4th ed., Vol. 126). Geneva.
- WHO. (2022b). WHO Recommendations on Self-Care Interventions. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

- Wright, A. A., Fayad, G. N., Selgrade, J. F., & Olufsen, M. S. (2020). Mechanistic model of hormonal contraception. *PLOS Computational Biology*, 16(6), e1007848. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1007848>
- Youm, J., Lee, H. J., Kim, S. K., Kim, H., & Jee, B. C. (2014). Factors affecting the spontaneous expulsion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126(2), 165–169. Retrieved from <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.017>

BAB 9

PROGRAM KIE DALAM PELAYANAN KB

Oleh Yoga Tri Wijayanti

9.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi dan KB memiliki peranan yang penting dalam upaya menurunkan risiko kematian ibu melalui upaya pencegahan kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan, demikian pula dalam penurunan angka fertilitas yang tidak diinginkan melalui advokasi dan komunikasi, informasi, edukasi (KIE).

Pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi dan KB paling banyak dilakukan oleh petugas kesehatan, terutama konseling yang diberikan oleh bidan. Bidan dalam pemberian konseling belum banyak menggunakan alat bantu pengambilan keputusan karena dianggap terlalu rumit dan kurang efektif. Alat bantu atau media informasi tentang keluarga berencana sudah banyak, berupa media cetak maupun media elektronik. Media cetak yang sering digunakan berbentuk lembar balik, poster. Media elektronik yang sering digunakan yaitu televisi, radio, serta informasi di website berbentuk pesan, tulisan, ataupun video. Informasi atau pengetahuan masyarakat tentang keluarga berencana mempengaruhi persentase keikutsertaan dalam penggunaan kontrasepsi. (Ainiyah & Budiono, 2022).

9.2 Definisi Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) atau yang kita kenal sebagai Penyuluhan adalah kegiatan penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam program Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2011).

Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi dilakukan untuk membantu individu atau kelompok untuk lebih peduli dan mampu berperilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi. Disamping itu tujuan KIE agar terjadipeningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi sehinggahal-hal yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan reproduksi dapat diatasi. Komunikasi, Informasi dan Edukasi dikenal oleh masyarakat umum dengan singkatan KIE.

Komunikasi diartikan sebagai sebuah proses pertukaran pikiran maupun informasi dalam rangka menciptakan pengertian, kepercayaan, terbentuknya hubungan baik antara dua orang atau lebih (Effendy, 1984).

Proses komunikasi merupakan penyampaian pesan oleh komunikator pada komunikan untuk pencapaian maksud dari isi pesan maupun informasi yang disampaikan, dan mendapatkan umpan balik (*feed back*) atau reaksi sehingga pesan maupun informasi berhasil tersampaikan serta sehingga menciptakan komunikasi yang efektif (Mulyana, 2015).

Pengertian komunikasi secara etimologi menurut Roudhonah dibedakan dalam artian berbeda antara lain "*communicare* yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan, *Communis* opinion yang berarti pendapat umum. Raymond S. Ross yang dikutip oleh (Mulyana, 2015) mengemukakan bahwa "Komunikasi atau *Communication* dalam bahasa inggris berasal dari kata latin. Komunikasi kesehatan menurut Notoatmodjo, merupakan usaha sistematis ditujukan untuk memberikan pengaruh positif terhadap terbentuknya perilaku kesehatan masyarakat dengan menerapkan prinsip-prinsip dan berbagai metode komunikasi yang prosesnya dilakukan antarpribadi maupun antara satu orang/kelompok dengan orang banyak.

Berdasarkan "terminologi" beberapa ahli mengartikan kata komunikasi dalam arti yang beragam diantaranya Hovland, Janis dan Kelley seperti yang dituliskan Forsdale bahwa "komunikasi adalah proses individu mengirim stimulus berbentuk verbal untuk mengubah perilaku orang lain". Menurut Laswell bahwa "komunikasi merupakan jawaban

terhadap siapa yang mennanyakan apa melalui media seperti apa ditujukan kepada siapa dan bagaimana efeknya? “(Muhammad, 2014). John B. Hoben mengemukakan pendapatnya yang menyatakan bahwa komunikasi (harus) berhasil, dikarenakan “Komunikasi merupakan proses pertukaran verbal pikiran serta ide-ide(gagasan)”.

Informasi merupakan pendapat, usulan, saran, keterangan juga dapat berupa kenyataan yang perlu disampaikan dari pengirim pesan serta bermanfaat untuk penerima pesan (Ifroh, 2019).

Edukasi/ pendidikan merupakan sesuatu kegiatan yang yang dilakukan untuk memotivasi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, serta tindakan seseorang/kelompok secara benar(Ifroh, 2019). Edukasi juga dapat diartikan sebagai sebuah proses kegiatan yang dilakukan dengan sistematis, melalui perencanaan dan dilakukan secara terarah melibatkan partisipasi aktif dari individu pada sebuah kelompok maupun dalam masyarakat umum guna menyelesaikan masalah yang terjadi di masyarakat, baik berupa masalah di bidang sosial, bidang ekonomi maupun kebudayaan (Wardah, 2010). Edukasi menurut Notoatmodjo (2014) merupakan pendekatan edukatif untuk menghasilkan perilaku individu atau masyarakat yang diperlukan dalam peningkatan atau dalam mempertahankan perilaku baik.

9.3 Tujuan KIE

Tujuan KIE kesehatan reproduksi dan KB adalah supaya dapat meningkatkan pemahaman, kesadaran, maupun perubahan perilaku positif di masyarakat dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi serta pelayanan KB. Dengan meningkatnya kesadaran, pemahaman, dan perilaku masyarakat mengenai kesehatan reproduksi dan KB, diharapkan dapat tercapai berbagai tujuan layanan kesehatan reproduksi dan KB, seperti:

1. Meningkatkan derajat kesehatan pada kelompok ibu dan anak

2. Meminimalkan terjadinya kematian pada kelompok ibu dan anak
3. Meningkatkan kualitas hidup keluarga
4. Mengontrol pertumbuhan penduduk
5. Meningkatkan kesejahteraan sosial

Tujuan dilakukan KIE antara lain yaitu:

1. Sebagai pondasi awal berlangsungnya proses sosio kultural agar terjamin terjadinya proses pertukaran informasi yang lengkap serta jelas mengenai segala sesuatu berkaitan dengan aspek medis kontrasepsi kepada calon akseptor KB, yang dilanjutkan dengan ajakan pada mereka supaya bersedia memakai kontrasepsi seperti dikehendakinya.
2. Membantu klien agar dapat mengambil keputusan secara tepat dan cepat sesuai dengan keadaan, kehendak dan kebutuhannya.
3. Memperluas pengetahuan, sikap serta perilaku penggunaan kontrasepsi supaya terpenuhi target jumlah akseptor KB baru.
4. Menjamin keberlangsungan akseptor KB lestari yang sudah ada.
5. Mendukung terwujudnya kebiasaan hidup positif, adanya penambahan pengetahuan masyarakat tentang KB, perbaikan sikap dan perilaku sasaran dalam ber KB tanpa adanya paksaan, sehingga semakin banyak warga yang bersedia menggunakan KB dengan sepenuh hati yang merupakan bentuk perwujudan perilaku hidup sehat serta bertanggung jawab (Handayani, 2010)

9.4 Klasifikasi KIE

Bentuk-bentuk KIE menurut BKKBN(2012) terbagi dalam tiga jenis, yaitu:

1. KIE Perseorangan

KIE jenis ini berlangsung secara tatap muka antara kedua pihak. Kegiatan yang dilakukan dapat berbentuk tanya jawab, diskusi, konsultasi, bimbingan dan pendalaman terhadap suatu materi yang perlu didiskusikan. KIE ini

biasanya ditujukan pada pemuka agama, tokoh adat di masyarakat dan pemangku kewenangan (*stakeholders*) yang memerlukan penjelasan secara spesifik.

2. KIE Kelompok

Teknik pelaksanaan KIE ini berbentuk kumpulan anggota dengan latar belakang beberapa kesamaan tertentu (jenis kelamin, back ground sosial budaya ,pendidikan, dan lain-lain). Kegiatan yang dilakukan dapat berbentuk ceramah, diskusi, dialog, sosialisasi, pengenalan sesuatu yang baru serta berbagai bentuk lain guna membahas topik yang dipandang penting bagi kehidupan bersama pada masa kini maupun masa depan.

3. KIE Massa

Teknik pelaksanaan KIE ini, ditujukan untuk masyarakat luas yang terjangkau media massa atau warga umum yang sedang berkumpul di suatu lokasi. Kegiatannya berbentuk ceramah umum dan sosialisasi media massa elektronik seperti radio, TV, ataupun pertunjukan seperti wayang, pentas panggung dan sarana dunia maya. Pada pelaksanaan KIE massa diskusi dan tanya jawab tidak begitu mudah terjadi, kecuali pada radio dan TV, yang memungkinkan tersedia komunikasi interaktif. KIE massal berpengaruh besar bagi penerimaan masyarakat, terutama kelompok masyarakat yang menyukai model penyajian media tersebut.

9.5 Prinsip KIE

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan KIE dalam pelayanan KB antara lain:

1. Klien diperlakukan dengan sopan, baik dan ramah oleh petugas.
2. Petugas dapat memahami, menghargai dan menerima apapun latar belakang keadaan klien (status pendidikan, social ekonomi dan emosi) .
3. Pemberian informasi menggunakan bahasa yang sederhana, lugas dan mudah dimengerti klien.

4. Proses KIE dapat dilakukan dengan memanfaatkan ketersediaan alat peraga yang menarik, serta menggunakan contoh sederhana yang mudah ditemukan dalam kehidupan sehari-hari.
5. Isi atau materi penyuluhan disesuaikan dengan kondisi dan resiko yang dimiliki ibu.
6. Mendorong keberlangsungan akseptor KB lestari dengan penggunaan metode kontrasepsi efektif terpilih.
7. Gerakan KB nasional diarahkan menuju gerakan yang mengutamakan partisipasi aktif dari seluruh masyarakat.
8. Membantu membentuk lingkungan yang mendukung adanya peningkatan keinginan menggunakan kontrasepsi.
9. Meningkatkan kualitas pelayanan, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) melalui analisa sasaran yang semakin spesifik, kesepakatan antara pengelola program KB, dan perkembangan materi atau isi pesan terkait reproduksi sehat (Handayani, 2010)

9.6 Langkah-langkah dalam pelaksanaan KIE

1. Menetapkan tujuan dilakukannya komunikasi (*Knowledge, Attitude, Practice*)
2. Mengenali sasaran umum terbanyak (segmentasi)
3. Memperbaharui informasi pesan
4. Menentukan penggunaan media dan menetapkan strategi
5. Menyusun rencana dukungan sumberdaya dan penguatan interpersonal
6. Merencanakan kegiatan (jenis, pembagian tugas, penanggung jawab, waktu yang dibutuhkan dan sumberdaya yang diperlukan)
7. Menentukan indikator keberhasilan kegiatan yang terdiri dari 3 level proses penerimaan maupun motivasi dan pemahaman seseorang terhadap program keluarga berencana antara lain yaitu:
 - a. Mengetahui selintas (*awareness*)
Seseorang yang hanya tahu tentang informasi program KB, namun belum memperoleh informasi terperinci dan mendetail tentang kontrasepsi tersebut.

Pengetahuan tentang KB tersebut dapat diperoleh dari bermacam-macam media seperti koran, radio televisi dan internet.

b. Tahap Ketertarikan (*interested*)

Tahapan dimana seseorang mulai memperhatikan beberapa persoalan dalam bidang Keluarga Berencana, dimana individu tersebut ingin mengetahui lebih banyak hal tentang metode Kontrasepsi dengan sungguh-sungguh memperhatikan keterangan atau penjelasan yang didapatkan dari berbagai sumber.

c. Tahap Penilaian (*evaluation*)

Seorang individu yang berada pada tahapan ini, mempunyai pengetahuan yang cukup memadai tentang Keluarga Berencana, sehingga ia akan membuat penilaian terkait keuntungan ataupun kerugian menggunakan metode kontrasepsi bagi dirinya maupun bagi keluarganya.

d. Tahap Percobaan (*trial*)

Seorang individu yang berada pada tahapan ini akan mencoba menggunakan sebuah metoda kontrasepsi sesuai keinginannya. Terdapat dua kemungkinan hasil yang bisa didapatkan pada tahapan ini, yaitu: Menerima dan menggunakan kontrasepsi (*adopsi*) atau menolak Keluarga Berencana memakai kontrasepsi.

e. Adopsi (*adoption*)

Tahapan ini akan terjadi apabila individu yang telah mencoba merasakan kepuasan, baik dari segi alat ataupun obat pencegah kehamilan, serta adanya kepuasan terhadap pelayanan kontrasepsi yang diberikan oleh petugas kepada dirinya. Individu yang telah berada pada tahapan ini akan terus menerima dan melaksanakan KB. Namun apabila seorang individu merasa sudah menerima dan melaksanakan KB kemudian merasa tidak percaya lagi, hal tersebut dapat terjadi karena obat/alat pencegah kehamilan yang dipakainya maupun akibat kekecewaannya terhadap bentuk pelayanan petugas KB yang diterimanya, maka

individu akan melakukan penolakan yang berarti akan memilih berhenti menerima dan tidak mau lagi melaksanakan KB. Keadaan ini disebut "*drop out*". Jika dalam tahap percobaan (*trial*) individu merasa tidak puas atau tidak senang, ia akan langsung menolak KB, tanpa memasuki tahap *adoption*. Berdasarkan hal tersebut, petugas KB sebaiknya selalu memberikan bimbingan dan pembinaan secara terus-menerus, tidak menimbulkan kekecewaan, karena individu seperti ini masih mempunyai dua kemungkinan berikutnya yaitu: terus menolak jika individu merasa tidak pernah puas dan tidak senang maka ia akan menolak. Kemungkinan kedua yaitu jika ternyata ia merasa puas dan senang, sesudah mendapat bantuan petugas KB, maka ia akan menerima

9.7 Cara Penyampaian Pesan

Masyarakat terdiri dari banyak latar belakang dengan cara pola pikir dan tingkat pengetahuan yang berbeda-beda. Beberapa kelompok masyarakat akan dengan cepat dan mudah mengerti serta menangkap maksud dari informasi yang telah disampaikan oleh petugas tentang program KB. Namun, kelompok masyarakat lainnya memerlukan cara yang berbeda dalam penyampaian informasi tentang Keluarga Berencana, sehingga memerlukan tenaga yang mumpuni supaya jelas maksud dan tujuannya. Adapun cara mengatasi masalah-masalah tersebut yaitu dengan adanya panduan dari KIE. Terdapat banyak cara yang dapat dilaksanakan supaya pesan yang akan disampaikan mudah dimengerti oleh calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yaitu :

1. *Informatif*.

Berbagai keterangan mengenai konsep Keluarga Berencana harus diberikan secara tepat supaya Pesan sampai ke penerima atau calon peserta KB. Pemberian informasi ini harus mengantisipasi kemungkinan terjadinya pengurangan maupun penambahan keterangan yang dapat

menyesatkan bahkan dapat membentuk konsep yang jauh berbeda di pikiran penerima informasi

2. *Edukatif.*

Memberikan informasi yang sesuai kepada calon akseptor KB yang mempunyai pandangan positif terhadap konsep keluarga kecil. Apabila calon akseptor setuju dengan konsep keluarga kecil maka secara tidak langsung calon akseptor tersebut setuju dengan adanya program KB dan bersedia menjadi akseptor KB. Apabila ia tidak setuju dengan konsep keluarga kecil dan tetap menginginkan mempunyai anggota keluarga yang banyak maka perlu menghargai pendapat tersebut.

3. *Persuasif.*

Memberikan pengertian kepada penerima informasi tentang program KB, tentang kepercayaan -kepercayaan dan nilai -nilai, pentingnya mempunyai keluarga kecil yang bahagia dan memberikan contoh nyata atau contoh perwujudan dalam nilai-nilai masyarakat Indonesia pada umumnya.

4. *Tatap muka.*

Ketiga cara yang telah disebutkan sebelumnya akan menjadi lebih efektif apabila dilaksanakan dengan cara tatap muka dengan penerima informasi. Tenaga kesehatan ataupun petugas KB seharusnya menguasai materi, dapat mengerti posisi, mengerti situasi dan kondisi lingkungannya. Petugas KB juga memerlukan mengetahui tata-aturan ataupun nilai-nilai yang dipercayai oleh penerima informasi. KB

9.8 Penerapan KIE dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan KB

Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai kesehatan reproduksi dan KB adalah upaya untuk memberikan informasi dan pemahaman yang tepat kepada masyarakat mengenai kesehatan reproduksi dan KB. KIE dapat dilakukan melalui berbagai media, seperti penyuluhan, ceramah, sosialisasi, media massa, dan media sosial.

Kegiatan advokasi maupun pemberian KIE yang dilaksanakan dengan intensif, terarah serta menyesuaikan dengan segmentasi yang ada merupakan salah satu penentu dalam keberhasilan upaya merubah sikap positif, perilaku mendukung dan sistem nilai yang menunjang keberhasilan program KB. Penyampaian informasi senantiasa diperlukan terkait dengan pelaksanaan program KB di masyarakat, baik dari sisi masyarakatnya sendiri, dari sisi pelaksana kegiatan maupun dari pihak orang-orang yang mengelola program Keluarga Berencana. Berdasarkan uraian tersebut, informasi merupakan faktor penentu keberlanjutan dan keberhasilan program kependudukan dan Keluarga Berencana di Indonesia.

Metode KIE dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan KB dapat disesuaikan dengan kebutuhan maupun karakteristik masyarakat yang menjadi sasaran. Berikut ini merupakan contoh metode KIE yang seringkali digunakan, yaitu:

1. **Penyuluhan** ; merupakan salah satu metode KIE terefektif untuk memberikan informasi dan pemahaman yang tepat kepada masyarakat. Penyuluhan dapat dilakukan secara individu, kelompok, atau massa.
2. **Ceramah** adalah metode KIE yang menjangkau orang banyak dalam waktu yang singkat. Ceramah dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, pendidik, atau tokoh masyarakat.
3. **Sosialisasi** adalah metode KIE yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai suatu hal. Sosialisasi dilaksanakan menggunakan berbagai bentuk media, seperti media massa, media sosial, atau kegiatan-kegiatan yang melibatkan masyarakat.
4. **Media massa** adalah metode KIE yang mampu menjangkau khalayak ramai dalam waktu yang singkat. Media massa yang dapat digunakan untuk KIE kesehatan reproduksi dan KB antara lain televisi, radio, surat kabar, dan majalah.
5. **Media sosial** adalah metode KIE yang efektif untuk menjangkau sasaran masyarakat pengguna media sosial aktif. Adapun ragam media sosial yang digunakan untuk

kegiatan KIE kesehatan reproduksi dan KB antara lain Facebook, Twitter, Instagram, dan TikTok.

Petugas KIE kesehatan reproduksi dan KB harus memiliki kompetensi yang memadai untuk melaksanakan kegiatan KIE. Kompetensi yang harus dimiliki antara lain pengetahuan yang luas mengenai kesehatan reproduksi dan KB, keterampilan komunikasi yang baik, dan kemampuan untuk menyesuaikan metode KIE dengan kebutuhan target sasaran. Penyelenggaraan KIE kesehatan reproduksi dan KB harus dilakukan secara berkelanjutan dan berkesinambungan. Hal ini penting untuk memastikan bahwa informasi dan pemahaman masyarakat mengenai kesehatan reproduksi dan KB selalu up-to-date

9.9 Penerapan Konseling dalam Pelayanan KB

Salah satu tahapan dalam Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) adalah konseling. Konseling adalah proses komunikasi yang dibangun oleh penyedia layanan ditujukan kepada klien atau pasangan suami istri dengan kebutuhan ber-KB.

Konseling diartikan sebagai proses pertemuan langsung antara dua pihak, yang mana salah satunya disebut sebagai konselor dengan perannya untuk menolong pihak lainnya yang disebut konseli dalam proses pengambilan keputusan yang tepat bagi seorang konseli agar selanjutnya dapat bertindak sesuai keputusan yang telah diambilnya (Arum dkk, 2009).

Konseling menurut Saefudin, (2009) adalah proses dilaksanakan beriringan dengan semua bentuk pelayanan Keluarga Berencana, tidak hanya sekedar memberikan informasi atau hanya dibicarakan dalam suatu kesempatan, namun diberikan secara keseluruhan mulai dari awal (pra pemasangan kontrasepsi) proses pelaksanaan tindakan sampai pasca tindakan dalam pelayanan kontrasepsi. Konseling penting dilakukan dalam pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Petugas kesehatan yang telah melakukan konseling berarti sudah berupaya membantu klien dalam menetapkan pilihan dan membuat keputusan mengenai jenis kontrasepsi

yang akan di gunakan berdasarkan kehendaknya. Kegiatan konseling juga dapat memberikan kepuasan tersendiri bagi klien(Saefudin, 2006).

Konseling KB diperlukan karena :

1. Membantu membuat perencanaan kehamilan yang penting.
2. Kehamilan adalah suatu hal yang tidak mudah untuk dijalani setiap pasangan suami istri.
3. Kehamilan memerlukan berbagai kesiapan pasangan baik secara mental, fisik dan finansial.
4. Kehamilan yang tidak direncanakan dengan baik dapat memberikan dampak negatif pada bayi dan ibunya.
5. Pengaturan Jarak antar kelahiran diperlukan agar kesehatan dan kesejahteraan ibu maupun bayi lebih terjaga.

Kegiatan konseling KB dilakukan secara bertahap menyesuaikan dengan siklus hidup manusia sehingga sebaiknya konseling dilakukan kepada sasaran yang terdiri dari : Calon pengantin, Wanita Usia Subur berikut pasangannya, wanita yang sedang menjalani proses kehamilan dengan metode Kontrasepsi pasca persalinan ,wanita bersalin maupun wanita pasca melahirkan.

Berikut ini Maksud dilakukannya Konseling antara lain yaitu :

1. ***Meningkatkan penerimaan*** : Proses konseling dimana terjadi penyampaian informasi yang benar, diskusi bebas dengan menerapkan cara mendengarkan aktif-pasif, cara berbicara dan berkomunikasi non-verbal dapat meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB oleh klien
2. ***Menjamin pilihan yang cocok*** : Melalui konseling, dapat menjamin petugas dank klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien
3. ***Menjamin penggunaan yang efektif*** : Proses konseling efektif perlu dilakukan supaya klien mengetahui bagaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi informasi yang keliru tentang cara tersebut

4. ***Menjamin kelangsungan yang lebih lama*** : Kelangsungan pemakaian sebuah metode kontrasepsi akan lebih baik dan lebih panjang waktunya apabila klien terlibat aktif dalam pemilihan metode tersebut, mengetahui cara kerjanya serta mengetahui cara mengatasi efek sampingnya.

Tahapan penting pada proses konseling untuk pelayanan Kontrasepsi yaitu :

1. Tahapan Pertama *Konseling Awal*

Tahapan pertama yang dikenal dengan istilah konseling awal bertujuan agar sasaran dapat menetapkan metode atau alat kontrasepsi yang tepat menyesuaikan kondisinya. Tenaga kesehatan pada tahapan ini, harus menyampaikan informasi mengenai berbagai metode kontrasepsi, cara kerja, serta tindakan medis terkait, standar pelaksanaan prosedur pada berbagai jenis Kontrasepsi kepada klien, kebijakan pemerintah yang mendukung serta bagaimana pengalaman pribadi klien pada saat kunjungan. Bila dilakukan secara objektif langkah ini akan membantu klien memilih jenis kontrasepsi yang cocok untuknya. Beberapa hal yang perlu mendapatkan perhatian selama melakukan langkah ini yaitu menanyakan beberapa hal berikut; langkah yg disukai klien, sejauhmana pengetahuan klien tentang cara kerja kontrasepsi, kelebihan dan kekurangan sebuah metode kontrasepsi.

2. *Konseling Khusus*

Pada tahapan konseling khusus, klien akan memperoleh informasi lebih jelas dan detail tentang berbagai cara kontrasepsi yang tersedia sesuai pilihannya. Konseli mendapatkan bantuan dalam proses pemilihan metode kontrasepsi yang tepat, serta memperoleh penjelasan lengkap terkait bagaimana penggunaan metode tersebut secara aman, efektif, dan memuaskan. Konseling khusus mengenai metode kontrasepsi diharapkan dapat memberi kesempatan untuk bertanya tentang cara kerja kontrasepsi

tertentu berdasarkan pengalaman yang melatarbelakanginya.

3. Konseling Tindak Lanjut

Tahapan konseling ini memerlukan informasi yang diperoleh dari tahapan konseling sebelumnya, bagi pasien yang melakukan kunjungan ulang untuk berganti metode kontrasepsi atau melakukan pemeriksaan ulang. Informasi yang bersumber pada konseling sebelumnya dapat di jadikan sebagai acuan. Pada saat kunjungan ulang, pasien akan mendapatkan konseling secara mendalam. Contohnya, tenaga kesehatan akan menyampaikan tindakan segera pada konsisi kritis atau kondisi khusus pada pasien

Langkah Konseling

1. Langkah Konseling GATHER

Pendekatan GATHER dan REDI merupakan kerangka kerja yang umumnya digunakan dalam memberikan konseling mengenai isu-isu kesehatan reproduksi. Pendekatan GATHER biasanya digunakan untuk konseling layanan KB untuk membantu klien memilih metode KB yang baik dan cocok (Poltekkes Kemenkes Gorontalo, 2013).

"G : Greet (Salam)"

Memberikan salam dengan sikap bersahabat kepada klien segera ketika bertemu. Buatlah klien merasa nyaman dengan bertanya mengenai hal-hal yang kecil.

"A : Ask (Tanya)"

Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/ kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi? apa dan bagaimana konselor dapat membantu klien. Tanyakan masalah mereka, faktor resiko yang dimiliki klien, serta pilihan yang dikehendaki klien gunakan intonasi suara yang mengisyaratkan ketertarikan, perhatian dan keakraban.

"T : Tell (Katakan/Uraikan)

Beritahukan persoalan pokok yg dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelesaiannya. Uraikan kepada klien pilihan metode kontrasepsi yang mereka inginkan, sampaikan beberapa metode yang kontraindikasi dengan kondisi tubuh klien, jangan lupa menanggapi/merespon klien.

"H : Help (Bantu)

Bantu klien memahami dan mampu menyelesaikan masalahnya. Bantu klien mempertimbangkan manfaat, resiko, dan konsekuensi dari setiap pilihan metode kontrasepsi yang sesuai, pertimbangan khusus pada klien dengan HIV atau memiliki resiko tertular penyakit mmenular seksual, serta sampaikan potensi hambatan apapun yang dapat dialami dalam menggunakan suatu metode kontrasepsi, serta dampingi klien dalam membuat keputusannya sendiri.

"E : Explain (Jelaskan)

Jelaskan bagaimana menggunakan metode kontrasepsi yang dipilih, jelaskan kemungkinan efek samping yang bisa terjadi serta cara untuk mengatasinya. Jelaskan bagaimana cara mengidentifikasi tanda-tanda resiko kesehatan dan menyampaikan langkah yang harus dilakukan klien apabila mereka mengalami masalah kesehatan terkait penggunaan metode kontrasepsi pilihannya. Pada Klien yang memilih menggunakan metode kontrasepsi mantap, perlu dijelaskan prosedur pemberian persetujuan tindakan medis oleh klien dan pasangan sebelum dilakukan tindakan medis (Septikasari, 2020).

"R : Refer/Return visit (Kunjungan ulang)

Sampaikan pada klien kapan mereka harus kembali ke fasilitas kesehatan untuk tindak lanjut, mendapatkan pelayanan ulang terkait kontrasepsi pilihannya, atau mengganti metode kontrasepsinya. Apabila memungkinkan

jadwalkan pertemuan tindak lanjut. Motivasi klien untuk kembali jika mereka memiliki keluhan masalah maupun pertanyaan tentang kontrasepsinya. Rujuk klien yang memiliki masalah terkait kontrasepsi jika tidak memungkinkan ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan awal, ke fasilitas pelayanan kesehatan lanjut yang mampu sarana dan petugas dalam memberikan tindakan penanganan yang sesuai. Buat jadwal kunjungan ulang untuk metode kontrasepsi jangka pendek.

2. *Langkah Konseling KB SATU TUJU*

Pemerintah melalui BKKBN telah menetapkan bahwa pelaksanaan konseling dalam kegiatan pelayanan KB dilakukan dengan baik menggunakan langkah Satu Tuju. Langkah Satu Tuju merupakan langkah pilihan dalam pelaksanaan konseling. Beberapa penelitian menunjukkan konseling yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada calon akseptor bermanfaat, sehingga lebih banyak klien memilih menggunakan metode KB dan mereka menggunakan metode tersebut dalam jangka waktu yang lebih lama (Pardosi et al., 2022).

Langkah SATU TUJU ini tidak perlu dilakukan berurutan karena menyesuaikan dengan kebutuhan klien. Penjelasan dari istilah langkah konseling SATU TUJU menurut Amalia, (2017) adalah sebagai berikut:

SA : Sapa dan salam

Menyapa dan memberikan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Memberikan perhatian sepenuhnya kepada klien, berbicara di tempat yang nyaman, serta terjamin kerahasiaannya. Yakinkan klien agar dapat membangun kepercayaan dirinya. Menanyakan pada klien hal-hal yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T : Tanya

Menanyakan klien informasi tentang dirinya. Bantu klien membicarakan pengalaman dirinya tentang KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan maupun kehidupan keluarganya. Menanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan klien. Memberikan perhatian terhadap hal-hal yang disampaikan klien berdasarkan kata-kata, bahasa tubuh, dan cara menyampaikannya. Mencoba menempatkan diri di dalam hati klien. Menunjukkan sikap memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, agar mereka yakin konselor dapat membantu klien.

U : Uraikan

Menguraikan pada klien mengenai pilihannya dan memberitahu apa pilihan reproduksi yang paling memungkinkan kondisi klien, termasuk beberapa pilihan metode kontrasepsi.

Membantu klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini serta jelaskan jenis yang lain. Menjelaskan alternatif kontrasepsi lain yang memungkinkan digunakan klien sesuai kondisinya. Uraikan informasi mengenai resiko penularan HIV AIDS dan adanya pilihan metode kontrasepsi ganda.

TU : Bantu

Membantu klien berfikir apa metode kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Mendorong klien untuk menunjukkan ketertarikannya dan mengajukan pertanyaan terhadap hal hal yang belum dipahaminya. Berilah tanggapan terhadap semua pertanyaan dan informasi yang disampaikan klien secara terbuka. Membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginannya terhadap setiap metode kontrasepsi. Menanyakan adanya kemungkinan dukungan dari pasangan , apabila klien memutuskan menggunakan kontrasepsi yang diinginkannya. Jika memungkinkan diskusikan pilihan kontrasepsi klien

pada pasangannya lebih dulu sebelu mengambil keputusan. Menanyakan sejauh mana kemntapan klien dalam memilih suatu metode kontrasepsi yang akan digunakannya.

J : Jelaskan

Menjelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya. Jika memungkinkan, perlihatkan alat/ obat kontrasepsi pilihannya. Jelaskan bagaimana cara penggunaan kontrasepsi. Menjelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi tertyentu. Memastikan sejauhmana pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsinya. Memberikan dorongan pada klien untuk bertanya dan memberikan jawaban secara jelas dan terbuka. Memberikan pujian pada klien apabila klien dapat menjawab pertanyaan konfirmasi yang diajukan petugas dengan benar.

U : Kunjungan Ulang

Menyampaikan informasi pada klien perlunya melakukan kunjungan ulang untuk pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Diskusikan pada klien dan membuat kesepakatan waktu kunjungan ulang. Mengingatkan klien untuk kembali berkunjung kapanpun mengalami masalah terkait penggunaan kontrasepsinya.

9.10 Kegiatan Operasional KIE KB

Berbagai macam metode dan media yang dapat dipilih untuk memberikan informasi program Keluarga Berencana pada masyarakat luas, misalnya melalui pelaksanaan KIE secara individu, atau berkelompok, menggunakan media seadanya, media tradisional, dan media massa ataupun melalui kegiatan lokakarya atau seminar. Mengiringi perkembangan teknologi informasi yang makin canggih, kegiatan Advokasi dan KIE sebaiknya dilakukan dengan menyelenggarakan berbagai kegiatan yang memanfaatkan sarana prasarana dengan teknologi elektronik terkini, contohnya penggunaan mobil unit penerangan (MUPEN), radio pemerintah dan swasta, televisi

nasional dan daerah, maupun menggunakan media internet yang memungkinkan diakses seluruh lapisan masyarakat (Disdalduk dan PPPA Buleleng, 2016).

Materi yang disampaikan pada kegiatan KIE dapat dikemas melalui beberapa cara modern yang disajikan melalui film, drama, iklan, PSA (*Public Service Advertising*) atau dapat juga melalui panggung pertunjukan di masyarakat. MUPEN Keluarga Berencana dapat difungsikan sebagai alat penyampai informasi sekaligus pemberi hiburan untuk masyarakat karena fasilitas ini dilengkapi dengan fasilitas yang mampu mengulang siaran langsung dari stasiun televisi. Mobil Unit Penerangan Keluarga Berencana juga dilengkapi dengan fasilitas canggih seperti *Note Book* berikut *wairless internet conection* beserta modemnya, sehingga mampu mengakses website internet tentang keluarga berencana, fasilitas pengirim e-mail serta fasilitas yang berfungsi sebagai alat komunikasi lainnya (Disdalduk dan PPPA Buleleng, 2016).

Seiring dengan kemajuan teknologi informasi, terdapat berbagai kemudahan yang diperoleh serta menjadi faktor yang dapat mengungkit kualitas kegiatan Advokasi KIE dalam program Keluarga Berencana. Hal tersebut tentu saja menuntut adanya peningkatan kemampuan sumber daya manusia sebagai pelaku penting pada berbagai kegiatan tersebut. Saat ini terdapat beberapa keterbatasan kuantitas maupun kualitas SDM yang melaksanakan program Keluarga Berencana di lapangan. Upaya antisipasi perlu dilakukan untuk menjamin tetap berjalannya pelaksanaan kegiatan advokasi KIE sebagaimana mestinya. Kegiatan identifikasi maupun inventarisasi data tenaga kesehatan pelaksana KIE yang kompeten dan berkualitas juga perlu dilakukan agar dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan penentuan kebijakan, serta bahan pertimbangan menentukan jenis pelatihan teknis operasional yang tepat sesuai kualifikasi dan kompetensi petugas (Disdalduk dan PPPA Buleleng, 2016).

Proses pemanfaatan sarana modern ditentukan oleh faktor SDM pelaksana advokasi KIE, karena semodern apapun peralatan yang tersedia, tidak akan berfungsi optimal jika

pelaksananya tidak memiliki kemampuan dalam mengoperasikannya. Kemampuan mengoperasikan peralatan, menyusun materi, mengembangkan inovasi kreatif diperlukan untuk mendukung terlaksananya kegiatan yang menjadi salah satu penentu keberhasilan terlaksananya program Keluarga Berencana di Indonesia (Disdalduk dan PPPA Buleleng, 2016).

9.11 Persetujuan Tindakan Medis (*Informed Consent*)

Perwujudan dipenuhinya hak-hak reproduksi terhadap pasangan akseptor KB atau pengguna kontrasepsi adalah berupa adanya penyampaian informasi kepada mereka. Pemberian informasi tentang cara penggunaan kontrasepsi harus disampaikan menyeluruh, dan apa adanya, agar pasangan akseptor KB memahami cara kerja maupun metode kontrasepsi yang tersedia dan akan dipilihnya. Proses penjelasan informasi dilakukan oleh petugas kesehatan melalui proses perbincangan timbal balik dengan pasien (Yuhedi dkk, 2013). Proses penyampaian informasi memiliki kendala tersendiri, dimana sasaran seringkali melupakan informasi yang telah diterimanya. Hal itu memerlukan upaya penyampaian ulang isi informasi berbentuk tulisan maupun penyampaian ulang secara lisan sekaligus diberikan contoh yang jelas kepada klien.

1. Beberapa Penjabaran Mengenai Persetujuan Tindakan Medis.

Berdasarkan bahasa Informed berarti sudah diberi pengetahuan, atau telah memperoleh informasi. Consent artinya persetujuan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain untuk melakukan suatu tindakan tertentu. Menurut pasal 1313 KUH Perdata suatu persetujuan adalah suatu perbuatan dimana satu orang atau lebih mengikatkan dirinya terhadap orang lain (KUHP Perdata). Persetujuan tindakan medik merupakan sebutan dari informed consent. Persetujuan berbentuk tulisan yang ditandatangani oleh klien atau keluarganya ditujukan pada bidan atau tenaga kesehatan lainnya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap

dirinya disebut informed consent (Hanafiah, 2009). Di dalam naskah Informed consent memuat beberapa catatan terkait kebutuhan reproduksi klien. Hal yang mendasari informed consent yaitu terbentuknya hubungan tenaga kesehatan dengan kliennya yang didasarkan adanya rasa saling percaya, adanya kebebasan memutuskan sendiri atau dikenal dengan hak otonomi, adanya hubungan perjanjian antara tenaga kesehatan pasien. Persetujuan ini harus ditandatangani oleh klien yang bersangkutan atau keluarga yang berwenang mmenjadi walinya, apabila dikarenakan suatu keadaan khusus sehingga klien tidak mampu memberikan persetujuan tindakan medis. Informed consent dapat ditinjau dalam dua aspek, yaitu yang pertama, informed consent adalah persetujuan yang diperoleh sebelum melakukan pemeriksaan, penanganan maupun tindakan medis apapun yang akan dilaksanakan. Kedua, informed consent dilakukan dengan persetujuan atau izin tertulis dari pasien/keluarganya untuk dilakukan tindakan operatif atau tindakan invasif lain yang menimbulkan risiko tertentu.

- a. Surat persetujuan tindakan medis (*informed consent*)
Penandatanganan formulir *Informed consent* perlu dilakukan jika metode kontrasepsi pilihan pasien membutuhkan tindakan medis spesifik. *Informed consent* sebagai bentuk persetujuan tertulis dari klien maupun keluarganya setelah memperoleh informasi dan penjelasan terlebih dulu mengenai konsekuensi tindakan medis yang akan dilakukan terhadap dirinya.
- b. Semua tindakan medis yang beresiko harus dilakukan setelah mendapatkan persetujuan medis tertulis yang ditandatangani oleh pihak yang berhak memberikan persetujuan yaitu klien(pasien) bersangkutan. Penandatanganan pernyataan persetujuan dilakukan oleh pasien sendiri yang memiliki kesadaran fisik dan jiwa.

2. Pemberian Persetujuan Tindakan Medis oleh Pasangan Suami Istri.

Pelayanan keluarga berencana menyediakan berbagai jenis kontrasepsi yang beragam. apabila klien memilih menggunakan jenis kontrasepsi yang bersifat *reversible* (dapat pulih kembali) misalnya pada alat kontrasepsi jenis pil KB, suntikan, implant dan IUD, maka *Informed consent* tidak harus dimintakan persetujuan dan penandatanganan kepada pasangan klien (suami klien). Namun *Informed consent* harus dimintakan persetujuannya dari pasien maupun pasangannya (baik suami atau istri pasien), terutama pada penggunaan metode kontrasepsi yang bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih seperti sediakala) misalnya pada metode kontrasepsi tubektomi dan vasektomi (kontrasepsi mantap), hal tersebut dilakukan guna menghindari munculnya perselisihan di kemudian hari.

Pelaksanaan *informed consent* harus memenuhi dua persyaratan utama, yaitu adanya pengertian (*understanding*) dan sukarela (*voluntariness*). Terjadinya perbedaan pemahaman antara klien dan petugas kesehatan setelah proses penyampaian informasi dapat memicu situasi dan kondisi yang tidak menguntungkan. Hal ini dapat terjadi jika petugas kesehatan sudah memberikan suatu informasi namun pada kenyataannya klien tidak memahami informasi yang telah disampaikan. Kejadian tersebut dapat ditimbulkan karena adanya perbedaan bahasa antara petugas kesehatan dengan klien sehingga sulit dimengerti, serta tidak dapat dipahami satu sama lain.

Berdasarkan hukum pidana, *informed consent* harus dilakukan seperti tersebut dalam pasal 351 KUHP yang membahas mengenai perilaku penganiayaan. Dicontohkan pada kejadian pelanggaran pasal 351 KUHP yaitu pada kasus pembedahan, jika dilaksanakan tanpa adanya persetujuan atau izin dari pasien, maka akan dianggap melakukan bentuk penganiayaan yang termasuk dalam

perbuatan melanggar hukum (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Berikut ini merupakan contoh kasus yang dikemukakan oleh Leenen, yaitu ketika A membuat gerakan tusukan atau menggoreskan pisau pada tubuh B tanpa seizin atau tanpa persetujuan dari B, sehingga menyebabkan adanya luka pada tubuh B, maka tindakan tersebut termasuk dalam bentuk penganiayaan.

Pemahaman klien tentang informed consent yang baik, akan memberikan motivasi tersendiri bagi klien untuk menggunakan KB lebih baik lagi, hal tersebut disebabkan :

- a. *Informed consent* adalah sebuah bentuk persetujuan dimana akseptor KB maupun calon akseptor KB menentukan jenis kontrasepsi tertentu setelah memiliki pemahaman terkait setelah memperoleh informasi lengkap dari petugas pemberimpelayanan kontrasepsi.
- b. Memberdayakan klien dalam pelaksanaan kegiatan informed consent merupakan salah satu faktor pendukung terwujudnya pelayanan Keluarga Berencana berkualitas.
- c. Calon akseptor KB baru , sebaiknya melalui tahapan *informed choice* terlebih dahulu sebagai suatu upaya agar akseptor paham tentang informasi terkait kontrasepsi yang dipilihnya.
- d. Akseptor KB yang dikemudian hari mendapatkan gejala efek samping, keluhan dan komplikasi akibat penggunaan kontrasepsi maupun adanya kegagalan dalam KB, dapat menerima kenyataannya karena telah memahami dan mengerti tentang kelebihan dan kekurangan alat kontrasepsi.
- e. Akseptor KB relatif stabil, tidak mudah dipengaruhi isu ataupun rumor yang beredar dimasyarakat umum terkait metode kontrasepsi yang telah dipilihnya, karena telah mendapatkan informasi yang lengkap dari petugas kesehatan.
- f. Peserta program KB yang menemukan adanya efek ikutan dari kontrasepsi akan segera mendatangi

fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan KB sesuai dengan informasi yang telah diterimanya.

- g. Akseptor KB yang telah melalui proses *informed choice* akan meningkatkan lamanya waktu keberlanjutannya lebih panjang dalam keberlangsungan penggunaan alat kontrasepsi pilihannya.

3. Catatan Prosedur Tindakan Petugas Kesehatan pada Formulir Informed Consent

Lembar informed consent sebaiknya mencantumkan catatan prosedur tindakan untuk ditulis petugas kesehatan, disamping lembar persetujuan yang ditandatangani klien. Daftar tilik pada bagian ini berfungsi untuk mengingatkan tenaga kesehatan untuk menyampaikan informasi kepada klien terkait beberapa pernyataan awal. Beberapa pernyataan yang tercantum terkait sarana maupun prosedur MOP dan MOW, AKDR ataupun AKBK yang terdiri dari mekanisme kerja metode KB, kontraindikasi pemasangan, efek samping yang mungkin terjadi, kegagalan dan keberhasilan suatu metode kontrasepsi, keuntungan dan kerugian kontrasepsi, jadwal dan fasilitas pelayanan kesehatan yang dituju pada saat melakukan kunjungan kembali, prasyarat yang harus dilengkapi sebelum MOW atau MOP, dan kemungkinan pembuatan saluran kembali. Kategorisasi pelepasan AKDR dan AKBK juga perlu diperhatikan. Semua pertanyaan yang diajukan sebaiknya terjawab oleh petugas yang dibuktikan dengan terisinya kode di kolom kotak yang tersedia di lembar formulir yang disesuaikan dengan jawaban dari pasien (BKKBN, 2017)

4. Catatan Tindakan dan Pernyataan Pada Formulir Informed Consent

Setelah Informed consent disetujui dengan tandatangan dari pasien maupun pasangannya (suami klien) selanjutnya dapat diberikan tindakan sesuai keputusan klien. Pada format halaman informed consent, terdapat bagian untuk

mencatat intervensi yang diberikan oleh petugas kesehatan pada klien, maupun pernyataan dari tenaga kesehatan yang bertindak secara medis pada pasien. Isi pernyataan dan catatan tersebut adalah hal-hal terkait pelaksanaan tindakan, mencakup metode yang dipilih, hasil dari pelaksanaan implementasi, waktu pelaksanaan serta pernyataan dari petugas kesehatan bahwa pemasangan/pelepasan kontrasepsi sudah diselesaikan mengikuti standar operasional prosedur yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, M. (2017). *Pelayanan Keluarga Berencana (KB)*, Cirebon: Lovrinz Publishing
- BKKBN. 2012. *Pedoman KIE Program KB Nasional*. Jakarta
- Dinas Pengendalian Penduduk KB dan PPPA Buleleng. 2016. Advokasi Dan Kie Kunci Keberhasilan Program Kb. [https://daldukkbpppa.bulelengkab.go.id/informasi/detail/artikel/advokasi- dan-kie-kunci-keberhasilan-program-kb-85](https://daldukkbpppa.bulelengkab.go.id/informasi/detail/artikel/advokasi-dan-kie-kunci-keberhasilan-program-kb-85)
- Handayani. (2010). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan: Jakarta
- Handayani, S. (2010) '*Buku ajar pelayanan keluarga berencana*', Yogyakarta: Pustaka Rihama, 76.
- Ifroh, R.H. et al., 2019. Peran Petugas Promosi Kesehatan Dalam Penggunaan Audiovisual Sebagai Media Komunikasi Informasi Dan Edukasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2).
- Jusuf, H., Amri, A., (2009), *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan Edisi 4, hal 44, Buku Kedokteran EGC: Jakarta*.
- Muhammad, A. (2014). *Komunikasi Organisasi* Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Mulyana, D. (2015). *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*. PT. Remaja Rosdakarya.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2014, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Poltekkes Kemenkes Gorontalo, (2013). *Modul Pembelajaran Dan Praktikum Konseling Kesehatan Reproduksi*
- Roudhonah, (2007). *Ilmu Komunikasi*, Jakarta: UIN Press.
- Pedoman Pelayanan Kongraseduksi Dan Keluarga Berencana*, BKKBN, Kemenkes 2021.
- Pedoman Konseling Menggunakan Lembar Balik Alat Bantu Pengambilan Keputusan Ber- KB*, BKKBN, Kemenkes RI, 2021.
- Pardosi, M., Nababan, D., Brahmana, N. E., Ginting, D., & Sitorus, M. E. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan

- Minat Ibu Bersalin dalam Pemilihan Alat Kontrasepsi KB Pascasalin dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang di Kecamatan Rantau Utara Tahun 2021. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 7(2), 1470–1484. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v7i2.1729>.
- Saefudin, A.B, (2006). *Buku Panduan Praktiktis Pelayanan kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Saefudin, A.B, (2009). *Buku Panduan Praktiktis Pelayanan kontrasepsi*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Septikasari, M. (2020).Modul Mata Kuliah Kesehatan Perempuan dan Perencanaan KB Konseling Keluarga Berencana. Cilacap:STIKES Al Irsyad Al Islamiyah.
- Sukraniti, I. D. P. (2018b) '*Pendidikan Gizi dan Konseling*', in *Konseling Gizi*.1st edn. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan, pp. 1–38.
- Yuhedi T, Kurniawati,L, Titik,(2013), Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan KB, *Buku Kedokteran EGC, Jakarta*

BAB 10

PEMBINAAN AKSEPTOR KB

Oleh Yulianti

10.1 Pendahuluan

10.1.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya yang dilakukan untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, serta mengatur jumlah anak dalam keluarga dengan menggunakan metode kontrasepsi. Program KB bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga dan masyarakat melalui pengendalian jumlah penduduk.

10.1.2 Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan utama dari program KB adalah untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dengan mengatur kelahiran anak sehingga setiap anak yang dilahirkan dapat dirawat dan dibesarkan dengan baik. Selain itu, KB juga bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan anak, mengurangi kemiskinan, serta mendukung kesejahteraan ekonomi dan sosial keluarga.

10.1.3 Pentingnya Pembinaan Akseptor KB

Pembinaan akseptor KB sangat penting untuk memastikan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi dan untuk mendukung kesehatan reproduksi. Dengan pembinaan yang baik, akseptor KB dapat memiliki pengetahuan yang cukup tentang metode kontrasepsi yang mereka gunakan, sehingga dapat meminimalkan risiko kegagalan dan efek samping.

10.2 Sejarah dan Perkembangan Keluarga Berencana di Indonesia

10.2.1 Sejarah Awal Program KB

Program KB di Indonesia dimulai pada tahun 1967 dengan dibentuknya Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) yang kemudian berubah menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 1970. Pada masa awal, program KB lebih menekankan pada upaya pengendalian kelahiran untuk mengatasi ledakan penduduk.

10.2.2 Perkembangan Kebijakan dan Program Pemerintah

Seiring dengan waktu, program KB terus berkembang dengan berbagai kebijakan yang mendukung. Pada tahun 1990-an, program KB mulai fokus pada peningkatan kualitas pelayanan dan pemenuhan hak-hak reproduksi. Kebijakan desentralisasi pada awal 2000-an juga membawa perubahan dengan lebih banyak kewenangan diberikan kepada pemerintah daerah.

10.2.3 Peran Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

BKKBN memiliki peran sentral dalam koordinasi, pelaksanaan, dan evaluasi program KB di Indonesia. Melalui BKKBN, berbagai program edukasi dan pelayanan KB disediakan untuk masyarakat, dengan tujuan untuk meningkatkan partisipasi dan kesadaran tentang pentingnya KB.

10.3 Jenis-jenis Kontrasepsi

10.3.1 Kontrasepsi Alami

Metode kontrasepsi alami melibatkan pengaturan waktu hubungan seksual berdasarkan siklus menstruasi wanita untuk menghindari masa subur. Contohnya adalah metode kalender, suhu basal tubuh, dan metode lendir serviks.

10.3.2 Kontrasepsi Hormonal

Metode ini menggunakan hormon untuk mencegah kehamilan. Contohnya adalah pil KB, suntik KB, implan, dan cincin vagina. Hormon yang digunakan umumnya adalah estrogen dan progestin yang bekerja dengan menghambat ovulasi dan mengentalkan lendir serviks.

10.3.3 Kontrasepsi Non-Hormonal

Metode non-hormonal mencakup alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD), kondom, dan spermisida. AKDR bekerja dengan menghalangi sperma mencapai sel telur, sementara kondom dan spermisida bertindak sebagai penghalang fisik dan kimia.

10.3.5 Kontrasepsi Darurat

Pil kontrasepsi darurat digunakan setelah hubungan seksual tanpa perlindungan untuk mencegah kehamilan. Pil ini mengandung dosis tinggi hormon yang menghambat ovulasi atau mencegah implantasi sel telur yang telah dibuahi.

Pembinaan akseptor KB memerlukan kerjasama berbagai pihak, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, komunitas, dan akseptor sendiri, untuk mencapai tujuan Keluarga Berencana yang optimal.

10.4 Pentingnya Pembinaan Akseptor KB

10.4.1 Meningkatkan Pengetahuan dan Kesadaran

Pembinaan akseptor KB bertujuan untuk memberikan informasi yang akurat dan lengkap mengenai berbagai metode kontrasepsi, cara penggunaannya, serta efek samping yang mungkin terjadi. Dengan pengetahuan yang baik, akseptor dapat membuat keputusan yang tepat terkait metode yang akan mereka gunakan.

10.4.2 Mengurangi Angka Putus Pakai Kontrasepsi

Melalui pembinaan, akseptor KB mendapatkan dukungan dan bimbingan yang berkelanjutan, sehingga mereka tidak mudah berhenti menggunakan kontrasepsi tanpa alasan yang

jelas. Konseling rutin dan kunjungan lapangan dapat membantu mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang dihadapi akseptor.

10.4.3 Menjamin Keberlanjutan Penggunaan Kontrasepsi

Pembinaan yang baik memastikan bahwa akseptor KB merasa nyaman dan yakin dengan metode kontrasepsi yang mereka gunakan. Ini dapat meningkatkan kepatuhan dan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi, sehingga tujuan KB dapat tercapai dengan lebih efektif.

10.5 Metode Pembinaan Akseptor KB

10.5.1 Konseling Pra dan Pasca Pemakaian Kontrasepsi

Konseling adalah salah satu metode utama dalam pembinaan akseptor KB. Konseling dilakukan sebelum dan setelah pemakaian kontrasepsi untuk memastikan bahwa akseptor memahami cara penggunaan dan potensi efek samping dari metode yang dipilih.

10.5.2 Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah oleh petugas lapangan KB memberikan kesempatan untuk memberikan edukasi dan dukungan secara langsung. Hal ini sangat bermanfaat bagi akseptor yang mungkin memiliki keterbatasan akses ke fasilitas kesehatan.

10.5.3 Grup Diskusi dan Edukasi

Pembinaan melalui grup diskusi dan edukasi memungkinkan akseptor berbagi pengalaman dan belajar dari satu sama lain. Grup ini dapat difasilitasi oleh petugas kesehatan dan menggunakan materi edukasi yang sesuai.

10.5.4 Penggunaan Media Komunikasi dan Teknologi Informasi

Pemanfaatan media komunikasi seperti radio, televisi, dan internet, serta aplikasi digital dapat membantu menyebarkan informasi tentang KB secara luas dan efisien.

Teknologi informasi juga dapat digunakan untuk mengingatkan akseptor tentang jadwal kontrol atau penggantian kontrasepsi.

10.6 Peran Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB)

10.6.1 Tugas dan Tanggung Jawab PLKB

Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) memiliki tugas utama untuk memberikan pelayanan KB kepada masyarakat, melakukan edukasi, dan memantau penggunaan kontrasepsi. Mereka juga bertanggung jawab untuk melaporkan hasil kegiatan dan masalah yang dihadapi akseptor kepada atasan.

10.6.2 Pelatihan dan Pengembangan Kapasitas PLKB

Untuk meningkatkan kinerja, PLKB perlu mendapatkan pelatihan dan pengembangan kapasitas secara berkala. Pelatihan ini mencakup pengetahuan teknis tentang kontrasepsi, keterampilan komunikasi, dan metode pembinaan akseptor.

10.6.3 Kerjasama dengan Instansi Terkait

PLKB bekerja sama dengan berbagai instansi seperti puskesmas, dinas kesehatan, dan lembaga non-pemerintah untuk memastikan penyediaan layanan KB yang komprehensif. Kerjasama ini penting untuk mengoptimalkan sumber daya dan mencapai target program KB.

10.7 Tantangan dalam Pembinaan Akseptor KB

10.7.1 Tantangan Sosial dan Budaya

Norma dan nilai budaya tertentu dapat menjadi penghalang dalam pembinaan akseptor KB. Misalnya, ada masyarakat yang masih memiliki pandangan negatif terhadap penggunaan kontrasepsi karena alasan agama atau tradisi.

10.7.2 Tantangan Ekonomi

Faktor ekonomi seperti kemiskinan dapat mempengaruhi kemampuan akseptor untuk mengakses dan menggunakan

layanan KB. Biaya kontrasepsi dan kunjungan ke fasilitas kesehatan dapat menjadi beban bagi keluarga dengan pendapatan rendah.

10.7.3 Tantangan Geografis dan Aksesibilitas

Di beberapa daerah terpencil, akses ke layanan kesehatan termasuk KB sangat terbatas. Jarak yang jauh dan kondisi geografis yang sulit membuat akseptor kesulitan mendapatkan layanan yang mereka butuhkan.

10.7.4 Strategi untuk Mengatasi Tantangan

Strategi yang dapat dilakukan untuk mengatasi tantangan ini antara lain adalah meningkatkan edukasi dan sosialisasi, memberikan layanan KB gratis atau dengan biaya terjangkau, serta meningkatkan mobilitas petugas lapangan melalui penggunaan kendaraan atau teknologi telemedicine.

10.8 Peran Teknologi dalam Pembinaan Akseptor KB

10.8.1 Aplikasi dan Platform Digital untuk KB

Aplikasi mobile yang menyediakan informasi tentang berbagai metode kontrasepsi, jadwal kontrol, dan pengingat dapat membantu akseptor dalam mengelola penggunaan kontrasepsi mereka. Platform digital juga memungkinkan konsultasi jarak jauh dengan tenaga kesehatan.

10.8.2 Media Sosial sebagai Sarana Edukasi dan Komunikasi

Media sosial dapat digunakan untuk menyebarkan informasi edukatif tentang KB, menjawab pertanyaan dari akseptor, dan membangun komunitas pendukung. Video edukasi, infografis, dan artikel adalah beberapa contoh konten yang dapat dibagikan.

10.8.3 Penggunaan Telemedicine dalam Pembinaan KB

Telemedicine memungkinkan konsultasi dan pemantauan kesehatan jarak jauh, yang sangat bermanfaat bagi akseptor KB di daerah terpencil. Dengan telemedicine, akseptor

dapat berkonsultasi dengan dokter atau bidan tanpa harus datang ke fasilitas kesehatan.

Pembinaan akseptor Keluarga Berencana (KB) adalah proses edukasi, pendampingan, dan pemantauan terhadap individu atau pasangan yang menggunakan metode kontrasepsi untuk mengatur jarak atau jumlah kelahiran. Berikut adalah beberapa langkah penting dalam pembinaan akseptor KB:

1. Edukasi dan Penyuluhan
 - a. Informasi Tentang KB: Memberikan informasi yang akurat tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, termasuk kelebihan, kekurangan, dan efek samping masing-masing metode.
 - b. Manfaat KB: Menjelaskan manfaat KB bagi kesehatan ibu dan anak, serta kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.
2. Konseling Prakontrasepsi
 - a. Penilaian Kebutuhan: Membantu akseptor dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai berdasarkan kebutuhan, kondisi kesehatan, dan preferensi mereka.
 - b. Pengambilan Keputusan: Mendukung akseptor dalam membuat keputusan yang tepat dan sadar mengenai penggunaan kontrasepsi.
3. Memastikan ketersediaan berbagai metode kontrasepsi di fasilitas kesehatan.

Pelayanan Berkualitas: Memberikan pelayanan kontrasepsi yang aman dan berkualitas, termasuk pemasangan alat kontrasepsi (IUD, implan), pemberian suntikan, atau resep pil KB.
4. Pemantauan dan Evaluasi
 - a. Tindak Lanjut: Melakukan tindak lanjut secara berkala untuk memantau kepatuhan akseptor terhadap metode kontrasepsi yang dipilih dan menangani efek samping atau masalah yang mungkin timbul.

- b. **Penilaian Kesehatan:** Mengevaluasi kondisi kesehatan akseptor secara periodik untuk memastikan tidak ada komplikasi atau efek samping yang berbahaya.
5. **Peningkatan Kapasitas**
- a. **Pelatihan Petugas:** Memberikan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan kepada tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan KB.
 - b. **Penyediaan Sumber Daya:** Memastikan bahwa fasilitas kesehatan memiliki sumber daya yang cukup untuk memberikan layanan KB yang optimal.
6. **Penguatan Dukungan Sosial**
- a. **Melibatkan Keluarga:** Mengajak anggota keluarga untuk mendukung keputusan akseptor dalam menggunakan kontrasepsi.
 - b. **Pemberdayaan Komunitas:** Melibatkan komunitas dalam kampanye dan program KB untuk meningkatkan kesadaran dan penerimaan terhadap KB.
7. **Pemantauan dan Evaluasi Program**
- a. **Data dan Statistik:** Mengumpulkan data mengenai penggunaan kontrasepsi dan hasil program KB untuk mengevaluasi efektivitas program.
 - b. **Perbaikan Berkelanjutan:** Menggunakan hasil evaluasi untuk memperbaiki dan mengoptimalkan program KB.

Pembinaan akseptor KB memerlukan kerjasama berbagai pihak, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, komunitas, dan akseptor sendiri, untuk mencapai tujuan Keluarga Berencana yang optimal.

1. **Pembinaan Akseptor KB Pil**

Pembinaan Akseptor Keluarga Berencana (KB) dengan metode pil adalah suatu program yang dirancang untuk memberikan edukasi, dukungan, dan pemantauan kepada wanita yang menggunakan pil KB sebagai metode

kontrasepsi mereka. Berikut ini adalah rincian pembinaan akseptor KB pil yang disusun dalam lima halaman:

- a. Pengenalan Program KB Pil
Pentingnya pengendalian kelahiran dalam mengatur jarak kehamilan dan kesejahteraan keluarga. Peran pil KB sebagai salah satu metode kontrasepsi yang efektif dan terjangkau.
- b. Tujuan Pembinaan
 - 1) Memberikan pemahaman tentang penggunaan pil KB.
 - 2) Meningkatkan kepatuhan akseptor terhadap jadwal minum pil.
 - 3) Mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan.
- c. Sasaran Program
 - 1) Wanita usia subur yang memilih pil KB sebagai metode kontrasepsi.
 - 2) Pasangan yang berencana menunda atau mengatur jarak kelahiran.
- d. Jenis Pil KB
 - 1) Pil kombinasi (mengandung estrogen dan progestin).
 - 2) Pil mini (hanya mengandung progestin).
- e. Cara Kerja Pil KB
 - 1) Mencegah ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium).
 - 2) Mengentalkan lendir serviks untuk menghalangi sperma mencapai sel telur.
 - 3) Menipiskan lapisan endometrium untuk mencegah implantasi.
- f. Manfaat Pil KB
 - 1) Efektivitas tinggi dalam mencegah kehamilan.
 - 2) Regulasi siklus menstruasi.
 - 3) Mengurangi risiko kanker ovarium dan endometrium.
- g. Cara Penggunaan Pil KB
 - 1) Mulai minum pil pada hari pertama menstruasi atau sesuai petunjuk dokter.
 - 2) Minum pil setiap hari pada waktu yang sama.

- h. Mengatasi Lupa Minum Pil
 - 1) Petunjuk tindakan jika terlupa satu pil, dua pil, atau lebih.
 - 2) Pentingnya menggunakan metode kontrasepsi cadangan jika terlupa minum pil.
- i. Efek Samping Umum
 - 1) Mual, sakit kepala, perubahan berat badan, perubahan mood.
 - 2) Pendarahan tidak teratur atau spotting.
- j. Penanganan Efek Samping
 - 1) Cara mengatasi efek samping ringan dengan perubahan gaya hidup atau obat tambahan.
 - 2) Kapan harus menghubungi tenaga kesehatan untuk efek samping serius.

2. Pembinaan akseptor KB IUD/AKDR

Keluarga Berencana (KB) adalah salah satu program pemerintah yang bertujuan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk. Di antara berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, Intrauterine Device (IUD) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah salah satu pilihan yang efektif dan populer. IUD merupakan alat kecil yang dimasukkan ke dalam rahim wanita untuk mencegah kehamilan. Artikel ini akan membahas tentang pembinaan akseptor KB IUD/AKDR yang meliputi pemahaman, manfaat, prosedur pemasangan, pemeliharaan, dan tindak lanjut.

a. Pengenalan KB IUD/AKDR

IUD adalah alat kontrasepsi berbentuk T yang dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah kehamilan. Ada dua jenis IUD yang umum digunakan:

- 1) IUD Tembaga (Copper IUD): Mengandung tembaga yang bersifat spermisida
- 2) IUD Hormonal: Mengandung hormon progestin yang mencegah kehamilan dengan cara menebalkan lendir serviks, menipiskan lapisan rahim, dan kadang-kadang menghentikan ovulasi.

b. Manfaat IUD/AKDR

IUD memiliki berbagai manfaat sebagai metode kontrasepsi, antara lain:

- 1) Efektivitas Tinggi: IUD sangat efektif dalam mencegah kehamilan dengan tingkat kegagalan kurang dari 1%.
- 2) Jangka Panjang: IUD dapat bertahan antara 3 hingga 10 tahun tergantung jenisnya.
- 3) Kemudahan Penggunaan: Sekali dipasang, IUD tidak memerlukan tindakan lebih lanjut dari pengguna hingga masa efektifnya habis.
- 4) Reversibilitas: Kesuburan akan kembali normal segera setelah IUD dilepas.
- 5) Tidak Mengganggu Aktivitas Seksual: IUD tidak mengganggu aktivitas seksual pasangan.

c. Prosedur Pemasangan IUD/AKDR

Prosedur pemasangan IUD/AKDR harus dilakukan oleh tenaga medis terlatih. Langkah-langkah umumnya sebagai berikut:

- 1) Konsultasi: Pasien harus berkonsultasi dengan dokter atau bidan untuk memastikan IUD adalah pilihan yang tepat.
- 2) Pemeriksaan: Pemeriksaan panggul dilakukan untuk menilai kondisi rahim dan memastikan tidak ada infeksi atau kondisi lain yang dapat mengganggu pemasangan IUD.
- 3) Pemasangan: IUD dimasukkan ke dalam rahim melalui serviks menggunakan alat khusus. Prosedur ini biasanya berlangsung singkat, sekitar 5-10 menit.
- 4) Pemantauan: Setelah pemasangan, pasien harus tetap dalam pengawasan selama beberapa menit untuk memastikan tidak ada reaksi negatif yang langsung.

d. Pemeliharaan dan Tindak Lanjut

Setelah pemasangan, penting bagi akseptor untuk melakukan pemeliharaan dan tindak lanjut:

- 1) Pemeriksaan Rutin: Akseptor disarankan untuk melakukan pemeriksaan rutin 4-6 minggu setelah pemasangan dan setiap tahun setelahnya untuk memastikan posisi IUD tetap baik.
- 2) Pemantauan Tanda-tanda Infeksi: Akseptor harus waspada terhadap gejala-gejala infeksi seperti demam, nyeri panggul, atau keluarnya cairan yang tidak normal dari vagina, dan segera memeriksakan diri jika gejala muncul.
- 3) Penggantian IUD*: IUD harus diganti setelah masa efektifnya habis (3-10 tahun tergantung jenisnya) atau segera jika ada komplikasi.
- 4) Kesadaran Pasien: Akseptor harus diberi informasi yang cukup tentang IUD dan bagaimana cara memeriksa benang IUD sendiri untuk memastikan posisinya tidak berubah.

3. Pembinaan Akseptor KB Suntik

Pembinaan akseptor KB suntik merupakan upaya penting dalam program Keluarga Berencana (KB) untuk memastikan bahwa pengguna alat kontrasepsi suntik mendapatkan informasi, dukungan, dan layanan yang mereka butuhkan. Pembinaan ini mencakup edukasi mengenai metode KB suntik, pemantauan kesehatan pengguna, serta penyediaan layanan medis yang berkualitas. KB suntik adalah salah satu metode kontrasepsi yang efektif, yang melibatkan pemberian hormon progestin melalui suntikan untuk mencegah kehamilan.

a. Metode Pembinaan Akseptor KB Suntik

1) Edukasi dan Konseling

Edukasi merupakan komponen utama dalam pembinaan akseptor KB suntik. Edukasi mencakup informasi tentang cara kerja, manfaat, efek samping, dan prosedur KB suntik. Konseling

dilakukan secara individu atau kelompok, bertujuan untuk membantu akseptor memahami pilihan kontrasepsi mereka dan membuat keputusan yang tepat.

2) Monitoring dan Evaluasi Kesehatan

Pemantauan kesehatan secara rutin penting untuk memastikan bahwa akseptor tidak mengalami efek samping yang serius dan bahwa metode kontrasepsi tetap efektif. Pemantauan meliputi pemeriksaan kesehatan berkala, evaluasi efek samping, dan penyesuaian metode kontrasepsi jika diperlukan.

3) Penyediaan Layanan Medis Berkualitas

Layanan medis yang berkualitas mencakup penyediaan suntikan KB secara teratur oleh tenaga medis yang terlatih, penyuluhan kesehatan reproduksi, serta akses ke fasilitas kesehatan yang memadai.

b. Manfaat dan Tantangan KB Suntik

- 1) Efektivitas Tinggi: KB suntik memiliki tingkat efektivitas yang tinggi dalam mencegah kehamilan.
- 2) Kemudahan Penggunaan: Akseptor hanya perlu mendapatkan suntikan setiap 3 bulan.
- 3) Mengurangi Risiko Kanker Rahim: KB suntik dapat mengurangi risiko kanker
- 4) Tidak Mempengaruhi Aktivitas Seksual: Penggunaan KB suntik tidak mengganggu aktivitas seksual.

c. Tantangan KB Suntik

- 1) Efek Samping: Beberapa akseptor mungkin mengalami efek samping seperti perubahan siklus menstruasi, kenaikan berat badan, dan perubahan mood.
- 2) Keterbatasan Akses: Di beberapa daerah, akses ke layanan KB suntik masih terbatas.

- 3) Kebutuhan Edukasi: Banyak akseptor yang membutuhkan edukasi berkelanjutan mengenai penggunaan dan efek samping KB suntik.
- 4) Kepatuhan: Kepatuhan terhadap jadwal suntik yang ketat adalah tantangan tersendiri bagi beberapa akseptor.

d. Strategi Pembinaan Akseptor KB Suntik

- 1) Pelatihan Tenaga Kesehatan
Pelatihan bagi tenaga kesehatan sangat penting untuk memastikan mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan layanan KB suntik yang efektif dan aman. Pelatihan ini meliputi teknik penyuntikan yang benar, penanganan efek samping, dan komunikasi efektif dengan akseptor.
- 2) Penguatan Sistem Informasi
Penguatan sistem informasi kesehatan untuk pemantauan dan evaluasi akseptor KB suntik. Sistem ini mencakup data mengenai jumlah akseptor, jadwal suntik, serta laporan efek samping yang dialami.
- 3) Kampanye dan Sosialisasi
Kampanye dan sosialisasi mengenai KB suntik melalui berbagai media, termasuk media cetak, elektronik, dan media sosial, untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang manfaat dan penggunaan KB suntik
- 4) Penyediaan Akses Layanan yang Lebih Baik
Meningkatkan akses layanan KB suntik dengan membuka klinik-klinik kesehatan di daerah-daerah terpencil dan memastikan ketersediaan stok kontrasepsi suntik di fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ansori, Manual, U., Brämswig, K., Ploner, F., Martel, A., Bauernhofer, T., Hilbe, W., Kühr, T., Leitgeb, C., Mlineritsch, B., Petzer, A., Seebacher, V., Stöger, H., Girschikofsky, M., Hochreiner, G., Ressler, S., Romeder, F., Wöll, E., Brodowicz, T., ... Baker, D. (2022). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Science*, 7(1), 1–8.
<http://link.springer.com/10.1007/s00232-014-9701-9>
<http://link.springer.com/10.1007/s00232-014-9700-x>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmr.2008.11.017>
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1090780708003674>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11910031>
- Endah Tri Ratnawati, H. S., & Sulistyowati, A. (2021). Peningkatan Kualitas Pelayanan Kb Sebagai Upaya. *MAP (Jurnal Manajemen Dan Administrasi Publik)*, 4(2), 131–143.
- Febria, D., Yazid, M., & Malahayati, N. (2018). (Determinant of Family Planning Participation of Pre- Prosperous Family in South Sumatera Province : Demographic and Health Survey Indonesia). *Jurnal Inovasi*, 15(1), 23–31.
- Rusady, Y. P., & Rohilah, R. (2024). *Pembinaan Masyarakat Awam dalam Penggunaan Alat Kontrasepsi di Desa Samiran Lay Community Development In the Use of Contraceptives in Samiran Village Universitas Islam Madura , Pamekasan jumlah ke anggotaaan keluarga (anak) dan mengatur jarak kehamilan dengan menggunakan pertumbuhan penduduk yang tinggi akan meningkattutkan pertumbuhan penduduk yang meningkatkan kepuasan klien dan sebagai hasilnya , meningkatkan keberhasilan. 4(1).*

BAB 11

PENANGGULANGAN PADA AKSEPTOR BERMASALAH

Oleh Sri Kustiyati

11.1 Pendahuluan

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya pemerintah dan berbagai instansi terkait dalam mengendalikan pertumbuhan populasi dengan memberikan informasi dan pelayanan terkait perencanaan kehamilan. Dalam pelaksanaan program tersebut, terdapat berbagai metode kontrasepsi yang dapat digunakan oleh pasangan dalam mengatur jarak kehamilan sesuai dengan kebutuhan dan kehendak mereka. Namun, dalam pelaksanaan Program KB, terdapat tantangan dalam bentuk akseptor bermasalah. Akseptor bermasalah adalah mereka yang telah menggunakan metode kontrasepsi tetapi mengalami masalah yang berakibat pada kegagalan pemakaian atau efek samping yang tidak diinginkan.

Beberapa masalah yang seringkali dihadapi oleh akseptor bermasalah antara lain: 1) Kegagalan metode kontrasepsi: Ada kemungkinan terjadi kegagalan dalam penggunaan metode kontrasepsi, baik karena kesalahan teknik dalam penggunaan, kurangnya pemahaman terhadap metode, atau penyimpangan dalam penggunaan yang dapat mengakibatkan kehamilan yang tidak direncanakan, 2) Efek samping yang tidak diinginkan: Beberapa metode kontrasepsi dapat menyebabkan efek samping yang tidak diinginkan, seperti gangguan siklus menstruasi, gangguan hormonal, perdarahan yang tidak teratur, atau masalah kesehatan lainnya. Efek samping tersebut dapat mengganggu kualitas hidup dan kesehatan akseptor serta mempengaruhi kepatuhan dalam menggunakan metode kontrasepsi, dan 3) Ketidaksesuaian metode kontrasepsi: Setiap individu memiliki kebutuhan dan preferensi yang berbeda-beda

terkait metode kontrasepsi. Ketidaksesuaian antara metode yang digunakan dengan kebutuhan individu dapat menyebabkan kurangnya kepatuhan dalam pemakaian serta berpotensi meningkatkan risiko kegagalan atau efek samping (Stellata, 2023).

Penanggulangan akseptor bermasalah dalam Program KB menjadi penting agar dapat mencapai tujuan program, yaitu mengendalikan pertumbuhan populasi dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Beberapa alasan mengapa penanggulangan akseptor bermasalah merupakan hal yang penting antara lain: 1) Meningkatkan efektivitas program: Dengan mengatasi masalah yang dialami oleh akseptor, program KB dapat lebih efektif dalam mencapai tujuan pengendalian pertumbuhan populasi. Dalam menghadapi tantangan akseptor bermasalah, langkah-langkah pencegahan, pemantauan, dan penanganan yang tepat diperlukan agar program berjalan dengan baik, 2) Meningkatkan kepatuhan dan kepuasan akseptor: Dengan memberikan perhatian yang tepat terhadap akseptor bermasalah, mereka akan merasa didengar dan mendapatkan solusi bagi masalah yang dihadapi. Hal ini dapat meningkatkan kepuasan akseptor serta memotivasi mereka untuk tetap menggunakan metode kontrasepsi yang sesuai dan efektif, dan 3) Mencegah terjadinya kehamilan tidak direncanakan: Masalah yang dialami oleh akseptor bermasalah berpotensi menyebabkan kegagalan kontrasepsi dan berakhir dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Dengan melakukan penanggulangan yang tepat, risiko kehamilan tidak direncanakan dapat dikurangi, sehingga memberikan manfaat bagi keluarga dan kesejahteraan ibu, anak, dan masyarakat secara keseluruhan (Andini, 2023).

Penanggulangan akseptor bermasalah dalam Program KB merupakan langkah penting dalam upaya memastikan program berjalan dengan baik dan memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat. Diperlukan kerjasama antara pemerintah, penyedia pelayanan kesehatan, serta akseptor itu sendiri dalam mengatasi masalah yang dihadapi akseptor untuk mencapai keberhasilan Program KB (Rahail, 2023).

11.2 Konsep Dasar

Dalam menjelaskan konsep dasar, sangat penting untuk benar-benar memahami bahwa akseptor bermasalah merupakan individu yang mengalami banyak kesulitan dalam menerima, mengonsumsi, dan menggunakan layanan kesehatan reproduksi yang ada. Mereka mungkin memiliki banyak pertanyaan, kekhawatiran, atau bahkan penolakan terhadap berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, yang tentunya akan berdampak besar terhadap keputusan mereka dalam menggunakan layanan tersebut. Oleh karena itu, memiliki pemahaman yang mendalam mengenai konsep ini menjadi sangat penting dalam merancang strategi penanggulangan yang benar-benar efektif dan terarah. Sebagai penanganannya, diperlukan pendekatan yang tepat dan sensitif, serta penggunaan metode komunikasi yang efektif, untuk memastikan bahwa kebutuhan dan preferensi dari akseptor bermasalah dapat terpenuhi dengan baik. Hal ini dapat membantu mengatasi hambatan-hambatan yang mereka alami dalam mendapatkan akses yang tepat dan layanan kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan mereka (Stellata, 2023; Zakiah, 2023).

11.2.1 Definisi Akseptor Bermasalah

Definisi akseptor bermasalah merujuk pada individu yang mengalami tantangan atau hambatan yang signifikan dalam mengakses, menerima, dan memanfaatkan layanan kesehatan reproduksi. Mereka mungkin mengalami kesulitan dalam memahami informasi yang kompleks tentang kontrasepsi, merasa tidak nyaman dan cemas dengan prosedur medis tertentu yang terkait dengan kesehatan reproduksi, atau terpengaruh secara negatif oleh mitos dan stigma seputar kontrasepsi. Dengan mempertimbangkan perbedaan individual dan kebutuhan yang berbeda, sangat penting untuk mengidentifikasi akseptor bermasalah ini secara efektif dan memahami tantangan yang mereka hadapi (Asi, 2023).

Tindakan yang tepat harus diambil untuk mengatasi masalah ini agar dapat meningkatkan kualitas layanan

kesehatan reproduksi bagi individu tersebut. Untuk meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan reproduksi dan memastikan bahwa akseptor bermasalah mendapatkan perawatan yang tepat, langkah-langkah penanganan yang sesuai harus diimplementasikan. Ini mungkin melibatkan pemberian informasi yang lebih sederhana dan mudah dipahami tentang kontrasepsi, edukasi yang proaktif tentang prosedur medis yang terlibat, serta upaya untuk menghilangkan mitos dan stigma seputar kontrasepsi melalui program kesadaran masyarakat yang efektif. Dalam proses penanganan akseptor bermasalah, diperlukan kolaborasi antara penyedia layanan kesehatan reproduksi, organisasi masyarakat, dan pemerintah untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan ramah bagi individu yang mengalami tantangan ini (Stellata, 2023).

Melalui pendekatan yang holistik dan komprehensif, kita dapat mengoptimalkan kualitas layanan kesehatan reproduksi dan memastikan bahwa setiap individu memiliki akses yang setara dan adil terhadap perawatan yang mereka butuhkan. Dalam rangka mencapai tujuan ini, perlu adanya upaya yang berkelanjutan dalam meningkatkan pemahaman kita tentang akseptor bermasalah dan mengidentifikasi strategi yang efektif untuk mengatasi tantangan yang mereka hadapi. Dengan demikian, seiring berjalannya waktu, akan ada peningkatan signifikan dalam kualitas layanan kesehatan reproduksi, yang pada gilirannya akan berkontribusi pada kesejahteraan dan keselamatan individu dan komunitas secara keseluruhan.

11.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Akseptor Bermasalah

Faktor-faktor yang mempengaruhi akseptor bermasalah dapat dibagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi kondisi kesehatan fisik dan mental individu, pengalaman masa lalu, serta tingkat pendidikan dan pemahaman tentang kontrasepsi. Di sisi lain, faktor eksternal melibatkan lingkungan sosial, budaya, dan ekonomi yang dapat memengaruhi keputusan seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Pemahaman mendalam mengenai kedua faktor ini

dapat membantu dalam merancang strategi penanggulangan yang efektif.

11.3.1 Faktor Internal

Faktor internal yang mempengaruhi akseptor bermasalah mencakup berbagai kondisi kesehatan fisik yang dapat memberikan efek samping yang tidak diinginkan, mengingat bahwa efek samping ini bisa sangat bervariasi dari individu ke individu. Selain itu, kondisi medis tertentu seperti gangguan tiroid atau masalah kesehatan lainnya juga dapat berperan dalam mengubah toleransi seseorang terhadap penggunaan kontrasepsi. Tak hanya itu, perubahan hormonal yang terjadi dalam tubuh juga dapat memengaruhi toleransi terhadap kontrasepsi. Ketika hormon dalam tubuh berfluktuasi, reaksi terhadap metode kontrasepsi tertentu juga dapat berubah. Oleh karena itu, pengguna kontrasepsi perlu mengikuti perubahan hormonal mereka dan berkonsultasi dengan tenaga medis yang berkualitas (Mira Aryanti, 2022).

Tidak hanya faktor fisik, kondisi mental juga berperan penting dalam memengaruhi penggunaan kontrasepsi. Kecemasan, misalnya, dapat membuat seseorang ragu-ragu dalam menggunakan metode kontrasepsi tertentu, terutama jika mereka mengkhawatirkan efek samping atau ketidaknyamanan yang mungkin dialami. Depresi juga dapat menjadi faktor yang memengaruhi keputusan penggunaan kontrasepsi, karena kondisi mental yang tidak stabil dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk secara konsisten menggunakan metode kontrasepsi.

Pengalaman masa lalu juga dapat memengaruhi keputusan seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Jika seseorang memiliki pengalaman negatif dengan metode kontrasepsi tertentu, mereka mungkin menjadi lebih ragu-ragu atau enggan untuk mencoba metode kontrasepsi yang baru. Sebaliknya, pengalaman positif dengan metode kontrasepsi tertentu dapat meningkatkan keyakinan seseorang dalam penggunaan metode tersebut. Pengetahuan yang terbatas juga dapat menjadi faktor internal yang memengaruhi keputusan penggunaan kontrasepsi. Jika seseorang tidak memiliki akses

terhadap informasi yang akurat dan mendalam tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, mereka mungkin kurang siap atau tidak yakin dalam membuat keputusan tentang kontrasepsi yang tepat untuk mereka (Iballa, 2024).

Selain itu, kepercayaan dan nilai-nilai yang berkaitan dengan kontrasepsi juga dapat memengaruhi keputusan seseorang dalam menggunakan kontrasepsi. Nilai-nilai budaya, agama, dan moral individu dapat memainkan peran penting dalam mempengaruhi pandangan dan sikap mereka terhadap penggunaan kontrasepsi. Faktor internal ini bisa sangat subjektif dan bervariasi dari individu ke individu. Dengan memperhatikan semua faktor internal ini, penting bagi setiap individu untuk membahasnya dengan tenaga medis yang kompeten sebelum memutuskan metode kontrasepsi yang paling tepat untuk mereka. Konsultasi dengan dokter atau praktisi kesehatan yang terlatih dapat membantu individu dalam memahami manfaat, risiko, dan kompatibilitas berbagai metode kontrasepsi dengan kondisi tubuh dan kebutuhan pribadi mereka.

11.3.2 Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang mempengaruhi akseptor bermasalah meliputi dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat sekitar yang tinggal di sekitarnya. Untuk mendapatkan dukungan sosial yang optimal, akseptor membutuhkan lingkungan yang mendukung secara emosional dan mental. Selain itu, aksesibilitas terhadap layanan kesehatan juga memainkan peran penting dalam menentukan keberhasilan penggunaan kontrasepsi (Tambun, 2020).

Penting untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menyediakan kontrasepsi mudah dijangkau oleh setiap individu, tanpa hambatan berarti. Selanjutnya, informasi yang akurat dan jelas tentang kontrasepsi juga harus tersedia dan mudah diakses oleh semua akseptor. Semakin mudah seseorang mendapatkan informasi tentang jenis-jenis kontrasepsi yang ada dan cara penggunaannya, semakin mungkin mereka akan menggunakan kontrasepsi dengan tepat dan efektif. Oleh karena

itu, perlu upaya yang terus-menerus untuk meningkatkan tingkat kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kontrasepsi.

Selain faktor aksesibilitas, faktor ekonomi juga dapat mempengaruhi penerimaan dan keterlibatan akseptor dalam program kontrasepsi. Biaya kontrasepsi dan ketersediaannya di pasaran menjadi pertimbangan penting bagi banyak individu. Oleh karena itu, penting untuk menciptakan sistem yang memastikan kontrasepsi terjangkau dan tersedia bagi semua kalangan masyarakat. Kemudahan akses ke kontrasepsi dapat menjadi salah satu bentuk perlindungan terhadap kehamilan yang tidak diinginkan.

Norma sosial, budaya, dan agama juga memiliki pengaruh yang signifikan dalam penggunaan kontrasepsi. Setiap kelompok masyarakat memiliki tata nilai dan kepercayaan yang berbeda terkait dengan kontrasepsi. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan yang sensitif terhadap isu-isu budaya dan religius dalam menjalankan program kontrasepsi. Pendidikan seksual yang menyeluruh dan inklusif dapat membantu membangun pengertian yang lebih baik tentang kontrasepsi dalam konteks kebudayaan dan agama masing-masing individu (Iballa, 2024).

Dengan mempertimbangkan berbagai faktor eksternal ini, sangat penting untuk mengembangkan strategi penanggulangan yang holistik dalam meningkatkan tingkat penerimaan dan keterlibatan akseptor dalam program kontrasepsi. Sebuah pendekatan yang menyeluruh harus melibatkan pemerintah, organisasi kesehatan, keluarga, masyarakat, dan individu-individu terkait untuk menciptakan lingkungan yang mendukung dan mendorong penggunaan kontrasepsi yang aman dan efektif.

11.4 Dampak Akseptor Bermasalah

Dampak akseptor bermasalah dapat meliputi penurunan kepercayaan diri, rasa malu, dan ketidaknyamanan saat berinteraksi dengan orang lain. Mereka mungkin merasa terisolasi dan tidak bisa membicarakan masalahnya kepada orang lain, sehingga dapat menyebabkan stres dan merasa

tertekan. Selain itu, kondisi ini juga bisa berdampak pada hubungan sosial dan pekerjaan akseptor tersebut, karena terganggunya keseimbangan emosi dan pikiran mereka (Aulia, 2021). (Aulia, 2021)

11.4.1 Dampak Psikologis

Dampak psikologis dari akseptor bermasalah dapat mencakup terjadinya gangguan mental yang sangat signifikan seperti depresi yang berat, kecemasan yang luar biasa, dan gangguan makan yang kronis. Mereka kemungkinan besar akan mengalami perubahan mood yang sangat drastis, menjadi sangat sulit untuk berkonsentrasi, serta merasa benar-benar kehilangan minat dalam menjalani aktivitas sehari-hari mereka yang biasanya dianggap penting. Hal ini tidak hanya akan berdampak pada kualitas hidup mereka secara umum, namun juga dapat mengancam kesehatan mental mereka secara keseluruhan. Oleh karena itu, sangat diperlukan adanya penanganan yang sangat serius dan tepat guna untuk membantu mereka mengatasi masalah psikologis mereka yang begitu kompleks dan menyulitkan (Aulia, 2021; Nursavitri, 2024).

11.5 Strategi Penanggulangan

Untuk mengatasi akseptor bermasalah, strategi penanggulangan yang efektif perlu diterapkan. Langkah pertama yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan edukasi tentang risiko dan manfaat program kontrasepsi kepada akseptor. Selain itu, penting juga untuk memberikan konseling agar akseptor dapat memahami pentingnya pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka. Dengan pendekatan edukasi dan konseling yang baik, diharapkan dapat membantu mengurangi kasus akseptor bermasalah dan meningkatkan kepuasan serta keberhasilan program kontrasepsi.

11.5.1 Edukasi dan Konseling

Dalam penanggulangan akseptor bermasalah, edukasi dan konseling memiliki peran yang sangat penting dalam

memberikan dukungan dan bantuan kepada mereka. Melalui edukasi yang lebih komprehensif dan mendalam, akseptor dapat diberi pengetahuan yang lebih luas dan mendalam mengenai berbagai metode kontrasepsi yang digunakan serta risiko dan manfaatnya. Selain itu, edukasi juga akan mempertimbangkan aspek budaya, sosial, dan ekonomi yang memengaruhi pemilihan metode kontrasepsi serta pentingnya mematuhi aturan yang telah ditetapkan (Zakiah, 2023).

Sementara itu, konseling menjadi sarana yang efektif untuk membantu akseptor memahami kondisi mereka secara menyeluruh. Konselor yang berpengalaman akan membantu akseptor dalam mengeksplorasi solusi yang tepat untuk setiap masalah yang dihadapi. Mereka akan menghadapi berbagai pertanyaan, kekhawatiran, dan ketakutan yang mungkin timbul, serta memastikan bahwa setiap keputusan yang diambil oleh akseptor didasarkan pada pemahaman yang baik dan informasi yang akurat.

Dengan pendekatan yang holistik dan terpadu antara edukasi dan konseling, diharapkan dapat membantu akseptor dalam mengelola masalah yang mereka alami dengan lebih baik dan meningkatkan keberhasilan program kontrasepsi. Selain itu, upaya ini juga akan meningkatkan pemahaman masyarakat secara umum mengenai pentingnya perencanaan keluarga dan penggunaan metode kontrasepsi yang tepat. Dengan peningkatan pengetahuan dan kesadaran ini, diharapkan akan terjadi perubahan positif dalam kehidupan seksual dan reproduksi masyarakat, serta mengurangi angka kehamilan tidak diinginkan dan penyebaran penyakit menular seksual (Samsi, 2023).

11.6 Studi Kasus

Studi kasus ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis akseptor KB yang mengalami masalah dalam program KB. Melalui pendekatan kualitatif, data akan dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan akseptor bermasalah. Faktor-faktor penyebab masalah seperti efek samping, ketidaksesuaian metode, atau kesalahpahaman akan

dianalisis untuk memberikan gambaran yang jelas tentang situasi akseptor bermasalah.

Dalam studi kasus ini, akan diberikan informasi yang sangat penting mengenai kasus-kasus nyata terkait akseptor bermasalah di berbagai layanan kesehatan yang berbeda. Melalui analisis yang sangat mendalam terhadap seluruh kasus tersebut, diharapkan dapat memberikan wawasan yang lebih luas dan mendalam mengenai problematika yang dihadapi oleh para akseptor bermasalah serta strategi yang efektif dan inovatif dalam penanggulangan serta penyelesaian masalah tersebut. Dengan pemahaman yang lebih mendalam ini, diharapkan para pihak terkait, baik dari pemerintah, tenaga kesehatan, maupun masyarakat umum dapat bekerja sama untuk mengatasi dan mencegah masalah ini agar tidak terjadi di masa yang akan datang. Semoga hasil dari penelitian ini dapat memberikan dampak yang positif dan solusi yang holistik bagi semua pihak yang terlibat.

11.6.1 Deskripsi Kasus

Seorang wanita berusia 30 tahun yang mengalami efek samping dari metode kontrasepsi yang digunakan. Wanita ini telah menggunakan suntik KB selama 2 tahun dan mengalami gangguan menstruasi yang berkepanjangan. Selain itu, ia juga mengalami penurunan libido dan gejala depresi. Melalui wawancara mendalam, akan dilakukan eksplorasi terhadap dampak yang dirasakan oleh wanita ini serta analisis terhadap faktor-faktor yang memengaruhi pemilihan dan kelangsungan metode kontrasepsi yang dipilihnya.

11.6.2 Analisa Data

Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini melibatkan proses pengumpulan informasi yang sistematis dari kasus-kasus akseptor bermasalah yang telah diidentifikasi sebelumnya. Data-data tersebut kemudian dianalisis secara cermat dan detail guna mencari pola, tren, dan faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya masalah pada akseptor. Dalam proses analisis data ini juga dilakukan perbandingan

antara kategori akseptor bermasalah dan akseptor non-bermasalah untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif terkait perbedaan karakteristik di antara keduanya. Dengan adanya pemahaman yang lebih mendalam ini, diharapkan dapat ditemukan solusi yang tepat dan efektif dalam mengatasi masalah yang ada pada akseptor. Tindakan-tindakan yang diambil selanjutnya akan didasarkan pada hasil analisis yang solid dan valid guna meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan akseptor (Yunita, 2024).

11.6.3 Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisis deskriptif, analisis komparatif, analisis kualitatif. Analisis deskriptif digunakan untuk memberikan gambaran umum mengenai karakteristik akseptor bermasalah. Sedangkan analisis komparatif digunakan untuk membandingkan data antara kelompok akseptor bermasalah dan non-bermasalah guna mengidentifikasi perbedaan signifikan. Sementara itu, analisis kualitatif digunakan untuk mendalami faktor-faktor penyebab masalah pada akseptor dengan menggali informasi secara mendalam melalui wawancara atau observasi langsung.

Pada langkah awal analisis deskriptif, data akseptor bermasalah akan dibagi ke dalam beberapa kategori berdasarkan usia, jenis kelamin, dan riwayat kesehatan. Kemudian, statistik deskriptif seperti mean, median, dan persentase akan digunakan untuk menjelaskan karakteristik akseptor bermasalah secara menyeluruh. Selanjutnya, analisis komparatif dilakukan dengan membandingkan data dari kelompok akseptor bermasalah dengan kelompok non-bermasalah. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi perbedaan yang signifikan antara kedua kelompok tersebut. Pengujian statistik seperti uji t akan digunakan untuk menguji perbedaan signifikan antara kedua kelompok. Selain itu, analisis regresi juga akan dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen.

Terakhir, analisis kualitatif akan dilakukan melalui wawancara mendalam dengan beberapa responden dari

kelompok akseptor bermasalah. Wawancara ini akan dilakukan untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang faktor-faktor penyebab masalah pada akseptor. Selain itu, observasi langsung juga akan dilakukan untuk memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang konteks dan lingkungan akseptor bermasalah. Dalam analisis kualitatif ini, data akan dianalisis melalui proses kategorisasi dan tematik. Hasil dari analisis ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang akseptor bermasalah dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Sari, 2023; Waruwu, 2023).

11.6.4 Temuan Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya beberapa kasus akseptor bermasalah yang diidentifikasi selama studi ini dilaksanakan. Diantaranya adalah kasus ketidakteraturan penggunaan kontrasepsi, seperti penggunaan melebihi dosis yang direkomendasikan dan kelalaian dalam menjaga kebersihan alat kontrasepsi. Selain itu, juga terdapat kasus akseptor yang mengalami efek samping yang tidak diantisipasi seperti gangguan hormonal dan masalah kesehatan lainnya akibat penggunaan kontrasepsi. Kasus-kasus ini menjadi sorotan utama dalam penelitian ini untuk memberikan pemahaman yang lebih baik terhadap permasalahan yang dihadapi akseptor bermasalah.

11.6.5 Kasus-Kasus yang Diidentifikasi

Beberapa temuan menarik yang sangat menarik dan penting untuk dicatat telah muncul dalam identifikasi kasus-kasus akseptor bermasalah yang telah dilakukan sejauh ini. Salah satunya adalah kasus yang melibatkan seorang akseptor yang mengalami alergi terhadap bahan-bahan yang terkandung dalam kontrasepsi yang digunakan. Kondisi ini, yang menyebabkan reaksi yang tidak diinginkan dan mengganggu kesehatan akseptor, merupakan hal yang luar biasa, karena jarang terjadi. Namun demikian, kasus semacam ini memiliki implikasi yang serius dan memerlukan perhatian khusus dalam pengelolaan kontrasepsi. Selain itu, kami juga telah menemukan

beberapa kasus kegagalan kontrasepsi yang menyebabkan kehamilan yang tidak direncanakan. Kegagalan semacam ini memang bisa terjadi dalam penggunaan kontrasepsi, namun kasus-kasus ini menyoroti pentingnya pemahaman yang lebih mendalam tentang metode kontrasepsi yang digunakan serta peningkatan dalam edukasi dan konseling kepada pasien.

Penting bagi para tenaga medis untuk mempertimbangkan dengan seksama faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mengurangi risiko kegagalan. Terakhir, kami juga menemukan beberapa kasus yang melibatkan akseptor yang mengalami perubahan mood dan gangguan psikologis sebagai akibat dari penggunaan kontrasepsi. Gangguan mood dan masalah psikologis ini tidak boleh dianggap sebagai masalah yang remeh, karena dapat berdampak serius pada kesejahteraan psikis para akseptor.

Pengelolaan kontrasepsi yang efektif haruslah memperhatikan faktor-faktor ini dan mengambil pendekatan yang holistik dalam memberikan perawatan kepada pasien. Keseluruhan, temuan-temuan ini memberikan gambaran yang sangat jelas dan penting tentang kondisi akseptor bermasalah yang memerlukan perhatian lebih dalam pengelolaan kontrasepsi. Mereka menggarisbawahi pentingnya penelitian lebih lanjut, peningkatan kesadaran, dan peningkatan dalam penyediaan layanan kesehatan yang komprehensif bagi para akseptor. Dengan demikian, perlu bagi semua pihak yang terlibat dalam bidang kesehatan reproduksi untuk bekerja sama dalam mengatasi tantangan ini dan memastikan kualitas perawatan yang optimal bagi para akseptor.

11.6.6 Diskusi

Diskusi melibatkan analisis mendalam terhadap kasus-kasus akseptor bermasalah yang diidentifikasi dalam penelitian ini. Temuan menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti kurangnya informasi terkait kontrasepsi, stigma sosial, dan ketidaksesuaian metode kontrasepsi berperan dalam kasus-kasus tersebut. Diperlukan pendekatan holistik dan kolaborasi

lintas sektor untuk mengatasi masalah ini secara efektif dan berkelanjutan.

11.6.7 Implikasi Temuan

Implikasi temuan dari penelitian ini adalah pentingnya meningkatkan akses terhadap informasi yang akurat dan komprehensif terkait kontrasepsi. Rekomendasi juga termasuk perlunya melibatkan masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi dan mengurangi stigma terhadap penggunaan kontrasepsi. Perlu adanya perubahan kebijakan dan program yang lebih inklusif dan terfokus pada kebutuhan individu untuk mengurangi kasus akseptor bermasalah di masyarakat.

11.7 Kesimpulan dan Rekomendasi

Berdasarkan analisis data dan temuan penelitian, disimpulkan bahwa kasus-kasus akseptor bermasalah umumnya disebabkan oleh faktor-faktor seperti kurangnya pemahaman, kurangnya dukungan sosial, dan minimnya informasi yang diterima. Beberapa faktor yang menyebabkan masalah dalam penggunaan kontrasepsi meliputi kurangnya pemahaman akan efek samping, minimnya akses informasi tentang kontrasepsi, dan kurangnya ketersediaan layanan kesehatan yang memadai.

Penanggulangan terhadap akseptor bermasalah memerlukan pendekatan yang komprehensif dan terkoordinasi. Faktor internal dan eksternal yang memengaruhi akseptor bermasalah perlu diperhatikan secara bersama-sama dalam merancang strategi penanggulangan yang efektif. Dampak psikologis akseptor bermasalah juga merupakan hal yang penting untuk diperhatikan dalam memberikan layanan kesehatan reproduksi.

Edukasi dan konseling memiliki peran yang krusial dalam membantu akseptor bermasalah mengatasi masalahnya dan mengambil keputusan yang tepat mengenai kontrasepsi. Diperlukan juga upaya untuk meningkatkan pemahaman akseptor terhadap kontrasepsi dan efek sampingnya, meningkatkan akses informasi melalui penyuluhan dan media

sosial, serta meningkatkan kualitas layanan kesehatan terutama di bidang kesehatan reproduksi.

11.7.1 Rekomendasi Kebijakan

Sebagai rekomendasi kebijakan, diperlukan langkah-langkah konkret seperti peningkatan kualitas informasi dan edukasi tentang kontrasepsi, pembentukan program pemantauan dan evaluasi yang terstruktur, serta peningkatan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi. Selain itu, penting untuk melibatkan aktif masyarakat dalam penyusunan kebijakan agar program-program yang dilaksanakan lebih tepat sasaran dan berdampak positif bagi peningkatan kesehatan reproduksi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andini, W. S. , K. A. , P. K. and B. E. (2023). Determinan Penggunaan Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) oleh Akseptor Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah Stikes Kendal*, 13(4), 1209–1232.
- Asi, M. , K. F. , S. S. , I. E. , S. R. , E. A. , S. Y. , N. N. and M. S. (2023). *Pelayanan Keluarga Berencana* (Asriati & F. Realita, Eds.). CV Eurrka Media Aksara.
- Aulia, F. (2021). *Kontrasepsi Pil dan Kejadian Depresi*. NEM.
- Iballa, B. D. M. & H. W. S. (2024). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Akseptor Dalam Memilih Alat Kotrasepsi Di Pmb Dince Safrina. *JOMIS (Journal of Midwifery Science)*.
- Mira Aryanti, S. S. T. , A. P. , K. M. , A. I. , S. S. , K. M. , M. D. E. S. and K. M. (2022). Kajian Kualitatif Faktor Internal Yang Mempengaruhi Kehamilan Remaja Di Kecamatan Indramayu Kabupaten Indramayu. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 6(1), 1.
- Nursavitri, S. I. , A. M. H. and A. N. (2024). Evaluasi Efek Samping Mood Disorder Terhadap Penggunaan Kontrasepsi Oral Dan Suntik Di Klinik Rawat Inap Budhi Asih. *Sainsbertek Jurnal Ilmiah Sains & Teknologi*, 4(2), 38–50.
- Rahail, J. (2023). Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam Program Kampung Berkualitas (KB) di Kota Jayapura. *PESIRAH: Jurnal Administrasi Publik*.
- Samsi, S. N. , R. A. , M. S. , D. A. , K. W. and H. L. (2023). Edukasi Pendidikan Kesehatan Pada Pasangan Usia Subur Dalam Pemilihan Kontrasepsi. *Jurnal Abdi Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(1), 78–83.
- Sari, M. , R. H. , A. N. J. , A. M. W. and S. R. A. (2023). Explanatory Survey dalam Metode Penelitian Deskriptif Kuantitatif. *Jurnal Pendidikan Sains Dan Komputer*, 3(01), 10–16.
- Stellata, A. G. , K. S. T. , F. R. , S. S. , K. Y. , A. N. W. N. , Y. D. , S. S. , H. S. N. , S. S. and M. S. S. (2023). *Kesehatan Perempuan dan*

- Perencanaan Keluarga. Kaizen Media Publishing* (Rosmawati, Ed.). Kaizen Media Publishing.
- Tambun, M. (2020). Faktor “Faktor Yang Memengaruhi Akseptor Kb Dalam Memilih Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) Di Wilayah Kerja Kampung KB Medan Johor Tahun 2020. *Excellent Midwifery Journal*.
- Waruwu, M. (2023). Pendekatan penelitian pendidikan: metode penelitian kualitatif, metode penelitian kuantitatif dan metode penelitian kombinasi (Mixed Method). *Jurnal Pendidikan Tambusai*.
- Yunita, L. & A. F. N. (2024). *Analisis Algoritma ID3 pada Kunjungan Akseptor KB*.
- Zakiah, L. , N. K. and S. S. (2023). Pendidikan Kesehatan Reproduksi: Edukasi Pengetahuan Akseptor KB Suntik tentang Efek Samping KB Suntik di PMB Wayan Adiarthi. *Jurnal Abdi Mahosada*, 1(1), 35–40.

BIODATA PENULIS



Bdn. Eka Mardiana Afrilia, S.ST., MKM

Dosen Program Studi Kebidanan
FIKes UMT Tangerang

Bdn. Eka Mardiana Afrilia, S.ST., MKM dikenal sebagai anak sulung dan ibu dari dua anak (Qyka dan Queena) yang lahir di Ciledug Kota Tangerang. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan pada tahun 2009 dan D-IV Bidan Pendidik di STIKes Muhammadiyah Tangerang pada Tahun 2010 yang sekarang sudah berubah menjadi Universitas Muhammadiyah Tangerang. Dimana tempat pertama kali mengabdikan dalam dunia Pendidikan setelah bekerja di pelayanan sebelumnya (PMB. Nurliza, RS Buah Hati Pamulang, RSIA Aqidah) Kemudian melanjutkan Program Magister di Universitas Prof. Dr. Hamka dan menyandang gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada tahun 2016. Bergabung di Klinik Pratama Alyssa Medika Kota Tangerang pada sejak tahun 2013 hingga sekarang. Juga menggeluti pelayanan komplementer dan sebagai praktisi di klinik tersebut diantaranya Pelayanan Holistik Mom and Baby Treatment hingga Aesthetic. Juga bekerja sebagai Dosen Tatap sekaligus Pegawai Struktural di Universitas Muhammadiyah Tangerang selaku Sekretaris Program Studi Pendidikan Profesi Bidan. Bergelut di dunia Pendidikan dari tahun 2011 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS



Isnaeny SST.,M.Kes

Dosen Program Studi DIII Kebidanan Syekh Yusuf Al Makassar
Gowa

Penulis Lahir di Sungguminasa, 10 Agustus 1990. Riwayat Pendidikan SD Negeri Center Rappokaleleng Tamat pada tahun 2003, SLTP Negeri 1 Bontonompo tamat pada tahun 2005, SMU Negeri 1 Bontonompo tamat pada Tahun 2008, Diploma III Kebidanan Muhammadiyah Makassar tamat tahun 2011, Kemudian D4 Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar tamat tahun 2014, dilanjutkan dengan mengambil S2 Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Muslim Indonesia tamat pada tahun 2019.

Penulis aktif berorganisasi pada ranting IBI cabang kabupaten Takalar pada tahun 2011 sampai 2014, bekerja pada salah satu Unit Pelayanan Kesehatan di kabupaten Takalar yaitu Puskesmas Polombangkeng Utara tahun 2011 sampai tahun 2014. Serta Di tahun 2023 penulis aktif bergabung di organisasi ADPERTISI (Aliansi Dosen Perguruan Tinggi Swasta Indonesia).
Email :isnaeny@usy.ac.id

BIODATA PENULIS



Zuhrotunida, S,ST, M.Kes, Bd

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Universitas Muhammadiyah Tangerang

Penulis bergabung di Program Studi D3 Kebidanan STIKes Muhammadiyah Tangerang sejak tahun 2003. Homebased saat ini adalah Dosen di program studi Sarjana Kebidanan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Tangerang. Penulis adalah alumni Pendidikan Bidan di Politeknik Kesehatan Tasikmalaya pada tahun 2000, Pendidikan D-IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran tahun 2005 dan Pendidikan magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Jakarta tahun 2013. Saat ini selain melakukan tridarma perguruan tinggi, penulis juga sebagai praktisi *hypnotherapy* dan *prenatal yoga* di wilayah Tangerang. Adapun alamat yang dapat dihubungi di zuhrotunida@gmail.com

BIODATA PENULIS



Yuliyani

Dosen Prodi D3 Kebidanan

Penulis lahir di Nganjuk tanggal 24 Juli 1967. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di RSI Surabaya dan S1 pada FKM Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang Menulis buku dan juga praktisi Yoga Ibu Hamil serta *Home Care Post Natal Treatment*.

BIODATA PENULIS



Sriventi Lestari, S.Tr.Keb.,M.K.M
Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Politeknik Cendarwasih Palu

Penulis lahir di Ampibabo, Tanggal 13 Oktober 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan, Politeknik Cendarwasih Palu. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Bidan Klinik di Universitas Indonesia Maju Jakarta dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi di Universitas Muhammadiyah Prof Dr. Hamka Jakarta

BIODATA PENULIS



Trisna Yuni Handayani S.ST.,MPH

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Institut Kesehatan Mitra Bunda

Penulis lahir di Tanjung Pinang, tanggal 28 Juni 1988. Penulis merupakan dosen tetap di Institut Kesehatan Mitra Bunda yang berlokasi di Kota Batam. Menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Kebidanan di Akbid Sempena Negeri Pekanbaru lulus tahun 2009, diploma empat Bidan Pendidik di STIKES Aisyiyah Yogyakarta lulus tahun 2011, melanjutkan Pendidikan S2 Program Studi Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas di Universitas Sebelas Maret lulus tahun 2015. Pengalaman organisasi penulis adalah Ketua Badan Penjaminan Mutu Institut Kesehatan Mitra Bunda, Anggota Ikatan Bidan Indonesia. Ini adalah buku ke tiga penulis. Adapun buku yang sudah ditulis adalah Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan, Asuhan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Semoga buku ini bermanfaat bagi para pembaca.

BIODATA PENULIS



Dr. Hastuti Marlina, SKM, M. Kes

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Universitas Hang Tuah Pekanbaru

Akrab disapa “ina”, lahir di Kota Pekanbaru pada Maret 1987. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan Dharma Husada Pekanbaru tahun 2008, Pendidikan S1 Ilmu Kesehatan Masyarakat tahun 2010 di STIKes Hang Tuah Pekanbaru, di Institusi yang sama pada tahun 2012 menyelesaikan Pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi. Menyelesaikan Program Doktor (S3) di Universitas Negeri Padang pada Mei 2020. Penulis Dosen tetap di Universitas Hang Tuah Pekanbaru (2011-sekarang). Penulis aktif terlibat dalam kepanitiaan internal maupun eksternal, pernah menjadi Penanggung Jawab Pengabdian Masyarakat oleh dosen, terlibat sebagai editor dan penyunting beberapa prosiding ber-ISBN kumpulan hasil kegiatan pengabdian dan penelitian dosen Prodi IKM. Aktif mengikuti kegiatan eksternal seperti seminar-seminar yang diadakan oleh BKKBN, institusi kesehatan maupun stakeholder yang bergerak di bidang kesehatan. Aktif menjadi reviewer pada beberapa jurnal kesehatan. Pada tahun 2015 penulis lolos hibah Penelitian Dosen Pemula oleh RISTEKDIKTI dengan judul “Seks Pranikah Pada Remaja”. Tahun 2019 kembali lolos hibah Program Pengabdian Masyarakat oleh RISTEKDIKTI tentang “Pendampingan mengenai tiga masalah kespro remaja (TRIAD

KRR) pada siswa/I SMAN 2 Siak Hulu Kabupaten Kampar. Telah menulis beberapa judul Buku ajar yang telah dicetak. Aktif menulis dan publikasi artikel pada prosiding maupun jurnal terindeks secara nasional dan internasional. Jika ingin menghubungi penulis silahkan email ke alamat hastutimarlina56@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Angie Diniayuningrum, S.Keb, Bd., M.Keb

Dosen Program Studi Program Sarjana dan Profesi Bidan
Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung

Penulis lahir di Singkawang tanggal 15 Februari 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Sarjana dan Profesi Bidan Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Prodi Sarjana Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2016, Program Profesi pada Prodi Profesi Bidan Universitas Brawijaya pada tahun 2018 dan Program Magister Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2020. Pada saat ini penulis mengampu Mata Kuliah pada 2 departemen yaitu Departemen KB dan Departemen Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Buku yang telah ditulis saat ini yaitu Vaksin dan Imunisasi (2023).

BIODATA PENULIS

Yoga Tri Wijayanti

Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang

Penulis lahir di Lampung Tengah, 14 Mei 1980. Sekolah Dasar Negeri 1 Yosomulyo Tahun 1992 di Metro. Melanjutkan Sekolah Menengah Pertama SMPN 1 Metro Tamat Tahun 1995 di Metro. Selanjutnya Sekolah Menengah Umum Negeri 1 Metro Tamat Tahun 1998. Selanjutnya Masuk Akademi Kebidanan Depkes Tanjungkarang Tahun 1998 dan Lulus Tahun 2001 di Bandar Lampung. Melanjutkan Program Sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Kesehatan Reproduksi dan lulus tahun 2005. Melanjutkan Pasca Sarjana Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi Tahun 2010 dan Lulus Tahun 2012. Pendidikan Sarjana Terapan kebidanan di Universitas Aisyah Pringsewu lulus tahun 2021 dan melanjutkan Pendidikan Profesi Bidan di Stikes Abdi Nusantara Bekasi lulus tahun 2023.

Setelah Tamat Dari AKBID Depkes Tanjungkarang Tahun 2001 Bekerja sebagai bidan pelaksana di RSUD Ahmad Yani Metro Tahun 2001-2002. Menjadi Tenaga Kependidikan di Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang sejak tahun 2003-2006, kemudian beralih sebagai Dosen Pengembang Program Studi Kebidanan Metro Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang Tahun 2007 -2014, dan sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang sejak tahun 2014 Sampai Sekarang. Penulis Memperoleh Sertifikasi Dosen Sejak Tahun 2015 Sampai

Sekarang. Selama Menjadi Dosen Tetap Penulis Pernah Menduduki Jabatan Sekretaris Prodi 2018 - saat ini.

Penulis aktif dalam kegiatan organisasi kepramukaan sejak duduk di bangku Sekolah Menengah Pertama, sebagai Wakil Pratama tahun 1993-1994, sebagai Pradana putri di SMU tahun 1996-1997 sebagai Bendahara Dewan Kerja Cabang Lampung Tengah Tahun 1997-1998. Organisasi Kemahasiswaan sebagai Ketua Senat Mahasiswa AKBID Depkes Tanjungkarang tahun 1998-2000. Sebagai anggota Asosiasi Dosen Indonesia, dan Pengurus Ranting Pendidikan Ikatan Bidan Indonesia Kota Metro.

BIODATA PENULIS



Yulianti

Dosen Sarjana Kebidanan Dan Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman

Penulis lahir di Bogor tanggal 29 Mei 1993. Penulis adalah dosen pada Program Studi Sarjana Kebidanan Dan Pendidikan Profesi Bidan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Medika Suherman. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Medika Cikarang lalu melanjutkan pendidikan Diploma IV di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju dan melanjutkan pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta. Pengalaman pekerjaan di PMB Bidan Karmila tahun 2014 – 2015 dan saat ini menjadi dosen tetap dan Kaprodi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Medika Suherman mulai tahun 2019 – sekarang. Adapun kegiatan lain yang diikuti ialah Baby Spa (2019), Pelatihan Item Depelopment, Item Review & Item Bank Administrator (2022), Peserta Workshop Kurikulum dan Modul Keluarga Berencana di Bandung (2022), Pengawas Lokal di TUK SMA 3 Karawang (2023)

BIODATA PENULIS



Sri Kustiyati, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta

Penulis lahir di Sukoharjo tanggal 10 Juli 1977. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Sarjana dan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan, melanjutkan DIV Kebidanan dan S2 Kebidanan.