



KESEHATAN REPRODUKSI MEDIS SOSIAL PSIKOLOGI

Penulis :

- Anita Lontaan
- Siswi Wulandari
- Reza Bintangdari Johan
- Umarudin
- Gusti Ayu Tirtawati
- Putri Eka Sejati
- Lumastari Ajeng Wijayanti
- Nur Gilang Fitriana
- Tutik Ekasari
- Wita Solama
- Muzayyaroh
- Tutik Hidayati
- Ernawati

ISBN 978-623-198-034-2



9 786231 980342

KESEHATAN REPRODUKSI MEDIS SOSIAL PSIKOLOGI

**Anita Lontaan
Siswi Wulandari
Reza Bintangdari Johan
Umarudin
Gusti Ayu Tirtawati
Putri Eka Sejati
Lumastari Ajeng Wijayanti
Nur Gilang Fitriana
Tutik Ekasari
Wita Solama
Muzayyaroh
Tutik Hidayati
Ernawati**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KESEHATAN REPRODUKSI MEDIS SOSIAL PSIKOLOGI

Penulis :

Anita Lontaan
Siswi Wulandari
Reza Bintangdari Johan
Umarudin
Gusti Ayu Tirtawati
Putri Eka Sejati
Lumastari Ajeng Wijayanti
Nur Gilang Fitriana
Tutik Ekasari
Wita Solama
Muzayyaroh
Tutik Hidayati
Ernawati

ISBN : 978-623-198-034-2

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

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

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, 30 Januari 2023

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

Judul
Kesehatan reproduksi Medis Sosial Psikologi

Penulis
Anita Lontaan
Siswi Wulandari
Reza Bintangdari Johan
Umarudin
Gusti Ayu Tirtawati
Putri Eka Sejati
Lumastari Ajeng Wijayanti
Nur Gilang Fitriana
Tutik Ekasari
Wita Solama
Muzayyarah
Tutik Hidayati
Ernawati
Penerbit:
PT. Global Eksekutif Teknologi

ISBN: 978-623-198-034-2

Edisi Indonesia
Kesehatan reproduksi Media Sosial Psikologi

Editor : Oktavianisa, Rantika Maida Sahara
Cetakan : Pertama, Februari 2022
Penerbit : Global Eksekutif Teknologi
Jln. Pasia Sabalah No.34 Kec. Koto Tengah Kota Padang
Telp. +6281372200104
Email : globaleksekitifteknologi@gmail.com
Website : www.globaleksekitifteknologi.co.id

Perpustakaan Nasional RI: Data Katalog Dalam Terbitan (KDT)	
KREATOR	Lontaan, Anita; Wulandari, Siswi; Johan, Reza Bintangdari; Umarudin; Tirtawati, Gusti Ayu; Sejati, Putri Eka; Wijayanti, Lumastari Ajeng; Fitriana, Nur Gilang; Ekasari, Tutik; Solama, Solama; Muzayyarah; Hidayati, Tutik; Ernawati (Penulis)
JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Kesehatan Reproduksi Medis Sosial Psikologi; editor Oktavianis, Rantika Maida Sahara
PUBLIKASI	Padang : PT. Global Eksekutif Teknologi, 2022
DESKRIPSI FISIK	283 halaman ; 23 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-623-198-034-2
SUBJEK	Kebidanan

Hak Cipta dilindungi Undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini
Kedalam bentuk apapun secara elektronik maupun mekanis,
tanpa izin tertulis dari penerbit.
All Right Reserved

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadirat 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 Medis Sosial Psikologi ini.

Buku ini membahas Konsep kesehatan reproduksi, Wanita sepanjang siklus kehidupan, Isu-isu kesehatan wanita, Analisis masalah kesehatan reproduksi, Indikator status kesehatan wanita, Perkembangan dan klasifikasi sosiologi psikologi, Fenomena kesenjangan sosial dalam pengobatan, Epidemiologi Kesehatan Reproduksi, Komponen Pelayanan Kesehatan Reproduksi, Peningkatan Status Kesehatan Wanita, Gizi seimbang dalam siklus kehidupan perempuan, Promotive dan preventif dalam kesehatan reproduksi, Dokumentasi, pelaporan dan rujukan kesehatan reproduksi.

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, 30 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBR	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI.....	1
1.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi	1
1.2 Berbagai Ruang Lingkup dalam Kesehatan Reproduksi	2
1.3 Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kesehatan Reproduksi.....	4
1.4 Struktur dan Fungsi Organ Reproduksi	5
1.4.1 Laki-laki	5
1.4.2 Perempuan	10
1.5 Sasaran Kesehatan Reproduksi	13
1.6 Hak-hak Reproduksi	14
1.7 Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita di Indonesia.....	15
1.8 Kesehatan Reproduksi Menurut Siklus Hidup Perempuan	17
DAFTAR PUSTAKA	19
BAB 2 WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN	21
2.1 Pendahuluan	21
2.2 Siklus Hidup	22
DAFTAR PUSTAKA.....	32
BAB 3 ISU-ISU KESEHATAN WANITA.....	33
3.1 Pendahuluan	33
3.2 Kesehatan ibu	33
3.3 Kesehatan Reproduksi	34
3.3.1 <i>Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)</i>	34
3.3.2 Penyakit Menular Seksual	35
3.3.3 <i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i>	35
3.4 Kanker Payudara.....	36

3.5 Kanker serviks	37
3.6 Infertilitas, dan unexplained infertility.....	38
3.7 Kesehatan mental.....	39
3.8 Perkawinan anak.....	40
3.9 Kekerasan seksual.....	41
DAFTAR PUSTAKA	43
BAB 4 ANALISIS MASALAH KESEHATAN	
REPRODUKSI	47
4.1 Pendahuluan.....	47
4.2 Kesehatan Reproduksi.....	49
4.2.1 Organ Reproduksi Manusia.....	51
4.2.2 Faktor Penyebab Gangguan Kesehatan Reproduksi	60
4.3 Kebijakan, program dan strategi.....	66
4.4 Hak-hak Reproduksi.....	68
4.5 Solusi Masalah Kesehatan Reproduksi	70
DAFTAR PUSTAKA	72
BAB 5 INDIKATOR STATUS KESEHATAN WANITA.....	
5.1 Pendahuluan.....	75
5.2 Kesehatan Wanita	75
5.3 Hak-Hak Kesehatan Reproduksi.....	77
5.3.1 Definisi hak kesehatan reproduksi.....	77
5.3.2 Tujuan hak kesehatan reproduksi.....	78
5.3.3 Hak-hak reproduksi	78
5.4 Indikator Kesehatan Wanita	80
5.4.1 Definisi Indikator Kesehatan Wanita	80
5.4.2 Indikator Kesehatan Wanita di Indonesia	80
5.4.3 Determinan Kematian Ibu	81
5.4.4 Intervensi guna pencegahan kematiannya Ibu...	84
5.4.5 Strategi guna menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI).....	84
DAFTAR PUSTAKA	87

BAB 6 PERKEMBANGAN DAN KLASIFIKASI

SOSIOLOGI PSIKOLOGI	89
6.1 Pendahuluan	89
6.2 Pengertian Sosiologi Kesehatan	90
6.3 Sejarah Sosiologi	96
6.4 Ruang Lingkup sosiologi kesehatan.....	97
6.5 Pendekatan dalam sosiologi	102
6.6 Teori-teori sosiologi.....	104
6.7 Pandangan psikologi dan sosiologi mengenai Kesehatan Reproduksi.....	112
6.8 <i>Socio-Ecological</i> Model dalam Kesehatan Reproduksi	120
DAFTAR PUSTAKA	122

BAB 7 FENOMENA KESENJANGAN SOSIAL

DALAM PENGOBATAN	123
7.1 Definisi Ketimpangan Sosial	123
7.2 Faktor Penyebab Ketimpangan Sosial	124
7.3 Pengaruh Ketimpangan Sosial	125
7.4 Macam-macam Bentuk Kesenjangan Sosial.....	129
7.5 Solusi Mengatasi Kesenjangan Sosial di Kota dan Desa	132
7.6 Upaya Mengatasi Kesenjangan Sosial	134
7.7 Mengurangi Kesenjangan Kesehatan pada Sebuah Generasi.....	137
7.8 Kesenjangan Pemanfaatan Puskesmas Di Perdesaan Indonesia	140
DAFTAR PUSTAKA	143

BAB 8 EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI.....145

8.1 Konsep dasar kesehatan reproduksi	145
8.2 Epidemiologi kesehatan reproduksi.....	146
8.3 Pendekatan epidemiologi dalam kesehatan reproduksi	148
8.4 Manfaat epidemiologi dalam kesehatan reproduksi.	148
8.5 Permasalahan kesehatan perempuan.....	149

DAFTAR PUSTAKA	154
BAB 9 KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN	
REPRODUKSI	155
9.1 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	155
9.2 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE)... ..	156
9.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).....	160
9.4 Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Rproduksi Terpadu	161
9.5 Strategi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu .	163
9.6 Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu.....	163
9.7 Pembagian Peran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi	164
9.7.1 Peran Kementrian Kesehatan.....	164
9.7.2 Peran Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi.....	164
9.7.3 Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota	165
9.7.4 Peran Puskesmas.....	166
9.7.5 Peran Puskesmas pembantu, Poskesdes dan Polindes	166
9.8 Pencatatan dan Pelaporan	166
9.9 Monotoring dan Evaluasi.....	167
9.9.1 Kesehatan Ibu dan Anak.....	167
9.9.2 Keluarga Berencana	168
9.9.3 IMS-ISR termasuk HIV dan AIDS	168
9.9.4 Kesehatan Reproduksi Remaja	168
9.9.5 Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut	168
9.9.6 Indikator Keterpaduan Pelayanan	168
DAFTAR PUSTAKA	170
BAB 10 PROGRAM PENINGKATAN STATUS	
KESEHATAN WANITA	171
10.1 Pendahuluan.....	171
10.2 Penyakit Yang Terpengaruh Atau Terlihat Pada Saat Kehamilan Dan Melahirkan	172

10.3 Program Kesehatan Sebelum Kehamilan.....	173
10.4 Pemeliharaan Kesehatan Ibu Hamil.....	175
10.5 Pelayanan Pada Kesehatan Selama Masa Kehamilan.....	191
10.6 Pertolongan Persalinan.....	192
10.7 Pelayanan Kesehatan Masa Nifas Dan Pascapersalinan.....	193
10.8 Rujukan	194
DAFTAR PUSTAKA.....	195
BAB 11 GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN	197
11.1 Pendahuluan.....	197
11.2 Gizi Seimbang dalam Siklus Kehidupan.....	198
11.2.1 Gizi Ibu Hamil	198
11.2.2 Gizi Ibu Nifas dan Menyusui.....	202
11.2.3 Gizi pada Anak.....	204
11.2.4 Gizi pada Remaja	206
11.2.5 Gizi Dewasa	208
11.2.6 Gizi Lansia	210
DAFTAR PUSTAKA.....	212
BAB 12 PROMOTIVE DAN PREVENTIF DALAM KESEHATAN REPRODUKSI.....	215
12.1 Pendahuluan.....	215
12.2 Promosi Kesehatan.....	216
12.2.1 Pendidikan Kesehatan.....	217
12.2.2 Peran Pendidikan kesehatan	218
12.2.3 Pencegahan Penyakit (tindakan pencegahan).	219
12.2.4 Langkah-langkah Promosi dan Pencegahan oleh Leavel dan Clark.....	219
12.2.5 Manfaat Upaya Promotif dan Pencegahan	220
12.2.6 Tahapan Promotif dan Preventif.....	220
12.2.7 Tindakan Upaya Promotif dan Preventif	221
DAFTAR PUSTAKA.....	227

BAB 13 DOKUMENTASI, PELAPORAN DAN SISITEM	
RUJUKAN KESEHATAN REPRODUKSI.....	229
13.1 Konsep Dokumentasi	229
13.2 Pelaporan Dan Sistem Rujukan Kesehatan	
Reproduksi.....	240
13.3 Pendokumentasian Dalam Kesehatan Reproduksi..	242
DAFTAR PUSTAKA	255
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 : Potongan longitudinal organ reproduksi pria.....	5
Gambar 1.2 : Sayatan longitudinal testis.....	6
Gambar 1.3 : Sel sperma	7
Gambar 1.4 : Saluran-saluran sperma.....	9
Gambar 1.5 : Pandangan longitudinal organ reproduksi wanita.....	10
Gambar 1.6 : Sayatan longitudinal ovarium.....	11
Gambar 1.7 : Organ reproduksi wanita.....	12
Gambar 1.8 : Kelenjar payudara	13
Gambar 4.1 : Bagian-bagian alat kelamin wanita.....	51
Gambar 4.2: Uterus pada Wanita	54
Gambar 4.3 : Bagian-bagian alat kelamin pria	56
Gambar 4.4 : Siklus reproduksi wanita.....	60
Gambar 4.5 : jaringan endometrium dapat tumbuh di luar rahim dan menyebabkan masalah kesehatan	61
Gambar 6.1 : Teori Menurut <i>Max Weber</i>	106
Gambar 6.2 : Teori system	107
Gambar 6.3 : Teori sistem Parsons (Inter-relasi antara fungsi-fungsi utama dalam sistem)	108
Gambar 6.4 : Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam <i>life cycle</i>	113
Gambar 6.5 : <i>Socio-ecological Model</i>	121
Gambar 12.1 : Berbagai Upaya Promosi Kesehatan	217

DAFTAR TABEL

Tabel 6.1 : Perbedaan sosiologi kesehatan dan sosiologi medis	98
Tabel 11.1 : Kecukupan zat gizi ibu nifas dan menyusui	204
Tabel 11.2 : Kecukupan gizi yang di anjurkan untuk orang dewasa perhari.....	210

BAB 1

KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Anita Lontaan

1.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Undang-undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992 mengartikan kata sehat sebagai suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi. Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO), kesehatan merupakan keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial, tidak hanya terbebas pada suatu penyakit ataupun kelemahan/kecacatan. Reproduksi merupakan suatu proses kehidupan manusia untuk memperoleh keturunan sebagai bagian dari kelestarian hidup (Nisa, 2021).

Kesehatan reproduksi diartikan sebagai suatu kesehatan secara utuh baik fisik, mental dan sosial terhadap semua hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi (Rahayu dkk, 2017). Tiap-tiap orang berhak untuk mengatur jumlah dari keluarganya, termasuk didalamnya memperoleh dan memahami penjelasan secara lengkap mengenai cara-cara kontrasepsi, sehingga dapat dipilih cara yang tepat dan disukai. Hak-hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi lainnya perlu dijamin, contohnya pelayanan antenatal, persalinan, masa nifas, pelayanan anak, kesehatan pada remaja dan lainnya (Maryam, 2020).

Di Indonesia, pemerintah mengeluarkan kebijakan mengenai konsep keluarga yang didasarkan pada konsep keluarga inti dengan prinsip monogamy. Keluarga inti terdiri dari suami, istri dan anak. Pemerintah menggunakan konsep keluarga inti secara resmi, misalnya pada program keluarga

berencana (KB), dimana program ini tidak mengenal konsep keluarga yang memiliki lebih dari satu istri, karena perkembangan dan kehidupan anak juga dipengaruhi oleh peran orang tua yang relatif besar, sehingga konsep poligami harus ditolak. Program keluarga berencana dinyatakan berhasil secara nasional, dan memberi pandangan bagi masyarakat pada bentuk keluarga dengan prinsip monogamy (Winarni dkk 2020)

1.2 Berbagai Ruang Lingkup dalam Kesehatan Reproduksi

Hidup manusia secara keseluruhan sejak ia dilahirkan sampai waktu dimana ia meninggal termasuk dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi. Pendekatan siklus kehidupan atau *life cycle approach* digunakan dalam pelaksanaan kesehatan produksi, agar dapat memperoleh sasaran pasti, serta pelayanan yang efektif. Pelaksanannya akan dilakukan dengan terpadu dan berkualitas, namun tetap menghargai hak-hak reproduksi perseorangan dengan titik tumpu pada ketersediaan program atas pelayanan yang tersedia. Lima tahap dalam *life cycle approach* antara lain (Dewi, 2019):

1. Tahap konsepsi: Janin laki-laki maupun perempuan diperlakukan sama, pemberian pelayanan antenatal care, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir yang aman.
2. Masa bayi dan anak: Pemberian ASI eksklusif, makanan bergizi seimbang, imunisasi bayi dan anak, manajemen terpadu bayi usia muda, mencegah dan menanggulangi kekerasan terhadap anak, kesempatan memperoleh pendidikan, tidak membedakan anak laki-laki maupun perempuan.
3. Masa remaja: Pemberian gizi seimbang, memberi informasi akurat mengenai kesehatan reproduksi, mencegah kekerasan sosial, mencegah penggunaan NAPZA, kawin di

- usia yang matang, mengikuti pendidikan dan meningkatkan keterampilan dan harga diri, meningkatkan pertahanan terhadap godaan serta ancaman.
4. Usia subur: Pemeliharaan kehamilan, persalinan aman ditolong petugas kesehatan, mencegah terjadinya cacat ataupun kematian bagi ibu dan bayi, penggunaan kontrasepsi agar dapat mengatur jumlah anak serta mengatur jarak kelahiran, mencegah penyakit menular seksual, pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, deteksi dini berbagai jenis penyakit, misalnya kanker payudara dan kanker serviks, mencegah dan menanggulangi aborsi dan infertilitas.
 5. Usia lanjut: Memperhatikan adanya menopause/andropause, penyakit-penyakit degeneratif misalnya rabun, osteoporosis, gangguan pada metabolisme, gangguan mobilitas, kanker serviks ataupun kanker prostat.

Ruang lingkup dalam kesehatan reproduksi mencakup (Dewi, 2019):

1. Keluarga Berencana (KB)
2. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
3. Pencegahan serta pengobatan penyakit menular seksual (termasuk *human immunodeficiency virus*/HIV AIDS)
4. Pencegahan serta penanggulangan terjadinya komplikasi akibat aborsi
5. Kesehatan reproduksi pada remaja
6. Pencegahan serta pengobatan infertilitas
7. Osteoporosis
8. Kanker pada lanjut usia, kanker serviks dan lainnya.

Saat ini telah disepakati komponen-komponen prioritas untuk kesehatan reproduksi, antara lain (Nisa, 2021):

1. Keluarga berencana: meliputi pemberian KB, penyediaan alat kontrasepsi serta memberi nasihat dan tindakan pencegahan terjadinya efek samping.
2. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir: termasuk didalamnya perkembangan organ-organ reproduksi, sejak masih dalam kandungan, saat bayi lahir dan beranjak dewasa, menopause sampai ia meninggal. Kesehatan ibu hamil akan mempengaruhi kondisi bayi dalam kandungannya, termasuk kondisi pada organ reproduksinya.
3. Pencegahan serta pengobatan infeksi saluran reproduksi: termasuk HIV AIDS, dan infertilitas.
4. Kesehatan reproduksi pada remaja: meliputi informasi dan pendidikan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual karena aktivitas seks bebas, bahaya narkoba, pernikahan usia muda yang menyebabkan peningkatan angka kematian ibu saat melahirkan, mental dan psikologis, dan lainnya pada remaja.

1.3 Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kesehatan Reproduksi

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi antara lain (Afifah, 2021)

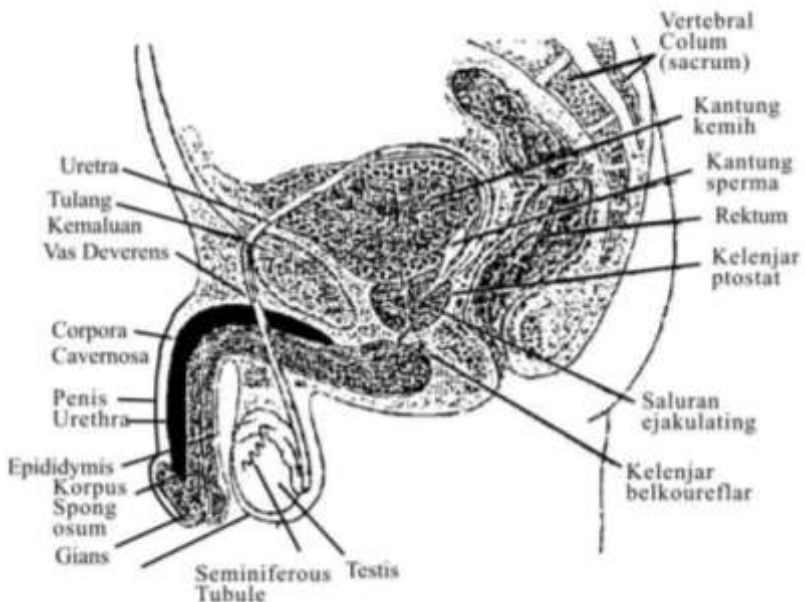
1. Faktor biologis: cacat saat sejak lahir, cacat di saluran reproduksi setelah terkena penyakit menular seksual, dan lainnya.
2. Faktor psikologis: depresi karena tidak seimbangnya hormon, perilaku orang tua terhadap remaja, rasa tidak berharga sebagai wanita ketika kebebasannya dibeli secara materi oleh pria, dan lainnya.
3. Faktor budaya dan lingkungan: suatu kepercayaan orang tua bahwa banyak anak maka banyak pula rejekinya,

- praktek tradisional yang dampaknya buruk pada sistem reproduksi dan lainnya.
4. Faktor sosial-ekonomi serta demografi: lokasi tempat tinggal terpencil, kemiskinan, rendahnya pendidikan, tidak mendapat informasi tentang perkembangan serta proses reproduksi, dan lainnya.

1.4 Struktur dan Fungsi Organ Reproduksi

1.4.1 Laki-laki

Secara garis besar, organ reproduksi pada laki-laki meliputi (Tortora & Anagnostakos, 1981):

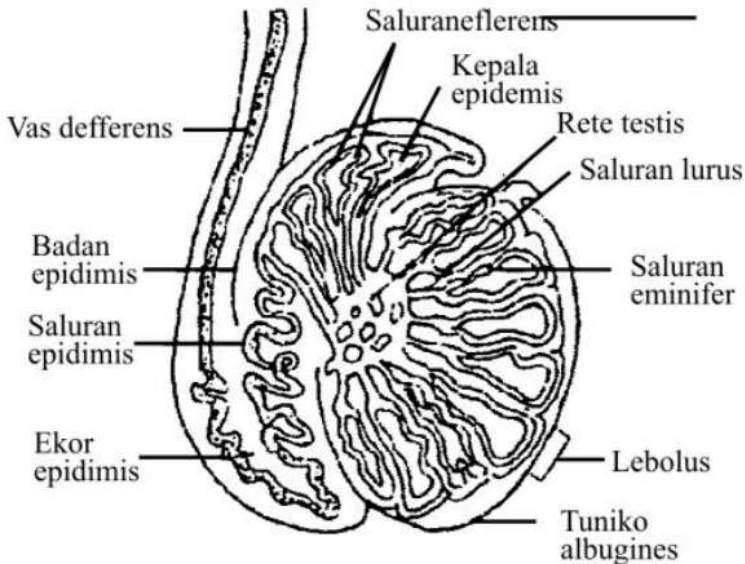


Gambar 1.1 : Potongan longitudinal organ reproduksi pria
(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

1. Skrotum: Organ genitalia eksterna, berupa kantung kulit tipis dan fascia superfisial. Bagian dalam skrotum

dipisahkan oleh septum menjadi dua kantung yang masing-masing berisi testis. Septum ini disebut dartos yang menyebabkan skrotum mengerut saat berkontraksi.

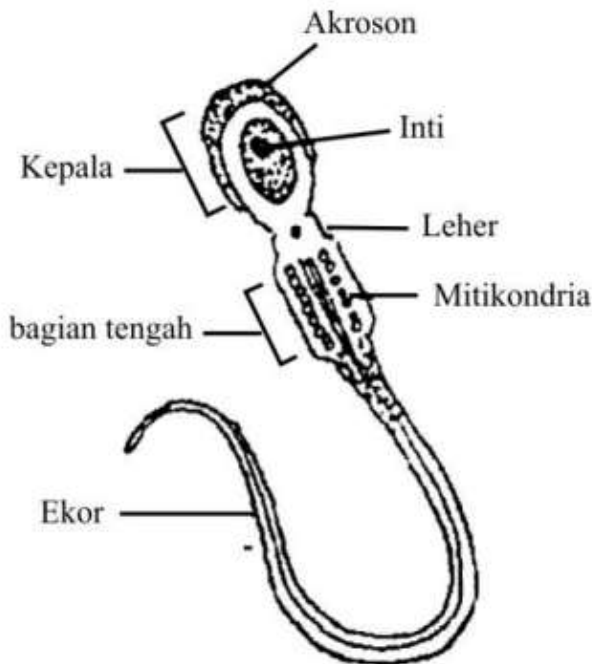
2. Testis: Berbentuk oval dengan panjang kurang lebih 5cm, diameter 2,5cm dan berat 10-15gram. Testis ditutupi tunica albuginea yang meluas ke arah dalam, dan membagi testis untuk memiliki sekitar 250 tubulus dengan 1-3 buah tubula yang rapat dan membentuk koil, untuk menghasilkan spermatogenesis yang disebut tubula seminiferus. Sel-sel sustentakuler didalam tubula akan berkembang selama proses pembentukan sperma. Fungsi sel ini sebagai suplai makanan sel-sel sperma. Selain itu, didalam tubula seminiferus juga mengandung sel endokrin interstisial yang menghasilkan hormon testosteron.



Gambar 1.2 : Sayatan longitudinal testis.

(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

3. Spermatozoa: Dalam satu hari sel sperma yang dihasilkan sekitar 300 juta, dan dapat hidup 18 jam setelah pembuahan. Sel ini terdiri dari tiga bagian, yaitu kepala yang mempengaruhi saat sel sperma bersatu dengan sel telur, bagian tengah untuk melakukan metabolisme dan ekor yang berperan untuk membantu pergerakan.



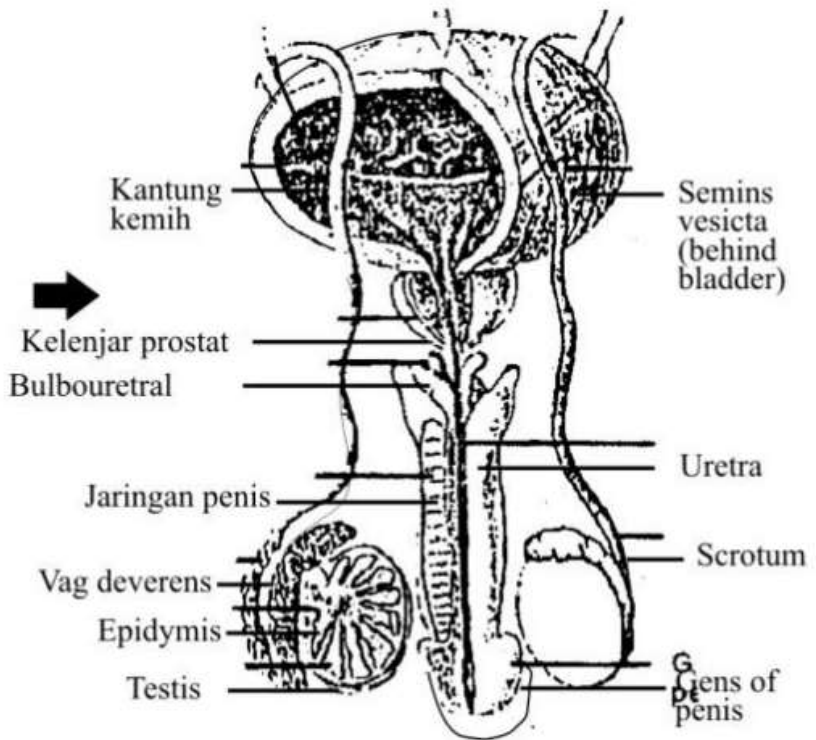
Gambar 1.3 : Sel sperma.

(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

4. Saluran-saluran: Sperma keluar dari testis dengan melalui saluran epididimis yang berfungsi sebagai tempat pematangan sperma, penyimpanan sperma dan mendorong sperma kearah uretra selama ejakulasi dengan kontraksi otot polos. Kemudian selanjutnya diteruskan

pada saluran vas deferens yang berfungsi untuk menyimpan sperma hingga beberapa bulan, dan mendorong sperma ke dalam uretra selama ejakulasi melalui kontraksi peristaltik. Selanjutnya melalui saluran ejakulasi, sperma akan didorong kedalam saluran uretra prostatik. Ujung saluran pada sistem reproduksi laki-laki ialah uretra, yang fungsinya untuk saluran urine dan saluran sperma.

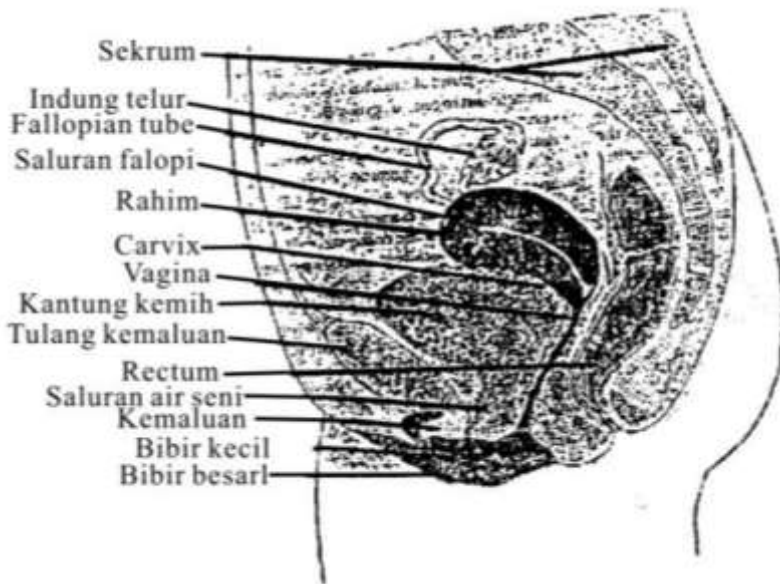
5. Kelenjar-kelenjar tambahan: Fungsi kelenjar yaitu untuk mensekresikan cairan sperma, misalnya seminal vesicle untuk mensekresikan cairan kental dengan sifat alkalis serta kaya dengan fruktosa untuk masuk ke saluran ejakulasi. Kelenjar prostat berfungsi untuk menghasilkan cairan alkalin kemudian dimasukkan kedalam uretra prostatik untuk menetralisasi asam-asam pada uretra. Kelenjar bulbourethral dapat menghasilkan lendir serta berfungsi sebagai penetralisasi urine.
6. Cairan sperma: Campuran dari kantung sperma, kelenjar prostat dan bulbourethral. Jumlah sperma dalam satu ejakulasi kira-kira 50-100juta per ml, dengan cairan sperma yang keluar sekitar 2.5-6ml.
7. Penis: Berfungsi untuk mentransfer sperma kedalam vagina.



Gambar 1.4 : Saluran-saluran sperma
(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

1.4.2 Perempuan

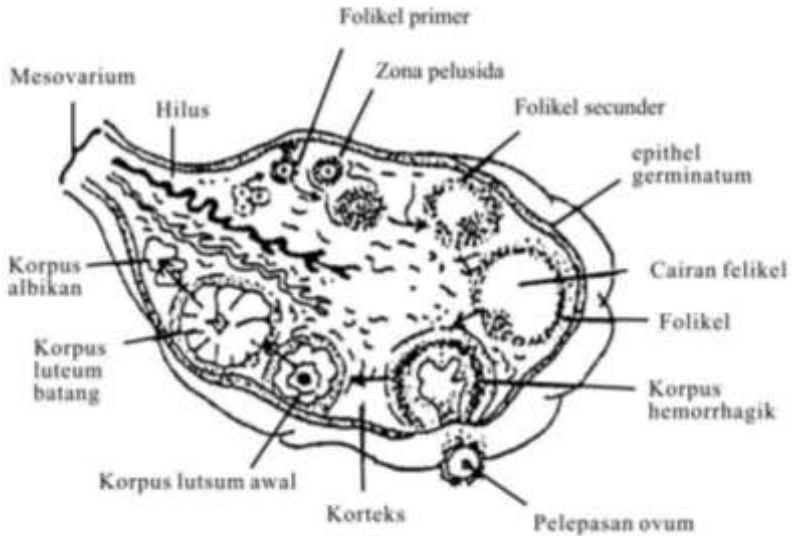
Organ reproduksi pada perempuan meliputi (Tortora & Anagnostakos, 1981):



Gambar 1.5 : Pandangan longitudinal organ reproduksi wanita.

(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

1. Ovarium: Fungsi utamanya yaitu untuk menghasilkan sel telur haploid, melalui suatu proses meiosis (pembelahan reduksi), dan menghasilkan hormon-hormon seperti progesterone, relaksin dan estrogen. Bagian-bagian pada ovarium antara lain: epitelium germinatum lapisan kuboid sederhana, tunica albuginea, stroma, folikel ovarium, folikel graf, dan corpus luteum.

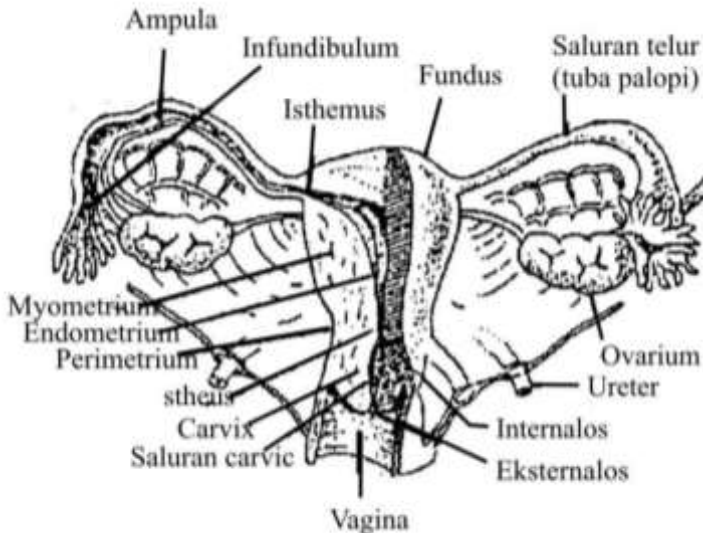


Gambar 1.6 : Sayatan longitudinal ovarium.

(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

2. Saluran Uterin: setelah sel telur diperoleh dari ovarium, sel telur akan dilanjutkan melalui saluran uterin (fallopian) yang panjangnya kira-kira 10 cm menuju kedalam uterus. Dalam sebulan, sel telur akan terlepas dari ovarium sebanyak satu kali dan proses ini disebut ovulasi. Pembuahan sel telur oleh sel sperma terjadi didalam saluran ampula, dan proses pembuahan dapat terjadi 21 jam setelah ovulasi. Pada sel telur yang tidak dibuahi, akan mengalami disintegrasi, sedangkan sel telur yang dibuahi dinamakan blastosis, dan akan turun kedalam uterus dalam waktu 7 hari.
3. Uterus: Berfungsi sebagai tempat implantasi sel telur setelah dibuahi, tempat berkembangnya fetus sampai saatnya lahir. Bagian dari uterus ada tiga, yaitu fundus,

badan dan cervix. Uterus terdiri dari tiga lapisan, yaitu perimetrium atau serosa, myometrium dan endometrium.

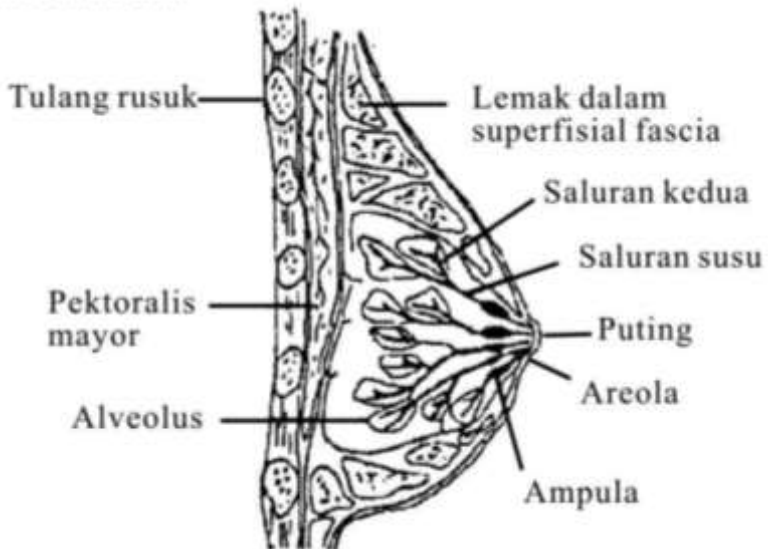


Gambar 1.7 : Organ reproduksi wanita.

(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

4. Vagina: Merupakan organ yang berbentuk tabung dan berotot, serta dibatasi selaput mukosa. Fungsi vagina adalah tempat keluarnya haid, dan sebagai organ yang menerima penis saat terjadi koitus. Di sekeliling vagina terdapat fornix yang merupakan tempat pemasangan alat kontrasepsi.
5. Vulva: Merupakan bagian dari organ-organ genitalia eksterna, antara lain: mons pubis, labia mayor, labia minor, klitoris, dan vestibula.
6. Kelenjar Payudara: Payudara memiliki 15-20 lobus yang selanjutnya terdiri dari beberapa lobulus, yang tersusun oleh jaringan-jaringan ikat serta kelenjar-kelenjar yang disebut alveoli untuk mensekresikan air susu. Putting dari

kelenjar payudara berfungsi untuk sekresi (dipengaruhi hormon prolaktin) dan pancaran air susu (dipengaruhi hormon oksitosin) yang disebut laktasi.



Gambar 1.8 : Kelenjar payudara.
(Sumber: Tortora & Anagnostakos, 1981)

1.5 Sasaran Kesehatan Reproduksi

Sasaran kesehatan reproduksi bertujuan untuk menjangkau masyarakat yang dituju untuk memberikan pelayanan pendidikan dan penanganan masalah reproduksi. Terdapat dua sasaran, yaitu (PSTK, 2019):

1. Kelompok sasaran utama: orang dewasa usia subur, remaja lajang, kelompok berisiko (termasuk pekerja seks dan orang yang kurang beruntung), orang berisiko atau sudah menderita HIV/AIDS, orang berisiko atau sudah menggunakan narkoba.

2. Ditujukan bagi: tenaga kesehatan (dokter spesialis, dokter umum, perawat, bidan, dll), tenaga kesehatan, dukun, tokoh masyarakat dan tokoh agama.

1.6 Hak-hak Reproduksi

Hak-hak reproduksi perindividu diartikan bahwa semua orang, baik laki-laki maupun perempuan, dengan tidak memandang perbedaan baik perbedaan kelas, sosial, suku, agama, usia dan lainnya, memiliki hak yang sama dalam pengambilan keputusan secara bebas serta bertanggungjawab terhadap dirinya sendiri, keluarga serta masyarakat terkait jumlah, jarak kelahiran anak, waktu kelahiran dan dimana anak akan dilahirkan (Winarni dkk, 2020)

Dalam konferensi internasional mengenai kependudukan serta pembangunan, telah disepakati hak-hak dalam reproduksi dengan tujuan untuk mewujudkan suatu kesehatan secara utuh bagi individu, baik dalam kesehatan rohani maupun jasmani. Hak-hak tersebut meliputi (Maryam, 2020):

1. Hak atas informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
2. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
3. Hak untuk berpikir bebas tentang pelayanan kesehatan reproduksi
4. Hak untuk dilindungi dari kematian akibat kehamilan
5. Hak untuk menentukan pelayanan kesehatan reproduksi, jarak antara anak dan anak hasil kehamilan
6. Hak atas kebebasan dan jaminan kehidupan reproduksi
7. Hak untuk bebas dari segala bentuk penganiayaan dan penganiayaan. Ini termasuk perlindungan terhadap pelecehan seksual, pemerkosaan, kekerasan dan penyiksaan

8. Hak untuk mendapatkan keuntungan dari kemajuan ilmiah dalam kesehatan reproduksi
9. Hak atas layanan dan kehidupan reproduksi
10. Hak untuk membentuk dan merencanakan sebuah keluarga
11. Hak untuk bebas dari semua diskriminasi dalam kehidupan keluarga dan kehidupan reproduksi mereka
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan kebebasan untuk berpartisipasi dalam kesehatan reproduksi.

1.7 Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita di Indonesia

Status kesehatan wanita dalam populasi tertentu dapat digambarkan melalui indikator-indikator kesehatan. Indikator kesehatan seorang ibu dapat ditinjau dari (Akbar dkk, 2021)

1. Pendidikan: Kesempatan untuk mendapat pendidikan dipengaruhi oleh tingkat kemiskinan, karena kesempatan untuk bersekolah tidak sama rata bagi semua orang namun bergantung dari kemampuan untuk membayar biaya pendidikan. Orang yang berpendidikan punya pengertian lebih maksimal mengenai masalah kesehatan dan pencegahannya, dan dapat memiliki kemampuan untuk merawat diri sendiri, serta ikut serta dalam pengambilan keputusan dari keluarga dan masyarakat. Rendahnya pendidikan seorang wanita dapat membuat mereka kurang peduli terhadap kesehatannya sehingga tidak mengenal penyakit berbahaya ataupun ancaman kesehatan yang mungkin terjadi pada diri mereka sendiri, sebaik apapun sarana yang tersedia tidak akan dimanfaatkan secara optimal karena rendahnya pengetahuan mereka. Maka dari itu, program pendidikan memiliki pengaruh besar terhadap majunya sosial ekonomi bangsa.

2. Penghasilan: Apabila seorang wanita memiliki penghasilan tinggi maka selain terpenuhinya pola kebutuhan pokok, dapat juga memenuhi kebutuhan lain khususnya dalam hal meningkatkan kesehatan. Contohnya pada wanita subur, seringkali didapati terjadi anemia defisiensi besi akibat kurang asupan makanan bergizi dan seimbang. Apabila wanita tersebut hamil, dan mengalami anemia, maka dampak penyakit tersebut dapat mengancam keselamatan ibu.
3. Indikator Usia Harapan Hidup (*life expectancy rate*): Merupakan lama hidup manusia di dunia. Meningkatnya usia harapan hidup khususnya di Indonesia membawa dampak bertambahnya pula jumlah lansia. Hal-hal penting yang berpengaruh terhadap kelangsungan hidup antara lain pola makan, penyakit bawaan sejak lahir, lingkungan tempat tinggal, stress dan tekanan.
4. Indikator Angka Kematian Ibu: Penyebab tingginya angka kematian ibu menurut WHO dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu penyulit persalinan, perdarahan dan infeksi. Lima penyebab kematian yang utama bagi ibu yaitu perdarahan postpartum, abortus, eklampsia, sepsis puerperal, dan persalinan terhambat.
5. Indikator Tingkat Kesuburan: Dengan mengetahui masa subur, pasangan suami istri dapat memperoleh informasi untuk mendapatkan keturunan dengan cara: menilai kejadian serta waktu terjadi ovulasi, melakukan prediksi hari subur istri, melakukan hubungan seksual secara optimal pada masa subur istri, membantu mengidentifikasi sebagian masalah pada infertilitas.

1.8 Kesehatan Reproduksi Menurut Siklus Hidup Perempuan

Konsep Kesehatan Reproduksi seringkali menggunakan pendekatan "*continuum of care women cycle*" atau pendekatan secara kontinyu sepanjang siklus kehidupan perempuan, karena status kesehatan perempuan mulai dari masa anak dan remaja akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya saat memasuki tahap reproduksi, yaitu didalamnya saat hamil, melahirkan dan kemudian masa nifas. Hambatan-hambatan baik secara ekonomi, sosial dan budaya yang dialami perempuan semasa hidupnya pun merupakan dasar suatu masalah sehingga terjadi perburukan kesehatan saat perempuan tersebut hamil, melahirkan dan saat masa nifas. Faktor yang mempengaruhi masa reproduksi pada perempuan antara lain; tingkat pendidikan, makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia serta dapat diakses, perekonomian, kualitas hubungan seksual. Siklus hidup perempuan antara lain (Priyatni & Rahayu, 2016)

1. Masa konsepsi: Setelah sel telur dan sel sperma bersatu, janin mengalami pertumbuhan menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla dan terakhir menjadi janin, kemudian terbentuk placenta sehingga interaksi antara ibu dan janin dimulai.
2. Masa bayi dan anak: Bila kesehatan bayi dan anak dalam kondisi yang prima, maka pertumbuhan perkembangan akan terjadi secara optimal, serta tumbuh kembang anak secara motorik kasar dan juga motorik halus akan berjalan secara efektif.
3. Masa Remaja: Pada masa ini akan terjadi perubahan baik secara fisik (tumbuh rambut pada daerah kemaluan atau pubeshe, payudara mulai tumbuh atau thelarce, pertumbuhan tinggi badan, dan mendapat haid untuk pertama kali atau menarche), dan perubahan psikologis.

4. Masa Reproduksi: Pada masa ini, perempuan menjalankan tugas dalam kehidupannya, mulai dari hamil, melahirkan, masa nifas, kemudian menyusui, serta masa antara dimana akan direncanakan jumlah anak serta jarak antar anak dengan menggunakan kontrasepsi.
5. Masa Usia Lanjut: Masa dimana hormon estrogen mulai menurun atau habis, sehingga terjadi perubahan fisik, psikologis, metabolisme tubuh dan turunya massa tulang yang mengakibatkan osteoporosis.

DAFTAR PUSTAKA

- Nisa, S 2021, *Konsep kesehatan reproduksi remaja perspektif pendidikan islam*, Universitas Islam Negeri Raden Intan, Lampung.
- Rahayu, A, Noor, M, Yulidasari, F, Rahman, F & Putri, A 2017, *Buku ajar kesehatan reproduksi remaja dan lansia*, Universitas Airlangga, Surabaya.
- Maryam, A 2020, *Kesehatan reproduksi*, Universitas Indonesia Timur.
- Winarni, S, Nugroho, D & Agushybana F 2020, *Dasar kesehatan reproduksi*, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Dewi, R 2019, 'Konsep kesehatan reproduksi perempuan dalam al-Qur'an', *Jurnal Dakwah dan Pengembangan Sosial Kemanusiaan*, vol. 10, no. 2, hh. 248-72
- Afiah, 2021, *Konsep kesehatan reproduksi*, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, dilihat pada 20 November 2022 <
<https://staff.universitaspahlawan.ac.id/web/upload/materials/1566-materials.pdf>>
- Tortora & Anagnostakos, 1981, *Principle of anatomy and physiology*, Harpers and Row Publisher, New York.
- PSTK, 2019, *Asuhan kebidanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi*, Politeknik Kesehatan Kemenkes, Palangkaraya.
- Akbar, H, Qasim, M, Hidayani, W, Ariantini, N et al 2021, *Teori kesehatan reproduksi*, Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Prijatni, I, Rahayu, S 2016, *Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 2

WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN

Oleh Siswi Wulandari

2.1 Pendahuluan

Upaya dalam menjelaskan masalah kesehatan manusia terutama wanita dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan siklus hidup wanita. Kebutuhan perkembangan, kesehatan psikologis dan sosiologis seseorang dapat diidentifikasi melalui siklus hidup wanita. Pendekatan untuk menggambarkan derajat kesehatan reproduksi adalah pendekatan daur hidup, yaitu dengan mempertimbangkan kebutuhan khusus sistem reproduksi di setiap tahap kehidupan dan kesinambungan/ keberlanjutan antara tahap kehidupan. Masalah kesehatan reproduksi bisa terjadi pada setiap tahap kehidupan, yang dapat berakibat fatal pada tahap kehidupan selanjutnya jika tidak ditangani dengan baik. Perkembangan individu/wanita menjadi maksimal dan potensi genetiknya berkembang baik ketika mereka menerima lingkungan yang berkualitas, baik secara gizi maupun sosial, sehingga dapat membangun individu yang sehat secara fisik, emosional, mental, sosial dan finansial (Gilly, 2010).

Pendekatan dengan menggunakan siklus hidup untuk kesehatan reproduksi pria dan wanita, dengan mempertimbangkan hak reproduksi individu, dijelaskan di bawah ini. Dibandingkan laki-laki, wanita secara inheren memiliki kebutuhan khusus terkait dengan menstruasi, kehamilan, persalinan, menyusui, dan menopause, sehingga mereka membutuhkan perawatan kesehatan yang lebih efektif

sepanjang hidupnya. Artinya, wanita membutuhkan perhatian ekstra pada saat-saat kritis seperti kehamilan, terutama saat melahirkan

2.2 Siklus Hidup

Tahapan dalam pendekatan siklus hidup wanita, yaitu:

1. Konsepsi
 - a. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki atau wanita
 - b. Kehamilan, persalinan yang aman dan nyaman, perawatan postnatal dan perawatan neonatal.
 - c. Kemungkinan masalah pada fase ini: jenis kelamin prioritas, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), kurang gizi (malnutrisi).
 - d. Akses ke perawatan maternitas, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Bayi dan Anak

Bayi bawah Lima Tahun atau sering disingkat balita adalah salah satu masa manusia setelah masa anak sebelum masa kanak-kanak. Usia anak kecil bervariasi dari dua sampai dengan lima tahun atau, menurut perhitungan bulanan biasa, dari 24 hingga 60 bulan. Kelompok usia ini disebut juga usia prasekolah. Kemampuan kognitif anak usia dini dapat ditingkatkan/distimulus melalui bermain, karena bermain penting untuk perkembangan anak seutuhnya (Wulandari, 2020). Dengan bermain, anak secara tidak langsung terlibat dalam kegiatan belajar. Bermain memberi anak kesempatan untuk bereksplorasi, bereksperimen, dan mengekspresikan diri secara bebas. Melalui bermain, anak tanpa sadar memahami konsep kognitif, afektif dan psikomotor serta melihat keterkaitannya satu sama lain. Bermain merupakan pendekatan pelaksanaan kegiatan pembelajaran pada anak usia dini. Cara belajar anak prasekolah adalah dengan melalui stimulasi lingkungan,

terutama lingkungan rumah/tempat tinggal. Ada juga pendidikan di luar rumah, membuat kelompok belajar lebih terjadwal dan tersistematis. Peran sosial yang dikembangkan anak pra sekolah dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat antara lain:

- a. Mengembangkan kepribadiannya, mendapatkan hak untuk bermain dan mengekspresikan diri.

Berbagai pengalaman anak berperan sangat penting dalam memahami pembentukan apa yang disebut sebagai full self, yang hanya dapat dicapai dengan memberikan kemandirian penuh pada anak dan memupuk jiwa kemandirian. Untuk mencapai itu semua, pendidik memegang peranan sangat penting dalam pendidikan anak. Pendidikan berpengaruh besar dan jelas memberikan terhadap pembentukan kepribadiannya. Lingkungan keluarga yang bercirikan kasih sayang dan saling mendukung, dilandasi oleh ikatan yang kuat antar anggota keluarga, juga sangat berpengaruh terhadap pembentukan pribadi anak dan dapat mendorong anak untuk mengembangkan dirinya serta meningkatkan kemampuan dan potensi dirinya. Bermain akan menjadikan anak secara tidak langsung dapat mengekspresikan dirinya sesuai dengan keinginannya sendiri. Anak-anak di masa kanak-kanak suka berlari, berteriak, bermain berbicara sendiri, bermain game dengan suara keras, dll. Orang dewasa, dalam hal ini bisa sangat mengganggu sehingga terkadang kita memerintah mereka untuk tidak membuat keributan. Saat anak diminta bermain dengan tenang, anak merasa tertekan dan tidak berisik,. Di bawah tekanan ini, anak-anak tidak dapat mengekspresikan dirinya dengan bebas. Alangkah baiknya jika kita memberi anak kesempatan untuk mengekspresikan diri dengan bebas. Itu mungkin

memberi mereka ruang bermain khusus, mengikuti mereka, atau membuat rencana permainan untuk mereka. Melalui bermain Bersama anak diluar, misalnya dengan mengajaknya bermain di taman teras/halaman belakang rumah dan jalan-jalan alam, sangat membantu anak untuk mengekspresikan dirinya secara bebas dan kreatif.

b. Simbol Sosial dari Keluarga

Keluarga sangat rentan terhadap perubahan yang terjadi dalam masyarakat. Para pengamat perubahan sosial menyebut bahwa masyarakat yang sehat terdiri atas keluarga yang sehat. Transformasi sosial, budaya, dan politis, berpotensi melemahkan struktur kekeluargaan, dapat mampu menjadi faktor negatif dalam pembentukan generasi berikutnya. Dengan kata lain, keluarga adalah refleksi/gambaran dari sebuah masyarakat secara keseluruhan. Begitu pula dengan hadirnya seorang anak/anggota baru dalam keluarga. Seorang anak sangat erat kaitannya dengan keadaan keluarganya, misalnya tingkat sosial. Anak yang sehat dan cerdas dapat menunjukkan dirinya sebagai simbol sosial bagi keluarganya

c. Anak adalah Pemegang Amanah Harapan Orang Tua

Semua orang tua berharap bahwa suatu hari mereka akan berhasil dalam hidup. Nama yang baik sudah dipersiapkan sebelum lahir dan memiliki arti tergantung bagaimana kita menginginkan anak tersebut. Itulah sebabnya orang tua berusaha mendidik mereka dan menyekolahkan mereka sebaik mungkin. Tidak masalah bagaimana mereka melakukannya, agar suatu hari nanti anak tersebut dapat memenuhi harapan orang tuanya dan berhasil dalam hidup. Dan tentu saja kami berharap anak-anak lebih baik dari kami. Padahal, yang terpenting adalah mendidiknya

dengan menanamkan dalam dirinya kebaikan dan kebajikan. Dulu kita hanya diajarkan untuk mencari penghasilan/kekayaan. Namun di zaman modern mengajarkan bahwa mencari uang adalah tujuan yang utama, kebaikan dan kebaikan nanti. Mengapa Anda harus mengajarkan kebaikan dan kebajikan yang paling penting? Oleh karena itu, itu adalah modal untuk kesuksesan nyata berikutnya. Kebaikan dan kebaikan itu ada meski tanpa harta, kamu tetap bisa membanggakan orang tuamu dan menjadikan mereka orang yang berharga. Namun jika memiliki harta tanpa kebaikan dan kebaikan, bisa menghancurkan hidup sendiri dan merusak nama baik orang tua juga.

- d. Kehadiran anak/anggota baru memperkuat nilai solidaritas keluarga

Kehadiran seorang anak dapat mendekatkan keluarga. Hubungan antar orang tua akan semakin kuat jika didukung oleh kehadiran buah hati/anak-anak yang baik. Terbukti, hampir semua orang tua senang ketika mengetahui istrinya hamil/sedang mengandung.

- e. Anak mempunyai nilai sosial yang tinggi bagi keluarga. Anak mempunyai nilai sosial yang besar bagi keluarga, baik secara social maupun ekonomi. Kehadiran buah hati/anak/anggota baru dalam keluarga merupakan tambahan tenaga kerja baru bagi keluarga, anak memiliki nilai sosial yang tinggi, terutama sebagai keturunan dari orang tuanya.

3. Remaja

Masa remaja yaitu masa transisi diri dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Jika kita memperhatikan dan mengikuti tumbuh kembang anak sejak lahir hingga dewasa, kita dapati bahwa seiring dengan tumbuh kembangnya si anak, lambat laun tumbuh. Demikian pula, pertumbuhan konsep/identitas diri berkembang melalui

penambahan berbagai pengalaman dan informasi yang dapat dikumpulkan baik dari sekolah keluarga maupun masyarakat tempat tinggal seseorang. Selain pertumbuhan yang cepat, ciri seksual sekunder juga muncul, diakhiri dengan stagnasi pertumbuhan. Khusus wanita, pada masa ini merupakan masa persiapan menjadi calon ibu. Kegiatan/aktivitas mereka juga meningkat, sehingga kebutuhan nutrisinya juga meningkat. Nafsu makan biasanya baik. Beberapa masalah kesehatan pada remaja yang dapat mempengaruhi kesehatan anak muda antara lain:

a. Masalah gizi

Anemia adalah defisiensi zat besi, merupakan masalah yang paling umum, terutama pada wanita. Zat besi atau Fe dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah, berubah menjadi hemoglobin, beredar di jaringan tubuh dan berperan sebagai pembawa oksigen. Gadis remaja membutuhkan lebih banyak zat besi daripada anak laki-laki. Agar zat besi yang diserap lebih baik tersedia untuk tubuh, diperlukan bahan makanan berkualitas tinggi. Seperti pada daging, hati, ikan, dan ayam, makanan kaya vitamin C juga membantu penyerapan zat besi.

b. Masalah sex dan seksualitas

Kaum muda dapat memperoleh informasi tentang seks dan seksualitas dari berbagai sumber, termasuk teman sebaya, baik melalui media cetak maupun elektronik, termasuk iklan, buku atau website yang menyediakan informasi khusus tentang seks dan seksualitas. Beberapa informasi mungkin dapat diandalkan, yang lain mungkin tidak. Jadi pendidikan seks bagi remaja sebenarnya adalah mencari tahu terlebih dahulu apa yang sudah mereka ketahui tentang seks dan seksualitas, menambah hal-hal yang kurang dan membenarkan informasi yang ternyata tidak tepat.

Misinformasi seperti mengetahui bahwa seks adalah tanda cinta dan seks satu kali tidak menyebabkan kehamilan, atau sudah ada obat untuk AIDS. Tanpa pengetahuan yang tepat, itu merembes ke dalam kehidupan remaja. Pendidikan seks sendiri merupakan proses memperoleh informasi dan membentuk sikap dan keyakinan tentang seks, identitas gender dan hubungan interpersonal. Pendidikan seks juga dapat membantu kaum muda memperoleh keterampilan untuk bertindak dengan percaya diri atas apa yang mereka yakini. Ini berarti juga dapat membantu mereka menghindari pelecehan seksual, eksploitasi seksual, kehamilan yang tidak diinginkan dan penularan penyakit menular seksual, HIV dan AIDS.

- c. Munculnya Aneka Ragam Pola atau Gaya Hidup Remaja
Sebagai contoh permasalahan pada remaja yang berkaitan dengan perkembangan kesehatan reproduksi, artikel ini menjelaskan secara singkat asal-usul beberapa penelitian mengenai hal tersebut. Banyak penelitian menunjukkan bahwa pernikahan dini, kehamilan dan persalinan di usia muda menempatkan ibu dan bayinya dalam risiko yang besar. Studi Analisis Situasi di Kecamatan Tebet Jakarta (1997) yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan KRR di Puskesmas Tebet. Model pelayanan kesehatan reproduksi dikembangkan pada tahun 1997/1998. Kegiatan pada tahap awal adalah analisis situasi siswa SMP, SMA, Karang Taruna dan berbagai unit kerja seperti Puskesmas, UKS, Kelurahan, KUA, kader PKK dan lembaga pelayanan LSM (Yayasan Kusuma Buana). Masalah kepemudaan, kebutuhan informasi kepemudaan serta pelayanan dan fasilitas pelayanan. Focus Group Discussion (FGD) mengungkap berbagai permasalahan remaja seperti seks pranikah,

kehamilan di luar nikah, masalah aborsi dan putus sekolah karena menikah, penggunaan alat kontrasepsi di kalangan remaja. Dalam wawancara dengan 41 anak muda (13-18 tahun) diketahui bahwa hanya 19,5% anak muda yang menggunakan fasilitas pelayanan khusus, pelayanan yang diperoleh tidak sesuai dengan pelayanan yang diberikan oleh KRR. Selain itu, masalah perilaku konsumtif di kalangan anak muda juga menjadi masalah kesehatan. Kelompok remaja merupakan pasar potensial bagi produsen. Sebagian alasannya adalah kebiasaan konsumsi seseorang terbentuk selama masa remajanya. Selain itu, remaja cenderung mudah terpengaruh oleh iklan, ingin bergabung dalam kelompok pertemanan, tidak realistis dan sering menghambur-hamburkan uang. Beberapa produsen menggunakan karakteristik remaja ini untuk menjangkau pasar anak muda. Di kalangan remaja yang orang tuanya cukup kaya di kelas ekonomi, terutama di kota besar, mal sudah menjadi rumah yang jauh dari rumah. Mereka ingin menunjukkan bahwa mereka juga bisa mengikuti mode saat ini. Meski fashion sendiri terus berubah, remaja tidak pernah puas dengan apa yang mereka miliki. Hasilnya adalah konsumerisme (Trisnawati, 2015)

4. Usia Subur

Masa dewasa muda, antara usia 18 dan 40 tahun, sering dikaitkan dengan kesuburan karena kehamilan yang sehat kemungkinan besar terjadi pada usia ini (Yuspa and Tukiman, 2017). Ini adalah usia produktif untuk mengejar karir yang sibuk di luar rumah. Di usia ini, seorang wanita perlu lebih memperhatikan kondisi tubuhnya agar selalu dalam kondisi prima, agar kehamilan berjalan lancar dan bayi yang dilahirkan sehat. Selama ini, masalah kesehatan berganti dengan keguguran, kelelahan kronis mengasuh

anak dan menuntut pekerjaan. Kanker, obesitas, depresi dan beberapa penyakit serius mulai menggerogoti tubuhnya (Ermiati and Widiasih, 2018). Kondisi umum pada usia ini adalah endometriosis, yang ditandai dengan nyeri haid, nyeri haid, nyeri pinggul saat berhubungan seks, dan nyeri buang air besar atau buang air kecil. Penderita terkadang mengalami nyeri hebat, namun ada juga yang tidak menunjukkan gejala. sebuah.

- a. Kehamilan dan persalinan yang aman
- b. Pencegahan kecacatan terkait kehamilan dan kematian pada ibu dan bayi
- c. Melacak interval kelahiran dan jumlah kehamilan kontrasepsi
- d. Pencegahan penyakit menular seksual/HIV/AIDS
- e. Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas
- f. Pencegahan dan penanganan masalah aborsi yang memadai
- g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
- h. Pencegahan dan pengobatan infertilitas.
- i. Kemungkinan masalah, Morbiditas dan mortalitas ibu akibat berbagai penyakit, malnutrisi/anemia, infertilitas, pelecehan/kekerasan seksual, komplikasi aborsi, ISR/IMS/HIV/AIDS dan regulasi fertilitas.
- j. Akses yang memungkinkan: pendidikan kesehatan, suplemen gizi, konseling, pencegahan primer, keluarga berencana, pendidikan seks yang bertanggung jawab, pencegahan dan pengobatan PMS, perawatan prenatal, persalinan, layanan darurat pascapersalinan, imunisasi dan informasi.

Asuhan yang diberikan:

- a. Kehamilan dan persalinan yang aman
- b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi

- c. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi (KB)
- d. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS
- e. Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas
- f. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi
- g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
- h. Pencegahan dan manajemen infertilitas

5. Usia Lanjut

Lansia mengalami rasa kesepian, pengalaman tidak nyaman yang muncul dari kurangnya ikatan sosial seseorang, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Seorang lansia sering merasa tidak berharga, diabaikan dan tidak dicintai, dan perasaan ini semakin banyak dialami oleh para lansia yang dulunya aktif dalam banyak aktivitas manusia. Hilangnya perhatian dan dukungan dari lingkungan sosial seseorang, ditambah dengan hilangnya status atau peran, dapat menimbulkan konflik atau guncangan. Masalah ini terkait dengan sikap masyarakat sebagai orang timur yang menghargai lanjut usia sebagai orang tua, sehingga tidak dapat menerima bahwa orang yang lebih tua masih aktif dalam berbagai kegiatan produktif. Juga ditetapkan bahwa penyebab penurunan kontak sosial terletak pada orang yang lebih tua. Usia wanita terbagi (klimakterium, menopause, senium)

a. Klimakterium

Klimakterik bukanlah kondisi patologis tetapi masa transisi normal yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Fase klimakterik berlanjut secara bertahap, yaitu:

- 1) Sebelum menopause Saat ini, menopause dimulai sekitar 6 tahun sebelum menopause. Di sinilah fungsi reproduksi mulai menurun, kadar estrogen mulai turun, dan kadar hormon gonadotropin mulai naik hingga muncul gejala menopause.

- 2) Saat Menopause Terjadi saat menopause, 1-2 tahun sebelum menopause sampai 1 tahun setelah menopause. Selama periode inilah wanita mengalami tingkat ketidaknyamanan tertinggi.
- 3) Setelah Menopause Masa ini berlangsung 6-7 tahun setelah menopause. Saat ini kadar estrogen sudah rendah sesuai dengan kondisi kekurangannya, dan hal ini dibarengi dengan memburuknya kondisi tubuh.

b. Menopause

Menopause adalah akhir alami dari menstruasi, atau periode ketika seorang wanita mengalami periode menstruasi terakhirnya dan tidak pernah menstruasi. Semua ini adalah hasil dari penurunan estrogen dan progesterone. Pada masa ini dibutuhkan Pendidikan kesehatan tentang menopause supaya bisa menghadapi /menjalani menopause dengan baik (Wulandari, 2005).

c. Senium

Selama waktu ini, keseimbangan hormon baru terbentuk. Perubahan yang terjadi pada masa ini adalah melemahnya organ tubuh dan kemampuan fisik seperti proses penuaan. Selama periode ini, biasanya terjadi osteoporosis yang disebabkan oleh penurunan aksi hormon steroid dan osteotrofoblas

DAFTAR PUSTAKA

- Ermianti and Widiasih, R. 2018. 'Upaya Promosi dan Preventif Kesehatan Reproduksi Wanita oleh Petugas Kesehatan', *Idea Nursing Journal*, IX(1), pp. 27–56.
- Gilly, A. 2010. 'Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita', *EGC*.
- Trisnawati, Y. 2015. 'Analisis Kesehatan Reproduksi Wanita Ditinjau dari Riwayat Kesehatan Reproduksi Terhadap Infertilitas di RS Margono Soekardjo Tahun 2015', *Jurnal Kebidanan*, 7(2), pp. 168–175.
- Wulandari, S. 2005. 'Pendidikan Kesehatan Tentang Menopause Terhadap Kesiapan Menghadapi Menopause Pada Ibu Klimakterium', (1).
- Wulandari, S. 2020. 'Stimulasi Kreatifitas Anak Usia Dini Dengan Menggunakan Menara Kubus', *BERNAS: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(4), pp. 449–453. doi: 10.31949/jb.v1i4.426.
- Yuspa, H. and Tukiman. 2017. 'Dampak Pernikahan Dini Terhadap Kesehatan Alat Reproduksi Yuspa, H., & Tukiman. 2017. Dampak Pernikahan Dini Terhadap Kesehatan Alat Reproduksi Wanita. *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera*, 13, 36–43. <https://ejournal.up45.ac.id/index.php/cakrawala-hukum/art>', *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera*, 13, pp. 36–43. Available at: <https://ejournal.up45.ac.id/index.php/cakrawala-hukum/article/view/329/292>.

BAB 3

ISU-ISU KESEHATAN WANITA

Oleh Reza Bintangdari Johan

3.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan suatu keadaan bebas dari penyakit dan kecatatan baik secara fisik maupun psikis. Fisik dan jiwa yang sehat menjadi keinginan bagi semua orang, namun seorang perempuan memiliki keadaan istimewa dalam kehidupannya sehingga kesehatan wanita memerlukan perhatian khusus. Karena kesehatan wanita dapat mempengaruhi kesejahteraan fisik dan mental wanita (Haan, 2001). Hal ini disebabkan, wanita sebagai ujung tombak penerus generasi masa depan. Namun, berbagai isu terkait kesehatan wanita dapat terjadi dan menimbulkan problema, baik berasal dari diri sendiri maupun dari faktor eksternal/luar.

Adapun isu-isu kesehatan wanita adalah kesehatan ibu, kesehatan reproduksi, kanker payudara, kanker serviks, infertilitas dan *unexplained infertility*, kesehatan mental, perkawinan anak, dan kekerasan seksual.

3.2 Kesehatan ibu

Kesehatan ibu menjadi kunci kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Apabila kita membahas kesehatan ibu, maka tidak akan terlepas dari pembahasan terkait kesehatan wanita sebelum dan selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Namun, tidak dapat dihindari kemungkinan komplikasi dapat terjadi dan mengakibatkan kesakitan serta kematian pada ibu.

Angka kematian ibu (AKI) menjadi indikator utama dalam keberhasilan program kesehatan ibu. Jumlah kematian ibu mengalami kenaikan pada tahun 2020 sebesar 4.627 kasus menjadi 7.389 kasus tahun 2021. Sebagian besar penyebab kematian ibu tahun 2021 oleh COVID-19 sebanyak 2982 kasus dan pendarahan sebanyak 1.320 kasus. Upaya penurunan AKI dengan meningkatkan akses pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Peningkatan kesehatan ibu menjadi salah satu prioritas dari *World Health Organization* (WHO) dalam upaya penurunan angka kematian ibu

Upaya kesehatan ibu dapat dilakukan sejak masa kehamilan dengan memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas meliputi pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, dan keluarga berencana serta pemeriksaan HIV dan hepatitis. Semua itu harus didapatkan oleh ibu sehingga dapat mendeteksi kelainan sejak awal dan mencegah kematian pada ibu dan bayi. Oleh karena itu, kita harus mulai menjaga kesehatan diri kita sendiri sejak dini jangan menunggu timbul gejala baru bertindak.

3.3 Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sehat secara fisik, psikis, dan sosial serta bebas dari penyakit dan kecacatan serta memiliki hak untuk memutuskan hal yang berkaitan dengan sistem reproduksinya. Permasalahan terkait sistem reproduksi wanita meliputi *polycystic Ovary Syndrome* (PCOS), penyakit menular seksual, dan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV).

3.3.1 Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) merupakan kelainan endoktrin heterogen yang ditandai dengan menstruasi yang tidak teratur, hiperandrogenisme, dan ovarium polikistik.

Perempuan dengan PCOS rentan mengalami gangguan kesehatan mental, gangguan pola makan serta berisiko mengalami diabetes melitus dan penyakit jantung (Sirmans and Pate, 2014). Faktor risiko PCOS meliputi gangguan siklus menstruasi, riwayat keluarga diabetes, riwayat keluarga infertilitas, dan aktivitas fisik yang kurang (Shan *et al.*, 2015). Oleh karena itu, kita harus menerapkan skrining sebagai langkah awal untuk mendeteksi PCOS dan menjadi bagian terpenting dalam kesehatan wanita.

3.3.2 Penyakit Menular Seksual

Setiap hari diseluruh dunia lebih dari 1 juta orang terkonfirmasi penyakit menular seksual, ini terjadi pada usia 15-49 tahun. Infeksi menular seksual yang paling banyak dialami adalah klamadia, gonore, sifilis, dan trikoomonas. Sebagian besar, infeksi menular seksual tidak menunjukkan gejala sehingga orang-orang tidak mengetahui bahwa mereka terinfeksi. Selain itu, Infeksi menular seksual dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi ke anak yang dikandung, saat persalinan, dan menyusui. Berdasarkan data WHO, hampir 1 juta ibu hamil terinfeksi sifilis dan berdampak pada anak yang dilahirkan. (World Health Organization (WHO), 2022a).

Sifilis, gonore, klamidia, dan trikomonas merupakan infeksi menular seksual yang dapat disembuhkan dan baru-baru ini ada 376 juta kasus baru terhadap jenis infeksi menular tersebut (World Health Organization, 2019). Pencegahan dan perawatan infeksi menular seksual yang komprehensif sangat diperlukan dalam upaya pengendalian dan mengoptimalkan layanan kesehatan seksual dan reproduksi.

3.3.3 Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) termasuk dalam masalah kesehatan reproduksi. HIV ini seperti fenomena gunung es, artinya kasus yang muncul lebih sedikit

dibandingkan yang sebenarnya karena HIV itu sendiri tidak langsung menunjukkan gejala namun secara perlahan menyerang sistem kekebalan tubuh sehingga insiden atau kasus yang dilaporkan sedikit. Pada tahun 2021, sebanyak 650.000 jiwa meninggal karena HIV dan 1.5 juta orang tertular HIV. Obat untuk penyembuhan HIV saat ini belum ada, namun dengan perawatan dan pengendalian HIV yang baik dapat meningkatkan harapan hidup orang dengan HIV (World Health Organization (WHO), 2022b).

HIV disebabkan oleh HIV-1 dan HIV-2 yang mengakibatkan *Sindrom Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) (Angel A. Justiz Vaillant and Peter G. Gulick, 2022). Faktor risiko seseorang terkena HIV berhubungan dengan perilaku dan kondisi meliputi melakukan seks tanpa kondom, menderita penyakit menular seksual, alkohol dan obat-obatan terlarang, transfusi darah dan transplantasi jaringan yang terinfeksi, pemotongan atau tindik yang tidak steril, serta petugas kesehatan juga memiliki risiko rentan terkena HIV melalui cedera jarum suntik tanpa disengaja (Haider et al., 2019);(World Health Organization (WHO), 2022b).

3.4 Kanker Payudara

Kanker masih menjadi permasalahan kesehatan di dunia, secara global 1 dari 5 orang mengidap kanker selama hidup mereka dengan kejadian 1 dari 11 wanita meninggal akibat kanker. Angka kejadian kanker payudara sebesar 24.5% dibanding kanker lainnya seperti kanker serviks uteri 6.5%, tiroid 4.9%, dan corpus uteri 4.5%, hal ini mengakibatkan kanker payudara masih menjadi permasalahan global (*Union for International Cancer Control* (UICC), 2020).

Negara Indonesia, kanker payudara sendiri masih menjadi primadona penyebab kematian di kalangan wanita dengan insiden kasus terbaru tahun 2020 sebesar 30.8%

(Globocan, 2020). Sebagian besar orang tidak mengetahui bahwa mereka menderita kanker payudara, kurangnya perhatian serta pengetahuan tentang kesehatan pada dirinya sendiri secara tidak langsung menjadi faktor pendukung. Oleh karena itu, pemahaman tentang kanker payudara harus diperkenalkan sejak dini mulai dari apa penyebabnya, faktor risiko, dan upaya pencegahannya untuk mencegah keterlambatan deteksi kanker payudara.

Berbagai riset telah dilakukan untuk memberikan informasi kepada masyarakat apa saja penyebab dari kanker payudara itu sendiri. Penyebab kanker payudara yaitu usia, riwayat keluarga dengan kanker payudara, menarche, paritas, kontraspsi, dan obesitas (Ningrum and Rahayu, 2021). Faktor risiko terjadinya kanker payudara adalah usia, riwayat keluarga, faktor reproduksi, estrogen, dan gaya hidup (Sun et al., 2017). Riwayat karsinoma, indeks masa tubuh yang tinggi, nulipara dengan usia lebih dari 30 tahun, menarche dini, menopause terlambat, dan penggunaan terapi pascamenopause juga termasuk faktor risiko (Watkins, 2019).

Langkah awal yang harus kita lakukan sebagai upaya mencegah terjadinya kanker payudara dengan melakukan deteksi dini kanker payudara atau skrining. Namun, kenyataan yang terjadi kesadaran masyarakat terkait skrining kanker payudara masih rendah (Solikhah et al., 2021). Selain skrining, cara mencegah kanker dapat dilakukan dengan *chemoprevention* menggunakan SERM dan Ais serta pencegahan biologis (Sun et al., 2017).

3.5 Kanker serviks

Kanker serviks juga menjadi isu kesehatan wanita selain kanker payudara secara global termasuk Indonesia, insiden kejadian kanker serviks pada tahun 2020 sebesar 17.2% yang setelah kanker payudara (Globocan, 2020). Oleh karena itu,

kanker servik masih menjadi tantangan tersendiri bagi negara Indonesia. Kanker serviks disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* (HPV), infeksi ini sering terjadi pada wanita di usia reproduktif (Zhang et al., 2020).

Faktor risiko terjadinya kanker payudara antara lain pendidikan, tempat tinggal, penggunaan pembalut kain yang lama, usia muda saat menikah, jumlah pasangan (laki-laki), *personal hygiene* terutama organ genitalia kewanitaian setelah berhubungan skesual, riwayat Infeksi Menular Seksual (IMS). dan pelayanan kesehatan yang kurang memadai (Kashyap et al., 2019). Usia tua, paritas lebih dari tiga, seks pada usia dini, dan penggunaan kontrasepsi hormonal lebih dari empat tahun memiliki risiko kanker serviks (Sastra Jendra Hayuningtyas, 2021).

Tindakan pencegahan dan pendendalian kanker serviks perlu ditegakkan. Kanker serviks dapat dideteksi sejak awal dengan mengidentifikasi faktor risiko sehingga mengetahui langkah selanjutnya terkait pengobatan yang dapat dilakukan. Oleh karena itu, kesadaran akan kesehatan pada diri sendiri itu penting.

3.6 Infertilitas, dan unexplained infertility

Infertil artinya ketidaksuburan, kondisi ini sangat mempengaruhi pasangan secara medis maupun psikologis. Infertil dapat disebabkan oleh berbagai macam kelainan yang terjadi pada ovarium, rahim, saluran tuba, dan sistem endoktrin. Ada dua jenis infertil yaitu infertil primer dan infertil sekunder. Infertil primer merupakan seorang wanita yang belum pernah hamil/tidak mampu untuk hamil setelah berhubungan secara intens selama satu tahun sedangkan infertil sekunder adalah wanita yang pernah hamil sebelumnya setelah itu tidak terjadi kehamilan kembali (World Health Organization (WHO), 2020).

Faktor risiko infertilitas berhubungan dengan gaya hidup dan pola makan yang tidak baik seperti alkohol dan merokok (Rossi et al., 2016). Selain itu, usia yang tua (> 35 tahun), indeks massa tubuh yang tidak normal. Periode menstruasi yang lebih lama, polip endometrium, sindrom ovarium polikistik, slapingostomi, dan riwayat mikoplasma juga menjadi faktor risiko dari infertilitas (Zhu et al., 2022).

Permasalahan lain yang masih berhubungan dengan infertilitas adalah *unexplained infertility*. *Unexplained infertility* merupakan infertilitas yang tidak dapat dijelaskan setelah tidak ditemukan penyebab ketidakmampuan psangan atau wanita untuk hamil, tidak termasuk dalam katagori faktor risiko infertil, dan diperkirakan 15 – 30% pasangan mengalami hal ini (Gelbaya et al., 2014). Oleh karena itu, pemeriksaan kesehatan awal bagi pasangan sangat penting, begitu pun dengan rencana memiliki anak.

3.7 Kesehatan mental

Kesehatan mental menjadi perhatian serius dalam beberapa dekade terakhir. Kesehatan mental berperan dalam mencapai tujuan pembangunan global. Pada tahun 2020, terjadi peningkatan prevelensi kecemasan dan depresi secara global pada tahun pertama pandemi COVID-19 sebesar 25% (World Health Organization (WHO), 2022c).

Wanita merupakan manusia yang memiliki keistimewaan dalam siklus daur kehidupannya, namun apabila tidak dapat beradaptasi terhadap keadaan risiko kesehatan mental dapat terjadi seperti kecemasan. Gejala kecemasan ini setiap wanita berbeda-beda. (Hantsoo and Epperson, 2017). Misalnya, seorang wanita hamil akan mengalami perubahan fisik maupun psikologis, begitu pun dengan wanita yang baru melahirkan terutama primipara. Terjadi depresi, *baby blues*,

kecemasan, dan lainnya karena perbedaan yang terjadi pada diri dan ketidaksiapan akan perubahan yang terjadi.

Faktor risiko terjadinya gangguan kesehatan mental pada wanita adalah pendidikan rendah, merokok, kesehatan diri yang buruk, status single, bercerai/janda, peran menjadi ibu rumah tangga, penghasilan yang rendah, hutan, dan pengangguran (Bezerra et al., 2021). Dukungan dari pasangan, keluarga, masyarakat, dan pemerintah sangat dibutuhkan untuk mencegah masalah yang berkaitan dengan kesehatan mental.

3.8 Perkawinan anak

Perkawinan anak menjadi tugas rumah yang besar bagi Indonesia karena prevalensi perkawinan anak masih tinggi. Usia perkawinan di Indonesia bagi perempuan dan laki-laki adalah diatas usia 19 tahun sesuai dengan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 2016 tentang Perkawinan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2019). Diperkirakan 1 dari 9 anak perempuan menikah dibawah usia 19 tahun sebanyak 11.21% tahun 2018 dan Indonesia berada pada posisi ke 10 sebagai negara dengan perkawinan anak tertinggi didunia (Badan Pusat Statistika, 2020).

Perkawinan anak menjadi isu dalam kesehatan wanita karena pada usia tersebut, secara fisik dan mental anak belum mampu. Apabila mereka hamil dan melahirkan secara fisik anatomi tubuh anak belum siap untuk proses mengandung dan melahirkan sehingga risiko terjadinya komplikasi seperti perdarahan, keguguran, bayi lahir prematur, depresi setelah melahirkan, catat bawaan/kelainan pada bayi, dan kematian. Selain itu secara psikis mereka belum siap untuk menerima perubahan diri mereka saat hamil maupun mempunyai anak karena mereka masih tahap perkembangan dan masih ingin bermain bersama teman sebayanya (Badan Pusat Statistika, 2020); (Nour, 2009).

Perkawinan anak secara tidak langsung melanggar hak asasi anak dan berdampak pada pendidikan, kesehatan, dan kesejahteraan psikologi anak (Nour, 2009). Dampak yang ditimbulkan adalah anak akan putus sekolah, pemalsuan akta kelahiran, perkawinan tidak dicatat di pengadilan, hilangnya kebebasan, kekerasan, psikologis, dan masalah kesehatan terutama reproduksi (Iustitiani and Ajisuksmo, 2018).

Faktor pendorong terjadinya pernikahan anak antara lain kemiskinan, ketergantungan ekonomi, dan kurangnya pendidikan (Dewi, 2018). Selain itu, faktor lain penyebab perkawinan anak adalah kehamilan yang tidak diinginkan, pengaruh orang tua dan lingkungan sekitar (Iustitiani and Ajisuksmo, 2018). Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah pernikahan anak melalui dukungan dari berbagai pihak mulai dari peran orang tua, keluarga, masyarakat, sekolah, dan pemerintah.

3.9 Kekerasan seksual

Kekerasan seksual merupakan sebuah penyerangan dan ancaman kepada perempuan terhadap tubuh, seksualitas, dan hak-hak perempuan. Kekerasan seksual termasuk kekerasan yang sering terjadi pada perempuan. Jenis-jenis kekerasan seksual antara lain pemerkosaan, pencabulan, pelecehan seksual, eksploitasi seksual, incest, pemaksaan bersetubuh dalam perkawinan yang sah. Jumlah kasus kekerasan pada perempuan tahun 2020 sebesar 14.719 kasus dengan 1.983 kekerasan seksual di ranah personal dan 962 kekerasan seksual di ranah publik (Budiarti et al., 2022).

Negara Indonesia baru mengesahkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 Tentang tindak Pidana Kekerasan Seksual sehingga korban memiliki kekuatan hukum dan berani untuk melapor kekerasan seksual yang dialami (Undang-Undang Republik Indonesia, 2022).

Kekerasan seksual bisa terjadi dimana saja, oleh siapa saja, dan kapan saja sehingga kita harus memiliki kekuatan untuk melindungi diri. Kekerasan seksual terjadi pada perempuan sebesar 66.7% dan 99% pelaku kekerasan seksual adalah laki-laki yang dikenal korban (pacar, mantan pacar, ayah kandung, ayah tiri, paman, guru, suami, hingga tetangga). Dampak yang ditimbulkan dari kekerasan seksual adalah trauma, takut dan malu, keadaan ini dapat mempengaruhi kesehatan wanita (Budiarti et al., 2022). Seorang perempuan harus berani untuk melawan, berkata tidak, dan melaporkan tindakan pelaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Angel A. Justiz Vaillant and Peter G. Gulick, 2022. HIV Disease Current Practice, Geriatric Gastroenterology. StatPearls Publishing.
- Badan Pusat Statistika, 2020. Pencegahan Perkawinan Anak. PUSKAPA.
- Bezerra, H. de S., Alves, R.M., Nunes, A.D. d., Barbosa, I.R., 2021. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. Public Health Rev. 42.
- Budiarti, A.I., Arianto, G.N., Maharani, M., 2022. Data dan Fakta Kekerasan Seksual di Indonesia 2021.
- Dewi, N., 2018. Child Marriage in Short Stories From Indonesia and Bangladesh: Victor, Survivor, And Victim. Int. J. Humanit. Stud. 2, 51–60.
- Gelbaya, T.A., Potdar, N., Jevé, Y.B., Nardo, L.G., 2014. Definition and epidemiology of unexplained infertility. Obstet. Gynecol. Surv. 69, 109–115.
- Globocan, 2020. Cancer Incident in Indonesia. Int. Agency Res. Cancer 858, 1–2.
- Haan, M.N., 2001. Women's Health. Int. Encycl. Soc. Behav. Sci. 16528–16532.
- Haider, J., Lutfullah, G., Khattak, I., 2019. Identification of risk factors for human immunodeficiency virus-1 infection in Khyber Pakhtunkhwa population : A case control study.
- Hantsoo, L., Epperson, C.N., 2017. Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. Focus J. Life Long Learn. Psychiatry 15, 162.
- Iustitiani, N.S.D., Ajisuksmo, C.R.P., 2018. Supporting Factors and Consequences of Child Marriage. ANIMA Indones. Psychol. J. 33, 100–111.

- Kashyap, N., Krishnan, N., Kaur, S., Ghai, S., 2019. Risk Factors of Cervical Cancer: A Case-Control Study. *Asia-Pacific J. Oncol. Nurs.* 6, 308.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021. Profil Kesehatan Indo-nesia, Pusdatin.Kemendes.Go.Id. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ningrum, M.P., Rahayu, R.S.R., 2021. Determinan Kejadian Kanker Payudara pada Wanita Usia Subur (15-49 Tahun). *Indones. J. Public Heal. Nutr.* 1, 362–370.
- Nour, N.M., 2009. Child Marriage: A Silent Health and Human Rights Issue. *Rev. Obstet. Gynecol.* 2, 51.
- Rossi, B. V., Abusief, M., Missmer, S.A., 2016. Modifiable Risk Factors and Infertility: What Are the Connections? *Am. J. Lifestyle Med.* 10, 220–231.
- Sastra Jendra Hayuningtyas, 2021. Profil Kejadian Kanker Serviks Di Rumkital Dr Ramelan Periode Januari – Desember 2018. *Hang Tuah Med. J.* 19, 25–40.
- Shan, B., Cai, J. hong, Yang, S.Y., Li, Z.R., 2015. Risk factors of polycystic ovarian syndrome among Li People. *Asian Pac. J. Trop. Med.* 8, 590–593.
- Sirmans, S.M., Pate, K.A., 2014. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin. Epidemiol.* 6, 1.
- Solikhah, S., Lianawati, L., Matahari, R., Rejeki, D.S.S., 2021. Determinants of Breast Cancer Screening Practice among Women in Indonesia: A Nationwide Study. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 22, 1435.
- Sun, Y.S., Zhao, Z., Yang, Z.N., Xu, F., Lu, H.J., Zhu, Z.Y., Shi, W., Jiang, J., Yao, P.P., Zhu, H.P., 2017. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int. J. Biol. Sci.* 13, 1387.

- Undang-Undang Republik Indonesia, 2019. Undang-undang Republik Indonesia No 16 Tahun 2019 Tentang Perubahan Undang-undang no 1 Tahun 1974 Tentang Perkawinan, Kementerian Sekretariat Negara Republik indonesia.
- Undang-Undang Republik Indonesia, 2022. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual, Kementerian Sekretariat Negara Republik indonesia.
- Union for International Cancer Control (UICC), 2020. GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC [WWW Document]. URL <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data> (accessed 12.15.22).
- Watkins, E.J., 2019. Overview of breast cancer. J. Am. Acad. Physician Assist. 32, 13–17.
- World Health Organization, 2019. Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections (STIs) in the Era of Oral Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV: Technical Brief 15.
- World Health Organization (WHO), 2020. Infertility [WWW Document]. World Heal. Organ. URL <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility> (accessed 12.15.22).
- World Health Organization (WHO), 2022a. Sexually transmitted infections (STIs) [WWW Document]. World Heal. Organ. URL [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)) (accessed 12.15.22).
- World Health Organization (WHO), 2022b. HIV [WWW Document]. World Heal. Organ. URL <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (accessed 12.15.22).

- World Health Organization (WHO), 2022c. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide [WWW Document]. URL <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide> (accessed 12.15.22).
- Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., Qiao, Y., 2020. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese J. Cancer Res.* 32, 720–728.
- Zhu, C., Yan, L., He, C., Wang, Y., Wu, J., Chen, L., Zhang, J., 2022. Incidence and risk factors of infertility among couples who desire a first and second child in Shanghai, China: a facility-based prospective cohort study. *Reprod. Health* 19, 1–13.

BAB 4

ANALISIS MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Umarudin

4.1 Pendahuluan

Sistem kesehatan reproduksi memegang peranan penting dalam peningkatan kesehatan individu, namun banyak masyarakat yang tidak memiliki kesempatan untuk menikmati kesehatan reproduksi karena berbagai faktor, salah satu faktor yang mendasar adalah kurangnya informasi tentang seksualitas, informasi yang tidak memadai atau buruk. Pencapaian ini membutuhkan perhatian penuh pada program Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) (termasuk pemberian layanan kesehatan) dan penelitian untuk mendukung pembuat kebijakan dan pelaksana program dan memberikan dasar yang lebih kuat untuk penelitian dan pembelajaran lebih lanjut di bidang kesehatan seksual.

Ada lima faktor multidisiplin yang mempengaruhi kesehatan seksual: (i) Hukum, kebijakan dan hak asasi manusia; ii) pendidikan; iii) masyarakat dan budaya; (iv) keuangan; dan v) sistem kesehatan. Baru-baru ini, WHO menerbitkan laporan tentang Kesehatan Seksual, Hak Asasi Manusia dan Legislasi (2015) untuk mendukung pemerintah dan kebijakan dalam meningkatkan kesehatan seksual dengan menyelaraskan undang-undang dan kebijakan yang relevan dengan kewajiban nasional dan internasional tentang kesehatan dan hak asasi manusia. Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang diadopsi oleh Majelis Umum PBB pada bulan September 2015 mencakup tujuan kesehatan untuk

memastikan kehidupan yang sehat bagi semua orang dari segala usia dan meningkatkan kesejahteraan mereka (SDGs ke 3). Ada tujuan khusus dalam tugas ini untuk menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi pada tahun 2030. Untuk memastikan bahwa negara-negara mencapai tujuan membangun ekonomi mereka, kesehatan reproduksi komprehensif harus dilaksanakan untuk semua individu, termasuk seksual dan kesehatan reproduksi, guna meningkatkan kepercayaan diri individu dalam mengatur dan melakukan proses reproduksi yang pada akhirnya akan meningkatkan taraf hidupnya.

Gangguan pada sistem reproduksi wanita dapat diakibatkan oleh gangguan salah satu dari sejumlah organ reproduksi seperti ovarium, saluran tuba, rahim, leher rahim, vagina dan payudara. Selama usia reproduksi, gangguan ini sering bermanifestasi dalam bentuk gangguan menstruasi, nyeri panggul atau kemandulan. Kanker payudara yang terbentuk pada jaringan ini sering terjadi pada usia reproduksi akhir atau selama menopause. Sayangnya, ketika didiagnosis, seringkali memiliki angka kematian yang tinggi dan kejadian metastasis yang tinggi karena beberapa alasan. Beberapa organ dalam dan relatif tidak dapat diakses dengan palpasi (ovarium), lainnya tetap asimtomatik karena mereka memiliki sedikit saraf sensorik (ovarium, saluran tuba falopi). Selain itu, payudara mengandung sejumlah besar jaringan lemak, yang dapat mempersulit deteksi dini kanker payudara. Satu-satunya pengecualian adalah serviks. Akses mudah ke pemantauan dengan skrining *Pap smear* dan *human papillomavirus* (HPV) telah mengurangi angka kematian akibat kanker serviks.

Gangguan pada sistem reproduksi wanita juga dapat diakibatkan oleh gangguan pada organ lain yang mempengaruhi sistem reproduksi, seperti otak, hipotalamus, hipofisis, tiroid, kelenjar adrenal, ginjal, dan hati. Gejala gangguan ini biasanya tidak menimbulkan rasa sakit.

Sebaliknya, kerusakan sistem reproduksi dapat menyebabkan kerusakan jaringan lain. Hormon ovarium diperlukan untuk pemeliharaan dan kesehatan sebagian besar jaringan pada wanita. Perubahan hormon ini berhubungan dengan osteoporosis (kehilangan massa tulang), atrofi dan pembengkakan jaringan yang kekurangan estrogen (seperti vaginitis atrofi), perubahan aterosclerosis dan kepatuhan kardiovaskular, dan beberapa jenis kanker (kanker endometrium), dll.) dapat meningkatkan risiko dari kanker karena kelebihan estrogen dan defisiensi progesteron). Disfungsi sistem reproduksi juga dapat menyebabkan varian unik dari penyakit sistemik seperti diabetes gestasional dan sindrom pre-eklampsia-eklampsia hipertensi. Faktor non klinis yang berdampak pada kesehatan reproduksi, seperti faktor sosial, budaya, lingkungan, biologis, dan psikologis, dapat berdampak negatif pada kesehatan perempuan. Oleh karena itu, sangat penting untuk meningkatkan kesadaran akan partisipasi perempuan dengan harapan semua perempuan diberikan hak reproduksi dan kualitas hidup yang lebih baik selama kehamilan. Keterlibatan pemerintah dalam masalah kesehatan reproduksi sangat bermanfaat untuk mencapai kesejahteraan perempuan.

4.2 Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah sebuah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya (WHO, 2006; Colborn dkk, 1996). Gender mengacu pada karakteristik biologis yang mendefinisikan seseorang sebagai perempuan atau laki-laki. Meskipun karakteristik biologis ini tidak eksklusif satu sama lain, karena ada individu yang memiliki keduanya, mereka cenderung membagi orang menjadi laki-laki dan perempuan.

Dalam bahasa umum, istilah seks sering digunakan untuk mengartikan "aktivitas seksual" dalam banyak bahasa, tetapi karena alasan teknis, definisi di atas lebih baik jika dikaitkan dengan seksualitas dan kesehatan seksual.

Orientasi seksual, erotisme, nafsu, keintiman, dan reproduksi adalah semua aspek kunci manusia dalam menjalani kehidupan sehari-hari dan tumbuh dewasa. Seksualitas hadir dan diekspresikan melalui fantasi, nonggong, keyakinan, sikap, nilai, perilaku, praktik, peran, dan hubungan interpersonal. Meskipun seksualitas dapat meningkatkan semua faktor tersebut di atas, tidak semuanya selalu diucapkan atau diungkapkan. Seksualitas dipengaruhi oleh faktor biologi, psikologi, sosiologi, ekonomi, politik, tempat penitipan anak, dan seni serta oleh hukum yang mengatur agama, moralitas, dan hukum (WHO, 2010). Kesehatan seksual berperan mempercepat kemajuan menuju MDGs untuk memberantas kemiskinan dan mencapai pendidikan yang baik, berperan pada kesehatan yang baik. Sejumlah besar kematian ibu dan bayi baru lahir dapat dikurangi dengan memudahkan mereka untuk mengakses metode reproduksi sehat yang terintegrasi dengan baik, seperti perawatan prenatal dan tindak lanjut pascapersalinan (Ben, 2004). Menurut penelitian Setyawan (2004), remaja percaya bahwa berhubungan seks adalah sarana untuk menunjukkan cinta mereka, sehingga seseorang berhenti berhubungan seks dengan berkencan sebelum menikah karena cinta. Remaja melakukan seks pranikah hanya untuk memperdalam komitmen mereka untuk berkencan, memuaskan rasa ingin tahu dan hasrat mereka, dan merasakan kasih sayang pasangan atau pasangan seksual mereka Taufik (2013), yang lain mengakui bahwa ada masalah dalam keluarga, seperti kurangnya kasih sayang dan kepercayaan dari orang tua, tetapi mereka mengabaikan fakta bahwa Tuhan Yang Maha Esa menasihati anak-anak untuk berhubungan seks sebelum menikah. Temuan ini menyoroti pentingnya

menyebarkan informasi kesehatan yang akurat dan keyakinan agama yang dapat mengendalikan perilaku remaja dan mencegah mereka terlibat dalam kegiatan yang dapat membahayakan kesehatan dan diri mereka sendiri.

4.2.1 Organ Reproduksi Manusia

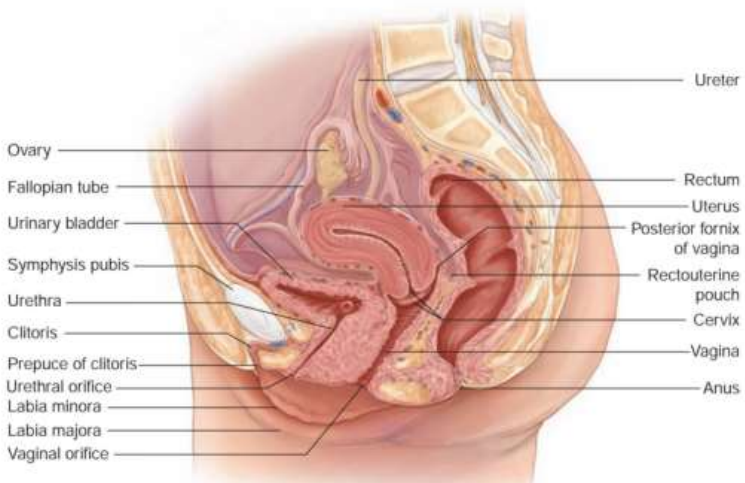
Organ reproduksi manusia dibagi menjadi 2 yaitu wanita dan laki-laki.

1. Sistem reproduksi wanita

Komponen sistem reproduksi wanita meliputi alat kelamin dalam, dan struktur pendukung, seperti kelenjar susu (payudara).

a. Alat Kelamin Luar

Alat kelamin luar wanita disebut vulva, termasuk mons pubis, labia majora, labia minora, fourchette, klitoris, ruang Ini paling sering terjadi antara usia tiga puluh tahun dan empat puluh tahun, dan dapat terjadi sebelum menarche atau sesudah menopause. Berikut Gambar endometriosis dibawah ini.depan vagina, dan perineum. Berikut gambar bagian-bagiannya pada Gambar 4.1 dibawah ini.

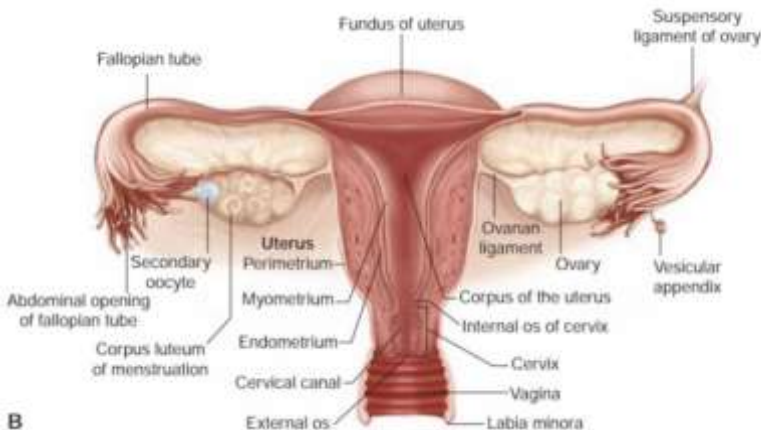


Gambar 4.1 : Bagian-bagian alat kelamin wanita

(Hashem dkk., 2021)

- Mons pubis, juga dikenal sebagai mons veneris, adalah bantalan jaringan lemak yang dikelilingi oleh kulit dan rambut kasar. Berguna untuk melindungi dari simfisis kemaluan dan untuk berpartisipasi dalam kontur tubuh wanita bulat.
- Labia mayora adalah dua lipatan jaringan lemak di setiap sisi ruang depan vagina.
- Labia minora adalah dua lipatan jaringan tipis dan lembut yang terlihat saat labia mayor terpisah. Sekresi dari kelenjar sebaceous di labia bersifat bakterisidal untuk mengurangi infeksi dan melumasi dan melindungi kulit vulva.
- *Fourchette* adalah lipatan jaringan tepat di bawah vagina, tempat labia mayora dan labia berada pertemuan minor, dikenal sebagai perineum.
- Klitoris adalah tubuh ereksi kecil di bagian paling anterior dari labia minora, hampir mirip dalam struktur penis. Secara fungsional, itu adalah bagian paling erotis dan sensitif dari alat kelamin wanita.
- Ruang depan vagina adalah area yang terlihat ketika labia minora dipisahkan dan mencakup lima struktur:
 - 1) Meatus uretra terletak kira-kira 2 cm di bawah klitoris. Ini memiliki lipatan dengan jenis pembukaan celah, dan berfungsi sebagai jalan keluar untuk urin.
 - 2) Saluran skene (saluran paraurethral) terletak di setiap sisi uretra dan menyediakan pelumasan untuk uretra dan lubang vagina.
 - 3) Introitus vagina adalah persimpangan antara bagian luar dan dalam

- 4) Selaput dara adalah selaput elastis tipis yang menutup vagina dari berbagai vestibulum
 - 5) Saluran kelenjar Bartholin (kelenjar vulvovaginal) menyediakan pelumasan untuk introitus vagina selama gairah seksual dan biasanya tidak terlihat.
- Perineum adalah area berotot yang kuat antara lubang vagina dan anus.
- b. Alat Kelamin Dalam
- Bagin-bagian adalah vagina, uterus, tuba falopi, dan ovarium.
- Vagina adalah struktur tubular yang terbuat dari otot dan jaringan membran yang menghubungkan kelamin luar ke dalam rahim. Vagina orang dewasa rata-rata sedikit melengkung dan dapat berkisar panjangnya antara 7 hingga 12 cm, tetapi setiap orang berbeda ukuranya, serta vagina harus dibersihkan dengan rutin dan mempertahankan pH asam normal 4 sampai 5.
Vagina memiliki tiga fungsi:
 - 1) Menyediakan jalan bagi sperma untuk memasuki rahim.
 - 2) Memungkinkan drainase cairan menstruasi dan sekresi lainnya.
 - 3) Menyediakan jalan untuk kelahiran bayi.
 - Rahim adalah organ berotot berongga di mana ovum yang telah dibuahi, embrio terbentuk, dan janin berkembang. Bentuknya seperti buah pir atau bola lampu terbalik. Pada wanita dewasa yang tidak hamil, beratnya berasal dari 60g, panjang 75 cm, lebar 5, dan tebal 1 sampai 2,5 cm pada wanita dewasa yang tidak hamil. Rahim diposisikan di antara daerah kandung kemih dan rektum vagina.



Gambar 4.2: Uterus pada Wanita
(Hashem dkk., 2021)

Rahim dibagi menjadi tiga bagian: fundus, korpus, dan leher rahim. Fundus (bagian atas) lebar dan rata. Saluran tuba memasuki rahim di setiap sisi fundus. Korpus (tubuh) adalah bagian tengah, dan berperan aktif dalam menstruasi dan kehamilan.

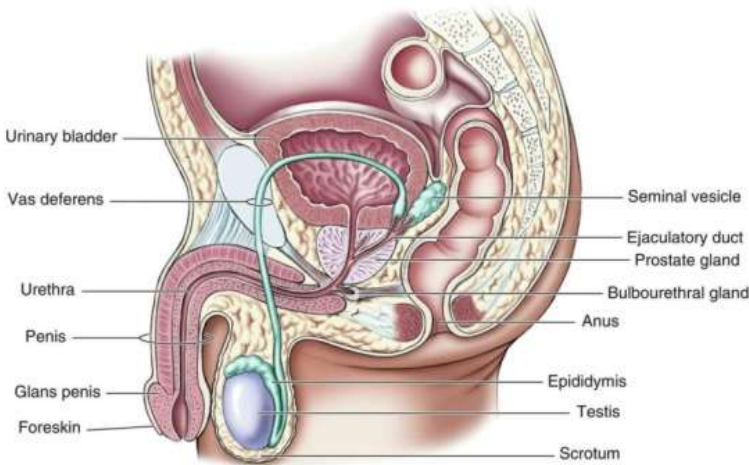
- Fundus dan korpus memiliki tiga lapisan yang berbeda: 1). Perimetrium adalah lapisan terluar atau serosa yang menyelimuti rahim. 2). Miometrium adalah lapisan otot tengah yang berfungsi selama kehamilan dan kelahiran. dan 3). Endometrium adalah lapisan dalam atau mukosa yang berfungsi selama menstruasi dan implantasi ovum yang telah dibuahi. Hal ini diatur oleh perubahan hormonal siklus. Serviks (bagian bawah) sempit dan berbentuk tabung dan membuka ke dalam vagina bagian atas. Serviks terdiri dari saluran serviks dengan bukaan internal di dekat korpus uteri (os internal) dan membuka ke dalam vagina (os eksternal). Lapisan mukosa

serviks memiliki empat fungsi: 1). Melumasi vagina. 2). Bertindak sebagai agen bakteriostatik. 3). Menyediakan lingkungan basa untuk melindungi sperma yang disimpan dari pH asam vagina dan 4). Menghasilkan sumbat lendir di saluran serviks selama kehamilan.

- Saluran tuba disebut tuba falopi atau saluran telur, memanjang ke samping dari rahim, satu ke setiap ovarium. Panjangnya bervariasi dari 8 hingga 13,5 cm. Setiap tabung memiliki empat bagian: 1). Bagian interstitial meluas ke rongga rahim dan terletak di dalam dinding rahim. 2). Isthmus adalah area sempit di dekat rahim. 3). Ampulla adalah area yang lebih luas dari tabung dan merupakan tempat pembuahan yang biasa dan 4). Infundibulum adalah ujung distal tuba yang membesar seperti corong.
- Saluran tuba falopi menyediakan empat tujuan berikut. 1. Ruang antara sperma dan sel telur. 2. Lokasi pembuahan (biasanya sepertiga bagian luar tabung). 3. habitat yang aman dan bergizi bagi telur atau zigot (telur yang telah dibuahi). proses yang digunakan untuk mengantarkan sel telur atau zigot ke dalam rahim.
- Ovarium adalah dua kelenjar berbentuk almond, masing-masing seukuran kenari. Mereka berada di rongga perut bagian bawah, satu di setiap sisi rahim, dan ditahan oleh ovarium dan ligamen rahim.
- Fungsi ovarium termasuk memproduksi hormon, terutama estrogen dan progesteron, dan merangsang produksi selosit di masing-masingnya

2. Sistem reproduksi Pria

Sistem reproduksi pria terdiri dari organ luar dan dalam.



Gambar 4.3 : Bagian-bagian alat kelamin pria
(Hashem dkk., 2021)

- Pada Gambar 4.3 terdiri atas penis dan skrotum, yang berisi testis, adalah alat kelamin luar pria.
- Penis terdiri dari kelenjar dan tubuh. Kelenjar adalah ujung penis yang membulat dan distal. Itu terlihat pada penis yang disunat tetapi disembunyikan oleh kulup pada penis yang tidak disunat. Ada lubang yang disebut meatus uretra di ujung kelenjar. Penis tubuh memiliki uretra (jalur sperma dan urin) dan kelenjar ereksi (korpus spongiosum dan dua corpora cavernosa), memungkinkan kandung kemih mengeluarkan urin dan menyimpan sperma di vagina wanita untuk pembuahan sel telur. Penis melayani dua tujuan ini.
- Skrotum adalah kantung yang berisi testis. Skrotum ditanggihkan dari perineum, menjauhkan testis dari tubuh dan dengan demikian menurunkan suhunya, yang

diperlukan untuk produksi sperma normal (spermatogenesis). Spermiogenesis dikenal sebagai pematangan fisik sperma, Setiap spermatid matang menjadi satu sperma dan 24 hari dari spermatid menjadi sperma.

- Genitalia interna meliputi testis, vas deferens, prostat, vesikula seminalis, saluran ejakulasi, uretra, dan kelenjar tambahan ini termasuk alat kelamin dalam pria.
- Testis adalah sepasang kelenjar berbentuk oval yang bertempat di dalam skrotum. berfungsi: Memproduksi sel germinal pria (spermatozoa atau sperma) dan mensekresikan hormon pria (androgen).
- Sperma dibuat di tubulus seminiferus berbelit-belit yang terkandung di dalam testis. Produksi sperma dimulai saat pubertas dan berlanjut sepanjang masa hidup pria. Produksi testosteron, hormon seks pria yang jumlahnya banyak, dimulai dengan kelenjar hipofisis anterior. Di bawah arahan hipotalamus, kelenjar hipofisis anterior mengeluarkan hormon perangsang folikel (FSH) dan *hormon luteinizing* (LH). FSH dan LH memulai produksi testosteron dalam sel Leydig testis.
- Fungsi Testosteron yaitu meningkatkan massa dan kekuatan otot, meningkatkan tingkat metabolisme basal. meningkatkan produksi sel darah merah, menghasilkan pembesaran pita suara, dan mempengaruhi distribusi rambut tubuh.
- Setiap epididimis, satu dari setiap testis, menyimpan sperma. Sperma tetap berada di epididimis selama 2 sampai 10 hari, selama waktu tersebut mereka matang dan kemudian pindah ke vas deferens. Saluran ejakulasi kemudian masuk ke bagian belakang kelenjar prostat dan terhubung ke bagian atas uretra, yaitu di penis. Uretra mengangkut urin dari kandung kemih dan air

mani dari kelenjar prostat ke luar tubuh, meskipun tidak pada waktu yang bersamaan.

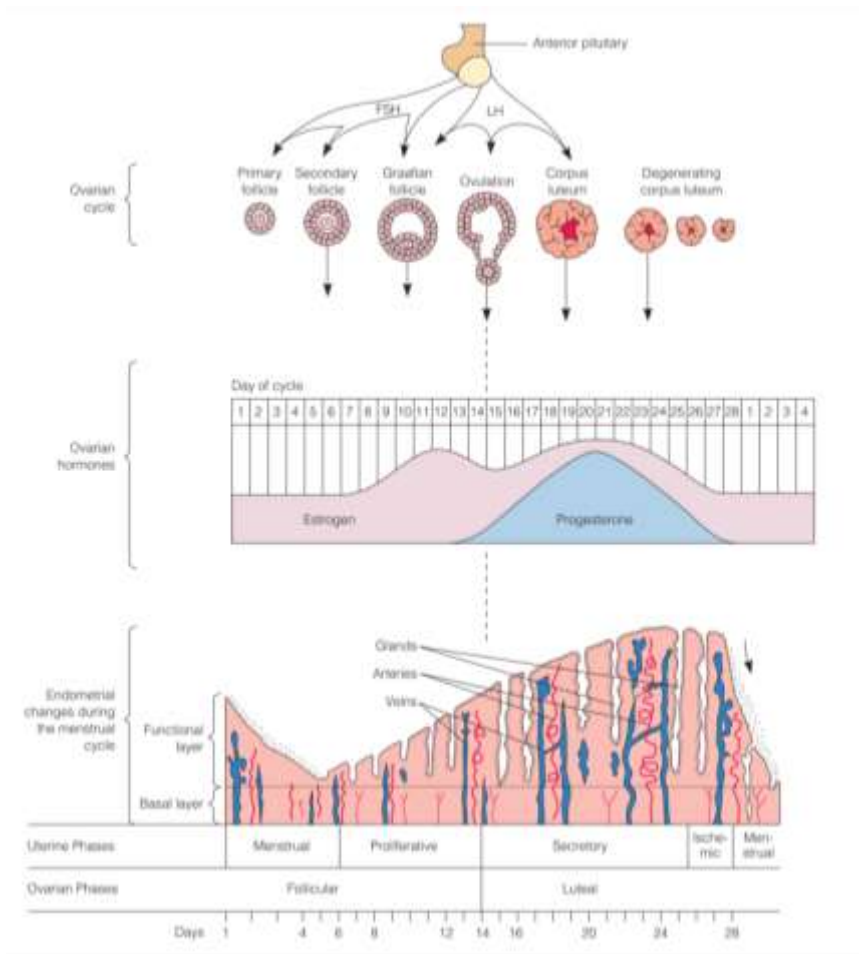
- Kelenjar aksesori adalah vesikula seminalis, kelenjar prostat, dan kelenjar bulbourethral, juga disebut kelenjar Cowper. Kelenjar aksesori memiliki fungsi menyehatkan sperma, Lindungi sperma dari lingkungan asam vagina wanita, Meningkatkan motilitas (pergerakan) sperma, Gabungan plasma mani dan sperma disebut semen. Air mani dapat dikeluarkan selama hubungan seksual sebelum ejakulasi

3. Siklus Reproduksi dan Menstruasi

Tahapan siklus menstruasi meliputi:

1. Siklus ovarium terdiri dari tiga fase: fase folikuler (sebelum ovulasi), fase ovulasi, dan fase luteal (setelah ovulasi).
2. Siklus uterus terdiri dari tiga fase: menstruasi, proliferasi, dan sekresi. Siklus reproduksi wanita terdiri dari perubahan periodik pada sekresi hipofisis anterior, ovarium, dan endometrium. Kelenjar pituitari anterior mengeluarkan hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon luteinizing (LH) sebagai respons terhadap hipotalamus. FSH merangsang pematangan folikel ovarium yang mengandung telur. Selama setiap siklus, beberapa folikel mulai matang, tetapi biasanya hanya satu yang mencapai kematangan. Sel telur yang matang dan korpus luteum (folikel yang tetap kosong setelah sel telur dilepaskan) meningkatkan kadar estrogen dan progesteron, membuat sel telur lebih besar. Endometrium. Lonjakan LH merangsang pematangan akhir dan pelepasan sel telur. Sekitar dua hari sebelum ovulasi, terjadi peningkatan keputihan yang signifikan. Ovulasi terjadi ketika sel telur yang matang dilepaskan dari folikel sekitar 14 hari sebelum dimulainya periode menstruasi berikutnya. Korpus

luteum berubah menjadi kuning segera setelah ovulasi (luteinisasi) dan mengeluarkan lebih banyak progesteron untuk menyiapkan endometrium untuk sel telur yang telah dibuahi. Sekitar 12 hari setelah ovulasi, jika pembuahan tidak terjadi, korpus luteum mengalami degenerasi, dan menurunkan kadar progesteron dan estrogen. Ketika kadar estrogen dan progesteron turun, endometrium dihancurkan dan menstruasi terjadi. Kelenjar pituitari anterior mengeluarkan lebih banyak FSH dan LH untuk memulai siklus baru. Menopause adalah masa dimana kesuburan seorang wanita berangsur-angsur menurun. Menopause mengacu pada periode terakhir menstruasi, namun secara umum istilah menopause dan menopause sering digunakan secara bergantian.



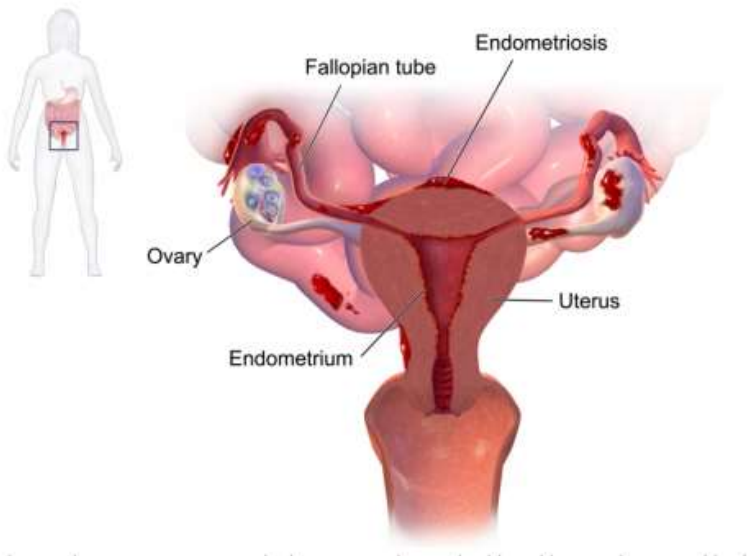
Gambar 4.4 : Siklus reproduksi wanita
(Hashem dkk., 2021)

4.2.2 Faktor Penyebab Gangguan Kesehatan Reproduksi

Faktor-faktor penyebab gangguan kesehatan reproduksi pada wanita (CDC, 2018 ; Wakim dan Grewal, 2022)

1. Endometriosis adalah suatu kondisi yang mempengaruhi rahim wanita dan membuat bayi membesar setelah

melahirkan. Endometriosis adalah sejenis jaringan yang biasanya melahirkan di luar rahim. Mereka mungkin terletak di kandung kemih, usus, ovarium, atau bagian belakang rahim. Jarang untuk kantong tubular yang berdekatan untuk tumbuh. Kram menstruasi, kemandulan, dan nyeri hebat semuanya bisa disebabkan oleh jaringan yang "salah arah" ini. Area endometriosis biasanya bermanifestasi sebagai peradangan, nyeri, dan parut jaringan selama periode menstruasi setiap bulan. Diperkirakan bahwa antara satu dan enam dari setiap seratus orang dengan riwayat endometriosis akan mengembangkannya. Ini paling sering terjadi antara usia tiga puluh tahun dan empat puluh tahun, dan dapat terjadi sebelum menarche atau sesudah menopause. Berikut Gambar endometriosis dibawah ini.

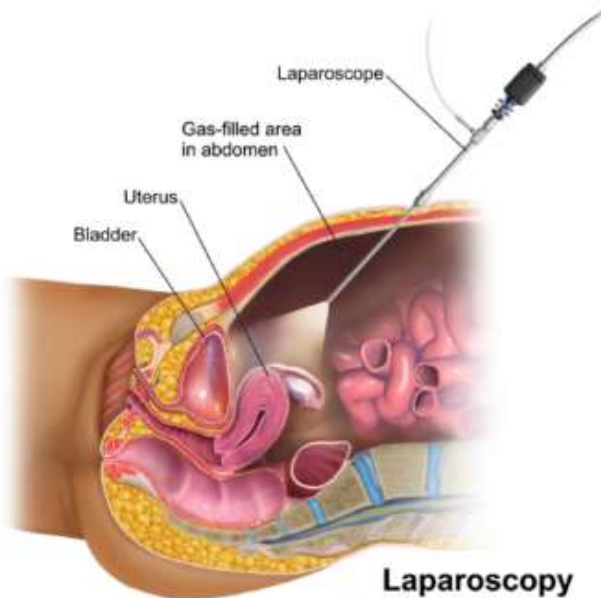


Gambar 4.5 : Pada endometriosis, jaringan endometrium dapat tumbuh di luar rahim dan menyebabkan masalah kesehatan seperti nyeri, perdarahan, jaringan parut, dan

kemandulan. Di sini jaringan endometrium tumbuh di tuba falopi, ovarium, dan di bagian luar tuba falopi dan rahim. (Wakim dan Grewal, 2022).

Gejala utama endometriosis adalah nyeri panggul, yang berkisar dari ringan hingga berat. Tampaknya ada sedikit atau tidak ada hubungan antara jumlah jaringan endometrium yang tumbuh di luar rahim dan tingkat keparahan nyeri. Banyak penderita penyakit ini, rasa sakit terjadi terutama saat menstruasi. Namun, hampir setengah dari mereka yang terkena dampak mengalami nyeri panggul kronis. Rasa sakit endometriosis mungkin disebabkan oleh pendarahan di panggul, yang memicu peradangan. Nyeri juga bisa terjadi dari jaringan parut internal yang mengikat organ dalam satu sama lain.

Endometriosis biasanya didiagnosis menggunakan gejala yang dilaporkan sendiri dan pemeriksaan fisik oleh dokter, seringkali bersamaan dengan tes medis seperti ultrasonografi. Namun, satu-satunya metode saat ini untuk mendiagnosis endometriosis adalah dengan memeriksa endometrium secara visual. Hal ini dapat dilakukan melalui prosedur laparoskopi, yang melibatkan penyisipan kamera kecil ke dalam perut menggunakan sayatan kecil (lihat Gambar 4.6 di bawah).



Gambar 4.6 : Laparoscopy
(Wakim dan Grewal, 2022).

Pengobatan Endometriosis adalah obat untuk mengontrol rasa sakit, dan pembedahan untuk mengangkat jaringan abnormal. Obat nyeri yang sering digunakan adalah obat *inflamasi nonsteroid* (NSAIDS), seperti naproxen. Opiat dapat digunakan dalam kasus nyeri hebat. Laparoscopi dapat digunakan untuk mengobati endometriosis melalui pembedahan, serta untuk mendiagnosis kondisi tersebut. Pada jenis operasi ini, sayatan kecil tambahan dibuat untuk memasukkan instrumen yang dapat dimanipulasi oleh ahli bedah secara eksternal untuk membakar atau memotong pertumbuhan endometrium. Pada pasien yang lebih muda yang ingin memiliki anak, pembedahan bersifat konservatif untuk menjaga agar organ reproduksi tetap utuh dan

berfungsi. Namun, dengan pembedahan konservatif, endometriosis kambuh pada 20 hingga 40 persen kasus dalam waktu lima tahun setelah pembedahan. Pada pasien yang lebih tua yang telah menyelesaikan persalinan, histerektomi dapat dilakukan untuk mengangkat semua atau sebagian organ reproduksi internal. Ini adalah satu-satunya prosedur yang mungkin menyembuhkan endometriosis dan mencegah kekambuhan.

2. Tumor jaringan ikat adalah tumor jinak yang paling umum di kalangan wanita pinggiran kota. Sel otot dan jaringan lain yang ditemukan di dalam dan sekitar rahim atau dinding rahim membentuk fibroid rahim. Tidak ada penyebab fibroid yang diketahui. Orang-orang asal Afrika dan Amerika serta obesitas merupakan faktor risiko. Gejala fibroid meliputi:
 - Pendarahan di antara periode, menstruasi yang kuat atau ringan, pojok kiri bawah penuh.
 - Nyeri saat melakukan aktivitas seksual.
 - Masalah reproduksi seperti reproduksi berulang, kelahiran prematur, dan kemandulan. Namun, sejumlah wanita tidak melaporkan adanya masalah. Dalam hal ini, penting untuk mendekati dokter secara profesional.
3. Kanker ginekologi adalah jenis kanker yang berkembang dari sistem reproduksi wanita. Pada saluran reproduksi wanita, kanker genital dapat berkembang di berbagai tempat, termasuk di daerah perut dan tulang pinggul.
4. HIV adalah virus imunodefisiensi manusia. HIV mempengaruhi sistem kemih dengan cara tertentu (disebut sel CD4). HIV dapat menyebabkan banyak sel mengalami ghancurate dari waktu ke waktu, sehingga tubuh tidak mungkin melepaskan diri dari infeksi. Manusia tidak dapat dites positif HIV. Artinya seseorang terkena HIV sekali lagi dan hidupnya terganggu. Saat ini belum ada obatnya,

- namun virus dapat diberantas dengan perlindungan yang andal. Virus yang dikenal sebagai HIV dapat menyebabkan AIDS, juga dikenal sebagai sindrom defisiensi imun yang didapat. Tahap terakhir infeksi HIV, AIDS, menyebabkan kerusakan sistem kekebalan yang signifikan. Berhubungan seks dengan pasangan yang terinfeksi dengan orang yang terinfeksi adalah dua cara paling umum bagi perempuan untuk tertular HIV. Wanita yang mengidentifikasi sebagai anggota minoritas lebih rentan, dengan wanita keturunan Asia atau Afrika-Amerika menjadi yang paling berisiko.
5. *Interstitial cystitis* (IC) adalah kondisi ginjal kronis yang sering menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan pankreas atau kandung kemih. Peradangan dan pembengkakan permukaan makan kandung kemih adalah gejala khas IC, yang dapat membuat kandung kemih dan kandung kemih terluka
 6. Ketika ovarium wanita atau kelenjar adrenal menghasilkan lebih banyak hormon ovarium dari biasanya, sindrom ovarium polistik berkembang. Kista (kantong berisi cairan) yang berkembang di dalam ovarium adalah satu-satunya masalah. PCOS lebih banyak terjadi pada wanita obesitas. Diabetes dan penyakit kuning lebih mungkin terjadi pada wanita dengan PCOS. Infertilitas adalah kesulitan utama. Jika Anda memiliki kelainan seks yang disebabkan oleh bakteri atau parasit, dokter mungkin akan mengobati Anda dengan antibiotik dan obat lain. Tidak ada pengobatan untuk disfungsi seksual yang disebabkan oleh virus, tetapi produk antivirus dapat membantu menghentikan masalah agar tidak bertambah parah. Penyakit ini dapat dikontrol dengan pengobatan dalam berbagai kasus. Menggunakan kondom lateks jelas sangat efektif untuk meminimalisir terjadinya dampak yang terjadi akibat resiko virus.

7. Kekerasan Pasangan Intim (IPV) adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius dan dapat diobati yang mempengaruhi jutaan orang di Amerika. Kekerasan pasangan intim harus menunjukkan penyimpangan fisik, seksual, atau psikologis yang dialami pasangan atau mantan pasangan. Jenis kekerasan ini dapat terjadi antara pasangan heteroseksual atau antara orang-orang sejenis tanpa perlu keintiman non-seksual.

Faktor-faktor penyebab gangguan kesehatan reproduksi pada Laki-laki (CDC, 2018; Martini dkk, 2018)

1. Gangguan prostat : Hipertrofi prostat jinak (BPH), yang biasanya menyerang pria di atas usia 50 tahun dan berdampak pada penurunan kadar testosteron, dapat menyempitkan uretra dan prostat serta dapat menghambat buang air kecil saat estrogen hadir.
2. Kanker Prostat : Tes darah antigen spesifik prostat (PSA) dapat digunakan untuk menyaring kanker prostat. Terapi radiasi atau operasi prostat adalah perawatan yang tersedia (prostatektomi).
3. Kanker testis : Satu kasus kanker testis per 263 laki-laki setiap tahun adalah tingkat kejadian yang relatif rendah, dan spermatosit atau spermatogonia yang rusak mencapai lebih dari 95% kasus. Kombinasi orchiectomy (pengangkatan testis) dan kemoterapi digunakan sebagai pengobatan. Sebagai hasil dari deteksi dini dan perawatan yang lebih baik, tingkat kelangsungan hidup mencapai 99%.

4.3 Kebijakan, program dan strategi

1. Kebijakan yang perlu ditekankan yaitu kebijakan yang wajib diterapkan dan yang saat ini sedang diterapkan. Kebijakan yang wajib diterapkan meliputi pemenuhan hak

dan dukungan dari pemangku kepentingan adalah remaja. Remaja diberi akses dalam hal informasi mengenai kesehatan, kesehatan reproduksi didalamnya berisi seksualitas yang baik, pemahaman HIV/AIDS dan NAPZA. Selain itu juga remaja diberikan fasilitas pelayanan seperti layanan kesehatan terpadu yang ramah bagi remaja dan pendidikan ketrampilan hidup. Kebijakan yang sedang diterapkan seperti pengakuan adanya masalah kesehatan reproduksi remaja (KRR), pemerintah dan media bekerja sama untuk mengedukasi masyarakat. Program Pembangunan Nasional dan Daerah meliputi KRR, LSM, KPA/KPAD, BNN/BNP, DIKNAS, DEPKES, Kemenag, DEPSOS, BKKBN, koordinasi sektor untuk kebijakan Layanan KRR Terintegrasi: kesetaraan gender, prinsip moral, interaksi interpersonal, dan tanggung jawab.

2. Program yang perlu dijalankan adalah program di sekolah/dikampus ini pembagiannya ada sistem informasi baik dimedia *online* dan *offline*, pelayanan (UKS dan pusat bimbingan konseling), serta pendidikan ketrampilan hidup, Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIK-KRR) baik di sekolah, kampus, pondok, dipuskesmas, posyandu, pusat-pusat kegiatan remaja baik di Desa maupun pusat Kota, pusat-pusat rehabilitasi NAPZA, dan pusat krisis. Pelayanan yang diberikan oleh KRR yang “ramah remaja”, memberikan jam pelayanan yang tepat, ruangan yang nyaman, menghormati hak-hak remaja, serta sadar dan mendukung KRR, dan pemberdayaan media untuk Masyarakat Informasi KRR. Pemerintah memperkuat gerakan sosial yang mendukung kesehatan reproduksi remaja (LSM, kelompok masyarakat sipil, dll.)
3. Setrategi yang dijalankan seperti seluruh program, mulai dari desain hingga evaluasi, melibatkan remaja. Tokoh masyarakat, tokoh agama, dan orang tua berpartisipasi

dalam pengembangan program yang dilakukan dengan pendekatan lintas sektor. Program tersebut kemudian disesuaikan agar sesuai dengan kebutuhan kelompok yang dituju (usia, jenis kelamin, wilayah, dll.). Sektor kesehatan juga dapat memainkan peran advokasi dengan mendukung penelitian untuk mendokumentasikan dampak dan luasnya masalah, meningkatkan kesadaran, dan menjalin hubungan dalam respons multisektoral yang diperlukan untuk mengatasi risiko kesehatan yang serius bagi perempuan ini (Stover dkk., 2016).

4.4 Hak-hak Reproduksi

Setiap orang dan pasangan memiliki hak untuk memilih kapan akan menikah, berapa banyak anak yang mereka inginkan, dan seberapa jauh mereka ingin anak mereka satu sama lain. Pilihan ini dikenal sebagai hak reproduksi. Dalam hal ini, sistem, operasi, dan proses industri terkait erat dengan hak reproduksi. Hak reproduksi individu, sebaliknya, adalah kebebasan dan tanggung jawab (terhadap diri sendiri, keluarga, dan komunitas) untuk memutuskan sendiri berapa anak yang akan dimiliki, seberapa jauh jarak mereka, dan kapan harus melahirkan. Hak-hak ini dimiliki oleh laki-laki dan perempuan, tanpa memandang perbedaan kelas sosial, etnis, usia, agama, dll. Kebebasan reproduksi ini didasarkan pada penerimaan hak asasi manusia yang diakui secara universal (Depkes RI, 2002). Berikut adalah hak-hak kesehatan reproduksi seperti hak untuk menjamin keselamatan dan kesehatan. Mengingat bahaya signifikan yang terkait dengan pelaksanaan fungsi reproduksinya, termasuk menstruasi, hubungan seksual, kehamilan, persalinan, dan menyusui, perempuan memiliki hak yang tidak dapat dicabut untuk ini. Hak untuk menjamin kesejahteraan, yang melampaui tahap-tahap kunci reproduksi termasuk konsepsi, melahirkan, dan menyusui untuk

memasukkan status sebagai istri dan ibu dari anak-anak di luar waktu tersebut. Hak untuk mengambil bagian dalam pilihan-pilihan yang mempengaruhi kepentingan perempuan (istri), khususnya yang berkaitan dengan proses reproduksi.

International Planned Parenthood Federation (IPPF) menetapkan 12 hak reproduksi pada tahun 1996, antara lain:

- 1) Hak untuk hidup: Tidak ada wanita yang perlu khawatir kehilangan nyawanya karena keguguran.
- 2) Hak atas keamanan dan kebebasan: Tidak seorang pun dapat dipaksa untuk hamil, menjalani prosedur sterilisasi, atau melakukan aborsi; setiap orang berhak untuk secara bebas terlibat dan melakukan kontrol atas aktivitas seksual mereka.
- 3) Hak atas persamaan dan tidak adanya diskriminasi Setiap orang bebas dari diskriminasi, termasuk dalam hal aktivitas seksual dan pembuahan.
- 4) Hak Privasi Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi dengan tetap menjunjung tinggi hak privasinya. Setiap wanita diperbolehkan memilih metode pembuahan yang dia sukai.
- 5) Hak untuk kebebasan berbicara: Setiap orang bebas dari interpretasi yang membatasi ajaran agama, ide, dan tradisi yang membatasi kapasitas seseorang untuk secara bebas mempertimbangkan masalah yang berkaitan dengan seksualitas dan reproduksi.
- 6) Hak atas pengetahuan dan pengajaran: Setiap orang berhak atas pendidikan dan pengetahuan tentang kesehatan seksual dan reproduksi, serta jaminan kesehatan dan kesejahteraan bagi dirinya dan keluarganya.
- 7) Kebebasan memiliki atau tidak memiliki anak serta merencanakan dan membangun keluarga.
- 8) Pilihan untuk memiliki anak dan kapan memilikinya

- 9) Hak atas perlindungan dan pelayanan kesehatan: Setiap orang berhak atas pengetahuan, aksesibilitas, kebebasan memilih, keamanan, privasi, dan kesinambungan layanan.
- 10) Hak untuk memperoleh keuntungan dari kemajuan ilmu pengetahuan: Setiap orang berhak untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi modern yang dapat diterima dan aman.
- 11) Kebebasan berkumpul dan berpolitik: Setiap orang berhak menuntut agar pemerintah memprioritaskan kebijakan perlindungan hak kesehatan seksual dan reproduksi.
- 12) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan penyalahgunaan

Ini termasuk hak untuk membela anak-anak dari eksploitasi dan kekerasan seksual. Setiap orang berhak atas pembelaan terhadap perkosaan, kekerasan, dan jenis pelecehan lainnya, termasuk kekerasan seksual. Apa yang membuatnya penting untuk memahami dan memiliki pengetahuan tentang hak-hak seksual dan reproduksi? Kita lebih siap untuk membela hak kita sendiri dan hak orang lain dari berbagai macam pelecehan dan serangan terhadap hak tersebut ketika kita menyadari dan memahami hak seksual dan reproduksi kita (Dewi, 2018).

4.5 Solusi Masalah Kesehatan Reproduksi

1. Reproduksi dengan bantuan medis. "Teknik Reproduksi Berbantuan" mengacu pada metode reproduksi yang tidak melibatkan aktivitas seksual tetapi memiliki dukungan medis. ART diklasifikasikan menjadi dua kategori berdasarkan lokasi pembuahan: prosedur yang menggunakan fertilisasi in vivo dan yang menggunakan fertilisasi in vitro (*Extra Corporeal*). Pembagian ini sangat penting karena salah satu tabung harus paten dan normal agar prosedur fertilisasi in vivo dapat bekerja. *Inseminasi*

Intra Uterine (IUI), Gamete Intra Fallopian Transfer (GIFT), dan In Vitro Fertilization Embryo Transfer (IVFET), terkadang dikenal sebagai IVF, adalah contoh ART in vivo. "*Zygote Intra Fallopian Transfer*" adalah contoh ART in vitro (ZIFT) (Waito dan Hidayat, 2005). Bayi Tabung adalah proses penanaman sperma dengan kultul berukuran sedang di luar tuba setelah menanamkan sel telur dari folikel yang matang di dalam rahim. Menyusul pembuahan dan pembukaan kembali di stadium di Morula, embrio tersebut diturunkan ke dalam rahim. Langkah-langkah dalam operasi IVF adalah mengeluarkan oosit yang telah dipraovulasi dari ovarium, membuahnya dengan sperma di laboratorium, kemudian memindahkan sel telur yang telah dibuahi ke dalam rongga endometrium. Tindakan berikut harus dilakukan selama siklus IVF: Stimulasi ovarium, aspirasi folikel/pengumpulan sel telur, klasifikasi oosit, persiapan sperma, inseminasi oosit, kultur embrio, dan transfer embrio merupakan contoh prosedur embrio (Iketubosin, 2019).

2. Agar seorang wanita bisa hamil, inseminasi buatan adalah pendekatan yang bermanfaat untuk mengatasi masalah kesuburan yang mengantarkan sperma langsung ke leher rahim atau rahim. Inseminasi buatan dengan homolog (AIH) atau donor semen (AID) saat ini merupakan prosedur perawatan yang sangat populer digunakan untuk banyak wanita subfertil di seluruh dunia. Alasan inseminasi buatan adalah untuk meningkatkan kepadatan gamet di tempat pembuahan. Inseminasi intrauterin (IUI) dan inseminasi intraserviks adalah dua metode utama yang dapat digunakan untuk inseminasi buatan (ICI) (Ombelet dan Robays, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Colborn, T., Dumanoski, D., Myers, J. P. 1996. Our stolen future: Are We Threatening Our Fertility, Intelligence, and Survival? London: Penguin Group.
- Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (CDC). 2018. Common Reproductive Health Concerns for Women.
(<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/womensrh/healthconcerns.html>. accessed 28 June 2022).
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu*. Jakarta.
- Dewi, P.P. 2018. Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM). Medan.
- Hashem, A.M., Ibrahim, R. H., AL-Mukhtamar, S., & Faris, M. 2021. *Anatomy & Physiology of the Reproductive System*.
- Iketubosin, F. 2019. In vitro fertilization embryo transfer processes and pathway: A review from practice perspective. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 11: 227-232.
- Martini, Ober, Nath, Bartholomew, Petti. 2018. *Vosual Anatomy and physiology* 3rd Edition. Pearson Education.
- Ombelet, W & Robays, J.V. 2015. Artificial insemination history: hurdles and milestones. *Facts Views Vis Obgyn*. 7 (2): 137-143.
- Stover, J., Hardee, K., Ganatra,B., Moreno, C.C & Horton.S. 2016. *Interventions to Improve Reproductive Health*. The World Bank: Washington.
- Setyawan, A, 2004. *Seks Bebas? Memahami Seks Membuahkan Cinta*. Yogyakarta: Galang.
- Taufik, A. 2013. Persepsi Remaja terhadap Perilaku Seks Pranikah (Studi Kasus SMK Negeri 5 Samarinda). *E-Journal Sosiatri-Sosiologi*.1 (1):31-44

- Wakim, S & Grewal, M. 2022. Disorders of the Female Reproductive System. ([https://bio.libretexts.org/Bookshelves/Human_Biology/Book%3A_Human_Biology_\(Wakim_and_Grewal\)/22%3A_Reproductive_System/22.09%3A_Disorders_of_the_Female_Reproductive_System](https://bio.libretexts.org/Bookshelves/Human_Biology/Book%3A_Human_Biology_(Wakim_and_Grewal)/22%3A_Reproductive_System/22.09%3A_Disorders_of_the_Female_Reproductive_System). accessed 28 June 2022).
- World Health Organization (WHO). 2006. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, Geneva. Geneva;; (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf, accessed 28 June 2022).
- World Health Organization (WHO). 2010. *Developing sexual health programmes: a framework for action*. Geneva: (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/, accessed 24 June 2022).

BAB 5

INDIKATOR STATUS KESEHATAN WANITA

Oleh Gusti Ayu Tirtawati

5.1 Pendahuluan

Kesehatan Reproduksi memakai pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle- approach*) ataupun layanan kesehatan reproduksi dilaksanakan sejak dari janin sampai liang kubur biasa disebut yakni "*Continuum of care women cycle*". Kesehatan reproduksi memakai pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan perihal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak beserta remaja memengaruhi kondisi kesehatan saat memasukinya masa reproduksi yakni saat hamil, bersalin, beserta masanya nifas. Kesehatan wanita merujuk kepada kesehatan wanita, yang berbeda dari pria dalam beberapa cara (Depkes RI, 2016).

5.2 Kesehatan Wanita

Pengertian kesehatan menurut WHO ialah keadaan sempurna, baik fisiknya, mentalnya ataupun socialnya serta tidak hanya terbebas dari penyakit juga kecacatan. Mengikuti Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, sehat ialah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, ataupun sosial yang memungkinkannya tiap orang agar hidup produktif secara sosial serta ekonomis.

Notoadmodjo berpendapat bahwa berada dalam kesehatan yang baik membantu seseorang guna menjalaninya kehidupan yang produktif pada tingkat sosial serta ekonomi sementara juga berada dalam kesehatan tubuh, mental, spiritual,

dan sosial yang baik. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya untuk mengatasi dan menghindari masalah kesehatan, seperti kehamilan dan persalinan, yang memerlukan evaluasi, pengobatan, dan/atau perawatan.

Kesehatan Wanita ialah contohnya dari Kesehatan masyarakat. Beberapa organisasi menawarkan definisi yang lebih luas tentang kesehatan wanita secara keseluruhan, yang seringkali dikaitkan dengan kesehatan wanita produktif. Dalam semua masalah yang berketerkaitan terhadap sistemnya, fungsinya, serta proses reproduksinya, kesehatan reproduksi perempuan mengacu pada kesejahteraan fisik, mental, serta sosial secara keseluruhan, bukan hanya bebas dari penyakit ataupun kelemahan. Sedangkan laki-laki juga akan mengalami fenomena yang sama yaitu penurunan fungsi reproduksi (andropause), meskipun dalam hal ini kejadiannya lebih tua dari pada wanita, masalah kesehatan reproduksi pada wanita baru disadari setelah fase fertilitasnya berakhir (menopause). (Depkes RI, 2016).

Tahapan kehidupan seorang wanita setelah melahirkan meliputi konsepsi, bayi, masa kanak-kanak, remaja, dewasa, beserta usia tua. Akibat dari perbedaan ciri khas masing-masing periode tersebut, maka gangguan pada setiap periode tersebut juga dapat dikatakan tunggal karena menyimpang dari fisiologi yang juga khas pada periode yang bersangkutan. Peran wanita serangkaian tingkah laku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang dimiliki perempuan sehubungan dengan kedudukannya di masyarakat. Dalam hal pekerjaan yang menciptakan komoditas dan jasa untuk penggunaan pribadi dan perdagangan, perempuan memainkan fungsi produksi, yang ditentukan oleh jenis kelamin mereka. juga sering disebut sebagai posisi di sektor publik. Peran perempuan dalam reproduksi meliputi pengasuhan anak, memasak, mencuci pakaian beserta peralatan rumah tangga, menyetrika, membersihkan rumah, serta tugas-tugas lainnya yang terkait

dengan pelestarian sumber daya manusia juga dikenal sebagai posisi dalam industri dalam negeri. Peran sosial perempuan ialah peran yang dimainkannya dalam kegiatan sosial seperti kerja tim untuk menyelesaikannya tugas-tugas yang menjadi kepentingan umum dan fungsi yang dimainkan perempuan dalam kaitannya dengan status mereka dalam keluarga.

5.3 Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Hak reproduksi perempuan amat langka dibincangkan, nyatanya perempuan justru lebih mengenal beserta menjalani tugasnya, seperti menjadi ibu rumah tangga, mengasuh anak, beserta menjadi istri, ketimbang membicarakannya hak-hak reproduksinya.

5.3.1 Definisi hak kesehatan reproduksi

Hak ialah kekuatan intrinsik yang dimiliki seseorang guna melaksanakan ataupun tidak melaksanakan sesuatu, ataupun untuk mendapatkan sesuatu atau tidak mendapatkan sesuatu. Perempuan berdaya untuk terlibat dalam berbagai kegiatan yang bermanfaat terhadap dirinya, keluarga, serta masyarakat ketika mereka menyadari hak-haknya sebagai manusia dan sebagai perempuan. Sedangkan reproduksi adalah perbuatan menciptakan anak secara berulang-ulang atau kemampuan perempuan untuk melakukannya.

Hak dasar tiap pasangan dan orang untuk memilih sendiri, secara bertanggung jawab, berapa banyak anak yang ingin mereka punyai, serta kapan mereka ingin mempunyainya. Hak guna mencapainya standar tertinggi kesehatan seksual serta reproduksinya, akses ke informasi tentang memiliki anak, dan kemampuan untuk melakukannya tanpa takut akan diskriminasi, paksaan, atau kekerasan. Hak reproduksi individu ialah kebebasan yang dipunyai tiap orang baik laki-laki ataupun perempuan tanpa melihatnya perbedaan kelas sosial, etnis, usia, agamanya, dll. Untuk memilih sendiri, keluarga

mereka, dan masyarakat berapa banyak anak yang akan mereka punyai, berapa tahun jarak mereka mempunyainya, berapa kali mereka akan melahirkan. Kebebasan reproduksi ini berdasar terhadap penerimaan hak asasi manusia yang diakui secara universal.(Manuaba, 2009)

5.3.2 Tujuan hak kesehatan reproduksi

Tujuan kesehatan beserta hak reproduksi ialah guna menjamin informasi yang lengkap, akurat, dan beranekaragam tentang layanan yang tersedia untuk perawatan kesehatan reproduksi, aksesibilitas, biaya, dan penerimaan serta kesesuaian untuk semua orang.

Untuk mendorong dan mendukung individu dalam membuat keputusan sukarela tentang kehamilan, keluarga berencana, dan pilihan pribadi lainnya. (Manuaba, 2011)

5.3.3 Hak-hak reproduksi

Hak Reproduksi ialah bagian dari hak azasi manusia melekat terhadap manusia sedari lahir beserta terlindungi kehadirannya. Sehingga pengekangannya pada hak reproduksi diartikan pengekangan pada hak azasi manusia.

Selain itu, individu tidak boleh mengalami diskriminasi dalam hal kesehatan reproduksi berdasarkan warna kulit, jenis kelamin, status sosial ekonomi, pandangan dunia atau agama, atau kebangsaan. Hak atas kesehatan reproduksi disebutkan di bawah ini.

Terdapatnya 12 hak-hak reproduksi yang dibuatkan oleh *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) pada tahun 1996 diantaranya:

1. Hak untuk hidup tiap perempuan memiliki haknya agar terbebas dari risiko kematian terkait kehamilan.
2. Hak atas kemerdekaan serta keamanannya tiap orang beserta kebebasan guna mengaturnya kehidupan seksual

- dan reproduksinya. Tidak seorang pun bisa dipaksa untuk hamil, menjalaninya sterilisasi, ataupun aborsi.
3. Hak atas kesetaraan serta bebasnya dari segala wujud diskriminasi tiap individu memiliki haknya atas kebebasan dari wujud diskriminasi termasuk kehidupan seksual serta reproduksinya.
 4. Hak atas kerahasiaan pribadi tiap individu memiliki haknya guna mendapatkan layanan kesehatan seksual beserta reproduksi dengan menghormatinya kerahasiaan pribadi. Tiap perempuan memiliki haknya guna menentukannya sendiri pilihan reproduksinya.
 5. Hak atas kebebasan berpikir tiap individu terbebas dari penafsiran ajaran agama sempit, kepercayaannya, filosofinya beserta tradisi yang membatasinya kebebasannya berpikir perihal layanan kesehatan reproduksi dan seksual.
 6. Hak mendapatkannya informasi beserta Pendidikan tiap individu memiliki haknya atas informasi pendidikan yang berketerkaitan terhadap kesehatan reproduksi seksual termasuk jaminan kesehatan beserta kesejahteraannya perorangan ataupun keluarga
 7. Hak untuk menikah ataupun tidak menikah beserta membuat perencanaan keluarga
 8. Hak untuk memutuskannya memiliki anak ataupun tidak beserta kapan mempunyai anak.
 9. Hak atas pelayanan beserta perlindungan kesehatan tiap individu memiliki haknya atas informasinya, keterjangkauannya, pilihannya, keamanannya, kerahasiaannya, kepercayaannya, harga dirinya, kenyamanannya, beserta kesinambungannya pelayanan.
 10. Hak untuk mendapatkannya pemanfaatan dari kemajuan ilmu pengetahuan tiap individu memiliki haknya guna mendapatkannya layanan kesehatan reproduksi terhadap teknologi mutakhir yang aman beserta bisa diterima.

11. Hak atas kebebasannya berkumpul beserta partisipasi terhadap politik tiap individu memiliki haknya guna mendesaknya pemerintahan sehingga memprioritaskannya kebijakan yang berketerkaitan terhadap hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi.
12. Hak untuk terbebas dari penganiayaan beserta perlakuan buruk masuk dalam hak-hak perlindungan anak dari eksploitasi serta penganiayaan seksual. Tiap individu mempunyai haknya guna terlindungi dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, beserta pelecehan seksual

Mengapa penting untuk memahami beserta menghormati hak-hak seksual dan reproduksi? Mengetahui beserta memahaminya hak-hak seksual dan reproduksi kita akan membantu kita menjaga, memmperjuangkan, beserta membelanya mereka dan orang lain dari beragam bentuk pelecehan dan penyerangan terhadap hak-hak tersebut.

5.4 Indikator Kesehatan Wanita Menurut McCharty dan Maine (1992)

5.4.1 Definisi Indikator Kesehatan Wanita

Ialah ukuran yang menggambarkan ataupun menunjukan status kesehatan wanita dalam suatu populasi khusus.

5.4.2 Indikator Kesehatan Wanita di Indonesia bisa terlihat dari:

1. Angka kematian ibu

Ialah kematian seorang wanita dalam masa kehamilan yang disebabkan oleh ataupun dipicu oleh kehamilan ataupun pengobatan kehamilannya, tapi bukan terkait suatu kecelakaan, dan terjadi sampai dengan 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung lama dan tempat

terjadinya kehamilan. Mengikuti data Bappenas, angka kematian ibu di Indonesia ialah 305 per 100.000 kelahiran hidup (pada tahun dasar 2019) dan 183 per 100.000 kelahiran hidup ialah target yang harus tercapai pada tahun 2024.

2. Tingkat pendidikan ibu
Pendidikan memainkan peran penting dalam keberhasilan kesehatan perempuan karena dapat mempengaruhi perilaku secara positif.
3. Pekerjaan ibu
Penghasilan selaku indikator guna meningkatkannya kesehatan wanita ialah faktor ekonomi bisa menetapkan gizi yang dikonsumsi seseorang.
4. Usia harapan ibu
Keberhasilan pembangunannya sosial ekonomi beserta kebudayaan menyebabkannya usia harapan hidup kian Panjang ataupun tinggi misalkannya ekonomi baik maka layanan kesehatan terhadap manula makin baik pula.

5.4.3 Determinan Kematian Ibu

Ialah keadaan ataupun perihai yang melatarbelakanginya beserta menjadikannya penyebab langsung beserta tidak langsung dari kematian ibu.

- a. Determinan prokdi/dekat/pendek, meliputi:
 - 1) Kejadian kehamilan: wanita hamil memiliki risiko untuk mengalaminya komplikasi, sedangkan perempuan yang tidak hamil tidak memiliki risiko.
 - 2) Komplikasi kehamilan dan persalianan: komplikasi obstetrik ialah penyebab langsung kematian ibu, berupa perdarahan, infeksi, eklamsia, abortus dll.
 - 3) Komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas. Komplikasi yang bisa terjadi ialah ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, perdarahan antepartum (keguguran, plasenta previa, solusio plasenta), intra partum/

robekan jalan lahir, post partum (antonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah), hipertensi dalam kehamilan, ancaman persalinan prematur, infeksi berat dalam kehamilan (sepsis, demam berdarah), distosia (persalinan macet, persalinan tak maju), infeksi masa nifas.

b. Determinan antara (menengah), meliputi:

- 1) Status kesehatan: status gizi, penyakit infeksi, penyakit menahun (TBC, jantung, ginjal, dll)
- 2) Status reproduksi: ibu hamil kurang dari 20 tahun serta lebih dari 35 tahun, jumlah kelahiran beserta status perkawinan.
- 3) Faktor risiko.
 - a) Primigravida kurang dari 20 tahun ataupun lebih dari 35 tahun.
 - b) Anak lebih dari empat.
 - c) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
 - d) Kurang Energi Kronis (KEK) pada lingkaran atas kurang dari 23,5 cm, ataupun penambahannya berat badan kurang dari 9kg selama masa kehamilan.
 - e) Anemia terhadap hemoglobin kurang dari 11 g/dl. Tinggi badan kurang dari 145 cm, ataupun terhadap kelainan bentuk panggul beserta tulang belakang.
 - f) Riwayat hipertensi terhadap kehamilan terdahulu ataupun sebelum kehamilan ini.
 - g) Sedang ataupun pernah menderita penyakit kronis, diantaranya tuberkulosis, kelainan jantung, kelainan ginjal, kelainan hati, kelainan endokrin (Diabetes Melitus, dll), tumor beserta keganasan.
 - h) Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, ketuban pecah dini, bayidengan cacat kongenital.

- i) Riwayat persalinan terhadap komplikasi: persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksivakum/forseps.
 - j) Riwayat nifas terhadap komplikasi: perdarahan pasca persalinan, infeksi masa nifas, psikosis post partum/ post partum blues.
 - k) Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi beserta riwayat cacat kongenital.
 - l) Kelainannya jumlah janin (kehamilan ganda)
 - m) Kelainan besar janin: pertumbuhannya janin terhambat, janin besar.
 - n) Kelainannya letak beserta posisi janin. Lintang/ oblique, sungsang terhadap usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- 4) Akses terhadap layanan kesehatan (Yankes). Misalnya letak/ tempat yankes tidak strategis/ sulitnya jangkauan, kualitasnya yankes masih kurang, informasinya kurang.
- 5) Perilaku sehat. Misalnya menjadi akseptor KB, *Ante Natal Care* yang teratur (K1 dan K4), tidak berobat ke dukun, tidak melaksanakan aborsi.
- 6) Faktor-faktor lain yang tak dapat diketahui ataupun tak terduga: Ketuban pecah dini, atonia uteri dll.
- c. Determinan jauh (determinan sosial, ekonomi, budaya) mencakup:
- Status wanita dalam keluarga dan masyarakat. Misalnya wanita yang pendidikan lebih tinggi/ lebih memperhatikannya kesehatan diri beserta keluarga, pekerjaan cepat mendapatkan informasi.
- 1) Status keluarga dalam masyarakat. Misalnya penghasilan keluarga, pekerjaan keluarga, pendidikan keluarga dapat berkepengaruhan terhadap risiko kematian ibu.

- 2) Status masyarakat. Misalnya kesejahteraan, ketersediaan SDM (dokter, pelayanan kesehatan, ketersediaan dan kemudahan transportasi). Status masyarakat umumnya berkaitan pula terhadap tingkat kemakmuran suatu negara.

5.4.4 Intervensi guna pencegahan kematiannya Ibu menurut Manuaba (2007)

1. Intervensi terhadap yankes (khususnya obstetri esensial)
2. Kemampuan petugas dalam penatalaksanaan komplikasi obstetri
3. Peningkatan gizi (stamina ibu kuat)
4. Peningkatan pendidikan (sadar akan kesehatannya)
5. Pemberdayaannya wanita dan kemitraan pria wanita (wanita dapat mengambilnya putusan guna menentukan alat KB)

5.4.5 Strategi guna menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI).

Dengan memberi perhatian beserta perlakuan khusus terhadap ibu hamil, bersalin, nifas beserta Bayi baru lahir.

1. Membina dan mengarahkan masyarakat.
 - 1) Agar bersedia dan bisa mengenalinya permasalahan (deteksi dini) risiko tinggi ibu hamil, bersalin, nifas beserta bayi baru lahir.
 - 2) Agar masyarakat mengetahui secara tepat beserta cepat apa yang harus dilakukan apabila menghadapinya kasus risiko tinggi jika terjadinya komplikasi.
 - 3) Mengetahui harus merujuk kemana.
2. Bekerjasama beserta melaksanakan pembinaannya kader, dalam pemantauan ataupun melaksanakan pengamatan harian pada kondisi ibu hamil, bersalin, nifas beserta Bayi Baru Lahir yang tinggal disekitarnya.
3. Memberi penyuluhan dan mengampanyekan suami siaga
4. Bersama masyarakat menggalang tabungan ibu bersalin.

McCharty dan Maine (1992) menjelaskan tanda-tanda rantai pemicu kematiannya ibu beserta menghubungkannya strategi intervensi yang dikelompokkan dalam 3 kategori:

- 1) Pencegahan ataupun meminimalisir kemungkinannya wanita untuk menjadi hamil, misalnya keikutsertaan ber KB pencegahan kematian ibu.
- 2) Pencegahan ataupun meminimalisir kemungkinannya wanita hamil mengalaminya komplikasi dalam kehamilan dan persalinan, misalnya umur kehamilan kurang dari 20 tahun dan lebih dari 30 tahun dapat menjadi faktor resiko tinggi kehamilan.
- 3) Pencegahan ataupun meminimalisir kematian wanita yang mengalami komplikasi dalam kehamilan/ persalinan dengan mempunyai akses pelayanan gawat darurat obstetri.

Intervensi guna mendekatkannya layanan obstetri terhadap tiap ibu hamil didasarkan oleh tiga premis (dasar pemikiran), yakni:

- 1) Bahwa sebagian ibu hamil akan mengalami komplikasi.
- 2) Sebagian besar komplikasi tersebut tidak bisa diperkirakan/ dicegah.
- 3) Wanita mengalami komplikasi diharuskan mendapati layanan obstetri agar diri beserta janinnya bisa terselamatkan sekaligus pencegahannya kesakitan yang berkepanjangan.

Risiko penyebab kematian ibu menurut Manuaba (2011) dirumuskan menjadi:

- 1) Tiga Terlambat (3T) dalam merujuk:
 - a) Terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan
 - b) Terlambat mencapai fasilitas kesehatan
 - c) Terlambat mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan

2) Empat Terlalu:

- a) Terlalu muda punya anak (umur < 20 tahun)
- b) Terlalu banyak melahirkan (> 3 anak)
- c) Terlalu dekat jarak melahirkan (< 2 tahun)
- d) Terlalu tua punya anak (> 35 tahun)

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI: 2009.
- Depkes RI. 2016. *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan tentang Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan United Nations Population Found.
- Manuaba, I. B. G., Manuaba, I. C., & Manuaba, I. B. G. F. 2007. *Pengantar kuliah obstetri*. Jakarta: Egc, 450-55.
- Manuaba, I. A. C. 2009. *Memahami Kesehatan reproduksi wanita* ed 2. Egc.
- Manuaba, I. A. S. K. D. S., Manuaba, I. A. C., Manuaba, I. B. G. F., & Manuaba, I. B. G. 2011. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. 2021. *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan*. Syiah Kuala University Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Rahman, F.S, & Martiana, T. 2019. *Analysis of factors related to maternal health in female workers in the industrial area of Sidoarjo, Indonesia*. *Journal of Public Health in Africa*, 10(1s). <https://doi.org/10.4081/jphia.2019.1179>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- WHO. World Health Statistics 2017 : Monitoring Health for The SDGs. World Health Organization.

BAB 6

PERKEMBANGAN DAN KLASIFIKASI SOSIOLOGI PSIKOLOGI

Oleh Putri Eka Sejati

6.1 Pendahuluan

Sosiologi kesehatan merupakan cabang dari ilmu sosiologi yang digunakan untuk mempelajari faktor-faktor sosial yang berhubungan dengan pola penyebaran penyakit (Epidemiologi) dalam kelompok-kelompok masyarakat tertentu. Maka dari itu dikembangkanlah sosiologi kedokteran yang mencakup studi tentang faktor sosial dalam etiologi, prevelensi dan yang terkait dengan profesi kedokteran dan hubungan antara dokter dan pasien. Tetapi dalam perkembangannya penanggulangan penyakit masyarakat bukan hanya tanggung jawab profesi kedokteran tetapi juga tanggung jawab profesi kesehatan lainnya termasuk bidan utamanya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Pendekatan kesehatan masyarakat diperluas yang awalnya berpusat pada penyakit menjadi berpusat pada kesehatan sehingga sosiologi kesehatan lebih luas di bandingkan sosiologi kedokteran.

Sosiologi kesehatan dibagi menjadi sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan. Sosiologi mengenai kesehatan merupakan pengamatan dan analisis mengenai masalah sosiologi seperti contohnya dalam masalah kesehatan reproduksi adalah dalam rangka penanggulangan HIV/AIDS Menteri Kesehatan RI menugaskan sosiolog dan ahli sosial lainnya (Antropolog, psikolog dan kesehatan masyarakat) untuk melakukan *rapid assestment* di tempat-tempat prostitusi

untuk mengetahui faktor sosial budaya yang mempengaruhi penyebaran kasus HIV/AIDS. Sedangkan sosiologi dalam kesehatan merupakan penelitian dan pengajaran yang dimotivasi adanya masalah kesehatan sebagai contohnya penelitian terhadap orang yang memiliki perilaku resiko tinggi untuk tertular HIV/AIDS serta jaringan sosialnya dengan tujuan memberikan sumbangan bagi pengembangan konsep dan teori sosiologi.

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sejahtera secara fisik, mental, sosial tidak hanya terbebas dari suatu penyakit atau kecacatan melainkan berkaitan dengan system, fungsi dan proses reproduksi. Isu-isu terkait kesehatan reproduksi seringkali merupakan masalah yang pelik dan sensitive seperti HIV/AIDS, kesehatan seksual, kebutuhan khusus remaja dan perluasan jangkauan pelayanan kelapisan masyarakat yang tersisih. Fenomena sosial pada kesehatan reproduksi memerlukan ilmu sosiologi untuk mempelajari faktor-faktor yang berhubungan dengan pola timbulnya masalah atau penyakit.

6.2 Pengertian Sosiologi Kesehatan

Sosiologi merupakan ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang interaksi antar individu, individu dengan kelompok atau anatar satu kelompok dengan kelompok lain, sehingga sosiologi dibagi menjadi dua unsur yaitu manusia dan hubungan sosial (masyarakat). Sosiologi merupakan cabang ilmu filsafat sehingga pokok pikiran sosiologi tidak terlepas dari pemikiran para ahli filsafat yang mengkaji tentang masyarakat. Sosiologi itu sendiri memiliki beberapa bidang kajian yaitu sosiologi industri, sosiologi hukum, sosiologi pendidikan, sosiologi perkotaan, sosiologi pedesaan, sosiologi kesehatan, dan lain-lain tetapi pada buku fokus pada sosiologi kesehatan.

Sosiologi kesehatan merupakan cabang ilmu sosiologi yang relative baru dimana sebelumnya sudah ada sosiologi medis yang merupakan pendahulu sosiologi kesehatan sehingga keduanya saling berkaitan. Menurut **Kendall dan Reader** sosiologi mengenai bidang medis mengulas masalah yang menjadi perhatian profesi dan organisasi sosiologi. Menurut **Straus** sosiologi medis merupakan sebuah integrasi antara konsep, teknik, personalia dari berbagai disiplin ilmu dimana sosiologi digunakan pelengkap dalam bidang medis tersebut.

Di dalam perkembangannya perhatian sosiologi medis meluas ke berbagai masalah kesehatan diluar bidang medis sehingga hal inilah yang melatar belakangi munculnya sosiologi kesehatan. Para ahli membagi sosiologi kesehatan menjadi dua, yaitu:

- a) Sosiologi mengenai kesehatan
Sosiologi mengenai kesehatan umumnya dimotivasi oleh munculnya suatu masalah sosiologi dimana dilakukan pengamatan dan analisis dengan mengambil jarak.
- b) Sosiologi dalam kesehatan
Sosiologi dalam kesehatan merupakan penelitian atau pengajaran dengan memiliki hubungan lebih intim dan terapan yang didorong oleh adanya masalah kesehatan

American Sociological Association (ASA) mendefinisikan sosiologi kesehatan sebagai sub bidang yang mengaplikasikan perspektif, konsep-konsep dan teori-teori serta metodologi di bidang sosiologi untuk melakukan pengkajian terhadap fenomena-fenomena yang berkaitan dengan masalah kesehatan manusia. Sosiologi kesehatan merupakan suatu bidang spesifik yang menempatkan permasalahan penyakit dan kesehatan dalam konteks sosio kultural dan perilaku. Kajian dalam bidang sosiologi kesehatan anatara lain :

- a) Deskripsi mengenai penyebaran suatu penyakit pada kelompok tertentu
- b) Perilaku atau tindakan yang diambil oleh individu untuk menjaga atau meningkatkan kesehatan atau upaya yang diambil individu untuk menanggulangi suatu keluhan
- c) Perilaku dan kepercayaan atau keyakinan yang berkaitan dengan kesehatan, penyakit dan cacat tubuh dan organisasi penyedia layanan kesehatan
- d) Organisasi dan profesi bidang kesehatan, sistem rujukan dari pelayanan kesehatan sebagai suatu institusi sosial dan hubungannya dengan institusi sosial lainnya.
- e) Nilai dan budaya masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan serta peran faktor sosial dalam kaitannya dengan penyakit khususnya ketidakteraturan emosi dan kondisi stress.

Memperhatikan dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sosiologi kesehatan tidak hanya terpusat pada aspek kesehatan semata melainkan menyangkut persoalan yang jauh lebih luas.

Sosiologi kesehatan mempelajari interaksi antara masyarakat dan kesehatan yang bertujuan untuk melihat bagaimana kehidupan sosial memiliki dampak terhadap morbiditas dan mortalitas, dan sebaliknya. Cabang sosiologi ini mempelajari kesehatan dan keadaan sakit yang berkaitan dengan institusi sosial mulai dari keluarga, pekerjaan dan sekolah sedangkan pada sosiologi medis terbatas pada interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan atau peran profesi kesehatan dalam masyarakat.

Sosiologi kesehatan mencakup patologi sosiologi yaitu sebab timbulnya penyakit atau keadaan sakit, alasan mencari jenis bantuan tertentu, serta kepatuhan atau ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Kajian dalam ilmu sosiologi kesehatan dapat berupa masalah-masalah yang

dialami oleh objek sosiologi baik secara individu, masyarakat, *society* maupun komunitas. Agar dapat memahami dan menganalisa suatu masalah diperlukan suatu pendekatan baik pendekatan emik ataupun etik. Pendekatan emik hanya terbatas dari sudut pandang pelaku sedangkan pendekatan etik berdasarkan pendapat dari para ahli yang kemudian dibandingkan dengan kebudayaan dari daerah lain.

Dalam memahami bagaimana sistem sosial berkembang di masyarakat maka terlebih dahulu perlu dipahami acuan yang digunakan masyarakat dalam bertindak dan bertingkah laku baik didasari oleh kepercayaan, nilai, dan norma yang ada di kelompok masyarakat tersebut. Umumnya acuan yang digunakan tidak dalam bentuk tertulis sehingga sifatnya dinamis dimana norma atau nilai sewaktu-waktu dapat berubah yang tentu akan mempengaruhi kebudayaan serta perilaku baik individu maupun kelompok masyarakat. Perubahan yang terjadi dapat dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya adalah budaya luar yang mengalami proses apakah itu difusi, akulturasi, asimilasi maupun konformitas dengan kebudayaan daerah sehingga menyebabkan norma atau nilai di dalam masyarakat berubah. Dalam kesehatan reproduksi dapat dicontohkan dimana budaya barat mempengaruhi perilaku seksual masyarakat Indonesia sehingga terjadi peningkatan kejadian seks bebas yang berdampak tingginya angka HIV/AIDS.

Penelitian dari ***House, Landis dan Umberson*** menunjukkan adanya hubungan antara sosial dan kesehatan serta pentingnya sosial support bagi kesehatan. Sebagai contoh gangguan kesehatan dalam masa reproduksi seperti pada ibu hamil dapat muncul karena adanya kondisi lingkungan sosial yang membuat marah, frustrasi ataupun kecemasan. Dalam menghadapi ancaman lingkungan sosial terhadap kesehatan dapat ditunjukkan dengan berbagai reaksi. Ada yang memilih

untuk bermigrasi ke kawasan lain ada pula yang berupaya untuk menanggulangnya.

World Health Organizational (WHO) mendefinisikan sehat sebagai keadaan sejahtera secara utuh baik fisik, mental maupun sosial tidak semata-mata terbebas dari suatu penyakit ataupun kecacatan. Sehingga anggapan bahwa definisi sehat dari sudut pandang medis ialah ketiadaan syptoms dan tanda penyakit merupakan definisi yang terlalu sempit dibandingkan definisi WHO. Konsep kesehatan dengan cakupan luas juga dijumpai dalam pandangan **Blum** yang membagi kesehatan menjadi tiga unsur yaitu kesehatan *somatic*, kesehatan psikis dan kesehatan sosial. Sedangkan menurut definisi **Parson** individu dikatakan sehat jika ia memiliki kapasitas optimum dalam melaksanakan peran dan tugas yang telah dipelajari melalui proses sosialisasi, terlepas dalam defines medis ia sehat atau tidak, menurut **Parson** pula kesehatan sosiologis seseorang bersifat relative tergantung peran yang dijalankan dalam masyarakat. **Parson** memiliki sudut pandang bahwa kesehatan merupakan system sosial yang saling berkesinambungan. Dari sudut pandang ini tingkat kesehatan terlalu rendah atau terlalu tinggi akan mengganggu berfungsinya system sosial yang disebabkan gangguan kesehatan akan menghalangi kemampuan anggota masyarakat dalam melaksanakan peran sosialnya selain itu juga akan mengganggu fungsi biologis individu tersebut.

Wolinsky mengkasifikasikan keadaan sehat menjadi delapan macam, yaitu :

- 1) Sehat secara normal
- 2) Pesimis
- 3) Sakit secara sosial
- 4) Hipokondrik
- 5) Sakit secara medis
- 6) Martir
- 7) Optimis

8) Sakit serius

Perilaku sakit merupakan perilaku yang berkaitan dengan penyakit, individu atau masyarakat yang merasakan suatu penyakit akan menampilkan perilaku sakit. Dalam sosiologi kesehatan tanggapan seseorang dalam menghadapi suatu penyakit dipengaruhi oleh berbagai faktor.

Dalam sosiologi kesehatan memiliki konsep berbeda antara *desease* dan *illness*. *Desease* merupakan gejala biologi yang mempengaruhi tubuh yang mencakup kondisi medis mengenai keadaan tubuh normal atau tidak yang ditunjukkan dengan adanya tanda atau *simtoms* tertentu, sedangkan menurut **Sarwono** mendefinisikan *desease* sebagai gangguan fungsi fisiologis organisme yang disebabkan oleh infeksi atau tekanan lingkungan. *Illness* didefinisikan sebagai gejala sosial yang menyertai *desease* atau perasaan pribadi seseorang yang kesehatannya terganggu. **Sarwono** merumuskan *illness* merupakan penilaian individu terhadap pengalaman dalam menghadapi suatu penyakit. *Desease* bersifat objektif sedangkan *illness* bersifat lebih subyektif.

Beberapa ahli berpendapat bahwa masalah kesehatan atau penyakit merupakan sebuah konstruksi sosial, sebagai contoh dalam kesehatan reproduksi yang dikemukakan oleh **Conrad dan Kern** yang membahas kontruksi sosial perempuan yang dianggap sebagai makhluk lemah dan tidak rasional yang terkungkung oleh stigma mengenai organ reproduktif dan keadaan jiwa mereka, sehingga cenderung untuk merekonstruksikan *sindroma premenstrual* dan menopause sebagai gangguan kesehatan yang memerlukan terapi khusus.

6.3 Sejarah Sosiologi

Pada tahun 1842 seorang ilmuwan Perancis bernama **August Comte** yang dikenal sebagai bapak Sosiologi mencetuskan bahwa ilmu sosiologi merupakan cabang dari ilmu sosial. Pada Abad-19 penduduk Eropa mulai menyadari perlunya ilmu khusus yang mempelajari mengenai kondisi dan perubahan sosial. Para ilmuwan di masa itu berupaya untuk membangun teori sosial berdasarkan ciri-ciri hakiki masyarakat pada tiap tahap peradaban manusia. Selain itu juga dibedakan antara sosiologi statis dan sosiologi dinamis, sosiologi statis adalah perhatian dipusatkan pada hukum statis yang dijadikan dasar oleh masyarakat sedangkan sosiologi dinamis pusat perhatiannya tentang perkembangan masyarakat dalam arti pembangunan.

Emile Durkheim seorang ilmuwan asal Perancis selanjutnya melembagakan sosiologi sebagai disiplin akademis. **Emile** mengembangkan pendekatan fungsionalisme yang berupaya menelusuri fungsi sebagai elemen sosial sekaligus untuk menjaga keteraturan sosial. Sedangkan ilmuwan lain yang bernama **Herbert Spencer** asal Inggris mempublikasikan dan memperkenalkan sosiologi sebagai suatu pendekatan analogy organic yang memahami masyarakat sebagai tubuh manusia yang secara organisasi terdiri dari bagian-bagian yang saling tergantung satu sama lain.

Karl Mark seorang ilmuwan selanjutnya memperkenalkan pendekatan materialisme dialektif yang beranggapan bahwa konflik antar kelas sosial menjadi intisari perubahan dan perkembangan masyarakat. Selain itu **Max Weber** memperkenalkan pendekatan *verstehen* atau pemahaman yang berupaya menelusuri nilai, kepercayaan, tujuan dan sikap yang menjadi panutan untuk manusia dalam berperilaku.

Sosiologi kesehatan merupakan cabang ilmu sosiologi yang relatif baru, sebelumnya ada sosiologi medis yang merupakan turunannya sehingga antara keduanya saling berkaitan. Pertumbuhan sosiologi medis berlangsung melalui 6 tahapan, yaitu :

1. Tahun 1920-an dan 1950-an tumbuh kajian medika sosial, yaitu kajian bersama antara ilmuwan sosial dan ilmuwan medis terhadap masalah yang menjadi perhatian bersama
2. Tahun 1940-an dan 1950-an berkembang kajian mengenai epidemiologi sosial
3. Ilmu sosiologi mulai ditempatkan pada lembaga akademis yaitu pada pendidikan medis dan keperawatan
4. Mulai tersedia dana penelitian dan pelatihan dari donor swasta
5. Tahun 1959 mulai terbentuk seksi sosiologi medis dalam Ikatan Sosiologi Amerika (*American Sociological Association*)
6. Mulai diterbitkan jurnal dan buletin sosiologi medis

6.4 Ruang Lingkup sosiologi kesehatan

Dasar berkembangnya sosiologi medis dimulai sejak pengkajian peran faktor sosial-budaya mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan terapi medis. ***Mechanic*** berpendapat tugas atau terapi medis dapat dilaksanakan secara efektif manakala mempertimbangkan baik faktor biologi maupun sosial dan psikologis. Perbedaan antara sosiologi mengenai bidang medis dan sosiologi dalam bidang medis adalah untuk sosiologi mengenai bidang medis merupakan kajian sosiologi terhadap faktor bidang medis yang dilaksanakan oleh ahli sosiologi murni diluar bidang medis dan memiliki tujuan mengembangkan sosiologi serta menguji prinsip dan teori sosiologi. Menurut Kendall dan Reader sosiologi mengenai bidang medis mengulas masalah yang menjadi perhatian

profesi dan organisasi sosiologi. Sedangkan sosiologi dalam bidang medis merupakan penelitian dan pengajaran bersama yang mengintegrasikan konsep, teknik dan personalia dari berbagai disiplin ilmu, dimana sosiologi digunakan sebagai pelengkap bidang medis. Dalam perkembangannya sosiologi medis melebar ke berbagai masalah kesehatan di luar bidang medis sehingga berkembanglah bidang sosiologi kesehatan.

Selanjutnya para ahli membedakan antara sosiologi mengenai kesehatan dan sosiologi dalam kesehatan. Menurut **Wilson** sosiologi mengenai kesehatan merupakan sebuah pengamatan dan analisis dengan menggunakan jarak terutama dimotivasi oleh suatu masalah sosiologi (*Detached observation and analysis, motivated primarily by a sense of sociological problem*). Sedangkan sosiologi dalam bidang kesehatan merupakan sebuah penelitian dan pengajaran yang lebih bercirikan keintiman, terapan dan kebersamaan yang terutama di dorong oleh adanya masalah kesehatan (*more intimate, applied and conjoint research and teaching, motivated primarily by sense of health problem*). Artinya sosiologi mengenai kesehatan mengacu pada kepentingan profesi sosiolog sedangkan sosiologi dalam kesehatan mengacu pada kepentingan bidang kesehatan.

Twaddle (1982) merinci perbedaan sosiologi medis dan sosiologi kesehatan menjadi tujuh dimensi, yaitu :

Tabel 6.1 : Perbedaan sosiologi kesehatan dan sosiologi medis

Perbedaan	Sosiologi Kesehatan	Sosiologi Medis
Ilmu yang dipakai	Ilmu sosial dan humaniora	Ilmu biologis, psikologi dan ilmu sosial
Satuan analisis	Masyarakat dan struktul sosial	Individu, kelompok dan organisasi

Perbedaan	Sosiologi Kesehatan	Sosiologi Medis
Masalah kesehatan yang dikaji	Masalah pembatasan kebebasan memilih serta dikurangi keefektifan pribadi	Penyakit
Peran utama dalam penyembuhan	Substitusi dokter, praktisi, kesehatan masyarakat, promotor kesehatan, penyembuhan awam, pendidik, ahli gizi dan politikus	Dokter, professional lain dan pasien
Cara penyembuhan	Latihan, gizi, pengendalian lingkungan dan perubahan sosial	Pengobatan, oprasi, penggunaan zat kimia dan perubahan kegiatan
Kajian utama	Tercapainya kesehatan, kesejahteraan serta penurunan morbiditas dan mortalitas dalam populasi	Tercapainya penyembuhan dan perawatan individu
Organisasi utama	Rumah sakit,	Rumah sakit,

Perbedaan	Sosiologi Kesehatan	Sosiologi Medis
yang dikaji	rawat jalan serta perawatan mandiri, badan legislative, sekolah dan organisasi informal	rawat jalan serta perawatan mandiri

Tujuh dimensi diatas menjelaskan pergeseran sosiologi medis menjadi sosiologi kesehatan. Namun, sosiologin kesehatan merupakan ilmu yang baru dibandingkan sosiologi medis sehingga sosiologi medis masih tetap dominan.

Topik utama kajian sosiologi kesehatan dibagi menjadi 4 kategori topik besar dalam melakukan analisis di bidang sosiologi kesehatan:

1. Hubungan antara lingkungan sosial dengan kesehatan dan kondisi sakit, meliputi :
 - a) Epidemiologi sosial: studi tentang trend dan pola penyebaran penyakit
 - b) Social stress: studi tentang ketidakseimbangan atau situasi yang tercipta karena keinginan berada diatas kemampuan dirinya
2. Perilaku sehat dan sakit, meliputi:
 - a) Perilaku sehat: studi tentang perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan yang positif dalam pencegahan penyakit
 - b) Perilaku sakit: studi mengenai bagaimana seseorang merasakan sakit, menginterpretasikan dan bertindak dalam merespon sakit atau symptom medis

3. Hubungan antara praktisi kesehatan dengan pasien, meliputi:
 - a) Tenaga professional di bidang kesehatan: studi mengenai profesi medis sebagai kelompok professional dalam masyarakat, termasuk: prestige, control sosial yang bersifat internal, pemenuhan pekerjaan, kesehahteraan dan kepuasan kerja
 - b) Pendidikan kesehatan dan sosialisasi oleh tenaga medis: studi mengenai pendidikan kesehatan dan sosialisasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan termasuk perekrutan tenaga kesehatan, kurikulum pendidikan kesehatan dan lain sebagainya
 - c) Praktek tenaga kesehatan tradisional dan alternative : studi mengenai tenaga kesehatan tradisional yang menerapkan teknik dan prinsip terapi non medis.
 - d) Interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien: studi mengenai pola interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien serta faktor mempengaruhi pola-pola tersebut
4. System perawatan kesehatan
 - a) System kesehatan masyarakat: studi mengenai organisasi, regulasi, financing dan masalah kesehatan lainnya
 - b) Health care delivery: studi mengenai organisasi dan agency yang terlibat dalam pelayanan rujukan kesehatan
 - c) Efek sosial teknologi kesehatan: mempelajari konsekuensi atau resiko sosial bagi tekn ology kesehatan dan kebijakan public yang dibuat
 - d) Comparative Health Care System: studi mengenai perawatan kesehatan dengan daerah lain serta faktor yang mempengaruhi perkembangannya

6.5 Pendekatan dalam sosiologi

Pendekatan sosiologi terhadap perilaku sakit umumnya dipusatkan pada masalah yang ada di masyarakat mengenai gejala-gejala penyakit serta tindakan yang dianggap tepat sesuai nilai dan norma yang berlaku di masyarakat tersebut. Sebagai contoh seseorang pergi ke dokter atau ke tenaga kesehatan lainnya hanya untuk menghilangkan gejala-gejala penyakit yang dirasakan tetapi masing-masing orang memiliki pandangan tersendiri akan hal itu akan tetapi seorang ahli berusaha untuk tidak membuat asumsi-asumsi. Ahli sosiologi mencoba mengemukakan perbedaan pendapat tentang motif orang berkonsultasi ke dokter yang dibandingkan antara orang yang mampu terbuka untuk mengemukakan gejala penyakit yang dirasakan kepada dokter dengan orang yang tertutup atau tidak mengemukakan gejala yang dialaminya. Jawaban dari pertanyaan diatas adalah orang yang menderita gejala-gejala penyakit terlebih dahulu mencoba melakukan pengobatan secara mandiri yang merupakan bagian dari kegiatan sehari-hari, orang-orang yang berkunjung ke dokter biasanya tidak menyampaikan keluhan yang dirasakan bahwa waktu mereka pergi ke tenaga kesehatan gejala tersebut tidak begitu memburuk, ada motif serta hubungan antara perubahan dalam kehidupan sosialnya dibandingkan persoalan yang menyangkut perubahan penyakit itu sendiri. Jika penelitian seperti ini dikembangkan maka akan memudahkan dokter atau tenaga kesehatan lainnya menemukan secara tepat apa yang sesungguhnya dibutuhkan pasien. Selain itu sosiologi juga dapat membantu tenaga kesehatan agar lebih mengerti apa yang menyertai pasien waktu berkunjung ke tenaga kesehatan akan menghindari sesuatu yang ceroboh karena tenaga kesehatan menganggap sudah serba tahu.

Menurut **Sarwono** (1993) upaya untuk memahami suatu gejala sosial dalam masyarakat maka studi-studi dalam

sosiologi dilakukan dengan menggunakan dua macam pendekatan, yaitu:

- a) Pendekatan Emik: menguraikan suatu gejala sosial sesuai sudut pandang pelaku sendiri, memahami perilaku individu, kelompok atau masyarakat dari sudut pandang si pelaku itu sendiri, sebagai contoh seseorang yang menggunakan pengobatan alternative dengan mengaplikasikan metafisika, maka makna pengobatan dan keakurasian model pengobatan tersebut bukan menurut peneliti namun harus diungkap menurut pengguna atau pelaku pengobatan alternative tersebut. Studi Emik bersifat unik dan sulit untuk digeneralisasikan secara luas. Pendekatan emik mencakup upaya untuk mengkomunikasikan keadaan dalam diri (*Inner psychological states*) dan perasaan individu yang berkaitan dengan suatu perilaku. Asumsi dalam pendekatan emik adalah anggapan bahwa pelaku lebih mengerti tentang proses yang ada dalam dirinya dibandingkan orang lain. Pengetahuan tentang proses mental ini diperlukan untuk memahami bahwa alasan seseorang melakukan suatu tindakan atau menolak suatu tindakan tertentu. Sebaliknya ada sumber lain yang justru berpendapat bahwa pelaku biasanya tidak dapat mengamati dengan baik proses yang terjadi dalam dirinya, sehingga memerlukan orang lain yang dapat meneropong perasaan atau pikiran bawah sadar seseorang yang melandasi perilakunya. Peneropongan ini tidak memerlukan psikoanalisa melainkan menggunakan indikator nyata berupa hal-hal yang dapat diamati dari perilaku individu.
- b) Pendekatan Etik: upaya menguraikan suatu gejala sosial atau interaksi sosial dari sudut pandang orang lain atau observer dengan tujuan menganalisa perilaku atau gejala sosial dari pandangan orang lain yang kemudian dibandingkan dengan budaya lain. Jika seseorang

melakukan pengamatan ilmiah maka pengetahuan dan pengalaman ilmiah yang dimiliki dijadikan sebagai alat ukur atau standar dalam menjelaskan masalah interaksi sosial. Pendekatan etik memiliki sifat lebih objektif dibandingkan pendekatan emik karena dapat diukur dengan indikator tertentu, sedangkan pada pendekatan emik cenderung lebih subyektif karena menggunakan kata-kata yang menggambarkan perasaan individu yang dijadikan objek studi.

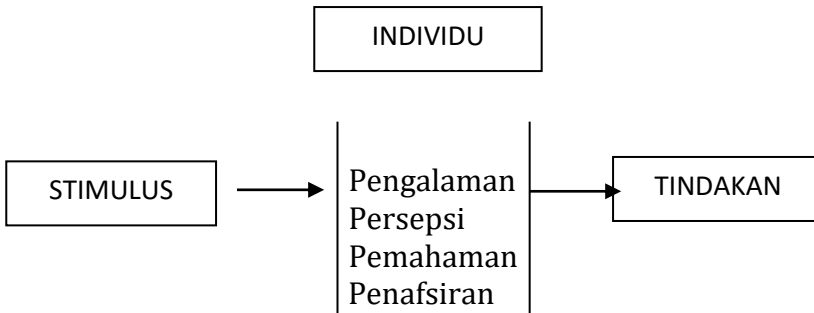
Kedua pendekatan diatas dapat digunakan untuk studi antar budaya, yang membedakan adalah jika pendekatan etik memberikan perbandingan dan generalisasi sedangkan pendekatan emik menggambarkan keunikan masing-masing individu atau kelompok. Pada studi sosiologi biasanya menggunakan dua pendekatan sekaligus agar memperoleh gambaran yang lebih lengkap tentang suatu gejala sosial.

Dalam mengembangkan sosiologi kesehatan seorang tenaga kesehatan dapat mengembangkan sikap *verstehen* yaitu kemampuan untuk menyelami apa yang dirasakan oleh pasien atau masyarakat itu sendiri. Setelah memahami apa yang dialami individu tahap selanjutnya adalah menganalisa ilmu kesehatan yang dimiliki. Dengan demikian penerapan ilmu kesehatan dapat disebut sebagai upaya membangun pendekatan terpadu antara etik dan emik sehingga layanan kesehatan lebih bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya.

6.6 Teori-teori sosiologi

1. Kegunaan teori sosiologi
 - a. Teori merupakan suatu hal yang telah diketahui serta diuji kebenarannya yang menyangkut objek yang berkaitan dengan sosiologi

- b. Teori bertujuan memberikan suatu petunjuk terhadap pertanyaan-pertanyaan dari seseorang yang memperdalam pengetahuannya di bidang sosiologi
 - c. Teori sosiologi digunakan untuk mempertajam fakta yang dipelajari oleh seseorang yang mendalami ilmu sosiologi
2. Teori-teori dalam sosiologi:
- Teori dari sosiologi umum dapat juga digunakan untuk menganalisa gejala sosial dan perilaku kesehatan individu maupun kelompok masyarakat:
- a. Teori aksi atau teori bertindak
 - Menurut **Max Weber**, individu melakukan suatu tindakan atas pengalaman, persepsi, pemahaman dan penafsiran atas suatu objek stimulus atau situasi tertentu.
Contoh dalam kesehatan reproduksi: Individu akan melakukan tindakan *premarital sex* atau seks sebelum menikah bisa dipengaruhi oleh pengalaman yang didapatkan dari kelompok teman sebaya ataupun media sosial serta dipengaruhi oleh persepsi, pemahaman dan penafsiran tentang bagaimana individu tersebut memberikan nilai terhadap suatu tindakan (*premarital sex*) ketika mereka secara biologis mengalami dorongan seksual.



Gambar 6.1 : Teori Menurut *Max Weber*

- Menurut **Talcott Parsons**, Individu atau suatu kelompok masyarakat dalam bertindak dipengaruhi oleh tiga sistem, yaitu: sistem sosial, sistem budaya, dan sistem kepribadian.

Contoh dalam kesehatan reproduksi: keputusan seseorang dalam keikutsertaan program KB (Keluarga Berencana) tidak hanya dipengaruhi oleh kedudukannya dalam masyarakat (Kaitannya dengan profesi/pekerjaan) atau mengenai metode kontrasepsi itu sesuai atau tidak dengan agama yang dianutnya, tetapi juga dipengaruhi dari kepatuhan atau keberanian dalam menolak KB sekalipun akan menimbulkan rasa tidak enak terhadap tetangga atau tokoh masyarakat.

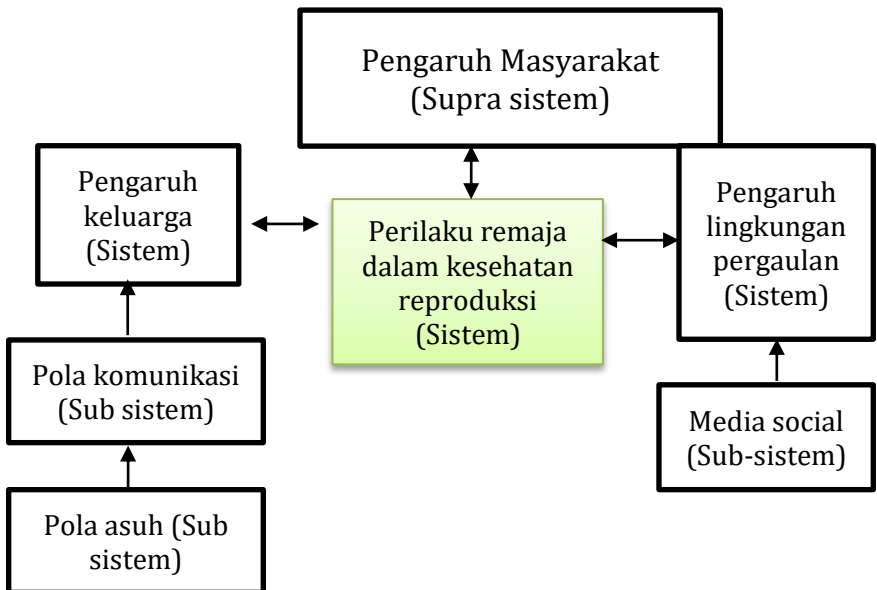
b. Teori Sistem

Bertalanffy mendeskripsikan konsep sistem merupakan suatu kerangka yang terdiri dari beberapa sub sistem yang saling berinteraksi dan saling mempengaruhi. Konsep ini dapat digunakan untuk menganalisa perilaku atau gejala sosial, teori yang dianggap cocok bagi suatu sistem akan dibahas yang kaitannya dengan berbagai sistem yang lebih luas maupun dengan sub sistem yang ada di dalamnya.

Sebagai contoh dalam kesehatan reproduksi: Perilaku seorang anak remaja dalam menjaga kesehatan reproduksinya dipengaruhi oleh sistem yang ada dikeluarga, anak (*sub-sistem*) dan masyarakat (*supra sistem*). Selain dapat dilihat secara vertical juga dapat dilihat secara horizontal yaitu suatu sistem dengan berbagai sistem sederajat. **Parsons** memandang teori sistem ini dapat dikembangkan lebih luas dalam sosiologi. Analoginya adalah antara masyarakat dan individu merupakan suatu sistem yang terbuka, saling berinteraksi dan saling mempengaruhi.

Sistem kehidupan dibagi menjadi dua yaitu :

- Inter-relasi : Bagian-bagian atau elemen-elemen yang membentuk suatu sistem.
- Interaksi : Pertukaran antara sistem tersebut dengan lingkungan

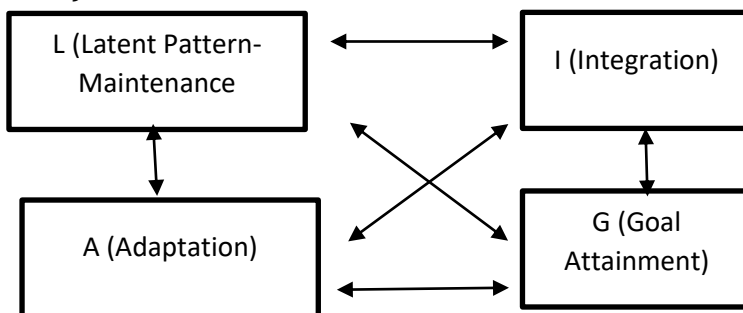


Gambar 6.2 : Teori siste

Parsons menyebutkan grand theory (Teori sistem umum) dibagi menjadi empat unsur utama dalam kehidupan, yaitu:

1. *Latent pattern-maintenance* (L) : cara mempertahankan keseimbangan perilaku di dalam suatu sistem yang sesuai dengan norma atau aturan tertentu
2. *Inegration* (I): mengkoordinasikan atau menyatukan bagian-bagian dari suatu sistem sehingga menjadi suatu kesatuan fungsi
3. *Goal attainment* (G): upaya menentukn suatu prioritas dari beberapa tujuan sistem dan mencari cara mewujudkan tujuan tersebut
4. *Adaptation* (A): kemampuan sistem dalam menyerap apa yang menjadi kebutuhan lingkungannya dan membagikan kepada seluruh bagian sistem

Ke empat fungsi atau unsur utama ini harus dipenuhi oleh setiap sistem dalam upaya menjaga kelestarian kehidupan dan membentuk inter-relasi yang digambarkan dalam skema di bawah ini (Indonesia, 2017):



Gambar 6.3 : Teori sistem Parsons (Inter-relasi antara fungsi-fungsi utama dalam sistem)

c. Teori Fungsionalisme

Dalam teori fungsionalisme menyebutkan bahwa masyarakat merupakan suatu sistem sosial yang terdiri atas bagian-bagian yang saling berkaitan dan menyatu untuk menjaga keseimbangan. Dalam setiap struktur sistem sosial merupakan suatu fungsional terhadap yang lain. Menurut *Equilibrium* dalam teori ini dibagi menjadi enam konsep utama, yaitu :

- Fungsi
- Disfungsi
- Fungsi laten
- Fungsi manifest
- Keseimbangan

d. Teori Konflik

Dalam teori konflik berpendapat bahwa masyarakat senantiasa dalam proses perubahan yang ditandai oleh suatu pertentangan yang terus menerus di antara unsur-unsurnya dan dalam setiap elemen memberikan sumbangan terhadap disintegrasi sosial. Sebuah ketentuan dalam masyarakat disebabkan karena adanya pemaksaan kekuasaan oleh golongan yang lebih berkuasa hal ini berkaitan dengan konflik kepemimpinan ke arah perubahan dan pembangunan.

e. Teori perilaku pertukaran

George Homans seorang ahli sosiologi menjelaskan mengenai fenomena sosial mengenai pertukaran berdasarkan prinsip transaksi ekonomi, yaitu seseorang menawarkan barang/jasa tertentu dengan harapan memperoleh barang/jasa lain, selain itu interaksi juga menggunakan prinsip resiprioritas dalam transaksi ekonomi yaitu individu melakukan suatu tindakan demi mendapatkan imbalan atau untuk menghindari suatu hukuman. Perilaku individu

diarahkan oleh norma sosial atau konformitas terhadap norma kelompok akan diberikan suatu imbalan atau hadiah, sedangkan untuk tindakan penyelewengan atau tidak sesuai norma kelompok akan diberi hukuman, inti dalam teori ini adalah adanya reward (penghargaan) dan punishment (hukuman). Reward yang diberikan bisa berupa materi maupun non-materi. Dalam teori ini beranggapan tujuan perilaku manusia adalah tujuan ekonomis yaitu dalam upaya memperbesar keuntungan atau imbalan, selain itu seluruh fenomena sosial dapat dianalisa sebagai bentuk-bentuk pertukaran. Teori Homans ini merupakan turunan dari teori Skinner yaitu menggunakan beberapa istilah perubahan perilaku, yaitu sukses, stimulus, nilai, kekurangan versus kejenuhan dan persetujuan atau approval versus agresi, sehingga dibuat suatu proporsi sebagai berikut:

1. Proposisi sukses: semakin sering suatu tindakan menghasilkan imbalan/hadiah maka akan semakin sering individu melakukan tindakan tersebut
2. Proposisi stimulus: jika suatu tindakan individu yang mendapatkan imbalan dipengaruhi oleh suatu stimulus tertentu maka ketika stimulus tersebut timbul lagi individu akan cenderung mengulangi tindakan yang sama
3. Proposisi nilai: semakin tinggi nilai suatu tindakan bagi individu, maka akan semakin besar keinginan individu untuk melakukan tindakan tersebut
4. Proposisi kekurangan-kejenuhan: semakin sering individu mendapatkan imbalan dari suatu tindakan maka makin kecil makna dari imbalan tersebut baginya
5. Proposisi persetujuan-Agresi: ketika individu tidak menerima imbalan yang diharapkan atau

menerima hukuman diluar harapannya maka individu tersebut akan cenderung bertindak agresif. Sedangkan jika tindakan individu mendapatkan suatu imbalan seperti yang diharapkan maka individu akan setuju melakukan suatu tindakan tersebut.

Proposisi diatas merupakan suatu kesatuan yang saling berkaitan, artinya setiap individu melakukan suatu tindakan dengan mempertimbangkan semua faktor yang dikemukakan oleh proposisi diatas. Proses interaksi sosial dalam kehidupan masyarakat seorang individu mengharapkan memperoleh imbalan sesuai dengan pengorbanan yang dikeluarkannya. Individu cenderung membandingkan dirinya dengan orang lain yang dirasakan memiliki kemiripan dengannya, bukan membandingkan dirinya dengan orang lain yang sangat berbeda dengannya. Selain itu individu juga cenderung membandingkan dirinya dengan orang lain yang terlibat dalam proses pertukaran dengannya. Perbandingan inilah yang melandasi untuk menilai keadilan suatu transaksi. Meskipun kepuasan individu dalam proses transaksi bersifat relative namun jika dirasakan imbalan/hadiah tidak sesuai dengan pengorbanannya maka akan timbul masalah ketidakadilan. Sebagai contoh misalkan kader kesehatan tidak mendapatkan imbalan berupa uang dalam kegiatan posyandu , akan merasa diperlakukan tidak adil jika melihat petugas/ kader KB mendapatkan imbalan uang setiap kali mengunjungi Asektor KB.

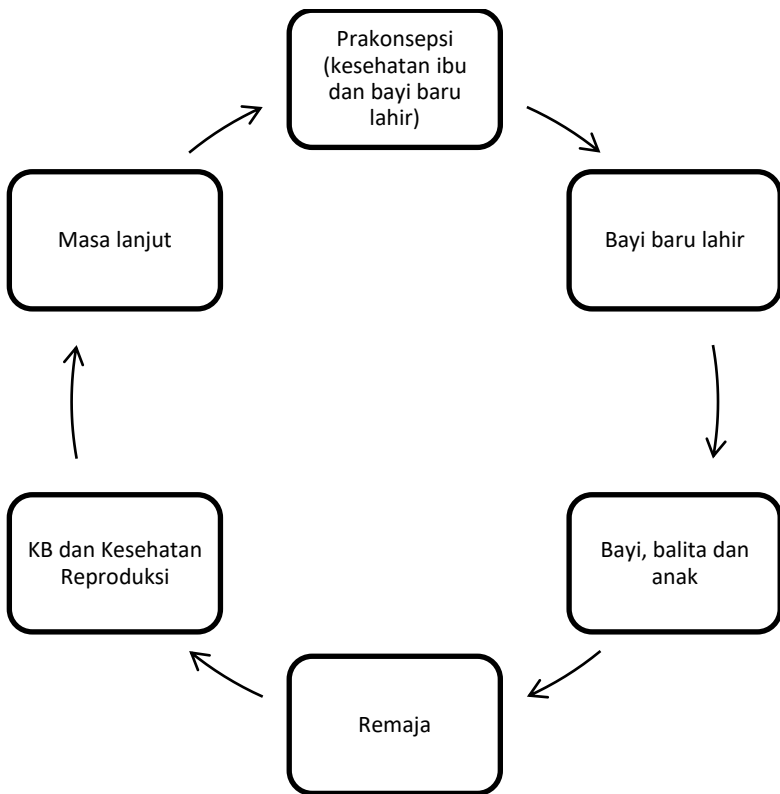
Banyak ilmuan yang menganggap teori Homans ini terlalu sempit dan tidak dapat menjelaskan perilaku yang lebih kompleks serta munculnya kelompok-kelompok sosial di dalam masyarakat. Selain teori-teori diatas masih banyak teori lain yang terus berkembang mengikuti zaman, teori tersebut dapat

ditemukan dalam berbagai kepustakaan tentang ilmu sosiologi (Benih, 2014).

6.7 Pandangan psikologi dan sosiologi mengenai Kesehatan Reproduksi

1. Kesehatan Reproduksi

ICPD (*International Conference on Population and Development*) yang merupakan Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan di Kairo Mesir tahun 1994 yang diikuti oleh 180 negara membuat kesepakatan mengenai perubahan paradigma dalam menangani masalah kependudukan dan pembangunan dari yang awalnya melalui pendekatan pengendalian populasi dan penurunan dengan fertilitas atau keluarga berencana menjadi pendekatan yang terfokus pada kesehatan reproduksi dan hak reproduksi. Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai suatu keadaan sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari suatu penyakit atau kecacatan, dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam siklus kehidupan :



Gambar 6.4 : Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam *life cycle*

Kesehatan reproduksi ibu dan bayi mencakup perkembangan organ reproduksi mulai sejak dalam kandungan, bayi, remaja, wanita usia subur, klimakterium, menopause hingga lansia. Kondisi pada ibu hamil akan mempengaruhi kondisi bayi yang dilahirkan termasuk kondisi organ reproduksi bayi tersebut. Disamping itu permasalahan kesehatan reproduksi remaja akan dimulai ketika seorang remaja perempuan pertama kali haid (*Menarche*) yang bisa beresiko mengalami berbagai

masalah seperti anemia, perilaku seksual yang salah yang berakibat kehamilan remaja atau tertular penyakit menular seksual bahkan HIV/AIDS. Selanjutnya kurangnya informasi kesehatan reproduksi pada masa pranikah dapat menyebabkan kehamilan usia muda yang memiliki resiko terhadap kesehatan ibu dan janinnya. Selain itu ICPD juga menyebutkan dalam kesehatan reproduksi dimana semua individu berhak atas kehidupan seksual yang aman dan memuaskan, berhak terbebas dari kemungkinan tertular penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) yang bisa mempengaruhi fungsi organ reproduksinya serta semua individu terbebas dari paksaan dalam kehidupan reproduksi dan seksualnya. Hubungan seksual dilakukan sesuai dengan etika dan budaya yang berlaku di masyarakat.

Dalam pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan secara integratif memprioritaskan empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia yang disebut sebagai PKPE (Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial), yaitu :

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Keluarga Berencana
3. Kesehatan Reproduksi Remaja
4. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk HIV/AIDS

Sedangkan PKRK (Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif) terdiri dari PKPE ditambah kesehatan reproduksi pada usia lanjut (Yani Widayastuti, 2009).

2. Kesehatan reproduksi dalam psikologi

Weiss dan Lonquist (1996: 107) berpendapat kesehatan bisa dipandang dari segi psikologi yang terdiri dari tiga unsur, yaitu:

- Keterlibatan yang menyenangkan seperti rasa senang karena telah berprestasi atau mendapat pujian
- Kepuasan jangka panjang seperti kebahagiaan karena memiliki keluarga yang harmonis
- Ketidadaan dampak negative seperti kesunyian, kehilangan dan ketidakbahagiaan

Psikologi disebut ilmu yang mempelajari perilaku, kata psikolgi berasal dari Bahasa Yunani Kuno yaitu *Psyche* yang berarti Jiwa dan *Logos* yang berarti ilmu pengetahuan. Sehingga psikologi disebut sebagai ilmu yang mempelajari mengenai jiwa. Pieter (2010) menyebutkan bahwa psikologi merupakan ilmu mengenai perilaku, aktifitas dan aspek psikis yang dikaitkan dengan lingkungannya. Selain itu psikologis juga dianggap sebagai ilmu yang mempelajari kehidupan mental dan fenomenal psikologisnya, fenomena psikologis termasuk perasaan, keinginan kognitif, persepsi, fikiran logis dan sebagainya. Definisi psikologis dapat di simpulkan sebagai ilmu pengetahuan yang mempelajari jiwa manusia dimana kejiwaan tersebut di bagi menjadi berbagai tingkah laku, aktivitas, tindakan maupun proses interaksi manusia dengan lingkungannya. Kajian mengenai psikologi dibahas mendalam mengenai perilaku manusia.

Perilaku merupakan kegiatan atau aktivitas organisme (manusia) yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku manusia merupakan aktifitas manusia yang merupakan respon organisme atau individu terhadap suatu rangsangan dari luar subjek itu sendiri. Selain itu perilaku juga bisa disebut sebagai proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai manifestasi hayati bahwa dia adalah makhluk hidup. Dapat disimpulkan perilaku sebagai proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai respond terhadap rangsangan yang ada.

Perilaku manusia dipengaruhi oleh berbagai kondisi dan situasi yang dialaminya, berbagai faktor yang dapat mempengaruhi perilaku manusia dapat diamati oleh ilmu psikologi. Sejumlah faktor tersebut terdiri dari umur, kesehatan, akal, kecerdasan dan berbagai faktor internal dan eksternal lain bagi masing-masing individu. Pada awalnya kajian mengenai psikologi membahas mengenai jiwa manusia, namun dalam perkembangannya karena jiwa sulit dijelaskan maka kajian psikologi fokus pada perilaku yang tampak, yang diyakini bersumber dari jiwa manusia itu sendiri. Psikologi menurut **Rahmat dkk** (2013) pasien dalam pelayanan kesehatan reproduksi perlu dimengerti dan dipahami kondisinya, seorang tenaga kesehatan harus memperhatikan pasien sebagai manusia yang utuh. Keluhan fisik pada pasien juga dapat dipastikan akan memberikan dampak pada psikologisnya begitu pula sebaliknya.

Psikologi dalam bidang ilmu kesehatan sangat penting untuk diperhatikan, hal ini disebabkan selama ini seringkali kesehatan hanya diidentikkan dengan sejumlah pengobatan, perawatan maupun penanganan pasien secara fisik, padahal kejiwaan pasien merupakan hal yang tidak kalah penting untuk ditangani dalam ilmu kesehatan, termasuk dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Seorang tenaga kesehatan haruslah mengetahui sejumlah pengetahuan umum dan khusus yang berkenaan dengan pasien yang ditanganinya, hal ini dikarenakan pengobatan secara psikologi juga dibutuhkan disamping pengobatan secara fisik.

A. Ruang lingkup psikologi :

Garungan, mengelompokkan psikologi menjadi dua kelompok besar, yaitu:

- Psikologi Teoritis: merupakan sekumpulan ilmu psikologi umum dan khusus. Psikologi umum

adalah ilmu yang mengkaji aktivitas psikologi manusia pada umumnya sebagai contoh pengamatan mengenai intelegensi, perasaan, motivasi, minat bakat dan lain sebagainya. Sedangkan psikologi secara khusus ilmu yang mengkaji dinamika psikis secara spesifik, sebagai contohnya psikologi sosial, psikologi perkembangan, psikologi kepribadian, psikologi pendidikan, psikodiagnostik dan psikopatologi

- Psikologi Terapan: merupakan ilmu psikologi yang sering disebut sebagai *applied psychology* yang merupakan kumpulan ilmu psikologi yang memperelajari aspek-aspek yang sifatnya praktis atau terapan. Yang masuk dalam psikologi terapan diantaranya psikologi klinis, psikologi industry-organisasi, psikodiagnostik, psikologi pendidikan, psikoteknik, psikoterapi, dll. Psikologi terapan dapat dipergunakan dalam bidang apa saja selama berkaitan dengan manusia, misalnya psikologi kesehatan reproduksi untuk memahami berbagai masalah yang dihadapi manusia selama daur kehidupannya.

B. Pendekatan dalam psikologi

Dalam ilmu psikologi terdapat berbagai macam pendekatan yang bertujuan untuk mempermudah pengamatan perilaku manusia, adapun beberapa macam pendekatan antara lain sebagai berikut:

- Pendekatan Neurobiologi: pendekatan ini menekankan pada dinamika otak manusia, yang diperkirakan terdapat 12 miliar sel syaraf yang mempengaruhi kehidupan psikologi seseorang. Konsep neurobiologi menilai bahwa perilaku

manusia dan peristiwa dalam tubuh manusia saling mempengaruhi satu sama lain.

- Pendekatan psikoanalisis: Freud dikenal sebagai bapak psikologi berpendapat bahwa kehidupan manusia dipengaruhi oleh alam ketidaksadaran, dimana proses tidak sadar manusia meliputi pikiran, perasaan takut, dan keinginan yang tidak disadari seseorang tetapi mempengaruhi perilakunya. Jiwa manusia terdiri dari *Id*, *ego*, dan *super ego*. *Id* merupakan energy psikis dan prinsip kesenangan, *Ego* merupakan pengawasan yang realistis, dan *super ego* adalah kaidah moral dan nilai sosial yang diserap manusia di lingkungannya.
- Pendekatan Behaviorisme: John Broadus sebagai tokoh behaviorisme, mengelompokkan perilaku manusia menjadi dua kategori yaitu perilaku terbuka yang diukur secara objektif seperti kebiasaan, hasil belajar dsb. Selanjutnya perilaku tertutup yang dipelajari dari gerakan otot tubuh seperti proses berfikir dan perasaan. Inti dari pendekatan ini adalah kehidupan manusia dipengaruhi oleh berbagai stimulus, respons, reward dan hukuman.
- Pendekatan kognitif: pendekatan ini menilai bahwa manusia tidak selalu bereaksi pasif terhadap lingkungannya, namun manusia akan selalu bereaksi dengan berpikir. Dalam perspektif kognitif proses belajar merupakan peristiwa yang dialami oleh mental seseorang.
- Pendekatan Humanitis: pendekatan ini menekankan pada konsep pengalaman-pengalaman yang membuat kehidupan seseorang

memiliki makna, dimana keadaan sensoris, komunikasi interpersonal dan kasih sayang mengarahkan seseorang. Perhatian utama dalam pendekatan ini adalah pengalaman subjektif individu. Selain itu pendekatan ini juga menekankan pada aspek kekuatan motif seperti individu dituntut untuk memenuhi kebutuhannya mulai dari kebutuhan dasar hingga aktualisasi diri sehingga secara alamiah manusia akan terus mengembangkan potensinya. (Dewinny Septalia Dale, 2019)

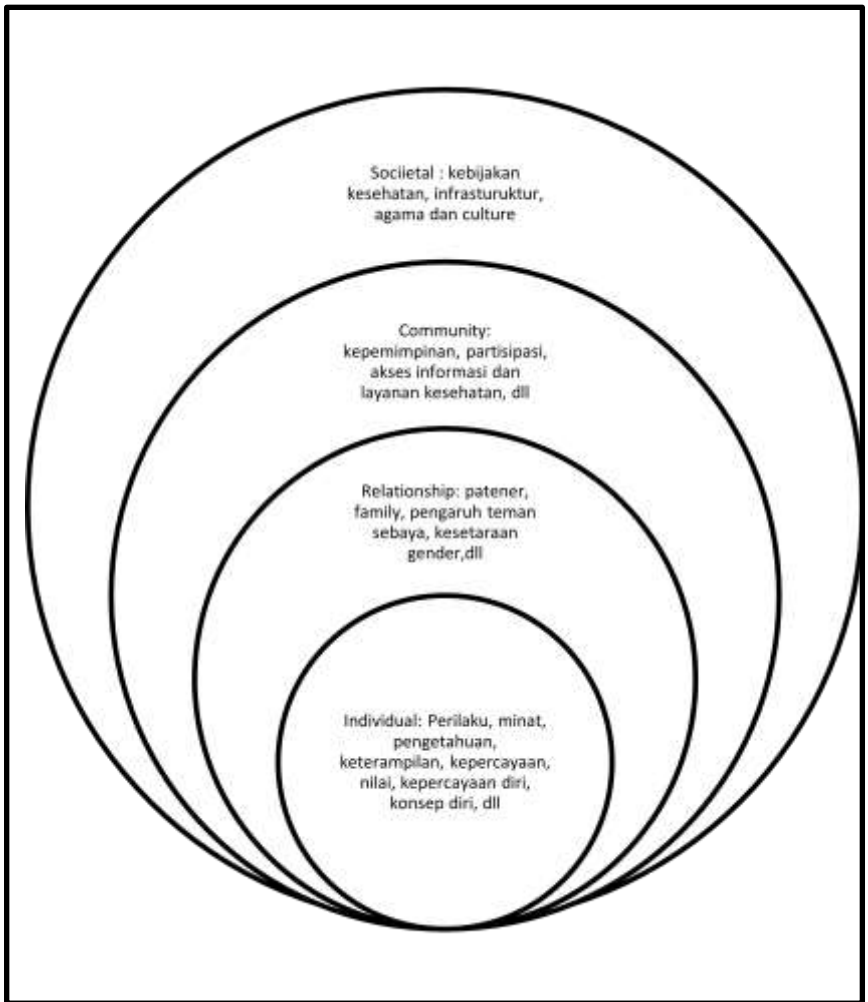
3. Kesehatan reproduksi dalam sosiologi

Individu dianggap sehat manakala ia memiliki kapasitas optimum dalam melaksanakan peran dan tugas yang telah dipelajarinya melalui proses sosialisasi, terlepas apakah dalam ilmu kesehatan ia sehat atau sakit. Kesehatan sosiologi seseorang bersifat relative tergantung pada peran yang dijalankannya dalam masyarakat.

Mengacu pada definisi kesehatan reproduksi yaitu “suatu keadaan sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari suatu penyakit atau kecacatan, dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya” sehingga dapat disimpulkan individu dapat dikatakan sehat secara reproduksi jika ia sejahtera baik secara fisik, mental atau psikologis serta sejahtera secara sosial yaitu mengenai bagaimana ia menjalankan peran atau tugas yang dipelajarinya melalui proses sosialisasi di masyarakat.

6.8 *Socio-Ecological Model* dalam Kesehatan Reproduksi

Socio-ecological Model merupakan suatu pendekatan yang mempelajari tentang konteks sosial terhadap perilaku serta variable kelembagaan dan budaya. Pendekatan menggunakan socio-ecological model lebih mudah dipahami karena melihat suatu masalah dengan mempertimbangkan pengaruhnya secara lebih kompleks termasuk pengaruh teman sebaya, komunitas, masyarakat dan kebijakan yang dari semuanya saling berhubungan terhadap perilaku individu. Banyaknya fenomena masalah dalam kesehatan reproduksi menuntut tenaga kesehatan untuk memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku secara lebih luas. (Kincaid et al., 2009)



Gambar 6.5 : *Socio-ecological Model*

DAFTAR PUSTAKA

- Benih, A. 2014. *SOSIOLOGI KESEHATAN*.
- Dewinny Septalia Dale, D. 2019. *PSIKOLOGI KEBIDANAN*.
- Indonesia, K. K. R. 2017. *Sosiologi Kesehatan*.
- Kincaid, D. L., Figueroa, M. E. ; E., Storey, D., & Underwood, C. 2009. *A Socio-Ecological Model of Communication for Social and Behavioral Change*. 2(2), 462.
<https://doi.org/10.4324/9780203871645>.
- Yani Widyastuti, D. 2009. *Kesehatan Reproduksi*.

BAB 7

FENOMENA KESENJANGAN SOSIAL DALAM PENGOBATAN

Oleh Lumastari Ajeng Wijayanti

7.1 Definisi Ketimpangan Sosial

Ketimpangan sosial adalah suatu keadaan dimana kehidupan masyarakat tidak seimbang. Baik sendirian maupun berkelompok. Dimana terjadi ketimpangan sosial, yang disebabkan oleh tidak meratanya pembagian banyak hal yang dianggap penting oleh masyarakat. Kesenjangan ini sering dikaitkan dengan perbedaan yang sangat nyata dan terlihat dalam perekonomian masyarakat, seperti kekayaan. Terutama dalam hal ketimpangan ekonomi. Saat ini, sangat mudah untuk melihat ketidakseimbangan peluang dan kedudukan sosial dalam masyarakat (Azizah, 2021).

Konsep Ketimpangan Sosial

Ketimpangan sosial didefinisikan oleh para ahli, untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang apa itu ketimpangan sosial. Disini, penulis memberikan informasi yang menyeluruh tentang definisi ketimpangan sosial.

- 1. Robert Chambers**

Ketimpangan sosial, menurut Chambers, mencakup semua fenomena yang muncul di semua kalangan masyarakat. Hal tersebut disebabkan perbedaan ekonomi atau keuangan antara orang-orang di daerah tertentu.

- 2. Berdasarkan KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia)**

Perbedaan, dan kesenjangan sosial adalah contoh dari ketimpangan sosial.

Menurut KBBI, ketimpangan sosial mencakup segala sesuatu yang berkaitan dengan kekayaan, pendapatan, dan ketimpangan ekonomi.

Hal ini memperlebar jurang pemisah antara si kaya dan si miskin. Saat membahas distribusi kekayaan atau ukuran ekonomi sekelompok orang.

7.2 Faktor Penyebab Ketimpangan Sosial (Dewi, 2022)

1. Perbedaan Sumber Daya Alam

Kekuatan sumber daya alam wilayah ini menjadi salah satu faktor penyebab ketimpangan sosial dan ekonomi. Hal ini karena ketersediaan sumber daya alam dapat mempengaruhi tingkat perekonomian suatu daerah. Tingkat ekonomi suatu masyarakat dapat meningkat jika sumber daya alamnya dikelola dengan baik.

2. Kebijakan Pemerintah

Kebijakan pemerintah dapat berdampak signifikan terhadap ketimpangan sosial. Karena keputusan pemerintah dapat menyebabkan perpecahan masyarakat. Kesenjangan dalam program migrasi, misalnya. Dimana masyarakat pendatang berkembang lebih cepat dibandingkan masyarakat adat.

Ini karena para migran memiliki lebih banyak kesempatan. Akibatnya, perbedaan sosial ekonomi muncul di masyarakat.

3. Pengaruh Globalisasi

Disamping digunakan untuk memajukan ekonomi bersama, globalisasi juga dapat menyebabkan perpecahan sosial dan ekonomi masyarakat. Ketika beberapa orang gagal beradaptasi dengan globalisasi, kesenjangan ini berkembang. Akibatnya, mereka tertinggal dan tidak menerima apa yang orang lain lakukan. Hal ini disebabkan

penurunan daya beli masyarakat. Karena mereka tidak memiliki sumber pendapatan yang konsisten. Situasi seperti ini dapat menyebabkan hasil yang di bawah standar bagi perusahaan.

4. Kondisi Demografis

Pertumbuhan populasi, perawatan kesehatan, pendidikan, dan peluang kerja di wilayah mana pun dapat terpengaruh. Akibatnya, setiap daerah memiliki kondisi geografisnya masing-masing. Ini, pada gilirannya, mengarah pada ketimpangan sosial. Hal ini dikarenakan produktivitas tenaga kerja setiap anggota masyarakat dalam bidang yang berbeda tidaklah sama.

5. Letak dan Kondisi Geografis

Situasi ini memiliki implikasi yang luas untuk pembangunan daerah. Pembangunan infrastruktur di dataran tinggi umumnya lebih sulit dibandingkan di dataran rendah. Akibatnya, orang-orang di dataran maju lebih cepat. Penduduk dataran tinggi, di sisi lain berjuang untuk bertahan hidup. Hal ini pada akhirnya menimbulkan ketimpangan sosial.

7.3 Pengaruh Ketimpangan Sosial

Ketimpangan sosial merupakan hal buruk yang berdampak negatif terhadap kesejahteraan masyarakat. Beberapa akibat dari kesenjangan sosial adalah sebagai berikut.

1. Kemiskinan dan pengangguran Tingkat pertumbuhan tahunan kemiskinan dan pengangguran mencerminkan ketimpangan sosial. Jika negara sudah diperintah oleh orang miskin dan pengangguran, pendapatan negara hampir pasti akan sangat rendah.

Hal ini disebabkan penurunan daya beli masyarakat. Karena mereka tidak memiliki sumber pendapatan yang

konsisten. Situasi seperti ini dapat menyebabkan hasil yang di bawah standar bagi perusahaan.

2. Tidak ada target pasar yang jelas.

Tidak hanya kemiskinan dan pengangguran yang tercipta. Ketimpangan sosial juga dapat berdampak pada target pasar perusahaan. Hal ini membuat target pasar pengusaha tidak jelas.

Jika rata-rata target pasar perusahaan lebih kecil. Tentu saja hal ini akan mengakibatkan kerugian bagi perusahaan. Hal ini disebabkan daya beli masyarakat yang fluktuatif. Sebaliknya, jika target pasar perusahaan adalah kalangan menengah ke atas. Ini mungkin tidak menguntungkan bagi perusahaan. Ini karena konsumen kelas menengah ke atas lebih menyukai produk luar negeri.

3. Kurangnya Tenaga Kerja

Terampil Terlepas dari kenyataan bahwa Indonesia memiliki tingkat pengangguran yang tinggi, banyak bisnis masih kesulitan menemukan pekerja terampil yang sah. Ketimpangan dalam masyarakat berdampak pada kualitas pendidikan yang diberikan kepada warganya. Indonesia memiliki jumlah penduduk yang besar dengan tingkat pendidikan yang rendah. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa lulusan di Indonesia sangat banyak. Namun, banyak dari mereka tidak memiliki keterampilan yang dibutuhkan oleh bisnis Indonesia. Terutama untuk pengguna yang tidak berpengalaman.

4. Peningkatan kasus kriminalitas

Negara kita, Indonesia, memiliki tingkat kriminalitas yang relatif tinggi. Perompak telah melakukan banyak kejahatan dalam beberapa tahun terakhir. Jika berisiko untuk beberapa perusahaan besar. Karena para peretas ini mampu memperoleh informasi sensitif. Tingginya tingkat ketimpangan sosial tercermin dari tingginya kasus kriminalitas. Ini tidak diragukan lagi dekat dengan

kesulitan ekonomi atau keuangan. Seperti yang kita semua tahu, uang adalah salah satu motivator paling kuat bagi orang untuk melakukan kejahatan.

5. Langkanya Tenaga Kerja yang Kompeten

Terlepas dari kenyataan bahwa Indonesia memiliki tingkat pengangguran yang tinggi, banyak bisnis masih kesulitan mencari karyawan yang berkualitas. Adanya kesenjangan sosial dalam masyarakat berdampak pada tingkat kualitas pendidikan warganya. Banyak orang di Indonesia memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa jumlah lulusan di Indonesia sangat banyak. Namun, banyak dari mereka tidak memiliki keterampilan yang dibutuhkan oleh bisnis Indonesia. Terutama untuk pengguna yang tidak berpengalaman.

6. Maraknya Kasus Kejahatan

Di negara asal kita Indonesia, tingkat kriminalitas relatif tinggi. Banyak kejahatan baru-baru ini dilakukan oleh peretas. Di mana itu berbahaya bagi sejumlah perusahaan besar. Ini karena para peretas ini mampu meretas data sensitif. Tingginya kasus kriminal sejalan dengan tingginya tingkat ketimpangan sosial yang ada. Ini tidak diragukan lagi mendekati kesulitan ekonomi atau keuangan. Seperti yang kita ketahui bersama, salah satu motivator paling kuat bagi orang untuk melakukan kejahatan adalah ekonomi.

Seperti yang kita ketahui, bahwa kesenjangan sosial adalah sesuatu yang buruk. Jadi, dampak yang dihasilkan juga buruk untuk masyarakat. Berikut ini adalah beberapa dampak psikologis dari adanya kesenjangan sosial: (Fujiastuti, 2022)

1. Pengangguran dan Kemiskinan

Meningkatnya angka kemiskinan dan pengangguran setiap tahunnya menunjukkan ketimpangan sosial. Jika

suatu negara sudah didominasi oleh orang miskin dan pengangguran, pendapatannya hampir pasti rendah. Hal ini terjadi karena daya beli masyarakat menurun. Mereka tidak memiliki sumber pendapatan yang konsisten. Kondisi ini dapat mengakibatkan laba perusahaan menjadi kurang optimal.

2. Target Pasar Tidak Jelas

Tidak hanya kemiskinan dan pengangguran yang tercipta. Ketimpangan sosial juga dapat berdampak pada target pasar perusahaan. Hal ini akan menyulitkan pemilik usaha untuk menentukan target pasarnya. Jika bisnis memiliki target pasar, itu harus menjadi kelas menengah ke bawah. Tentu saja hal ini akan mengakibatkan kerugian bagi perusahaan. Hal ini terjadi karena daya beli masyarakat berfluktuasi. Jika target pasar perusahaan adalah kalangan menengah ke atas. Itu belum tentu menghasilkan perusahaan menjadi menguntungkan. Sebab, pada umumnya masyarakat kelas menengah ke atas lebih menyukai produk luar negeri.

3. Langkanya Tenaga Kerja yang Kompeten

Terlepas dari kenyataan bahwa Indonesia memiliki tingkat pengangguran yang tinggi, banyak bisnis masih kesulitan mencari karyawan yang berkualitas. Adanya kesenjangan sosial dalam masyarakat berdampak pada tingkat kualitas pendidikan warganya. Banyak orang di Indonesia memiliki ijazah kurang dari SMA. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa jumlah lulusan di Indonesia sangat banyak. Namun, banyak dari mereka tidak memiliki keterampilan yang dibutuhkan oleh bisnis Indonesia. Terutama untuk pengguna yang tidak berpengalaman.

4. Maraknya Kasus Kejahatan

Ini adalah dampak psikologis yang diperkirakan akan ditimbulkan oleh ketimpangan sosial. Tingkat kejahatan relatif tinggi di negara asal kita Indonesia. Bahkan akhir-

akhir ini banyak kejahatan yang dilakukan oleh para hacker. Dimana hal tersebut merugikan sejumlah perusahaan besar. Karena para peretas ini dapat memperoleh informasi sensitif.

Tingkat kejahatan yang tinggi sesuai dengan tingginya tingkat ketimpangan sosial yang ada. Ini tidak diragukan lagi dekat dengan kesulitan ekonomi atau keuangan. Seperti yang kita ketahui bersama, ekonomi adalah salah satu faktor terpenting yang dapat menyebabkan seseorang melakukan kejahatan. Seseorang dengan resiliensi psikologis dan komitmen yang rendah terhadap dirinya sendiri lebih cenderung melakukan kejahatan daripada seseorang dengan resiliensi dan komitmen psikologis yang tinggi.

7.4 Macam-macam Bentuk Kesenjangan Sosial

Berikut macam-macam kesenjangan sosial yang ada di masyarakat (Abdhul, 2022) :

1. Kesenjangan Antara Desa dan Kota

Beberapa faktor berkontribusi terhadap ketimpangan sosial di desa dan kota. Kondisi geografis dan tipologi desa yang kurang baik, merupakan dua faktor yang sangat berpengaruh.

Hal ini terjadi karena masyarakat di desa tidak memiliki banyak pilihan untuk hidup seperti masyarakat di kota. Di daerah pegunungan misalnya, mayoritas penduduknya akan menjadi petani dan pedagang. Karena itu satu-satunya sumber penghasilan mereka. Kebun mereka akan menyediakan panen. Produk tersebut kemudian dapat dikonsumsi atau dijual.

Selain itu, program pembangunan terus menggenjot sektor manufaktur lokal. Akibatnya, sektor pembangunan pedesaan menjadi semakin padat dan kompetitif. Pedagang

desa dan petani hanya mendapat keuntungan dari hasil panen mereka.

Mereka akan menggunakan kelebihannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Akibatnya, tingkat kemiskinan di pedesaan lebih tinggi daripada di perkotaan. Selain itu, tidak ada alternatif pekerjaan di pedesaan yang berdampak negatif terhadap perekonomian pedesaan. Akhirnya mereka memutuskan untuk mencari pekerjaan lain di kota. Untuk mendapatkan lebih banyak uang.

2. Defisit Kualitas Sumber Daya Manusia

Pendidikan, sebagaimana dikemukakan sebelumnya, merupakan faktor penting dalam pembangunan masyarakat. Khususnya di bidang sumber daya manusia. Sebaliknya, pendidikan yang baik dapat mengangkat status sosial seseorang dan membuat hidupnya lebih sejahtera. Namun, tidak semua orang memiliki akses yang sama terhadap pendidikan berkualitas tinggi. Kesenjangan pendidikan antara masyarakat pedesaan dan perkotaan juga terjadi. Pendidikan lebih berkualitas dan lebih mudah diakses di kota-kota. Sementara itu, masyarakat desa terus berjuang untuk memperoleh pendidikan yang baik. Selain itu, infrastruktur desa dan jaringan komunikasi masih dalam tahap awal. Akibatnya, terjadi kesenjangan sosial dalam hal pendidikan dan kualitas sumber daya manusia.

Penduduk desa yang tidak mengenyam pendidikan yang baik pasti akan tertinggal dari penduduk perkotaan. Peluang penduduk desa untuk mendapatkan pekerjaan juga tipis. Akibatnya, mereka akan berjuang untuk meningkatkan kesejahteraan keluarganya.

3. Kesenjangan Ekonomi Antar Kelompok Masyarakat

Ada beberapa faktor yang menyebabkan ketimpangan ekonomi. Ketimpangan distribusi pembangunan antar daerah adalah salah satu contohnya.

Selanjutnya, penurunan pendapatan per kapita yang disebabkan oleh pertumbuhan penduduk berpotensi mempengaruhi ketimpangan ekonomi. Ini karena pertumbuhan populasi yang berlebihan mengurangi produktivitas.

Pertumbuhan tidak merata. Lalu ada yang gagal mendapatkan pelayanan dasar. Pendidikan, kesehatan, air minum yang aman dan sanitasi adalah prioritas. Seperti yang telah dikemukakan sebelumnya, kualitas pendidikan dapat mempengaruhi kualitas seseorang atau sumber daya manusia. Orang dengan keterampilan terbatas akan terjebak dalam pekerjaan berupah rendah. Akibatnya, mereka akan berjuang untuk mencari kehidupan yang lebih baik.

Selain itu, pertumbuhan populasi yang cepat dapat mempersulit pencarian pekerjaan. Hal ini diperparah dengan urbanisasi yang menyebabkan distribusi penduduk tidak merata.

Akibatnya, banyak penduduk desa akan memutuskan untuk pindah ke kota untuk mencari pekerjaan. Meskipun keterampilan mereka belum sempurna, mereka sangat ingin bekerja di kota. Namun, dengan bekerja di kota, saya berharap dapat meningkatkan taraf hidup saya. Penduduk desa akan kalah dan tersingkir karena ada begitu banyak pesaing kota. Kondisi ini pada akhirnya akan membawa nasib yang lebih buruk bagi mereka dari sebelumnya.

4. Kesenjangan Penyebaran Aset Swasta

Aset adalah jenis kekayaan yang dimiliki perusahaan atau individu. Kekayaan ini bisa dalam bentuk real estat, uang tunai, peralatan manufaktur, atau surat kuasa. Hingga saat ini, aset yang dimiliki entitas komersial sebagian besar terkonsentrasi di perusahaan besar. Padahal, mayoritas tenaga kerja Indonesia bekerja di usaha

mikro, kecil, dan menengah. Hal ini akan menyulitkan usaha kecil dan menengah untuk berkembang. Karena kurangnya modal dan sumber daya, banyak usaha mikro gagal.

5. Disparitas Regional dan Subregional

Pernahkah Anda ke lokasi yang layanannya masih terbatas? Misalnya, masih minimnya penerangan, akses internet, air minum yang aman, transportasi, dan layanan sampah online di daerah tersebut. Sedangkan Anda sudah tinggal di daerah yang mudah diakses. Anda menyadari betapa sulitnya hidup dengan kekurangan keadaan, bukan? Ini lebih umum di daerah yang lebih terpencil. Pada kenyataannya, beberapa faktor berkontribusi terhadap pembangunan yang tidak merata. Mulailah dengan kondisi geografis, sumber daya alam, dan manusia. Akibatnya, kapasitas pembangunan masing-masing daerah berbeda-beda, berkontribusi pada ketimpangan sosial.

7.5 Solusi Mengatasi Kesenjangan Sosial di Kota dan Desa

Seperti kita ketahui bersama, ketimpangan sosial yang paling terlihat adalah yang ada antara masyarakat pedesaan dan perkotaan. Ketimpangan sosial diakibatkan oleh kesenjangan pendidikan, ekonomi, fasilitas, dan sumber daya alam. Sementara masyarakat perkotaan tampak lebih maju, masyarakat pedesaan tampaknya mengalami kesulitan berkembang.

Selanjutnya, kesenjangan ekonomi pada masyarakat perkotaan dapat terjadi sebagai akibat dari faktor sosial dan wilayah geografis. Dimana kondisi pedesaan merugikan masyarakat. Adanya tradisi dan kekerabatan dalam masyarakat desa menjadi faktor lain yang turut menyebabkan ketimpangan ekonomi.

Akibatnya, masyarakat desa harus menjadi lebih terbuka terhadap pengaruh luar. Mereka tidak perlu melawan dan terasing dari semua perubahan yang terjadi. Selain melestarikan budaya, masyarakat juga harus memiliki visi yang jelas. Sehingga mereka dapat mengambil tindakan untuk mengubah nasib mereka. Mereka hampir pasti akan berjuang untuk maju dan berkembang kecuali mereka memiliki keinginan untuk mengubah mentalitas yang mengakar pada masyarakat desa. Akibatnya, mereka akan kesulitan bersaing dengan warga.

Kebijakan pihak pemerintah yang berada di luar masyarakat, antara lain : (Azizah, 2021)

1. Pemerintah harus memberikan prioritas utama untuk mendorong dan meningkatkan infrastruktur desa. Terutama bagi desa-desa dengan kondisi geografis yang kurang menguntungkan.
2. Pemerintah harus mengutamakan pendidikan dan akses informasi, serta pelayanan kesehatan desa.
3. Pemerintah harus memberikan modal kepada masyarakat desa untuk mendapatkan uang atau memiliki sumber pendapatan lain. Akibatnya, ada alternatif untuk sektor pertanian. Tentunya bantuan ini sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat karena dapat membuka usaha sendiri.
4. Pemerintah harus secara aktif mempromosikan pemisahan masyarakat desa.

Berbagai solusi tersebut perlu diperhatikan oleh pemerintah dalam mengembangkan kebijakan, terutama yang ditujukan untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat pedesaan. Akibatnya, desa yang tadinya tertinggal lambat laun akan berkembang menjadi desa maju. Aktifnya komunitas pengusaha UMKM dan UKM di dalamnya untuk memanfaatkan teknologi yang ada untuk

membantu usahanya, salah satunya dengan penggunaan software menjadi indikator kemajuan desa tersebut.

7.6 Upaya Mengatasi Kesenjangan Sosial

Ketimpangan sosial berkontribusi pada berbagai kondisi yang tidak seimbang dalam masyarakat. Misalnya kaya dan miskin. Ketimpangan berdampak luas pada kehidupan masyarakat, termasuk pendidikan dan ekonomi. Namun, ketidakadilan dalam masyarakat adalah hal yang paling mencolok dari keadaan ketidaksetaraan ini. Menurut Tim Pusat Kajian Pancasila UGM dalam bukunya Membangun Kedaulatan Nasional Berdasarkan Nilai-Nilai Pancasila: Pemberdayaan Masyarakat di Daerah Terluar, Terdepan, dan Tertinggal (3T), ketimpangan sosial merupakan kondisi ketimpangan sosial dalam masyarakat yang menimbulkan perbedaan yang signifikan (2015).

Inisiatif untuk mengurangi ketimpangan sosial Salah satu jenis ketimpangan sosial adalah ketimpangan sosial ekonomi. Inisiatif untuk mengurangi ketimpangan sosial adalah ketimpangan sosial ekonomi, menurut buku Socio-Cultural Changes (2020). Menurut buku Sriyana Perubahan Sosial Budaya (2020), ketimpangan sosial ekonomi merupakan kondisi sosial dimana tingkat kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat berbeda satu sama lain. Artinya ada masyarakat yang memiliki kesejahteraan dan kemakmuran yang tinggi, namun ada juga masyarakat yang memiliki kesejahteraan dan kemakmuran yang rendah. Yang kaya, misalnya, bisa memenuhi kebutuhannya, sedangkan yang miskin tidak bisa. (2021, Putri).

Pengertian dan Penyebab Kunci utama untuk mengatasi kesenjangan sosial ekonomi adalah memberikan akses yang sama pada struktur sosial yang ada bagi setiap masyarakat, serta kesempatan yang sama bagi semua orang untuk

mengembangkan dan meningkatkan perekonomiannya. Ketimpangan tidak hanya terjadi di bidang ekonomi, tetapi juga di bidang pendidikan, teknologi, kesehatan, dan kualitas sumber daya manusia.

Upaya Aktif Pemerintah dan masyarakat perlu melakukan berbagai upaya aktif untuk mengatasi kesenjangan sosial. Di antara berbagai inisiatif untuk melawan ketimpangan sosial adalah: Meningkatkan kualitas sumber daya manusia Sumber daya manusia perlu ditingkatkan agar dapat bersaing dan berkarya. Anggota masyarakat harus memiliki akses yang sama terhadap perawatan kesehatan, pendidikan, teknologi, dan sumber daya keuangan. Ketimpangan sosial dapat dikurangi dengan memberikan akses yang sama karena tidak ada perbedaan antar kelompok sosial.

Indonesia telah mencapai kemajuan yang signifikan dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan. Kondisi ini juga diyakini lebih baik dari sebelumnya. Namun, beberapa orang merasa layanan kesehatan tidak memadai. Akibatnya, kesehatan masyarakat sangat bervariasi antar daerah.

Pengamatan kesenjangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan indikator kualitas kinerja sistem kesehatan. Dalam menganalisis disparitas pemanfaatan pelayanan kesehatan sering digunakan dimensi desa-kota, sosial-ekonomi, geografis dan wilayah. Di Indonesia, disparitas pembangunan kesehatan masih terjadi antara perkotaan dan perdesaan. Kota memiliki akses yang lebih baik ke layanan kesehatan. Kondisi ini diketahui disebabkan oleh partisipasi swasta yang lebih memilih kawasan perkotaan dengan kepadatan penduduk yang lebih tinggi karena secara ekonomi lebih menguntungkan. Hal ini karena daerah pedesaan dianggap lebih rentan daripada daerah perkotaan.

Akibat disparitas pelayanan kesehatan antara perkotaan dan perdesaan, jumlah penduduk pedesaan yang menderita

penyakit kronis semakin meningkat. Jika dibiarkan terus, akan ada banyak peluang yang harus ditanggung oleh masyarakat dan pemerintah. Peran caretaker Puskesmas sangat penting dalam posisi ini untuk menskrining pasien di tingkat pelayanan dasar.

Disparitas pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak hanya terjadi antara desa dan kota, tetapi juga antar daerah. Hal ini didukung oleh hasil analisis data Riskesdas 2013. Analisis lebih lanjut terhadap data Riskesda menunjukkan bahwa penggunaan puskesmas di wilayah barat Indonesia lebih tinggi dibandingkan wilayah timur. Kesenjangan Barat-Timur di Indonesia berbanding lurus dengan kondisi ini. Perkembangan wilayah timur tertinggal dibandingkan dengan wilayah lain, termasuk pembangunan kesehatan.

Karena kondisi geografis Indonesia yang beragam dan kepulauan lebih dari 16.000 pulau, kondisi ini sangat mungkin terjadi. Kondisi geografis di Indonesia, serta perbedaan pembangunan desa, kemungkinan besar menyebabkan disparitas penggunaan Puskesmas. Sulitnya menjangkau beberapa pulau kecil dan terpencil karena kondisi geografis yang merupakan pulau, yang juga dipengaruhi oleh ketersediaan transportasi reguler ke pulau-pulau terpencil tersebut. Beberapa studi lain tentang kesenjangan kesehatan di berbagai negara telah sampai pada kesimpulan yang sama. Faktor geografis telah terbukti memainkan peran penting dalam kesenjangan antar wilayah.

Selain disparitas wilayah, ditemukan bahwa kelompok miskin (kuintil 1 dan 2) paling banyak menggunakan Puskesmas, sedangkan kelompok kaya (kuintil 5) paling sedikit menggunakannya. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat dari kelompok sosial ekonomi tinggi lebih sadar akan haknya atas kesehatan karena memiliki lebih banyak informasi. Orang kaya yang berilmu biasanya pandai menangkap peluang.

Mereka yang membutuhkan lebih banyak waktu perjalanan ke Puskesmas (>10 menit) dan membayar lebih untuk transportasi (>Rp10.000) menggunakan Puskesmas dengan lebih efektif. Hal ini disebabkan oleh kebijakan biaya murah Puskesmas. Bahkan, pemerintah daerah di berbagai wilayah mengizinkan Puskesmas untuk dijadikan sebagai pelayanan dasar masyarakat. (Putri, 2021).

7.7 Mengurangi Kesenjangan Kesehatan pada Sebuah Generasi

Ketimpangan kesehatan merupakan kriteria perbedaan status kesehatan penduduk. Negara berpenghasilan rendah menyumbang hingga 56% dari beban penyakit global, tetapi hanya menyumbang 2% dari pengeluaran kesehatan global. Komisi WHO untuk Penentu Sosial Kesehatan(1) telah mengundang beberapa pemangku kepentingan untuk berkolaborasi menjembatani kesenjangan generasi. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan kualitas kondisi kehidupan sehari-hari, dengan mengatasi ketidaksetaraan kekuasaan, uang, dan distribusi sumber daya, serta dengan mengukur dan menentukan dampak intervensi. Selain itu, ada beberapa hambatan untuk mencapai tujuan ini. (Yasmin, 2020).

Masalah kesehatan umumnya tidak diprioritaskan dalam politik. Biasanya, kebijakan dan perencanaan sangat dipengaruhi oleh segelintir elit yang tidak terpengaruh oleh kesenjangan kesehatan. Di sebagian besar negara, kelompok kuat seperti industri farmasi memiliki pengaruh terhadap kebijakan kesehatan. Sepuluh perusahaan farmasi teratas dunia menghasilkan lebih banyak pendapatan daripada gabungan 57 negara terbawah. Untuk mempromosikan kondisi yang bertentangan dengan rekomendasi komisi, model biomedis(2) penyebab penyakit harus ditolak dan konsep kedokteran sosial harus ditekankan (2). Tidak ada tindakan

yang akan menguntungkan partai yang berkuasa tersebut. Akibatnya, penegakan kebijakan akan sulit.

Mengevaluasi hasil program intervensi jangka panjang membuat sulit untuk menentukan kausalitas. Selain itu, terbukti sulit untuk melakukan uji coba kontrol acak terhadap intervensi sosial yang bertujuan untuk mengurangi ketimpangan, menggeneralisasikan temuan dari satu konteks penelitian ke konteks penelitian lainnya, dan membuat hubungan antara efektivitas biaya intervensi sosial. Bukti ini diperlukan karena kelangkaan sumber daya.

Ketidaksetaraan dalam kesehatan dapat diperburuk oleh strategi pencegahan kesejahteraan berbasis populasi atau pribadi. Adopsi pendekatan berbasis populasi yang mengandalkan pendidikan kesehatan untuk mendorong perilaku sehat telah memperburuk kesenjangan sosial dalam kesehatan, yang telah dieksploitasi oleh mayoritas kelas sosial ekonomi atas. Untuk memantau tingkat ketimpangan, diperlukan statistik vital dari semua strata sosial ekonomi. Namun, lebih dari sepertiga (36%) populasi dunia tidak terdaftar.

Untuk mengatasi kesenjangan kesehatan akibat determinan sosial, diperlukan tindakan kolaboratif, terutama dari luar sektor kesehatan. Koordinasi lintas sektor diperlukan, sebagaimana digarisbawahi dalam strategi perawatan kesehatan primer dan dibahas dalam laporan Komisi. Koordinasi lintas sektor, di sisi lain, lebih mudah diucapkan daripada dilakukan ketika diperlukan kerjasama lintas sektor. Perusahaan nirlaba, organisasi nirlaba, dan masyarakat sipil semuanya dapat terlibat. Kementerian Kesehatan harus melakukan pengawasan lebih untuk mengontrol semua bagian ini.

Perubahan aturan akan dilaksanakan ketika kesulitan, solusi dan politik datang bersama. Saat ini, ranah politik sering menghambat konvergensi ini. Dengan Tujuan Pembangunan

Milenium, dan sekarang menjadi laporan Komisi, aktivis kesehatan harus memanfaatkan kesempatan politik untuk menuntut tindakan multisektoral terhadap faktor penentu sosial ketidaksetaraan kesehatan. Gagasan dan struktur di mana kebijakan diproyeksikan memiliki dampak yang signifikan terhadapnya. Kesehatan penduduk dapat dilihat sebagai sumber daya yang meningkatkan produktivitas suatu negara. Namun, akan selalu ada persaingan dari kerugian investasi, yang dapat memberikan dampak ekonomi yang lebih besar. Karena mempengaruhi semua orang, kesehatan dan ketimpangan harus diprioritaskan sebagai masalah keadilan sosial. Kegagalan untuk bertindak sekarang akan merugikan kesejahteraan masyarakat kita.

Glosarium

(1) *Social Determinants of Health*

Faktor – faktor sosial yang mempengaruhi kesehatan

(2) *Biomedical Model* dan *Social medicine*

Biomedical model menempatkan fokus untuk membuat pasien sehat melalui faktor yang berasas fisik, seperti penggunaan obat dan alat kesehatan, dan tidak memperhatikan faktor sosial maupun subjektivitas tiap individu. Disisi lain *social medicine*, lebih tepatnya *biopsychosocial model*, memperhatikan aspek biologi, psikologi, dan lingkungan sosial dalam penanganan pasien

(3) Deklarasi Alma-Ata

Deklarasi yang ditetapkan oleh *International Conference on Primary Health Care* (PHC) di Almaty (sebelumnya disebut Alma-Ata), Kazakhstan, yang menyatakan bahwa pemerintah, pekerja kesehatan, dan komunitas dunia perlu mengambil tindakan segera untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan semua orang. Deklarasi ini adalah deklarasi pertama yang menggaris bawahi pentingnya pelayanan kesehatan primer (WHO, 2018).

7.8 Kesenjangan Pemanfaatan Puskesmas Di Perdesaan Indonesia

Akses masyarakat terhadap layanan kesehatan di Indonesia telah meningkat secara signifikan. Juga diyakini bahwa situasi ini telah membaik dibandingkan sebelumnya. Namun, sebagian masyarakat merasa pelayanan kesehatan kurang memadai. Selain itu, sebagai akibatnya, kesehatan masyarakat sangat bervariasi dari satu daerah ke daerah lain. (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019)

Mengamati kesenjangan dalam pemanfaatan layanan kesehatan merupakan kriteria kualitas kinerja sistem kesehatan. Dalam menganalisis disparitas penggunaan pelayanan medis sering digunakan dimensi desa-kota, sosial-ekonomi, geografis dan regional. Di Indonesia, disparitas pembangunan kesehatan masih terjadi antara perkotaan dan perdesaan. Kota memiliki akses yang lebih baik ke layanan kesehatan. Akses masyarakat terhadap layanan kesehatan di Indonesia telah meningkat secara signifikan. Juga diyakini bahwa situasi ini lebih baik dari sebelumnya. Namun, sebagian masyarakat merasa pelayanan medis tidak memadai. Akibatnya, kesehatan masyarakat sangat bervariasi dari daerah ke daerah. Kondisi ini diketahui disebabkan oleh partisipasi swasta yang lebih memilih kawasan perkotaan dengan kepadatan penduduk yang lebih tinggi karena secara ekonomi lebih menguntungkan. Hal ini karena daerah pedesaan dianggap lebih rentan daripada daerah perkotaan (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

Akibat disparitas pelayanan kesehatan antara perkotaan dan perdesaan, jumlah penduduk pedesaan yang menderita penyakit kronis semakin meningkat. Jika dibiarkan terus, akan ada banyak peluang yang harus ditanggung oleh masyarakat dan pemerintah. Dalam posisi ini, peran pengurus Puskesmas

sangat penting untuk skrining pasien tingkat layanan dasar. (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

Disparitas pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak hanya terjadi antara kota dan kota, tetapi juga antar daerah. Hal ini didukung oleh hasil analisis data Riskesdas 2013. Analisis lebih lanjut terhadap data Riskesda menunjukkan bahwa penggunaan puskesmas di wilayah barat Indonesia lebih tinggi dibandingkan wilayah timur. Kesenjangan Barat-Timur di Indonesia terkait langsung dengan kondisi ini. Perkembangan wilayah timur tertinggal dari wilayah lain, termasuk pembangunan kesehatan. (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

Karena kondisi geografis Indonesia yang beragam dan kepulauan lebih dari 16.000 pulau, kondisi ini sangat mungkin terjadi. Kondisi geografis di Indonesia, serta disparitas pembangunan desa, kemungkinan besar menyebabkan disparitas penggunaan Puskesmas. Menjadi sebuah pulau mempersulit akses ke begitu banyak pulau kecil dan jauh, yang juga dipengaruhi oleh tersedianya perjalanan reguler ke pulau-pulau terpencil ini. Banyak studi lain tentang ketidaksetaraan kesehatan di berbagai negara telah sampai pada kesimpulan yang sama. Faktor geografis telah terbukti memiliki dampak yang signifikan terhadap kesenjangan antar wilayah. (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

Selain disparitas wilayah, ditemukan bahwa kelompok miskin (kuintil 1 dan 2) paling banyak menggunakan Puskesmas, sedangkan kelompok kaya (kuintil 5) paling sedikit menggunakannya. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat dari kelompok sosial ekonomi tinggi lebih sadar akan haknya atas kesehatan karena memiliki lebih banyak informasi. Orang kaya yang berpendidikan biasanya pandai menangkap peluang. (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

Mereka yang membutuhkan lebih banyak waktu perjalanan ke Puskesmas (>10 menit) dan membayar lebih

untuk transportasi (>Rp 10.000) juga menggunakan Puskesmas dengan lebih efektif. Hal ini disebabkan oleh kebijakan biaya murah Puskesmas. Bahkan, pemerintah daerah di berbagai wilayah mengizinkan Puskesmas untuk dijadikan sebagai pelayanan dasar masyarakat. (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdhul, Y. 2022. *Kesenjangan Sosial: Pengertian, Faktor Penyebab dan Contoh*, deepublish. Available at: <https://deepublishstore.com/materi/kesenjangan-sosial/> (Accessed: 13 December 2022).
- Azizah, L.N. 2021. *Pengertian Kesenjangan Sosial: Faktor, Dampak, dan Solusinya*. Available at: <https://www.gramedia.com/literasi/kesenjangan-sosial/> (Accessed: 13 December 2022).
- Dewi, S.R.T. 2022. *Kesenjangan Sosial: Pengertian, Dampak, dan Cara Mengatasinya*, LinovHR. Available at: <https://www.linovhr.com/kesenjangan-sosial/> (Accessed: 13 December 2022).
- Fujiastuti, R. 2022. *Dampak Psikologis Kesenjangan Sosial - Kelola dengan Baik, Wahana Bahagia Psychology Consultant*. Available at: <https://www.wahanabahagia.com/dampak-psikologis-kesenjangan-sosial-kelola-dengan-baik/> (Accessed: 13 December 2022).
- Ibrahim. 2020. *Apa itu Kesenjangan Sosial? Ini Pengertian, Faktor, Dampak, dan Solusinya! - Accurate Online*, accurate. Available at: <https://accurate.id/ekonomi-keuangan/apa-itu-kesenjangan-sosial/> (Accessed: 13 December 2022).
- Laksono, A.D., Wulandari, R.D. and Soedirham, O. 2019. 'REGIONAL DISPARITIES OF HEALTH CENTER UTILIZATION IN RURAL INDONESIA', *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(1), pp. 158-166. doi:10.37268/mjphm/vol.19/no.1/art.48.

- Putri, V.K.M. 2021. *Upaya Mengatasi Kesenjangan Sosial*, Kompas.com. Available at: <https://www.kompas.com/skola/read/2021/11/16/130000569/upaya-mengatasi-kesenjangan-sosial> (Accessed: 13 December 2022).
- WHO. 2018. *Health inequities and their causes*. Available at: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> (Accessed: 13 December 2022).
- Yasmin, E. 2020. *Manajemen Rumah Sakit PKMK FK UGM » Mengurangi Kesenjangan Kesehatan pada Sebuah Generasi: Apakah Hanya Sebatas Mimpi?, Manajemen Rumah Sakit*. Available at: <https://manajemenrumahsakit.net/2020/03/mengurangi-kesenjangan-kesehatan-pada-sebuah-generasi-apakah-hanya-sebatas-mimpi/> (Accessed: 13 December 2022).

BAB 8

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Nur Gilang Fitriana

8.1 Konsep dasar kesehatan reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu topik kesehatan yang menarik untuk dibahas dengan segala permasalahannya dalam kehidupan manusia khususnya bagi perempuan, sehingga sudah sepatutnya memerlukan perhatian banyak pihak. Permasalahan yang terkait dengan kesehatan reproduksi tentunya akan menghambat tercapainya derajat kesehatan. Tercapainya derajat kesehatan yang optimal diperlukan kualitas hidup yang baik. Perempuan mempunyai kebutuhan kesehatan yang berhubungan dengan sistem dan fungsi reproduksinya. Para spesialis kesehatan reproduksi diharapkan mampu untuk memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan wawasan yang dimiliki menyesuaikan dengan ilmu kesehatan yang selalu berkembang.

Pengertian kesehatan reproduksi menurut WHO (*World Health Organization*) yaitu suatu keadaan kesejahteraan fisik, social dan mental secara utuh dan terbebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan fungsi sistem reproduksi.

Sedangkan menurut ICPD (*International Conference on Population and Development*) kesehatan reproduksi adalah hasil akhir keadaan sehat secara fisik, mental, social serta bebas dari segala penyakit dan kecacatan berhubungan dengan sistem dan fungsi reproduksi.

Dengan demikian kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat menyeluruh meliputi sehat fisik, mental dan sosial yang

berkaitan dengan fungsi reproduksi. Tidak hanya terbebas dari penyakit dan kecacatan, melainkan juga memiliki kehidupan untuk bereproduksi yang memuaskan dan aman baik sebelum menikah maupun setelah menikah.

Dibutuhkannya aplikasi epidemiologi untuk mengatasi permasalahan dalam kesehatan reproduksi seperti adanya gangguan menstruasi, penyakit menular seksual, komplikasi kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. Beberapa langkah yang perlu dilakukan untuk mengatasi permasalahan kesehatan reproduksi meliputi identifikasi, analisis, evaluasi dan melakukan tindakan pengendalian.

8.2 Epidemiologi kesehatan reproduksi

Epidemiologi merupakan suatu ilmu yang dipergunakan untuk mempelajari penyebaran penyakit berhubungan dengan kesehatan beserta faktor- faktor yang mempengaruhi penyakit dan bagaimana cara mengendalikannya dalam upaya pencegahan penyakit tersebut. Studi epidemiologi ini dapat digunakan untuk mengatasi pola permasalahan kesehatan reproduksi.

Menurut (Lestari,dkk.2019) epidemiologi merupakan suatu studi yang menggambarkan kejadian menurut karakter- kapan-dimana penyakit terjadi dan memberikan resiko bagaimana timbulnya penyakit atau masalah kesehatan pada manusia dan meneliti upaya mengatasi faktor pencetus masalah tersebut.

Epidemiologi kesehatan reproduksi yaitu studi yang mempelajari distribusi dan determinan masalah kesehatan pada manusia untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang tentunya berhubungan dengan sistem dan fungsi reproduksi.

Kesehatan reproduksi berkaitan dengan dinamika penduduk yaitu angka kesuburan, program kehamilan dan

jumlah kelahiran. Terdapat beberapa faktor yang dapat diidentifikasi menggunakan pendekatan epidemiologi.

Permasalahan kesehatan maupun penyakit mempunyai faktor penyebab dan faktor pencegahan dapat diidentifikasi melalui pengamatan yang sistemik berdasarkan 3 komponen epidemiologi, diantaranya :

1. Frekuensi masalah kesehatan

Frekuensi menyatakan besarnya masalah kesehatan yang ada pada sekelompok manusia. Menentukan besarnya masalah dapat dilakukan dengan menentukan masalah kesehatan yang akan diamati dan dipastikan akan diteliti serta melakukan pengukuran masalah yang telah ditemukan.

2. Distribusi masalah kesehatan.

Distribusi menjelaskan bahwannya dalam memberikan pemahaman pada suatu kejadian permasalahan kesehatan hendaknya memperlihatkan berdasarkan dari siapa-kapan dan dimana penyakit tersebut terjadi. Diartikan juga untuk merumuskan kemungkinan faktor penyebab masalah kesehatan tersebut.

3. Determinan masalah kesehatan

Determinan merupakan faktor penyebab masalah kesehatan atau berhubungan dengan timbulnya penyakit merupakan hasil penelitian epidemiologi . Untuk menentukan besaran masalah kesehatan dengan tepat ada beberapa langkah yaitu merumuskan hipotesis penyebab masalah penyakit, melakukan pengujian terhadap hipotesis yang dirumuskan sebelumnya dan menarik kesimpulan terkait hasil pengamatan

8.3 Pendekatan epidemiologi dalam kesehatan reproduksi

Ilmu epidemiologi kesehatan reproduksi berkontribusi menghasilkan data, menunjukkan faktor resiko berhubungan memberikan informasi dalam pemecahan masalah demi tercapainya derajat kesehatan yang optimal. Pendekatan epidemiologi berperan penting dalam mengurangi angka infertilitas, memperbaiki kesehatan ibu dan anak, memberdayakan perempuan. Berbagai informasi epidemiologi diperoleh melalui desain epidemiologi. Berikut desain ilmu epidemiologi, yaitu :

1. Epidemiologi Deskriptif

Epidemiologi deskriptif mempelajari tentang frekuensi dan distribusi masalah kesehatan dalam masyarakat. Frekuensi dan distribusi masalah kesehatan menunjukkan tentang besarnya masalah yang terjadi di masyarakat. Diharapkan mampu menjawab pertanyaan who (siapa), where (dimana) dan kapan (when). Identifikasi pada epidemiologi deskriptif ini saling berkaitan antara waktu, tempat dan orang.

2. Epidemiologi Analitis

Epidemiologi analitis mempelajari identifikasi hubungan-hubungan antara penyakit dengan kemungkinan faktor-faktor etiologis, genetis dan lingkungan. Menguji hipotesis tentang etiologi penyakit.

8.4 Manfaat epidemiologi dalam kesehatan reproduksi

Ahli kesehatan reproduksi baiknya memahami manfaat dari epidemiologi, antara lain :

1. Menjelaskan besarnya masalah kesehatan reproduksi (sistem dan fungsinya reproduksi) serta memberikan

gambaran tentang penyebaran, besar dan luasnya masalah kesehatan reproduksi

2. Mengidentifikasi faktor penyebab masalah kesehatan reproduksi
3. Menyiapkan data dan informasi berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi kemudian menganalisis, melakukan evaluasi dan melakukan tindakan pengendalian atau pencegahan
4. Menjelaskan interaksi faktor- faktor kausa etiologi (agent), host dan environment yang menggambarkan riwayat alamiah masalah kesehatan reproduksi.

8.5 Permasalahan kesehatan perempuan

Adapun masalah kesehatan reproduksi yang dialami perempuan, yaitu :

1. Aborsi yang tidak aman

Remaja yang mengalami kehamilan di luar nikah merupakan kehamilan yang tidak diinginkan yang memicu adanya aborsi. Aborsi diartikan suatu ancaman hasil konsepsi yang keluar sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan kehamilan kurang dari 20 minggu. Macam- macam aborsi diantaranya :

- a. Abortus Insiapiens

Abortus yang mengancam, hasil konsepsi masih berada lengkap di dalam rahim

- b. Abortus Komplet

Seluruh hasil konsepsi keluar dari rahim kurang dari 20 minggu

- c. Abortus Inkomplet

Sebagian hasil konsepsi keluar dari rahim

- d. Abortus iminens

Adanya perdarahan pervaginam, jalan lahir masih tertutup dan hasil konsepsi di dalam rahim

Ada beberapa alasan seorang perempuan berpikiran untuk melakukan tindakan aborsi. Resiko akan meningkat apabila aborsi tersebut dilakukan oleh orang tidak memiliki keahlian medis, dilakukan di fasilitas yang tidak memenuhi syarat dan menggunakan peralatan seadanya. Tindakan aborsi akan berbahaya dengan memanfaatkan berbagai cara diantaranya minum ramuan penggugur kandungan, di pijat area perut, dan menggunakan alat yang tidak steril untuk mematikan janin yang ada dalam rahim.

2. Terpapar penyakit menular seksual

Penyakit Menular Seksual (PMS) akan beresiko menular dengan bergonta ganti pasangan.

Jenis penyakit menular seksual, antara lain :

a. Sifilis (Raja Singa)

Disebabkan bakteri *Treponema Pallidum*. Masa inkubasi 2- 6 minggu. Gejalanya antara lain :

1. Terdapat luka pada kemaluan tanpa nyeri
2. Bercak merah di tubuh
3. Kelainan pembuluh darah, kulit, saraf dan jantung

Apabila penyakit sifilis dialami oleh ibu hamil akan menyebabkan keguguran atau lahir cacat sampai HIV.

b. Gonore

Disebabkan oleh bakteri *Neisseria Gonorrhoeae*. Masa inkubasi 2 -10 hari. Tanda dan gejalanya :

1. Rasa nyeri di rongga panggul
2. Terdapat keputihan berwarna kekuningan
3. Terkadang tanpa gejala

Gonore menyebabkan infeksi mata pada bayi baru lahir sehingga menyebabkan kebutaan, radang panggul, dan penularan penyakit HIV.

c. Klamidia

Disebabkan oleh Klamidia Trachomatis.
Gejalanya antara lain :

1. Timbul nyeri di area panggul
2. Keluar darah setelah bersenggama
3. Keluar cairan vagina berwarna putih kekuningan

Klamidia menyebabkan sakit di rongga panggul, radang panggul, berakibat tidak bisa mempunyai keturunan dan dapat menyebabkan hamil di luar kandungan, infeksi mata dan pneumonia pada bayi baru lahir dan infeksi HIV.

d. Herpes Genitalis

Disebabkan oleh virus Herpes Simplex. Masa inkubasi 4-7 hari melalui hubungan seksual. Gejalanya yaitu demam hingga bias menyebabkan nyeri sendi dan pegal di area pinggang. Dapat dicegah apabila menjaga organ intim agar tetap bersih dan tidak lembab.

e. Kondiloma Akuminata

Disebabkan virus Human Papilloma. Gejalanya berupa kutil di area kemaluan. Kondiloma akuminata dapat menyebabkan kanker mulut rahim.

f. HIV/AIDS

Penularannya melalui :

1. Hubungan seksual tanpa pengaman (kondom),
2. Transfuse darah (jarum suntik, jarum tindik, tato),
3. Melalui ibu ke bayi (saat bayi dalam rahim)

HIV positif pada ibu berpeluang lebih besar mengalami abortus dan kematian janin. Menular melalui virus yang ada di plasenta, terinfeksi cairan vagina pada bayi, dan melalui ASI

3. Anemia

Anemia menyebabkan kematian ibu dan janinnya serta lahirnya bayi dengan berat badan lahir rendah. Anemia ditandai dengan tubuh kekurangan hemoglobin sehingga timbul kelelahan, kulit tampak pucat, pusing, sulit bernapas, jantung berdebar dan rambut terasa kering.

Anemia pada seorang perempuan disebabkan mengalami menstruasi sehingga kehilangan banyak darah, hamil, melahirkan dan menyusui yang mana memerlukan konsumsi tablet tambah darah. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah anemia yaitu mengkonsumsi makanan bergizi dan mengkonsumsi tablet zat besi.

4. Kehamilan resiko tinggi

Kehamilan resiko tinggi merupakan kondisi yang terjadi pada ibu hamil menyebabkan janin tidak dapat tumbuh sehat sampai menimbulkan kematian pada ibu dan janinya.

Faktor- faktor yang menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi antara lain :

- a. Adanya riwayat keguguran, perdarahan dan persalinan yang kurang baik
- b. Umur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- c. Adanya gejala keracunan kehamilan
- d. Telah memiliki 4 anak
- e. Diabetes mellitus
- f. Kelainan letak janin
- g. Penyakit jantung
- h. Anemia

5. Gangguan sistem reproduksi wanita

- a. Kanker serviks

Merupakan suatu keadaan munculnya sel yang abnormal di lapisan epitel serviks

- b. Kanker ovarium

Gejala yang muncul berupa adanya perdarahan di vagina, perubahan fungsi saluran cerna, dan rasa berat di area panggul

c. Gangguan menstruasi

Tidak terjadinya menstruasi sampai usia 17 tahun dan tidak terjadi menstruasi selama 3- 6 bulan pada perempuan yang telah mengalami menstruasi

d. Kanker rahim

e. Kanker payudara

f. Endometriosis

Gejalanya yaitu pinggang terasa nyeri saat menstruasi

g. Infeksi pada vagina

Gejalanya berupa keluarnya cairan putih kehijauan dari vagina

h. Bartolinitis

i. Kista ovarium

6. Ketidaksuburan pada perempuan

Definisi dari pasangan yang tidak subur (infertil) yaitu pasangan suami istri telah bersenggama secara teratur tanpa menggunakan alat kontrasepsi selama satu tahun tetapi istri belum hamil dan melahirkan anak hidup. Penyebabnya antara lain :

a. Frekuensi bersenggama tidak teratur

b. Gangguan fungsi hormone

c. Adanya infeksi pada rahim

d. Merokok

e. Minum minuman berakohol

f. Kelebihan atau kekurangan berat badan

g. Mengalami stress

Kasus infertilitas pada perempuan terjadi terganggunya dengan ovulasi. Seorang perempuan berovulasi tidak baik ditandai dengan menstruasi yang tidak teratur.

DAFTAR PUSTAKA

- Hulu, V. T. dkk. 2020. *Epidemiologi Penyakit Menular: Riwayat, Penularan Dan Pencegahan*. Yayasan Kita Menulis
- Nelwan, J. E. 2019. *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rosyida, D. A. C. 2019. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Widiastuti, A. dkk. 2021. *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Kita Menulis.

BAB 9

KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Tutik Ekasari

9.1 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) merupakan suatu pelayanan yang dilakukan secara sistematis dan dilaksanakan secara *one stop service* yang artinya klien bisa mendapatkan seluruh pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu harus diberikan secara sistematis dan berkualitas memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) berdasarkan hak reproduksi, kepentingan dan kebutuhan individu sesuai dengan siklus kehidupan yaitu dari dalam kandungan, bayi, balita, remaja, dewasa sampai usia lanjut. Oleh sebab itu, PKRT adalah suatu pelayanan kesehatan lama dan berdiri sendiri, akan tetapi memadukan beberapa pelayanan pada komponen program kesehatan reproduksi, supaya klien mendapat pelayanan yang holistik, menyeluruh dan berkualitas meliputi KIE, Pencegahan, Pengobatan dan Pemulihan berdasarkan pada kepentingan klien sesuai dengan siklus kehidupan (Priyatni, 2016).

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu terbagi menjadi dua yaitu: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).

9.2 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE)

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) merupakan suatu pelayanan kesehatan yang terintegrasi dari empat komponen, antara lain :

1. Kesehatan Ibu dan anak (KIA)

Kehamilan, persalinan dan nifas merupakan kurun waktu kehidupan perempuan yang resikonya paling tinggi karena bisa menyebabkan kematian, dan arti kematian dari seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga akan tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Pemantaun kesehatan perempuan sejak dini dapat mengurangi angka kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan nifas supaya bisa melakukan tindakan cepat dan tepat sebelum berlanjut pada kegawatdaruratan maternal. Upaya intervensi bisa berupa *antenatal care* (Pelayanan kehamilan), *Intranatal care* (Pelayanan persalinan), dan *postnatal care* (Pelayanan nifas). Intervensi tersebut adalah dimensi pertama dari paradigma baru dengan pendekatan *Continuity Of Care (COC)* yaitu dari kehamilan, persalinan dan nifas serta KB. Dimensi kedua yaitu tempat yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Pentingnya informasi yang akurat diberikan atas ketidaktahuan tentang hubungan seks bisa menyebabkan kehamilan dan tanpa menggunakan kontrasepsi bisa menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan sehingga tidak perlu melakukan aborsi yang bisa mengancam jiwa (Kemenkes, 2019)

Kematian Ibu adalah suatu masalah kompleks yang diwarnai derajat kesehatan, termasuk status gizi ibu sebelum dan selama hamil serta status kesehatan reproduksi. Sekitar 60% ibu hamil memiliki salah satu atau lebih keadaan “4 Terlalu” (Terlalu muda/ umur ibu <20

tahun dan >35 tahun, Terlalu sering, Terlalu dekat/ jarak anak <2 tahun dan Terlalu banyak/ jumlah anak lebih dari 3). Hal tersebut menjadi penyebab kematian ibu yang mengalami komplikasi obstetrik dalam bentuk “3 Terlambat” (Terlambat dalam mengambil keputusan, Terlambat sampai ke tempat rujukan, dan Terlambat dalam mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan). Masalah kesehatan ibu merupakan refleksi yang berkaitan dengan kesehatan bayi baru lahir. Angka kematian Bayi pada umumnya bersangkutan dengan kesehatan ibu selama hamil sampai bayi lahir yaitu asfiksi, BBLR, prematur, hipotermi dan tetanus neonatorum (Rahayu *et al.*, 2017).

2. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan komponen yang esensial di Indonesia karena jumlah penduduknya terbanyak keempat. Indonesia diperkirakan pada tahun 2020-2030 akan mendapat “Bonus Demografi” yang artinya Indonesia akan menikmati bonus karena banyaknya jumlah penduduk yang produktif (rentang 15-64 tahun) dalam evolusi kependudukan. Untuk mengestimasi masalah tersebut program Keluarga Berencana harus dipersiapkan oleh pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan keluarga. Selain sebagai menekan pertumbuhan jumlah penduduk Kb juga sebagai strategi dalam bidang kesehatan untuk meningkatkan kesehatan ibu melalui perencanaan dan mengatur jumlah anak. Sehingga ibu berkesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraannya (Priyatni, 2016).

3. Kesehatan Reproduksi Remaja

Masa Remaja merupakan masa peralihan dari anak menjadi dewasa dan berubahnya bentuk serta fungsi tubuh yang terjadi begitu sangat cepat sehingga dibutuhkan upaya promosi dan preventif dalam masalah kesehatan reproduksi serta sangat membutuhkan arahan. Hal

tersebut ditandai dengan berkembangnya seks sekunder dan jasmani yang relatif cepat sehingga secara fisik bisa melakukan fungsi proses reproduksi akan tetapi belum bisa bertanggungjawabkan dampak proses reproduksi tersebut. Upaya mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja dengan cara meningkatkan informasi, pendidikan kesehatan, konseling dan pelayanan klinis. Lingkungan keluarga dan masyarakat harus juga peduli pada kondisi remaja agar bisa memberikan jalan keluar jika remaja tersebut mengalami masalah bukan malah menyalahkannya, akan tetapi arahan dan mencari jalan keluar yang baik dengan cara memperkenalkan tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja sehingga remaja bisa mendapatkan konseling atau tempat pelayanan klinis agar bisa melanjutkan kehidupannya (Priyatni, 2016).

Prioritas masalah kesehatan reproduksi pada remaja bisa dikelompokkan menjadi :

- a. Kehamilan yang tidak diinginkan, sering mengarah pada kasus aborsi yang tidak aman dan komplikasinya
- b. Kehamilan dan persalinan usia muda yang akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu.
- c. PMS (Penyakit Menular Seksual) termasuk HIV/ AIDS.

Masalah Kesehatan Reproduksi tersebut bisa berdampak secara fisik dan mempengaruhi kesehatan jiwa dan emosi, keadaan ekonomi dan kesejahteraan sosial dalam jangka waktu panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya mempengaruhi remaja akan tetapi keluarga, masyarakat dan bangsa akan terkena imbasnya (Rahayu *et al.*, 2017).

4. Pencegahan dan penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) termasuk Infeksi Menular Seksual (IMS) – HIV/AIDS

Jenis infeksi saluran reproduksi terbagi menjadi tiga yaitu :

- a. Penyakit Menular Seksual (PMS) terdiri dari infeksi klamidia, sifilis, ulkus mole, gonorrhoe, trikomoniasis, herpes kelamin, dan HIV/AIDS.
- b. Infeksi endogen (Infeksi yang terjadi karena pertumbuhan kuman yang berlebih pada saluran reproduksi wanita normal) seperti *Kandidiasis vulvovaginal* dan *Vaginosis bacterial*.
- c. Infeksi iatrogenik (Infeksi terjadi karena dilakukan tindakan medis).

Usaha untuk mencegah dan menanggulangi Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) pada tingkat pelayanan dasar masih tidak sesuai harapan. Usaha tersebut berupa pendekatan sindrom melalui pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)/ Keluarga Berencana (KB) yang dilaksanakan secara terbatas hanya di beberapa provinsi. Sosial budaya sering menyebabkan ketidaktuntasan dalam pengobatan yang mengakibatkan timbulnya komplikasi ISR menjadi serius seperti infertilitas, Abortus dan kecacatan pada janin (Rahayu *et al.*, 2017).

Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang mempunyai dampak pada saluran reproduksi baik disebabkan oleh infeksi bukan PMS seperti TBC, Malaria, Filariasis maupun yang infeksi PMS seperti sifilis, gonorrhea, chlamydia, herpes genital maupun infeksi yang disebabkan oleh penggunaan AKDR yang tidak steril sehingga menyebabkan infeksi pada rongga panggul (Pelvic Inflammatory Disease/ PID). Masalah tersebut apabila tidak ditangani dengan baik maka akan mengakibatkan masalah yang serius seumur hidup bagi pria maupun wanita, seperti Infertilitas yang bisa menurunkan kualitas hidupnya (Priyatni, 2016).

Komponen Keluarga Berencana mempunyai hubungan untuk mengendalikan jumlah penduduk yang dipusatkan kepada sasaran dengan kondisi ibu 4 Terlalu (Terlalu muda, Terlalu tua, Terlalu sering dan terlalu banyak), sehingga KB bisa sebagai penunjang untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Turunnya angka tersebut dapat mempengaruhi kondisi kesehatan ibu dan anak. Sehaluan dengan komponen KB, komponen KIA juga memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif serta berkualitas. Komponen Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Remaja bisa juga berhubungan serta komponen pencegahan dan penanggulangan IMS sehingga untuk pelaksanaan komponen tersebut bisa dilakukan bersamaan, dan fokusnya pada remaja baik laki – laki ataupun perempuan (Permata, 2022).

9.3 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK)

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif adalah pelayanan yang menyatukan ke empat komponen pelayanan kesehatan reproduksi esensial dengan komponen kesehatan reproduksi yang lainnya seperti menopause dan andropause pada usia lanjut, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan kanker serviks serta lain sebagainya.

1. Komponen usia lanjut

Permasalahan kesehatan usia lanjut semakin berkembang bersama dengan meningkatnya persentase penduduk usia lanjut. Prioritas masalah pada kelompok usia lanjut antara lain gangguan pada masa menopause, Ca.Prostat, Osteoporosis, penyakit jantung dan penyakit degeneratif yang bisa mempengaruhi organ reproduksi. Selain itu,

kekurangan gizi, gangguan otot dan sendi dapat memperburuk keadaan.

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen usia lanjut akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi. Skrining merupakan cara untuk mencegah terjadinya keganasan organ reproduksi seperti Ca.Cerviks pada perempuan, dan Ca.Prostat pada laki – laki serta mencegah defisiensi hormonal dan akibatnya misalnya tulang rapuh dan lain sebagainya (Rahayu et al., 2017).

Komponen kesehatan reproduksi usia lanjut berpusat pada pelayanan yang memiliki sifat pemeliharaan kesehatan reproduksi usia lanjut untuk menjaga kualitas kehidupan usia lanjut.

9.4 Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Rproduksi Terpadu

PKRE dan PKRK adalah kumpulan beberapa pelayanan yang sudah ada dan sebagian sudah dilakukan dan berkembang misalnya pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) serta Keluarga Berencana (KB). Selain itu ada pelayanan yang baru seperti deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks. Sasaran dan masalah setiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi sangat berbeda, oleh karena itu membutuhkan pengelolaan yang berbeda juga. Sesuatu yang baru dan perlu diperhatikan pada pelaksanaan PKRT yaitu pelaksanaan paradigma baru, antara lain:

1. Fokus terhadap kebutuhan klien tanpa mengabaikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender
2. Melakukan pendekatan sesuai dengan siklus kehidupan dalam menangani masalah klien.

Pendekatan ini membutuhkan perhatian khusus dalam menangani kesehatan reproduksi setiap fase kehidupan serta berkelanjutan antar fase kehidupan. Dalam pendekatan siklus hidup terdiri dari 5 tahap antara lain :

- a. Konsepsi
- b. Bayi dan anak
- c. Remaja
- d. Usia Subur
- e. Usia Lanjut

Permasalahan Kesehatan Reproduksi setiap fase bisa diprediksi, oleh sebab itu apabila tidak ditangani dengan baik akan berdampak buruk pada kehidupan selanjutnya. Wanita mempunyai kebutuhan yang khusus jika dibandingkan dengan laki – laki. Karena kodratnya haid, hamil, melahirkan, menyusui dan menopause, sehingga selama hidupnya membutuhkan pelayanan kesehatan yang intensif.

3. Jangkauan Pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan perluasan secara aktif
4. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan yang berkualitas.

Adapun prinsip – prinsip yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi:

1. Bersifat menyeluruh
Pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan harus memandang manusia secara utuh yang berarti pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Keterpaduan dalam pelayanan
Keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan diberikan kepada klien, sehingga semua pelayanan yang dibutuhkan dalam ruang lingkup reproduksi sekaligus dalam satu kali pelayanan bisa didapatkan.
3. Bersifat Fleksibel

Pelayanan yang membutuhkan rujukan ke jenjang yang lebih tinggi, termasuk konseling, bisa dilakukan pada waktu atau fasilitas lain dimana pelayanan tersebut tersedia. Rujukan harus diawasi untuk memastikan klien memperoleh pelayanan yang dibutuhkan.
(Kemenkes RI, 2015)

9.5 Strategi Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

1. Meningkatkan komitmen dan advokasi dari Pemerintah daerah untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu .
2. Setiap tingkat pelayanan menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu secara merata dan berdasarkan dengan kewenangannya.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sehingga kebutuhan pasien terpenuhi.
4. Memperhatikan prioritas dari masing – masing daerah secara individual untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
5. Menjalinkan kerjasama lintas sektor dan lintas program.
6. Praktik keadilan dan kesetaraan gender, serta hak perempuan dalam kesehatan reproduksi perlu diperkuat.
7. Mendukung kualitas pelayanan dan kebijakan terkait dengan meningkatkan pengumpulan data dan penelitian berwawasan gender.

9.6 Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

1. Pemantapan Manajemen Program kesehatan Reproduksi. Pemantapan tersebut meliputi: kebijakan dan strategi, standar pelayanan yang mengacu pada masing – masing

komponen, perluasan dan pemerataan pelayanan, pemantauan dan evaluasi program.

2. Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu. Penerapan dilaksanakan pada seluruh sektor kesehatan reproduksi sesuai dengan pendekatan siklus kehidupan dan berdasarkan kebutuhan pasien.
3. Penerapan kegiatan pendukung. Penerapannya dalam bentuk kegiatan - kegiatan untuk mengatasi masalah dalam pelayanan kesehatan reproduksi, misalnya menangani masalah sosial yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi yaitu keadilan dan kesetaraan gender dan kekerasan terhadap perempuan dan anak, melakukan advokasi dan mobilisasi sosial serta koordinasi lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, pemenuhan kebutuhan logistik, peningkatan keterampilan petugas.

9.7 Pembagian Peran pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi

9.7.1 Peran Kementerian Kesehatan

1. Menyusun pedoman umum dan juknis pelayanan kesehatan reproduksi terpadu
2. Melakukan advokasi, sosialisasi dan koordinasi pelayanan kepada penanggung jawab komponen kesehatan reproduksi.
3. Orientasi dan memfasilitasi teknis untuk pengelola program tingkat Provinsi.
4. Melengkapi sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
5. Monitoring dan evaluasi nasional pada pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang sudah dilakukan.

9.7.2 Peran Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi

1. Melakukan advokasi, sosialisasi dan koordinasi tentang pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat provinsi.

2. Melakukan pelatihan program yang berkaitan dengan semua komponen PKRT.
3. Orientasi dan memfasilitasi teknis kepada para pengelola program ditingkat kabupaten/kota.
4. Melakukan kerjasama dengan LSM, sekolah, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta kader untuk mendukung pelaksanaan PKRT yang lebih maksimal.
5. Menyediakan buku pedoman dan media KIE yang berkaitan dengan komponen kesehatan reproduksi.
6. Pencatatan dan pelaporan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi.
7. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi tingkat provinsi.

9.7.3 Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota

1. Melakukan advokasi, sosialisasi dan koordinasi tingkat kabupaten/provinsi.
2. Melakukan pelatihan, orientasi dan memfasilitasi teknis dalam mengelola dan melaksanakan program kesehatan reproduksi ditingkat Puskesmas.
3. Orientasi dan memfasilitasi teknis kepada pengelola program tingkat Puskesmas.
4. Memutuskan Puskesmas yang dipilih untuk memberikan PKRT.
5. Menjalin mitra dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat serta kader untuk mendukung pelaksanaan PKRT menjadi lebih maksimal.
6. Menyediakan buku pedoman dan media KIE yang berkaitan dengan komponen kesehatan reproduksi.
7. Pencatatan dan pelaporan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi.
8. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi tingkat kabupaten/ kota.

9.7.4 Peran Puskemas

1. Melakukan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
2. Memberikan advokasi lintas program dan sektor dengan strategi KIE.
3. Menjalin mitra dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat serta kader untuk mendukung pelaksanaan PKRT di Puskesmas.
4. Sosialisasi dan melakukan KIE kepada masyarakat tentang PKRT.
5. Memfasilitasi media KIE tentang komponen kesehatan reproduksi.
6. Pencatatan dan Pelaporan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi.
7. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat Puskesmas.

9.7.5 Peran Puskesmas pembantu, Poskesdes dan Polindes

1. Mengidentifikasi kelompok sasaran antara lain: Ibu hamil, remaja dan kelompok resiko.
2. Memberikan PKRT kepada kelompok sasaran termasuk kunjungan rumah dan rujukan.
3. Menggerakkan pelaksanaan posyandu, posbindu, poskesdes dan poskestren.
4. Pencatatan dan pelaporan pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi.

9.8 Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan PKRT pada dasarnya dilaksanakan menggunakan format yang ada di masing – masing komponen program seperti: Kartu ibu, formulir K4 KB, register kohort kehamilan dan lain sebagainya. Pada format pencatatan tersebut dapat ditambahkan informasi pelayanan lain yang diberikan, untuk melihat keterpaduan dari pelayanan

maka diberikan kode tertentu. Selain itu bisa dilihat dari bagan alur pelayanan yang ada di Puskesmas.

Menurut Kemenkes RI (2015) pelaporan yang dilakukan antara lain: cakupan program KIA, KB, IMS/HIV-AIDS, kesehatan reproduksi remaja, dan lain sebagainya yang didapat dari Puskesmas kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota masing – masing dengan menggunakan formulis laporan yaitu PWS KIA, PWS KB, PKPR, LB3 KIA dan formulir lainnya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Kemudian untuk pelaporannya menggunakan formulir rekapitulasi PKRT yang akan disampaikan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, selanjutnya pelaporan dilakukan dengan menggunakan formulir F1-6 kesehatan ibu, kemudian diteruskan kepada Dinas Kesehatan Provinsi. Pelaporan tersebut sesuai dengan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang didapat dari minimal empat Puskesmas PKRT di setiap Kabupaten/Kota.

9.9 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan PKRT harus dilakukan secara teratur. Beberapa indikator bisa digunakan untuk memantau program kesehatan reproduksi, akan tetapi masih memerlukan pemilihan indikator yang strategis untuk menggambarkan keadaan program PKRT.

Indikator strategis untuk memonitoring kemajuan program PKRT menurut Kemenkes RI (2015), adalah sebagai berikut:

9.9.1 Kesehatan Ibu dan Anak

1. Jumlah Mortalitas Ibu
2. Jumlah Mortalitas Bayi
3. Cakupan pelayanan antenatal (K1 dan K4)
4. Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
5. Penanganan komplikasi

6. Cakupan pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir (KF dan KN).
7. Prevalensi anemia pada ibu hamil
8. Prevalensi BBLR

9.9.2 Keluarga Berencana

1. Cakupan kepesertaan KB aktif (CPR)
2. Cakupan pelayanan KB untuk laki-laki
3. Prevalensi kehamilan dengan “4 terlalu”
4. Penurunan kejadian komplikasi pelayanan KB
5. Penurunan angka drop out KB

9.9.3 IMS-ISR termasuk HIV dan AIDS

1. Prevalensi gonorrhea
2. Prevalensi angka HIV
3. Prevalensi Sifilis

9.9.4 Kesehatan Reproduksi Remaja

1. Prevalensi Anemia pada remaja
2. Cakupan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

9.9.5 Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut

1. Jumlah usila yang mendapat konseling masalah reproduksi
2. Jumlah usila yang mendapatkan skrining kanker payudara dan serviks/prostat

9.9.6 Indikator Keterpaduan Pelayanan

1. Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan IMS/ISR termasuk HIV dan AIDS
2. Jumlah ibu hamil yang mendapat konseling KB Pasca persalinan
3. Jumlah ibu bersalin dan nifas yang mendapat pelayanan IMS/ISR.

4. Jumlah akseptor KB yang mendapatkan pelayanan IMS/ISR termasuk HIV dan AIDS
5. Jumlah remaja yang mendapat pelayanan IMS/ISR termasuk HIV dan AIDS
6. Jumlah remaja yang mendapatkan penyuluhan/ konseling kespro
7. Jumlah penderita IMS termasuk HIV dan AIDS yang mendapatkan penyuluhan/ konseling KIA/ KB

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. 2019. 'Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi', *Pertanian Global, Aspek Sosial Kultural, Ekonomi Dan Ekologi*, 2(1), pp. 1-73.
- Kemenkes RI. 2015. 'Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar', in *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Permata, D. dkk. 2022. 'Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana', in *Yayasan Kita Menulis*.
- Prijatni, I. dan R.S. 2016. 'Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana', in *Pusdik SDM Kesehatan*.
- Rahayu, A. et al. 2017. *Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia, Journal of Chemical Information and Modeling*.

BAB 10

PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA

Oleh Wita Solama

10.1 Pendahuluan

Masa kehamilan merupakan termasuk kesehatan seorang wanita, melahirkan dan setelah melahirkan. Pada proses ini, pada seorang wanita dapat mengalami berbagai macam pengalaman yang baru, sebagian besarnya dapat mengalami rasa sakit sampai dengan menyebabkan kematian seorang ibu. Adapun yang dapat menyebabkan hal tersebut adalah rasa sakit dan sesak. Komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan yaitu dapat menyebabkan kematian ibu selama kehamilan dan persalinan terjadi. Sekitar 529.000 wanita bisa meninggal akibat penyebab komplikasi di atas (WHO, 2013); dan sekitar 10 juta wanita akan mengalami penyakit serta infeksi. Ada lima komponen yang dapat menyebabkan kematian maternal secara langsung (sebesar 70%) yaitu:

- a. Mengalami Perdarahan (25%);
- b. Terjadinya Infeksi (12%)
- c. Aborsi yang tidak aman (12%)
- d. Mengalami Eklampsia (Kejang) (12%)
- e. Hambatan pada persalinan macet (8%)

Faktor-faktor ini diperparah dengan ketidakmampuan untuk menganalisa ketersediaan serta kualitas pada pelayanan kesehatan yang kurang baik. Pada faktor sosial serta tingkat kemiskinan mempengaruhi terjadinya kematian materi serta

anak. Satu juta bayi lahir hidup dari ibu yang meninggal saat melahirkan, serta bayi tersebut 10 kali lebih mungkin meninggal pasca usia dua tahun.

World Health Organisation (WHO) meluncurkan program Tujuan Pembangunan Milenium guna mengurangi angka kejadian kematian pada ibu. Kesadaran serta kepedulian kesehatan pada ibu, bayi serta anak sehari-hari menjadi agenda kebijakan pada pemerintah serta pada masyarakat. Pernyataan *"Make every mother and child count"* artinya yaitu setiap kejadian kematian pada ibu serta pada anak merupakan ukuran kegagalan program. Program kesehatan ibu serta anak harus tersedia yang dapat diakses, dan intervensi yang mencakup program sebelum terjadinya kehamilan dan pasca melahirkan.

10.2 Penyakit Yang Terpengaruh Atau Terlihat Pada Saat Kehamilan Dan Melahirkan

Suatu Penyakit selama kehamilan dapat terjadi, terutama pada kehamilan yang berisiko tinggi, di antaranya yaitu:

1. Riwayat Penyakit pada Kehamilan terdahulu, contohnya:
 - a. Kejadian Persalinan yang lama;
 - b. Operasi Cesar;
 - c. Kejadian Posisi janin yang tidak normal;
 - d. Darah Tinggi (Hipertensi) pada kehamilan;
 - e. Kejadian Perdarahan pasca persalinan.
2. Penyakit Abnormalitas anatomis, contohnya:
 - a. Pada organ Pelvis kecil;
 - b. Pada organ reproduksi yaitu Serviks inkompeten.
3. Terdapat masalah metabolisme serta pada endokrin, contohnya:
 - a. Penyakit kencing manis (Diabetes);

- b. Terdapat Gangguan pada tiroid.
- 4. Terdapat masalah pada Jantung (Kardiovaskular), contohnya:
 - a. Darah Tinggi (Hipertensi);
 - b. Kelainan pada jantung (kongenital).
- 5. Terdapat masalah pada ginjal, contohnya:
 - a. Infeksi pada Ginjal (Pielonefritis akut);
 - b. Infeksi pada saluran kemih (Sistitis akut).
- 6. Terdapat masalah hematologi, contohnya:
 - a. Mengalami kekurangan kadar darah merah (Anemia yaitu Hb kurang dari 10 mg);
 - b. Mengalami penyakit Anemia seperti sel bulan sabit (*sickle cell anemia*).

Adapun Faktor lainnya: menjadi penyulit kehamilan serta persalinan yaitu:

- 1. Faktor usia yang berada di bawah umur 16 tahun ataupun berada di atas 35 tahun;
- 2. Faktor Berat Badan (BB) <45kg serta >90kg;
- 3. Raja Singa (Sifilis);
- 4. Tuberkolusis (TBC);
- 5. Kecanduan rokok;
- 6. Kecanduan obat-obatan.

10.3 Program Kesehatan Sebelum Kehamilan

- 1. Keluarga berencana (KB).
 - a. Program Penundaan usia kehamilan pertama (di atas 18 tahun);
 - b. Peningkatan program dalam menjarakkan kehamilan (lebih dari dua tahun).

2. Asupan Gizi (Nutrisi preconsepsi).
 - a. Mengalami kejadian peningkatan pada status nutrisi (pada BB (berat badan) sebelum terjadinya kehamilan yaitu lebih dari 42kg);
 - b. Kecukupan zat gizi mikro (mikronutrien) terutama asam folat dan zat besi;
 - c. Kecukupan zat gizi mikro (mikronutrium) yodium.
3. Program pencegahan pada infeksi serta pengobatan khususnya pada Wanita diusia reproduksi.
 - a. Menghindari terjadinya infeksi HIV serta menghindari penyakit menular seksual terutama pada saat remaja;
 - b. Pengobatan pada penyakit menular seksual;
 - c. Mencegah terjadinya tetanus dengan melakukan pemberian imunisasi;
 - d. Mencegah terjadinya *rubella* dengan melakukan pemberian imunisasi.
4. Pada status Wanita dan Pendidikan mengalami peningkatan melalui;
 - a. Untuk mengurangi buta huruf dapat melalui peningkatan pendidikan;
 - b. Yang pembuat keputusan khususnya yang berkenaan Kesehatan Wanita yaitu dengan pemberdayaan wanita dalam keluarga;
 - c. keuangan atau ekonomi dapat melalui peningkatan akses wanita;
 - d. Menghindari dan mencegah terjadinya sunat pada wanita (*female genital citting*) dan kekerasan terhadap wanita.

10.4 Pemeliharaan Kesehatan Ibu Hamil

1. Masalah-masalah yang terjadi masa kehamilan pada trimester 1 (1-13 minggu).

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
Mengalami terjadinya perubahan payudara, sakit atau mengalami nyeri, perasaan yang tidak biasa yaitu geli	Hipertropi jaringan <i>glandula mammae</i> serta peningkatan vaskularisasi; pigmentasi, pembesaran pada ukuran serta mengalami penonjolan pada <i>putting</i> susu serta areola dikarenakan mengalami stimulasi hormon	Memakai bra yang dapat menyokong atau menyangga payudara, tidak terlalu ketat, selalu mencuci dengan air hangat, kemudian dilap dengan lap kering.
Urgensi serta frekuensi buang air kecil	Pembuluh darah tersumbat serta mengalami perubahan terkait hormon pada fungsi kandung kemih Saat rahim membesar,	1. Lakukan latihan Kegel 2. Batasi asupan nutrisi khususnya pada cairan sebelum tidur. 3. Gunakan popok jika perlu 4. Tenang

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
	kapasitas kandung kemih menurun.	5. Konsultasikan dengan dokter jika mengalami nyeri/ sensasi terbakar
Kekurangan energi, kelelahan	Tidak dapat dijelaskan karena dengan peningkatan estrogen, progesteron, HCG atau mengalami peningkatan BMR; respons fisiologis terhadap masa kehamilan.	Istirahat, tenang pada perasaan cemburu, seimbangkan pola makan bertujuan agar mencegah terjadinya anemia
Mengalami mual dan muntah; <i>Morning sickness</i> terjadi pada 50-70% wanita hamil; sensasi yang tidak menyenangkan di mulut bisa mengikuti.	Penyebab tidak diketahui, kemungkinan dikarenakan adanya perubahan HCG, psikologis, ekspresi kebahagiaan atau ambivalensi tentang kehamilan.	1. Hindari perut kosong atau konsumsi berlebihan 2. Pastikan memiliki posisi yang mendukung. 3. Memberi ruang kosong pada perut. 4. Berhenti merokok 5. Gunakan karbohidrat serta

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
		tetap di tempat tidur sampai Anda merasa lebih baik. - Minumlah teh panas. - Makan 5-6 kali sehari. - Hindari makanan yang berbau, pedas atau menyanjung. - Jika mual dan muntah terus berlanjut, konsultasikan dengan dokter.
Ptyalism (kelebihan air liur) dapat muncul 2-3 minggu setelah menstruasi pertama Anda.	Mungkin karena kesulitan menelan estrogenik karena mual.	- Gunakan makanan pencuci mulut yang menyegarkan. - Mengisap permen atau mengunyah permen.
Gingivitis dan epulis (hiperemia; hipertrofi; perdarahan;	stimulasi estrogen dapat menyebabkan terjadinya peningkatan vaskularisasi serta	- Diet yang adekuat dan buah-buahan yang segar dan sayuran. - Pakai sikat gigi yang halus;

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
	proliferasi pada jaringan koneltif	dalam melakukan perawatan pada gigi dengan teratur.
Hidung tersumbat, epistaksis.	Hiperemia pada selaput lendir karena kadar estrogen yang tinggi.	1. Pelembab. 2. Hindari trauma 3. Bersihkan dengan larutan salin normal.
Keputihan sering terjadi pada kekeruhan kehamilan.	Stimulator pada serviks hormonal menjadikan hipertrofi serta hiperaktif, produksi lendir yang berlebihan.	1. Tidak dapat dicegah; Jangan menyemprot saat membersihkan. 2. Praktikkan kebersihan yang baik. 3. Gunakan bantal. 4. Konsultasikan dengan dokter jika mengalami gatal-gatal, bau tidak sedap atau perubahan jenis dan warna.
Dinamika Psikososial; merasa tidak stabil serta	Perubahan hormon serta metabolisme, peran	1. Dukung mitra dan jelaskan perubahannya.

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
tidak aman.	wanita, seksualitas, waktu kehamilan dan perubahan dalam hidup dan pada gaya hidup	2. Peningkatan komunikasi dengan pasangan, keluarga dan teman dekat.

3. Masalah yang terjadi pada trimester kedua masa kehamilan (14-26 minggu).

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
Meningkatnya pigmentasi, jerawat, kulit berminyak.	Melanosit, stimulasi hormonal kelenjar hipofisis anterior.	Tidak dapat dicegah biasanya berlanjut di masa kanak-kanak; menenangkan ibu dan keluarga.
Spider nevi (telangiectasia) terlihat di leher, dada, wajah dan lengan selama trimester kedua/ketiga kehamilan.	Perubahan konsentrasi hormon estrogen.	1. Tidak dapat dicegah. 2. Perhatikan bahwa menghilang saat melahirkan, tidak bisa hilang sepenuhnya.
Kemerahan pada telapak tangan terjadi pada 50%	Bintik merah yang menyebar ke tangan akibat	1. Tidak dapat dicegah. 2. Jelaskan bahwa kondisi

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
wanita hamil dengan pembuluh darah vena.	predisposisi genetik dan hiperestrogenisme, menutupi kulit dan ujung jari berlebih.	tersebut hilang dalam waktu seminggu setelah lahir.
Pruritus (noninflamasi).	Tidak diketahui sebabnya.	1. Jaga agar kuku tetap bersih dan pendek. 2. Mandi dengan natrium bikarbonat/minyak sebagai pengganti sabun mandi.
Palpitasi	Tidak diketahui, kemungkinan perubahan pada kardiovaskular.	1. Tetap tenang. 2. Konsultasikan dengan dokter jika memiliki gejala serangan jantung.
Hipotensi dalam posisi terlentang (sindrom vena kava-aorta) dan	Tekanan pada rahim atau vena kava ascendens pada posisi terlentang	Posisi jongkok atau setengah duduk dengan leher sedikit ditekuk.

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
bradikardia.	mengurangi aliran darah ke rahim dan plasenta serta aliran darah ke ginjal.	
Pusing konstan dan pingsan selama kehamilan (hipotensi ortostatik).	Labilitas vasomotor atau hipotensi postural hormonal selama kehamilan dikarenakan oleh stasis vena pada ekstremitas bawah.	1. Lakukan olahraga ringan, bernapas dalam-dalam, sering-seringlah menggerakkan kaki. 2. Hindari perubahan posisi yang tiba-tiba. 3. Hindari tempat yang panas dan ramai, bergerak perlahan dan jaga agar lingkungan tetap sejuk. 4. Makan 5-6 kali sehari dalam porsi kecil. 5. Pakailah kaus kaki elastis, duduklah jika perlu, konsultasikan dengan dokter jika

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
		timbul gejala yang parah.
Makanan favorit	Penyebabnya tidak diketahui, geografi dan budaya berperan.	1. Tidak mungkin untuk dicegah. 2. Memuaskan hasrat selama tidak mengganggu keseimbangan gizi. 3. Tanyakan kepada dokter Anda tentang mengidam makanan yang tidak biasa.
Sakit maag (heartburn acid indigestion), rasa panas di dada bagian bawah atau perut bagian atas, terkadang bersendawa dan retensi cairan ringan.	Progesteron memperlambat motilitas saluran pencernaan, membalikkan gerak peristaltik, melemaskan sfingter jantung dan memperlambat waktu buang air besar,	1. Batasi/hindari makanan yang mengandung gas/lemak dan banyak makan. 2. Pertahankan sikap yang baik. 3. Minum susu sebagai

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
	menggerakkan isi perut ke atas dan membebani rahim yang membesar.	penyegar sementara, teh panas, snack. 4. Dokter dapat memberikan antasida; Hubungi kami jika gejala terus berlanjut.
Sembelit, terjadi pada 50% dari semua wanita hamil.	Progesteron memperlambat motilitas saluran pencernaan karena peningkatan penyerapan air, dehidrasi tinja, tekanan pada ukuran rahim.	1. Minum setidaknya delapan gelas sehari. 2. Tetap berpegang pada diet tinggi serat. 3. Lakukan olahraga ringan, jadwal buang air besar teratur, teknik relaksasi gerakan, dan pernapasan dalam. 4. Hindari penggunaan emolien, pencahar atau obat-obatan tanpa resep dokter.

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
Nyeri serta lemahnya kaki bisa bertahan di kaki serta vulva setelah varises - wasir yaitu varises di sekitar anus.	Predisposisi hereditas, relaksasi hormonal otot polos pada dinding vena yang dapat menyebabkan kongesti panggul, keadaan ini diperburuk oleh pembesaran uterus, kehamilan, dan gerakan usus ke bawah. Penyumbatan varises di kaki jarang terjadi, namun bisa disebabkan oleh wasir.	1. Hindari obesitas. 2. Hindari berdiri lama, pakaian ketat, dan konstipasi. 3. Lakukan olahraga ringan. 4. Mengangkat dan menurunkan kaki dan pinggul saat istirahat. 5. Penggunaan stoking khusus untuk mengurangi trombosis wasir. 6. Meredakan bengkak dan nyeri dengan mandi air hangat. 7. Penggunaan kompres topikal untuk mengurangi wasir.

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
Sakit kepala (minggu 26)	Ketegangan emosional (biasanya lebih besar dari migrain vaskular), sakit mata (gangguan refraksi), vasokonstriksi, dan kongesti sinus yang dirangsang secara hormonal.	1. Bantuan emosional. 2. Pendidikan Kesehatan Pralahir. 3. Latihan Relaksasi. 4. Cari pertolongan medis jika sakit kepala parah berlanjut setelah tekanan darah rendah.
<i>Carpal Turner Syndrome</i> (Antara permukaan lateral ibu jari, jari tengah, tengah dan kelingking.	Tekanan saraf median, nyeri, mati rasa, terbakar, ketidakmampuan bergerak karena perubahan jaringan di sekitarnya.	1. Tidak dapat dicegah 2. Mati rasa pada tangan dapat dipijat jika membantu.
Mati rasa berkala, jari tangan gatal (akrodisestesia) 5 % Wanita hamil.	Sindrom traksi pleksus brakialis karena bahu terasa berat selama kehamilan (terutama pada malam dan pagi hari).	1. Atur posisi yang tepat. 2. Kenakan bra yang menopang payudara.
Nyeri di sekitar ligamen	Penyempitan/kompresi	1. Tidak dapat dicegah.

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
(Kelemahan)	ligamen karena perluasan rahim.	2. Merekomendasikan istirahat. 3. Gunakan mekanisme beban yang sesuai untuk menghindari tekanan ligamen yang berlebihan.
Nyeri sendi, tekanan pada pinggul dan panggul, hipermobilitas sendi.	Kelengkungan cervicothoracic dan lumbal yang berlebihan karena kopling hormonal dan kelemahan sendi sakroiliaka, ketidakstabilan panggul, dan pergeseran pusat gravitasi karena pembesaran perut.	1. Menggunakan korset ibu hamil. 2. Pertahankan postur tubuh dan mekanika tubuh yang benar. 3. Hindari kelelahan. 4. Santai dengan sepatu hak pendek. 5. Tidur di kasur datar. 6. Gosok punggung Gejala mereda setelah 6 sampai 8 minggu melakukan latihan

MASALAH	FISIOLOGIS	PERAWATAN
		goyang panggul, istirahat dan perasaan.

**4. Masalah – masalah yang umumnya terjadi pada kehamilan trimester III
(27 – 40 MINGGU)**

MASALAH	FISIOLOGI	TINDAKAN PERAWATAN
Sesak napas atau sesak napas terjadi pada 60% ibu hamil.	Ekspansi diafragma dibatasi oleh ekspansi uterus, dan diafragma naik 4 cm.	1. Atur posisi yang tepat. 2. Tidur dengan menggunakan bantal tambahan. 3. Hindari beban berlebihan pada perut. 4. Dilarang Merokok. 5. Cari pertolongan medis untuk mengobati anemia, emfisema, dan asma jika gejalanya memburuk
Insomnia (minggu terakhir kehamilan).	Gerakan janin, kejang otot, sering buang air kecil,	1. Tenangkan jantung, rileks, pijat, pijat

MASALAH	FISIOLOGI	TINDAKAN PERAWATAN
	sesak napas, dan ketidaknyamanan lainnya.	punggung bagian bawah. 2. Topang diri dengan bantal. 3. Minum susu hangat atau mandi air hangat sebelum tidur.
Reaksi psikososial, kegelisahan, agitasi, kecemasan.	Perasaan tentang regulasi hormonal dan metabolisme, persalinan, melahirkan dan mengasuh anak.	1. Menenangkan pikiran. 2. Membutuhkan dorongan dari orang-orang terdekat dan terpenting. 3. Meningkatkan komunikasi dengan pasangan, suami dan keluarga.
Sering buang air kecil.	Keterlibatan pembuluh darah dan perubahan hormonal pada fungsi kandung kemih, pembesaran rahim dan	1. Lakukan latihan Kegel. 2. Batasi asupan cairan sebelum tidur. 3. Menenangkan pikiran. 4. Kenakan popok jika perlu.

MASALAH	FISIOLOGI	TINDAKAN PERAWATAN
	penurunan kapasitas kandung kemih karena bagian rahim yang berfungsi.	5. Cari pertolongan medis jika timbul rasa sakit atau terbakar.
Ketidaknyamanan pada perianal.	Kompresi dari rahim yang membesar, terutama saat berdiri atau berjalan, kehamilan kembar.	1. Istirahat, rileks, dan pertahankan postur tubuh yang baik. 2. Mengenakan korset ibu hamil.
Kontraksi Braxton – hicks .	Memperkuat kontraksi rahim untuk mempersiapkan persalinan.	1. Menenangkan dan mengistirahatkan pikiran klien. 2. Perubahan posisi. 3. Lakukan latihan pernapasan.
Kram betis, terutama saat berbaring.	Pembesaran rahim, kompresi saraf ke ekstremitas bawah karena lambatnya penyebaran	1. Periksa tanda Homan untuk menyingkirkan trombus. 2. Lakukan pijatan dan

MASALAH	FISIOLOGI	TINDAKAN PERAWATAN
	kelebihan kalsium dan peningkatan fosfat, faktor yang memberatkan, kelelahan, sirkulasi perifer yang buruk, asupan susu lebih dari 1 liter per hari.	pemanasan otot.
Edema ekstremitas bawah (tanpa pitting).	Edema diperparah dengan berdiri lama, postur tubuh yang buruk, gaya hidup, pakaian ketat, dan cuaca panas.	1. Tingkatkan asupan cairan Anda. 2. Kenakan stoking pendukung. 3. Dalam kasus edema menyeluruh, konsultasikan ke dokter. 4. Hindari penggunaan diuretik sebagai kontraindikasi.

10.5 Pelayanan Pada Kesehatan Selama Masa Kehamilan

1. Perawatan prenatal.
 - a. Kisaran pemeriksaan prenatal telah diperluas.
 - b. Meningkatkan kualitas asuhan pranatal.
 - c. Manajemen terpadu hipertensi gestasional dan pre-eklampsia.
 - d. Mengidentifikasi dan mengelola komplikasi dan risiko keguguran, termasuk kehamilan kembar dan keguguran.
2. Perbaikan gizi pada ibu hamil
 - a. Semua wanita hamil harus dilengkapi dengan zat besi dan asam folat.
 - b. Menyediakan energi protein tambahan.
 - c. Memberikan tambahan yodium dan vitamin A.
3. Pencegahan anemia.
 - a. Cegah anemia dengan pola makan yang baik yang menyediakan zat besi dan asam folat.
 - b. Pengobatan malaria dan cacing tambang.
 - c. Identifikasi gejala anemia sedang dan berat.
4. Pencegahan dan pengobatan penyakit menular pada ibu hamil.
 - a. Pengobatan penyakit menular seksual, terutama sifilis dan gonore.
 - b. Pengobatan malaria dan cacing tambang di daerah endemik.
 - c. Pemeriksaan dan konseling HIV/AIDS.
 - d. Menyediakan vaksinasi tetanus untuk semua ibu hamil.
5. Pendidikan Keluarga Berencana.
 - a. Pendidikan pada tingkat kesehatan pada Wanita, keluarga, serta warga tentang perindikasi bahaya bagi ibu hamil serta bayi baru lahir.

- b. Pemberian Wanita buat tetapkan penolong persalinan serta mengklaim kebersihan indera.
- c. Mendorong ibu, suami, serta keluarga buat mempersiapkan transportasi pada waktu persalinan serta komplikasi bayi baru lahir.
- d. Identifikasi kasus transportasi menggunakan pemberdayaan warga.
- e. Pendidikan kesehatan tentang perawatan bayi baru lahir spesifik nya anugerah ASI eksklusif dan pencegahan praktik tradisional yang dapat membahayakan.
- f. Konseling pada bunda menggunakan HIV positif buat pencegahan penularan pada bayi mencakup risiko transmisi melalui anugerah ASI.

10.6 Pertolongan Persalinan

Pelayanan pada Kesehatan waktu proses persalinan yaitu pertolongan persalinan yang dilakukan oleh seorang tenaga kesehatan yang professional serta perawatan kegawatdaruratan pada saat persalinan.

1. Penolong pada saat persalinan oleh tenaga kesehatan.
 - a. Mengobservasi selama masa persalinan dengan menggunakan partograf.
 - b. Memastikan dan menjamin persalinan dalam kondisi yang bersih.
 - c. Penanganan sesegera mungkin pada tanda dan bahaya bagi ibu dan bayi.
 - d. Persiapan perawatan jika terjadi resusitasi.
 - e. Konsentrasi pada perawatan sesuai dengan kondisi keluarga.
2. Perawatan pada kegawatdaruratan selama proses persalinan.
 - a. Melakukan identifikasi tanda-tanda bahaya.

- b. Memfasilitasi untuk pelayanan pada keadaan kegawatdaruratan.
- c. Meningkatkan pada kualitas pelayanan kesehatan.
- d. Menggunakan standar pada pelayanan kesehatan.
- e. Melakukan kegiatan pelatihan serta pengawasan staf guna tindakan operasi.
- f. Pengadaan obat-obatan serta peralatan kesehatan.
- g. Ketersediaan labu darah yang sangat aman.

10.7 Pelayanan Kesehatan Masa Nifas Dan Pascapersalinan

Pelayanan kesehatan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir meliputi pelayanan dasar dan gawat darurat. Layanan kesehatan pasca melahirkan termasuk bekerja dengan profesional kesehatan setempat. Kolaborasi ini mencakup penentuan waktu jenis layanan dan pekerjaan untuk mengurangi keterlambatan layanan darurat.

1. Adapun waktu pada perawatan rutin yaitu:
 - a. Mengobservasi Ibu dan anak setidaknya selama 24 jam setelah lahir
 - b. Jadwal kunjungan 6-12 jam setelah melahirkan, 6 hari dan 4-6 minggu sesuai program pengabdian.
2. Jenis layanan, yaitu:
 - a. Dukungan bagi ibu dan keluarganya terutama selama proses menyusui
 - b. Penyediaan informasi deteksi dini
3. Mengurangi keterlambatan dalam mengakses layanan darurat
 - a. Mengedukasi ibu, keluarga dan masyarakat tentang deteksi dini tanda bahaya pada ibu dan bayi.
 - b. Informasi pentingnya kesegaran untuk membimbing ibu/bayi saat ditemukan tanda bahaya.

- c. Memberikan informasi tentang pentingnya transporter yaitu Peningkatan mutu pelayanan meliputi standar pelayanan dan tenaga Kesehatan.

10.8 Rujukan

Upaya deteksi dini untuk penanganan komplikasi kehamilan/persalinan risiko tinggi perlu ditingkatkan baik di fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat Angka deteksi risiko tenaga kesehatan sebesar 46,17% pada tahun 2007, sedangkan angka deteksi risiko masyarakat (masyarakat lembar panduan) sebesar 22,08%.

Contoh kasus rujukan adalah:

1. Mengalami Hb<8gr%.
2. Mengalami tekanan darah tinggi (systole >mmHg,diastole >90mmHg.)
3. Mengalami Edema nyata.
4. Mengalami kejang (ekslamsia).
5. Mengalami perdarahan pervaginaan.
6. Mengalami Ketuban Pecah Dini (KPD).
7. Mengalami posisi janin yaitu Letak lintang
8. Mengalami posisi janin yaitu Letak sungsang dalam primigravida.
9. Mengalami Infeksi yang berat /mengalami sepsis pada persalinan premature.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. 2008. *Modul Pelatihan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja Bagi Calon Konselor Sebaya*. Jakarta: BKKBN.
- Cook, J.R., M.B. Dickens. 2003. *Reproductive Health and Human Rights*. Oxford: Clarindon Press.
- Herdiansiska, Y., dan E.K. Wardhani. 2002. *Modul Resiko Reproduksi Remaja*. Jakarta; PKBI.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. 2015. *Tumbuh Kembang anak dan Remaja*. Jakarta; Sagung Seto.
- Kusmiran, Eny. 2014. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta; Salemba Medika.
- PKBI. 2000. *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta
- Surjadi, C., H, Pratomo, Y.S, Handajani. 2000. *Kesehatan Reproduksi Remaja, Penyalahgunaan Obat Dan Narkoba dan Kota Sehat*. Prosiding Kongres Nasional IX Epidemiologi 6-9 November 2000.
- Tanpa Nama. 2022. *Sexuality and Sex Education*.
www.arhp.org/aboutus/position-statemens. 14 Desember 2022.
- Tanpa Nama. 2022. *10 Facts About Women Health*.
<http://who.int/features/factfiles/women/en>. 15 Desember 2022.
- USAID. 2002. *Buku Panduan Pelayanan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta; Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo-Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi-POGI.

Yuarsi, E.A. Dzuhayatin, R.S., Sofiana. 2002. Tembok Tradisi dan Tindak Kekerasan Terhadap Perempuan. Yogyakarta; Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan UGM.

BAB 11

GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN

Oleh Muzayyaroh

11.1 Pendahuluan

Dalam kehidupan manusia pasti melalui tahapan-tahapan yang harus dilalui. Beberapa tahapan dalam siklus kehidupan manusia normal antara lain di mulai dari masa bayi, kanak-kanak, remaja, dewasa hingga masa lanjut usia. Seiring berjalannya waktu, dalam siklus kehidupannya, manusia mengalami sebuah proses pertumbuhan dan perkembangan baik secara fisik maupun psikologis (Jahja, 2011). Pertumbuhan adalah bertambahnya jumlah dan ukuran sel dari manusia sedangkan perkembangan adalah peningkatan dari fungsi sel, jaringan dan organ pada manusia.

Untuk dapat tumbuh dan berkembang secara optimal setiap individu memerlukan dukungan nutrisi yang sesuai dengan siklus kehidupannya. Apabila zat gizi ini tidak terpenuhi dan terjadi malnutrisi maka akan berdampak buruk pada tahapan berikutnya. Kata gizi sendiri berasal dari Bahasa arab yaitu “ghidza” yang mempunyai arti “makanan”. Gizi bisa diartika sebagai suatu proses dari organisme dalam menggunakan makanan untuk dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absopsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan mengeluarkan zat-zat yang tidak di gunakan oleh tubuh untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ tubuh serta menghasilkan energi. (Susilowati & Kuspriyanto, 2016).

Untuk mendapatkan kualitas gizi yang baik maka makanan yang dikonsumsi harus memiliki zat-zat gizi. Zat gizi ini akan lebih bermanfaat bagi tubuh apabila sesuai dan seimbang dengan apa yang dibutuhkan oleh tubuh yang dikenal dengan Gizi seimbang, artinya susunan makanan yang dikonsumsi sehari-hari mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah-masalah yang timbul akibat kelebihan ataupun kekurangan gizi. (Kemenkes RI, 2014).

11.2 Gizi Seimbang dalam Siklus Kehidupan

Gizi seimbang dalam siklus kehidupan meliputi gizi pada ibu hamil, ibu menyusui, ibu nifas, bayi, anak, remaja, dewasa dan lansia

11.2.1 Gizi Ibu Hamil

Ibu hamil adalah seorang wanita yang sedang mengandung, dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. (Ratnawati, 2020)

Saat hamil, ada 2 individu yang harus diberi nutrisi. Oleh sebab itu saat terjadi Kehamilan menyebabkan adanya peningkatan metabolisme energi sehingga kebutuhan energi dan zat gizi lainnya juga meningkat. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besar organ kandungan atau uterus, serta adanya perubahan dari komposisi dan metabolisme pada tubuh ibu. Sehingga apabila terjadi kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat kehamilan maka dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna. (Waryana, 2010).

Status ibu selama hamil akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan dari janinnya. Asupan gizi selama hamil menjadi hal yang paling penting karena dapat mengurangi resiko Kesehatan pada ibu dan janin. Kurangnya asupan gizi selama kehamilan bisa berakibat buruk bagi ibu dan janin. Resiko Kesehatan yang bisa terjadi pada ibu antara lain ibu menderikan kurang energi kronik (KEK), kelemahan fisi, anemia, dan perdarahan, sedangkan resiko Kesehatan yang timbul akibat kekurangan zat gizi pada janin antara lain, janin cacat, janin lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), keguguran, bayi lahir sebelum waktunya (Premature) dan bahkan bisa menyebabkan kematian neonatal. (Waryana, 2010),(Marlenywati, 2010).

Dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil tidak berfokus pada kuantitas saja tetapi yang lebih diutamakan pada kualitas dan keseimbangan komposisi dari zat gizi yang cukup. Selama hamil, ibu tidak dianjurkan untuk melakukan program diet, minum minuman yang beralkohol dan mengandung kafein, tidak boleh mengkonsumsi obat-obatan atau jamu tanpa konsultasi ke dokter terlebih dulu, olah raga boleh dilakukan dengan pantauan dokter atau tenaga Kesehatan.

Ibu hamil memerlukan tambahan asupan makanan yang mengandung zat gizi seimbang yang dibutuhkan oleh ibu dan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin agar lebih optimal. Beberapa zat gizi yang perlu ditambahkan dalam menu makanan ibu hamil sehingga asupan sesuai dengan standar yang di butuhkan sehingga Kesehatan ibu lebih baik dan pertumbuhan janin bisa optimal.

Zat – zat gizi penting yang dibutuhkan ibu selama kehamilan antara lain terdiri dari :

1. Karbohidrat, merupakan sumber utama tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan janin serta untuk mencegah terjadinya konstipasi atau sulit buang air besar.

2. Protein, Selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein sebanyak 12 gram/hari. Protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, hormone, penambahan darah pada ibu, jaringan payudara dan untuk persiapan laktasi. Protein terbagi menjadi 2 yaitu protein hewani dan protein nabati. Sebaiknya 2/3 protein yang dikonsumsi berasal dari protein hewani seperti daging, ikan, telur, unggas, kerang, sedangkan yang protein nabati terdapat pada kacang-kacangan.
3. Lemak, adalah sumber energi terbesar yang ada didalam tubuh. Lemak berfungsi sebagai cadangan energi tubuh bagi ibu saat proses melahirkan, pelarut vitamin A,D,E,K dan asam lemak. Sumber lemak bisa dijumpai pada daging, susu, telur, minyak tumbuhan dan mentega.
4. Vitamin A, Untuk pertumbuhan dan perkembangan embrio diperlukan asupan Vitamin A. Kelahiran premature dan bayi berat lahir rendah merupakan salah satu akibat dari kekurangan Vitamin A. Sumber Vitamin A berasal dari kuning telur, tomat, Nangka, wortel dan mentega.
5. Vitamin B6, sangat penting untuk pembuatan asam amino sebagai bahan protein didalam tubuh. Sumber makanan yang akan Vitamin B6 antara lain daging ayam tanpa lemak, hati sapi, ikan salmon, pisang, tomat dan beras merah.
6. Vitamin C, sangat berguna saat terjadi kehamilan yaitu mencegah terjadinya rupture membrane dan sebagai bahan semen jaringan ikan dan pembuluh darah. Jika ibu hamil kekurangan vitamin C maka akan mengakibatkan terjadinya keracunan kehamilan dan ketuban pecah dini (KPD). Sumber vitamin C bisa didapatkan dari bahan makanan seperti jeruk, jambu biji, tomat dan brokoli.
7. Asam folat, Ibu hamil wajib mengkonsumsi asam folat khususnya pada kehamilan trimester 1. Asam folat berfungsi untuk pembentukan sel darah merah dan sel

- darah putih serta untuk mencegah terjadinya anemia. Bahan makanan yang banyak mengandung asam folat antara lain seperti bayam, brokoli, jeruk dan pisang.
8. Kalsium, dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan tulang dan gigi janin. Kalsium bisa didapat dari bahan makanan seperti produk susu, tahu, tempe, kacang-kacangan dan sayuran yang berwarna hijau.
 9. Zat besi, sangat penting untuk ibu hamil karena berfungsi untuk pembentukan dan mempertahankan sel darah merah. Bahan makanan yang kaya akan zat besi adalah daging berwarna merah, hati, ikan, kuning telur, sayuran hijau, tempe, roti dan kacang-kacangan.
 10. Fosfor, Ketidakseimbangan fosfor bisa menyebabkan gangguan. Sumber makanannya adalah susu, keju dan daging.
 11. Seng, Kekurangan zat gisi Seng saat hamil bisa menimbulkan cacat bawaan seperti pembentukan tulang yang tidak normal. Kebutuhan Seng bisa dipenuhi dari makanan sehari-hari.
 12. Yodium, Yodium berfungsi untuk pembentukan tiroksin dan pertumbuhan. Yodium terdapat dalam garam. Jika kekurangan yodium bisa menyebabkan keterlambatan dalam pertumbuhan anak.
 13. Natrium, Natrium mempunyai peranan penting dalam metabolisme air dan bersifat mengikat cairan dalam jaringan sehingga ibu hamil cenderung menderita odema.
 14. Flour, Zat gizi Flour diperoleh dari air putih yang diperlukan untuk pembentukan gigi bayi. Jika saat hamil kekurangan flour maka pertumbuhan gigi bayi tidak normal (Chomariah, 2012).

Ibu hamil dengan kondisi sehat dan tidak ada gangguan membutuhkan makanan dalam jumlah dan besar makanan yang dapat dimakan adalah :

a. Trimester 1

Pada kehamilan trimester 1 antara umur kehamilan 1-3 bulan kemungkinan ibu mengalami penurunan berat badan. Hal ini terjadi akibat adanya gangguan pusing, mual dan muntah. Untuk ibu hamil pada trimester ini dianjurkan untuk makan dalam porsi kecil namun sering.

b. Trimester 2

pada kehamilan trimester 2 ini nafsu makan ibu hamil sudah mulai membaik. Dianjurkan untuk makan 3 kali sehari ditambah 1 kali makanan selingan.

c. Trimester 3

Pada kehamilan trimester 3 atau usia kehamilan 7-9 bulan, makanan yang dikonsumsi harus disesuaikan dengan keadaan ibu. Jika ibu hamil memiliki berat badan lebih maka dianjurkan untuk makan makanan yang banyak mengandung sumber energi dan serat serta mengurangi konsumsi lemak.

11.2.2 Gizi Ibu Nifas dan Menyusui

Masa nifas merupakan masa pemulihan setelah proses persalinan sampai seluruh organ reproduksi wanita pulih kembali sebelum kehamilan berikutnya. Masa nifas berlangsung sekitar 6-8 minggu setelah persalinan. Saat masa nifas berlangsung banyak hal yang harus diperhatikan seperti suhu tubuh ibu, pengeluaran lochea, payudara, traktus urinarius dan sistem kardiovaskuler serta kondisi kejiwaan ibu. Pada masa nifas terjadi pula masa menyusui bayi. Menyusui merupakan suatu tindakan pemberian air susu ibu (ASI) kepada bayi melalui payudara ibu dengan menggunakan reflek menghisap dan menelan bayi. ASI adalah makanan utama dan paling baik untuk bayi baru lahir sampai usia 6 bulan karena

didalam ASI terdapat banyak zat gizi dan energi yang dibutuhkan oleh bayi yang mampu memberikan daya imunitas secara alami (Handayani, 2003). Zat gizi dan energi tersebut berasal dari ibu yang disalurkan kepada bayi melalui aktivitas menyusui, sehingga ibu dalam masa menyusui membutuhkan banyak energi karena selain untuk menyusui juga untuk memulihkan kondisi tubuhnya setelah melahirkan.

Masa laktasi atau masa menyusui memerlukan asupan nutrisi yang baik dan seimbang agar bisa menghasilkan ASI yang baik mutu dan jumlahnya bagi bayi (Kasdu, 2004). Ibu menyusui membutuhkan asupan dan tambahan gizi yang lebih besar daripada Wanita normal dan lebih tinggi dari pada saat hamil (Sumanto, 2009).

Ibu menyusui membutuhkan asupan energi rata-rata sebanyak 2425-2700 kkl setiap harinya (Kultsum, 2012). Tambahan kalori yang dibutuhkan ibu menyusui sebanyak 470 kalori setiap hari. Kebutuhan protein juga bertambah menjadi 71 gram perhari. Kebutuhan vitamin A meningkat menjadi 6000 IU perhari dan kebutuhan vitamin C meningkat menjadi 50 gram perhari (Sumanto, 2009).

Kekurangan gizi pada ibu menyusui bisa menyebabkan terjadinya gangguan Kesehatan pada ibu dan bayi. Gangguan yang biasanya dialami bayi akibat ibu yang kurang gizi antara lain gangguan pada pertumbuhan dan perkembangan, mudah sakit, mudah terkena infeksi, gangguan pada mata dan tulang. Sedangkan pada ibu bisa menyebabkan terjadinya anemia dan menurunnya produksi ASI (Marmi, 2014).

Pada saat masa laktasi seorang ibu tidak perlu makan secara berlebihan, tetapi cukup dengan menjaga agar konsumsi gizinya seimbang sesuai dengan aturannya yang telah ada yaitu dalam table AKG (Angka Kecukupan Gizi) 2013 berdasar RISKESDA tahun 2007 dan 2010 (Ariani, 2010).

Tabel 11.1 : Kecukupan zat gizi ibu nifas dan menyusui :

Zat gizi	Nilai Gizi	Zat Gizi	Nilai Gizi
Energi (Kkal)	+ 500	Asam folat (µg)	+ 100
Protein (gr)	+ 17	Vitamin C (mg)	+ 45
Vitamin A (RE)	+ 350	Kalsium (mg)	+ 150
Tiamin (mg)	+ 0,3	Fosfor (mg)	+ 0
Riboflavin (mg)	+ 0,4	Besi (mg)	+ 6
Niasin (mg)	+ 3,0	Seng (mg)	+ 4,6
Vitamin B12 (µg)	+ 0,4	Iodium (µg)	+ 50

Sumber : Hidayat, 2008 (widya karya nasional pangan dan gizi)

11.2.3 Gizi pada Anak

Anak adalah investasi sumber daya manusia (SDM) yang memerlukan perhatian khusus untuk kecukupan status gizinya sejak dari dalam kandungan sampai anak itu lahir. Anak akan sehat jika makanan yang diberikan mengandung kadar gizi seimbang sejak awal kehidupannya sehingga bisa menjadi SDM yang berkualitas optimal. Zat gizi dari bahan makanan merupakan sumber utama untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anak secara optimal sehingga dapat tercapai kehidupan paripurna yaitu sehat, fisik, mental dan social. Dalam kehidupan sehari-hari, anak membutuhkan asupan makanan dengan kandungan gizi seimbang seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Makanan dengan kandungan gizi seimbang yang dikonsumsi dapat bermanfaat untuk pertumbuhan otak dan pertumbuhan fisik. Status gizi dan Kesehatan anak dapat diketahui melalui tampilan umum (berat badan dan tinggi badan), tanda-tanda fisik, motoric, fusngisonal, emosi dan kognitif anak. Berdasarkan pengukuran antropometri, anak dikatakan sehat jika bertambah umur,

berat badan dan tinggi badannya juga ikut bertambah (Toeti Soenardi. 2006)

Adapun Kebutuhan Nutrisi Anak Berdasarkan Umur Dan Tahap Perkembangannya, antara lain :

1. umur 0-6 bulan

kebutuhan nutrisi pada bayi berbeda dengan orang anak dan orang dewasa. Semua kebutuhan akan nutrisi pada bayi melalui air susu ibu (ASI). ASI merupakan komponen paling seimbang yang banyak mengandung mikronutrien yang sangat bermanfaat untuk pertumbuhan bayi. Pada usia 0-6 bulan bayi sangat di anjurkan untuk hanya di beri ASI saja tanpa diberikan makanan tambahan apapun kecuali obat-obatan, keadaan ini biasanya di sebut dengan pemberian ASI eksklusif. Pemberian ASI bisa dilakukan melalui aktivitas menyusui. Proses menyusui memberikan dampak yang baik untuk bayi seperti pada proses awal menyusui setelah bayi lahir yang pertama didapat adalah kolostrum yang banyak mengandung zat kekebalan unruk tubuh yang kaya akan protein dan mengandung immunoglobulin A yang sangat tinggi. Selain itu proses menyusui juga membantu reflek menghisap bayi yang menyebabkan terpenuhinya kebutuhan kasih sayang dan membantu proses bonding. Dalam ASI mengandung zat makronutrien dan zat mikronutrien yang sangat dibutuhkan oleh tubuh bayi untuk proses pertumbuhan dan perkembangannya. Zat makronutrien yang terkandung didalam ASI antara lain, protein, lemak, karbohidrat dan karnitin. Sedangkan zat mikronutriennya antara lain, vitamin A, D, E, K, dan mineral.

2. umur 7-12 bulan

Bayi umur 7-12 bulan masih membutuhkan asupan nutrisi dari ASI kemudian ditambah dengan makanan pendamping ASI secara bertahap mulai dari bubur susu, sari buah, bubur kasar, buah dan bentuk makanan yang lebih padat

serta adanya penambahan jumlahnya mengingat pertumbuhan gigi dan kemampuan fungsi pencernaan pada bayi semakin bertambah. Asupan makanan pada usia ini harus tetap diperhatikan kuantitas dan kualitasnya dengan mengacu pada menu gizi seimbang.

3. Usia Prasekolah

Pada usia prasekolah anak sudah mulai mandiri dalam pemenuhan kebutuhan nutrisinya, sehingga anak harus diberikan penjelasan tentang fungsi dari alat makanan dan dilatih untuk menggunakannya. Pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak prasekolah sebaiknya menyediakan menu yang bervariasi untuk mencegah anak bosan, tetap berikan susu disela makanan utama. Makanan yang dianjurkan antara lain daging, sup, sayuran dan buah-buahan. Pada anak usia ini perlu diberikan makanan padat karena kemampuan mengunyahnya sudah kuat (Hidayat, 2009). Kebutuhan gizi balita meliputi : Asupan makanan sehari-hari untuk anak harus mengandung 10-15% kalori, 20-35% lemak, dan sisanya karbohidrat. Setiap kg berat badan anak memerlukan asupan energi sebanyak 100 kkal.

11.2.4 Gizi pada Remaja

Masa remaja sangat penting untuk diperhatikan karena merupakan masa transisi dari anak-anak ke dewasa. Menurut erikson, masa remaja di bagi menjadi 3 kelompok yaitu, masa remaja awal, masa remaja pertengahan dan masa remaja akhir. Usia remaja awal pada anak perempuan dimulai saat usianya 13-15 tahun dan pada laki-laki pada usia 15-17 tahun masa remaja (Thalib, 2010).

Pada masa remaja, banyak aktivitas yang dilakukan untuk pengembangan diri dan kepribadiannya dalam mencari jati diri. Banyak kegiatan yang dilakukan untuk mengisi hari-harinya, sehingga menjadi suatu kebiasaan dan pada akhirnya membentuk pola kegiatan. Masa remaja ini merupakan masa

pertumbuhan dan perkembangan baik secara fisik, mental maupun aktivitas yang semakin meningkat sehingga kebutuhan akan makanan dengan kandungan gizi seimbang menjadi cukup besar (Sumanto, 2009). Adapun masalah gizi pada remaja merupakan kelanjutan dari masalah gizi yang terjadi pada usia anak, seperti anemia defisiensi besi, kelebihan dan kekurangan berat badan (Arisman, 2010).

Kebutuhan energi dan protein pada remaja lebih banyak dari orang dewasa, begitu juga kebutuhan akan vitamin dan mineralnya. Remaja membutuhkan energi dan protein untuk melakukan deposisi jaringan dalam tubuhnya. Kebutuhan nutrisi remaja dapat dikenali dari perubahan tubuhnya. Perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan akan membedakan komposisi tubuhnya dan kebutuhan akan nutrisinya. Pada remaja, energi dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan, perkembangan, aktifitas otot, fungsi metabolik, memperbaiki kerusakan jaringan dan tulang yang disebabkan oleh sakit dan cedera. Kecukupan energi yang diperlukan seorang remaja tergantung dari BMR individu masing-masing. Pertumbuhan dan aktifitas fisik yang kurang dapat menjadi kelebihan berat badan atau kegemukan (obesitas). Energi merupakan kebutuhan yang utama dan apabila tidak tercapai, asupan protein, vitamin dan mineral tidak dapat di gunakan secara efektif dalam berbagai fungsi metabolik. Untuk masa remaja, WHO menganjurkan rata-rata konsumsi energi makanan sehari adalah 10- 15% berasal dari protein, 15-30% dari lemak, dan 55-75% dari karbohidrat (Almatsier, 2002).

Kebutuhan kalori antara remaja laki-laki dan remaja perempuan tidak sama besarnya. Remaja laki-laki membutuhkan lebih banyak kalori yaitu sebanyak 3.000 kalori perhari di banding remaja perempuan yang hanya membutuhkan 2.000 kalori perhari untuk mempertahankan berat badan normal. Kebutuhan zat gizi yang diperlukan pada masa remaja antara lain kebutuhan akan vitamin A untuk

pertumbuhan jaringan, Vitamin B1, B2, dan B3 sangat penting untuk proses metabolisme karbohidrat menjadi energi serta Vitamin B12 dan asam folat untuk pembentukan sel darah merah. Untuk pertumbuhan tulang dibutuhkan asupan zat gizi berupa kalsium dan vitamin D yang cukup. Vitamin C dan E penting untuk menjaga jaringan – jaringan baru supaya berfungsi optimal. Zat gizi yang sangat penting terutama untuk perempuan adalah zat besi yang berperan aktif dalam metabolisme pembentukan sel – sel darah merah (Husaini, 2006)

Sering dijumpai tentang masalah gizi pada remaja seperti kekurangan gizi (stunting), kegemukan (obesitas) dan anaemia akibat kekurangan zat gizi mikro. beberapa faktor yang memicu terjadinya masalah gizi pada remaja, antara lain :

1. Kebiasaan makan yang buruk
2. Pemahaman gizi yang keliru
3. Kesukaan yang berlebihan terhadap makanan tertentu
4. Promosi makanan yang berlebihan melalui media massa
5. Masuknya produk-produk baru baik dari dalam maupun luar negeri
6. Screen time, menonton TV atau menggunakan gadget terlalu lama
7. Gaya hidup sedentary, rendahnya aktivitas yang dilakukan (Moehji, 2017)

11.2.5 Gizi Dewasa

Pada masa dewasa, tubuh tidak hanya berada dalam keadaan puncak dari kemampuan fisik akan tetapi tubuh juga mulai mengalami penurunan fungsi. Keadaan puncak pada fisik tubuh membuat beberapa orang terlena dan mulai melakukan kebiasaan – kebiasaan yang buruk yang dapat mempengaruhi Kesehatan tubuh, seperti pola hidup yang tidak sehat. Tubuh dalam keadaan normal, akan mengatur keseimbangan antara energi yang diperoleh dari makanan dengan energi yang diperlukan oleh tubuh manusia guna mempertahankan

kelangsungan fungsi tubuh. Kebutuhan akan zat gizi pada orang dewasa dimana sudah tidak terjadi pertumbuhan, tergantung pada aktivitas fisiknya. Umumnya pada seorang dewasa laki-laki lebih banyak membutuhkan energi dari pada dewasa perempuan, karena laki-laki secara fisik lebih banyak bergerak. Selain itu, semakin tinggi dan semakin berat seseorang maka kebutuhan enerinya juga semakin banyak. Untuk kecukupan gizi yang dianjurkan pada perempuan usia 20-45 tahun membutuhkan 2.200 Kkal perhari dan protein sebanyak 60 gram per hari (Putra, 2013). Energi diperoleh dari karbohidrat, lemak dan protein yang terkandung dalam makanan yang menentukan nilai energinya (Almatsier, 2010).

Pada usia 25 tahun ke atas kebutuhan kalori sudah mulai berkurang, tergantung dari aktifitas fisik yang dilakukan setiap harinya, jenis kelamin dan massa tubuh. Penambahan zat besi sangat dibutuhkan oleh orang dewasa perempuan selama masa produktif untuk menggantikan kehilangan zat besi selama menstruasi, kehamilan, kelahiran, nifas dan menyusui. Begitu juga dengan kalsium sangat berperan penting untuk tulang, karena kalsium dalam massa tulang berkurang saat usia lanjut.

Pada usia dewasa sering terjadi masalah gizi, yang diantaranya adalah kekurangan energi protein (KKP), kegemukan/gizi lebih/obesitas, anemia pada dewasa Wanita. Masalah -masalah gizi bisa dicegat dengan mengikuti pola hidup sehat yang berpedoman pada prinsip gizi seimbang untuk orang dewasa. Adapun prinsip gizi seimbang untuk orang dewasa antara lain : tubuh manusia membutuhkan aneka ragam makanan yang mengandung zat gizi makronutrien dan zat gizi mikronutrien seperti karbohidrat, protein, lemak, mineral dan vitamin.

Tabel 11.2 : Kecukupan gizi yang di anjurkan untuk orang dewasa sehari :

Zat gizi	Perempuan	Laki - laki
Energi (Kkal)	2.200	2.800
Protein (gr)	48	55
Kalsium (mg)	600	500
Besi (mg)	26	13
Vitamin A (RE)	500	700
Vitamin E (mg)	8	10
Vitamin B (mg)	1,0	1,2
Vitamin C (mg)	60	60
Folat (mg)	150	70

11.2.6 Gizi Lansia

Lanjut usia (Lansia) merupakan orang dengan kelompok umru 60 tahun atau lebih yang telah memasuki tahapan akhir dalam fase kehidupannya (Gunawan, 2011).

Bagi lansia pemenuhan kebutuhan gizi bertujuan untuk membantu dalam proses adaptasi dan menyesuaikan dengan perubahan-perubahan yang dialami serta menjaga kelangsungan pergatian sel tubuh sehingga bisa memperpanjang usia hidupnya.

Hasil-hasil penelitian menunjukan bahwa kecepatan metabolisme basal pada orang-orang berusia lanjut menurun sekitar 15-20%, disebabkan berkurangnya massa otot dan aktivitas. Kalori (energi) diperoleh dari lemak 9,4 kal, karbohidrat 4 kal, dan protein 4 kal per gramnya. Bagi lansia komposisi energi sebaiknya 20-25% berasal dari protein, 20% dari lemak, dan sisanya dari karbohidrat. Kebutuhan kalori untuk lansia laki-laki sebanyak 1960 kal, sedangkan untuk lansia wanita 1700 kal. Bila jumlah kalori yang dikonsumsi

berlebihan, maka sebagian energi akan disimpan berupa lemak, sehingga akan timbul obesitas. Sebaliknya, bila terlalu sedikit, maka cadangan energi tubuh akan digunakan, sehingga tubuh akan menjadi kurus.

Masalah gizi lanjut usia merupakan rangkaian proses masalah gizi sejak usia muda yang manifestasinya terjadi pada lanjut usia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa masalah gizi pada lanjut usia sebagian besar merupakan masalah gizi lebih yang merupakan faktor risiko timbulnya penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, diabetes mellitus, hipertensi, gout rematik, ginjal, perlemakan hati, dan lain-lain. Namun demikian masalah kurang gizi juga banyak terjadi pada lanjut usia seperti Kurang Energi Kronik (KEK), anemia dan kekurangan zat gizi mikro lain (Kemenkes RI, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. PT Gramedia Pustaka Utama: Jakarta
- Ariani, Mewa. 2010. Analisis Konsumsi Pangan Tingkat Masyarakat. Gizi Indon. 33(1):20-28
- Arisman. 2010. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Chomaria, Nurul. 2012. Five in One, The Series of Pregnancy Makanan Sehat Seimbang untuk Ibu Hamil. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Handayani, H. N. K. , Asrining Surasmi. 2003. Perawatan Bayi Risiko Tinggi. (M. Ester, Ed.) (1st ed.). Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. 2008. Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, A. A. 2009. Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Husaini Usman. 2006. Manajemen, Teori, Praktik, dan Riset Pendidikan. Jakarta:Bumi Aksara.
- Jahja, Yudrik. 2011. Psikologi Perkembangan. Jakarta: Prenada Media
- Kasdu, 2004. Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause, Jakarta: Gramedia
- Kemenkes RI. 2013.. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Dasar dan Rujukan, Indonesia.
- Kemenkes RI. 2014. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kultsum, ummu. 2012. Konsultasi Kelahiran & Menyusui Secara Medis dan Islam. Toobagus: Bandung.
- Marmi. 2014. Gizi dalam Kesehatan Reproduksi. Pustaka Pelajar: Yogyakarta

- Marlenywati 2010, Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil Remaja (Usia 15-19 Tahun) di Kota Pontianak Tahun 2010. Tesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Moehji, S. 2017. Dasar-dasar Ilmu Gizi 1. Pustaka Kemang: Jakarta.
- Ratnawati, Anna. 2020. Asuhan Keperawatan Maternitas. Pustaka baru Pres.Yogyakarta
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C. & Dykes, F. 2011. Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth*, 38(1), pp. 49-60. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x
- Sumanto A. 2009. Tetap Langsing dan Sehat dengan Terapi Diet.
- Susilowati dan Kuspriyanto. 2016. Gizi dalam Daur Kehidupan. Bandung: Refika Aditama
- Thalib, S.B. 2010. Psikologi Pendidikan Berbasis Analisis Empiris Aplikatif. Jakarta: Kencana Media Group.
- Toeti Soenardi. 2006. Hidup Sehat Gizi Seimbang dalam Siklus Kehidupan Manusia. Ranch Market. Penerbit PT Primamedia Pustaka. Jakarta
- Waryana. 2010. Gizi Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Rahima Jakarta: Agro Media Pustaka.

BAB 12

PROMOTIVE DAN PREVENTIF DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Tutik Hidayati

12.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi penting bagi setiap orang baik laki-laki maupun perempuan, namun organ tubuh wanita lebih sensitif terhadap penyakit, bahkan penyakit lebih berkaitan dengan fungsi dan kemampuan reproduksinya. Pembangunan kesehatan di masa depan fokus pada peningkatan inisiatif promosi dan pencegahan serta memperluas akses masyarakat ke kesehatan, terutama bagi masyarakat miskin. meningkatkan kesehatan lingkungan, nutrisi, perilaku, dan sistem deteksi dini untuk mencegah penyakit menular dan tidak menular. Pengaplikasian pada kesehatan reproduksi dapat dilaksanakan sebagai upaya promotif dan preventif pada tingkat preventif. Berbagai upaya promosi dan pencegahan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Hal ini diperlukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan serta berupaya mencegah terjadinya gangguan kesehatan. Selain itu peningkatan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan wanita memerlukan indikator status, sehingga asuhan kebidanan yang berkaitan dengan sistem reproduksi wanita harus mempertimbangkan upaya promotif dan preventif serta indikator status kesehatan wanita.

12.2 Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan menurut istilah bahasa Inggris health promotion. Sebenarnya, istilah promosi kesehatan, atau lebih tepatnya promosi kesehatan, pertama kali diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia ketika ahli kesehatan masyarakat di Indonesia menerjemahkan Lima Tingkat Pencegahan H. R. Leavell dan E. G. Clark dalam bukunya *Preventive Medicine for Physicians*. Komunitas.. Menurut Leavell dan Clark , dari perspektif kesehatan masyarakat, ada 5 tingkatan pencegahan penyakit, yaitu: 1. Promosi kesehatan, 2. Perlindungan khusus, 3. Diagnosis dini dan pengobatan tepat waktu, 4. Pembatasan kecacatan, 5. Rehabilitasi.

Pencegahan primer, promosi kesehatan oleh para ahli kesehatan masyarakat Indonesia diterjemahkan sebagai peningkatan kesehatan, bukan promosi kesehatan. mengapa demikian? Sebab, menjaga kesehatan di sini berarti meningkatkan kesehatan diri sendiri, yaitu menjaga agar masyarakat tetap sehat dan tidak sakit melalui gizi seimbang dan olahraga teratur (Keleher, H, et al. 2007).

Berkaitan dengan penjelasan Leavell dan Clark tentang promosi kesehatan bahwa selain memperbaiki nutrisi dan faktor-faktor lain, kesehatan juga dapat ditingkatkan melalui pendidikan kesehatan individu dan kelompok. Mengenai promosi kesehatan, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengembangkan definisi berikut:

"Promosi kesehatan adalah prosedur yang memberi orang lebih banyak kendali atas dan pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan mereka sendiri. Seorang individu atau kelompok harus mampu mengenali dan mengaktualisasikan keinginan, memenuhi kebutuhan, dan memodifikasi atau merespon keadaan untuk mencapai suatu kondisi secara fisik, mental, dan sosial secara total (Fertman, Cl., & Allensworth, DD. 2016).

Kutipan di atas dapat digunakan untuk menyimpulkan bahwa meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mempertahankan kesehatannya adalah proses promosi kesehatan. Masyarakat harus mampu mengenali dan memenuhi kebutuhannya selain pada kesehatan tubuh, mental, dan sosial yang sempurna. Selain itu, ia harus dapat mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial-budaya, dll). Dalam hal ini, promosi kesehatan dijelaskan sebagai pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2012).



Gambar 12.1 : Berbagai Upaya Promosi Kesehatan
(Marni, 2013)

12.2.1 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah Penggunaan prinsip-prinsip pendidikan di bidang kesehatan, atau kegiatan yang membantu individu, kelompok, atau komunitas dalam

meningkatkan kapasitas atau kebiasaan untuk mencapai kesehatan yang optimal (Dignan MB., Carr PA., 2020).

12.2.2 Peran Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan memiliki beberapa peran penting dalam mewujudkan kesehatan yang optimal, antara lain:

1. Peran pendidikan kesehatan dalam faktor lingkungan
Pemerintah, sektor komersial, dan kelompok non-pemerintah semuanya membangun banyak infrastruktur sanitasi. Namun, fasilitas ini tidak digunakan dan dipelihara dengan baik oleh masyarakat. Berbagai macam aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat menjadi salah satu penyebabnya. Oleh karena itu, untuk menyelesaikan masalah tersebut, diperlukan pendidikan kesehatan.
2. Dampak pendidikan kesehatan terhadap perilaku yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan adalah menciptakan perilaku masyarakat yang sehat. Artinya pendidikan kesehatan bertujuan untuk menyadarkan atau mengetahui cara menjaga kesehatan diri sendiri, cara menghindari atau mencegah hal-hal yang membahayakan kesehatannya, cara mencegah hal-hal yang berbahaya bagi kesehatannya dan kesehatan orang lain
3. Peran puskesmas dalam pelayanan kesehatan yaitu meningkatkan kesehatan masyarakat, pemerintah indonesia dalam hal ini kementrian kesehatan dengan menyediakan fasilitas kesehatan melalui pendidikan kesehatan. Namun, pemanfaatan puskesmas terhadap pelayanan kesehatan masih kurang optimal. Masih banyak pusat pelayanan kesehatan masyarakat yang belum digunakan sebagaimana mestinya, dan akhirnya ditinggalkan dan dihancurkan oleh masa.
4. Peran pendidikan kesehatan pada faktor genetic
Peran ibu sangat penting terhadap kesehatan anak-anaknya dimasa yang akan datang. Orang tua yang sehat

dan cukup makan juga akan mempraktekkan hal tersebut kepada anak-anaknya, begitu juga sebaliknya. Oleh karena itu, penting untuk memberikan pendidikan kesehatan supaya masyarakat sadar dan mengambil tindakan untuk menjaga kesehatannya bagi generasi mendatang (Fertman, Cl., et.al, DD. 2016).

12.2.3 Pencegahan Penyakit (tindakan pencegahan)

Secara garis besar upaya tersebut dapat dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

1. Upaya pencegahan
2. Upaya kuratif
3. Tindakan rehabilitasi

Dari ketiga upaya tersebut, pencegahan terhadap suatu penyakit merupakan upaya yang terbaik dan sangat terjangkau dalam hal biaya dari pada upaya pengobatan dan rehabilitasi (Kodim, Nasrin. Dkk. 2010).

12.2.4 Langkah-langkah Promosi dan Pencegahan oleh Leavel dan Clark

1. Persyaratan promosi dan pencegahan

- 1) Upaya aktif

Kelompok ibu-ibu sehat merupakan salah satu sasaran dalam melakukan promosi kesehatan terutama mengenai aktivitas seksual. Kegiatan tersebut merupakan langkah awal yang sangat penting pada pelayanan kesehatan antenatal.

- 2) Tindakan pencegahan

Pencegahan adalah promosi kesehatan yang mencegah penyakit. Sasaran dalam mencegah kelompok resiko tinggi agar tidak sakit (pencegahan primer) yaitu kelompok individu yang berisiko tinggi. Kegiatan

tersebut berupa imunisasi, antenatal care, pemeriksaan perinatal dan neonatal (Marmi, 2013).

12.2.5 Manfaat Upaya Promotif dan Pencegahan

Beberapa manfaat promosi dan pencegahan adalah:

- a. Menghilangkan rasa sakit
- b. Meningkatkan tingkat deteksi dini
- c. Mengurangi frekuensi komplikasi
- d. Kualitas hidup yang lebih baik (Marmi, 2013)

12.2.6 Tahapan Promotif dan Preventif

Dalam perkembangannya, terdapat tiga tahapan pencegahan dalam mengatasi masalah kesehatan yaitu sebagai berikut:

- a. Pencegahan primer: Tahapan ini dimulai saat seseorang belum sakit, adapun upaya-upaya yang dilakukan yaitu:
 - 1) Promosi kesehatan tentang gangguan kesehatan dapat meningkatkan daya tahan tubuh seseorang terhadap penyakit.
 - 2) Perlindungan khusus: pencegahan khusus terhadap penyebaran penyakit tertentu, seperti imunisasi, peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah penggunaan narkoba, mengatasi stres, dll.
- b. Pencegahan sekunder: ketika seseorang menjadi sakit
 - 1) Deteksi dini dan melakukan pengobatan tepat waktu. Hal tersebut mempunyai tujuan yaitu mencegah penyebaran penyakit jika menular, mengobati dan menghentikan penyakit, menyembuhkan pasien dan mencegah komplikasi serta kecacatan.
 - 2) Batasan kecacatan terjadi pada tahap ini di mana kekurangan ditangani, terutama mencegah penyakit menjadi persisten yang mengarah ke kecacatan yang lebih parah.

- c. Pencegahan tersier: selama fase penyembuhan.
Rehabilitasi adalah prosedur yang bertujuan untuk mencegah kecacatan yang dialami menjadi penghalang sehingga orang yang mengalami dapat menggunakan secara optimal baik fisik, psikologis, dan sosial (Maryanti, dkk. 2015).

12.2.7 Tindakan Upaya Promotif dan Preventif

Berdasarkan pencegahan terhadap suatu penyakit terdapat lima upaya yang bisa dilakukan sebelum, selama dan sesudah sakit yaitu sebagai berikut:

a. Pra-penyakit (sebelum timbulnya penyakit)

1) Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan bidang ilmu kesehatan yang memiliki dua aspek yaitu aspek ilmiah dan artistik. Promosi kesehatan sangat diperlukan dalam mendukung program-program kesehatan lainnya, contohnya pemberantasan penyakit menular dan tidak menular, rencana perbaikan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, intervensi kesehatan ibu dan anak, rencana layanan kesehatan, dll.

Dalam hal ini, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengembangkan definisi promosi kesehatan:

Sebuah tindakan yang disebut "promosi kesehatan" Seseorang mampu untuk mengetahui kondisi kesehatan diri sendiri. Dalam menjaga kesehatan individu atau kelompok dapat dilakukan berdasarkan keinginan, memenuhi kebutuhan, dan beradaptasi dengan keadaan yang berubah sehingga bisa mencapai kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara total" (Dignan MB., Carr PA., 2020).

Kutipan di atas dapat disimpulkan bahwa meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya

adalah proses promosi kesehatan. Manusia harus mampu mengenali dan memahami keinginan dan kebutuhannya, mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya, dan berada dalam kesehatan fisik, mental, dan sosial sebaik mungkin (lingkungan fisik, sosial budaya, dll.)

Australian Health Foundation juga menjelaskan tentang promosi kesehatan yaitu:

“Promosi kesehatan adalah Suatu kegiatan yang direncanakan dengan tujuan agar terdapat 'perubahan' pada orang, organisasi, komunitas dan lingkungannya” (Keleher, H., et al. 2007).

Artinya promosi kesehatan adalah program kesehatan yang bertujuan agar masyarakat mampu melakukan perubahan untuk diri sendiri maupun dalam organisasi dan lingkungannya.

Promosi kesehatan juga merupakan kerjasama dari semua lintas sektoral yaitu dari pendidikan, organisasi, politik dan hukum agar terjadi perubahan perilaku berkaitan dengan kesehatan.

Beberapa sumber lain juga membagi menjadi dua aspek, yaitu; 1) aspek promosi untuk penduduk sehat; 2) aspek pencegahan (preventif) dan pengobatan (penyembuhan), dengan sasaran penduduk berisiko tinggi dan penduduk sakit.

Penyuluhan kesehatan dalam dan promosi merupakan dua komponen utama ruang lingkup promosi kesehatan berkelompok saat ini. Usaha ini adalah pelayanan kesehatan dalam pencegahan, pemeliharaan dan pengobatan. Kesehatan umum. Beberapa upaya tersebut antara lain:

- 1) Menyediakan makanan sehat dengan kualitas dan kuantitas yang terjamin. Hal tersebut berkaitan dengan nutrisi dan penyakit sehingga bisa

mencegah masalah kesehatan terkait makanan, Beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu:

a) Asupan makanan

Makanan kaya nutrisi adalah makanan yang bergizi. Makanan yang bergizi yaitu makanan sehat yang boleh dikonsumsi diantaranya yaitu lauk pauk, sayuran, buah-buahan, dan makanan pokok. Makanan ini akan berubah menjadi zat makanan yang bermanfaat setelah dikonsumsi. Kekurangan nutrisi akan mempengaruhi fungsi Anda dan membuatnya lebih buruk.

b) Mengontrol makan

Asupan makanan yang baik sangat diperlukan oleh tubuh kita. Makanan harus dijaga kebersihannya mulai dari persiapan pertama hingga konsumsi. Makanan yang rusak atau terkontaminasi dapat menyebabkan masalah kesehatan.

- 2) Memperbaiki hygiene dan sanitasi, misalnya: menyediakan air yang baik untuk rumah tangga, memperbaiki pengolahan sampah, air limbah dan limbah, dll.
- 3) Meningkatkan kesehatan remaja dengan memberikan pelayanan Kesehatan berupa pelayanan KB bagi remaja yang hamil di luar nikah dan remaja yang terjangkit penyakit menular akibat hubungan seks bebas.
- 4) Pendidikan kesehatan masyarakat.
 - a) Konseling sebelum menikah, selama hamil, melahirkan dan menyusui
 - b) Konseling kesehatan seksual dan reproduksi untuk remaja, dewasa dan lanjut usia
 - c) Pendidikan seks dini Orang tua dan lembaga swadaya masyarakat sekolah

- d) Kesehatan mental mengupayakan perkembangan karakter yang baik.

Peran bidan dalam promosi kesehatan :

- 1) Penyuluhan dan pendidikan kesehatan kepada seseorang kelompok dan masyarakat tentang makanan kaya nutrisi
- 2) Konsultasi dan upaya perbaikan kesehatan dengan melibatkan lintas sektor dalam kegiatan tersebut.
- 3) Melaksanakan program-program kesehatan dengan maksimal. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang optimal adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan UU No 1 tahun 2009 meliputi aspek promotif (*health education*), pencegahan (*prevention*), pengobatan (*treatment*) dan rehabilitasi (*nursing*) (Romauli S, dkk. 2012).

b. Memberikan perlindungan khusus Penyakit (*Spesific Protection 1*)

Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat tentang pentingnya perlindungan khusus terhadap penyakit dapat meningkatkan kesadaran masyarakat. Kegiatan tersebut antara lain:

- 1) Vaksinisasi merupakan salah satu bentuk pelayanan perlindungan khusus.
- 2) Menggunakan kontrasepsi kondom dalam mencegah penyakit menular
- 3) Pencegahan kecelakaan di tempat umum dan tempat kerja
- 4) Penerapan aturan yang melindungi anak dan perempuan dari penyalahgunaan, pelecehan seksual, dan kekerasan.

Peran bidan dalam tindakan perlindungan khusus yaitu dengan melakukan vaksinasi pada bayi dan anak kecil serta mengedukasi masyarakat tentang pentingnya vaksinasi, memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan alat kontrasepsi dan kondom dalam mencegah penyakit menular (Romauli S, dkk. 2012).

Pada Masa sakit

- a. Mengenali dan mengetahui jenis penyakit sejak dini dan segera memberikan penanganan yang tepat Menurut Leavel dan Clark, deteksi dini dan pengobatan suportif adalah ruang lingkup tindakan suportif dan preventif.

Peran bidan dalam deteksi dini dan penanganan cepat (deteksi dini dan perawatan suportif):

- 1) Melakukan program skrining gratis di pedesaan dengan tokoh masyarakat dan petugas kesehatan lainnya
- 2) Melakukan program skrining gratis di pedesaan dengan tokoh masyarakat dan petugas kesehatan lainnya
- 3) Konsultasi tentang pentingnya deteksi dini
- 4) Melakukan prosedur Pap smear, IVA
- 5) Mengajari melakukan pemeriksaan SADARI
- 6) Rujuk segera setelah melihat pasien dengan penyakit berbahaya atau penyakit penyerta. (Marmi, 2013).

- b. Pembatasan Kecacatan (*Disability Limatation*)

Pada tindakan ini, masyarakat kurang mampu memahami dan sadar tentang kesehatan dan penyakit, maka masyarakat tersebut tidak melanjutkan pengobatan sampai selesai. Dengan demikian, pemeriksaan dan pengobatan penyakit tidak dilakukan secara menyeluruh (Marmi, 2013).

Peran bidan dalam usaha pembatasan kecacatan:

- 1) Memberikan pengobatan agar pasien sembuh dan tidak ada komplikasi.
- 2) Menghindari komplikasi dan cedera.
- 3) Meningkatkan pelayanan kesehatan dengan melibatkan masyarakat sebagai pendukung untuk memungkinkan pengobatan dan perawatan yang lebih efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- Blais, Katheleen Koenig, dkk. 2012. Praktik keperawatan professional konsep & Perspektif. Buku Kedokteran: Jakarta.
- Dignan MB., Carr PA., 2020. Program Planningfor Health Education and Promotion. Second Edition. USA: Lea & Febiger.
- Fertman, Cl., & Allensworth, DD. 2016. Health Promotion Program. San Francisco, US: A Wiley Imprint.
- Keleher, H., MacDougall, C, & Murphy, B. 2007. Understanding Health Promotion. Victoria, Australia: Oxford University Press.
- Kodim, Nasrin. Dkk. 2010. Himpunan Bahan Kuliah Penyakit Tidak Menular. Jakarta: UI.
- Maryanti, Dwi, Majestika Septikasari. 2015. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Teori dan Praktikum. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 2012. Promosi kesehatan: Teori dan Aplikasi. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Romauli S, dkk. 2012. Kesehatan Reproduksi Mahasisiwi Kebidanan. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Marmi. 2013. Kesehatan Reproduksi.Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

BAB 13

DOKUMENTASI, PELAPORAN DAN SISTEM RUJUKAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Ernawati

13.1 Konsep Dokumentasi

A. Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi kebidanan merupakan dasar komunikasi tertulis yang efektif, pencatatan dan pelaporan bukti-bukti yang dimiliki oleh bidan dalam pemberian asuhan kebidanan untuk kepentingan klien, bidan dan tim medis dalam pemberian pelayanan medis. Kondisi/ kejadian yang diamati selama asuhan kebidanan. Catatan kebidanan juga berfungsi sebagai bukti perekaman dan pelaporan berdasarkan keterangan tertulis bidan yang akurat dan lengkap dalam asuhan bidan serta berguna bagi klien, pelanggan, tim medis dan bidan itu sendiri. (Surtinah, Sulikah, and Nuryani 2019)

Dokumenmentasi termasuk dokumen/catatan yang memberikan fakta dan kesaksian tentang sesuatu atau catatan tentang kejadian. Pengiriman berita/ informasi/ laporan tentang kesehatan/ perkembangan pasien dilakukan dengan dua cara yaitu pencatatan dan pelaporan. (Enggar, Maineny, and Veronica 2022)

B. Fungsi Dokumentasi

Pendokumentasian bidan memiliki beberapa fungsi, antara lain sebagai berikut :

1. Aspek Administratif, pada Aspek ini pendokumentasian asuhan kebidanan yang meliputi pencatatan kegiatan bidan sesuai pekerjaan dan tanggung jawabnya sebagai bidan dan tim kesehatan lain untuk pencapaian arah kesehatan masyarakat
2. Aspek medis, dokumentasi dengan catatan berfungsi sebagai acuan dalam merencanakan tindakan medis atau pengobatan bagi pasien.
3. Aspek hukum, dalam hal ini dokumentasi dapat menjadi alat atau alat bukti hukum ketika terjadi permasalahan hukum antara tenaga medis dengan pasien. Dokumen ini dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan, sehingga ketika dicatat, informasi tersebut harus dapat ditandai secara menyeluruh, terbuka, independen dan disahkan oleh bidan.
4. Sisi keuangan, dalam hal ini pengarsipan bidan dapat dijadikan sebagai acuan dalam menyusun perkiraan awal anggaran atau biaya yang diperlukan
5. Dari segi keilmuan, dokumentasi bidan meliputi informasi pasien atau rekam medis. Ini bisa digunakan untuk informasi dalam study dan penambahan sains dan teknologi melalui studi dokumenter.
6. Dari segi edukasi, catatan kebidanan berisi bukti riwayat perkembangan pasien dan aktifitas pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada pasien. keterangan ini bisa digunakan untuk bahan ajar dan sebagai sumber acuan nantinya.
7. Sisi dokumenter, meliputi rekaman data yang harus diarsipkan dan dapat digunakan menjadi sumber untuk proses dan laporan kesehatan.

8. Jaminan mutu, pencatatan data pasien yang utuh, benar di catat oleh bidan memudahkan bidan mengklarifikasi keluhan pasien. Selain itu, dokumentasi yang valid membantu meningkatkan kualitas asuhan kebidanan
9. Aspek akreditasi, pendokumentasian menunjukkan berapa banyak masalah pasien yang dapat diatasi atau tetap tidak terselesaikan. Dengan demikian, keberhasilan asuhan bidan yang diusulkan dapat dievaluasi dalam pengembangan selanjutnya. Selain itu, seseorang bisa melihat kinerja peran dan tugas bidan yang terletak pada perawatan pasien terkait pelayanan. Akreditasi juga memungkinkan kita untuk menilai mutu layanan kebidanan yang diberikan dalam hal kemampuan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Aspek Statistik, Aspek Dokumenter dapat berupa informasi statistik yang membantu fasilitas mengembangkan rencana kebutuhan staf medis dan mengembangkan rencana berdasarkan kebutuhan.
10. Aspek komunikasi dan dokumentasi kebidanan yang baik memudahkan komunikasi antara tenaga medis dengan pasien dan keluarga pasien. Dokumentasi yang akurat melindungi kita dari penyalahgunaan, dokumentasi dapat mengimplementasikan perawatan kebidanan yang terkoordinasi dengan baik. (Wildan 2009)

C. Model Dan Teknik-Teknik Pendokumentasian Dalam Asuhan Kebidanan

1. Teknik Naratif

Teknik ini merupakan metode pendaftaran yang paling tradisional, namun sistem ini cukup fleksibel. Karena catatan berasal dari sumber dokumenter,

mereka sering digunakan untuk referensi. Sumber atau sumber dokumentasi dapat diperoleh dari siapa saja, misalnya tenaga medis, yang bertugas memberikan informasi. Informan mempresentasikan hasil observasinya, memaparkan kegiatan dan evaluasinya. Teknik penulisan ini sangat memperhatikan urutan/kronologi kejadian. Secara umum, kebijakan kelembagaan menekankan siapa yang mencatat/melaporkan apa, bagaimana sesuatu dicatat dan di mana harus dicatat. Catatan naratif (orientasi ke sumber informasi) dapat digunakan untuk gambaran klinis apa pun karena keterbukaannya. Bidan atau tenaga medis dapat mendokumentasikan hasil observasinya secara kronologis.

Contoh catatan naratif :

Tanggal/ Waktu	Catatan bidan
09/12/2022 Jam 14.00	Luka setelah operasi kista ovarium terasa sensitif, jahitannya mengeluarkan darah, lukanya sakit jika disentuh. Perban dilepas untuk mengobati luka. Pendarahan dan jahitan robek dilaporkan ke dokter. Suhu 38°C.
	Bidan
	Nama
	dan Tanda tangan

2. Teknik *Flowsheet/cheklist*

Tehnik *flowsheet* catatan kemajuan aktual dengan tujuan untuk memperoleh informasi spesifik dari pasien sesuai dengan indikator yang telah

ditentukan. Lembar alir (bentuk grafik) memungkinkan bidan untuk mencatat pengamatan tanpa harus menuliskannya, termasuk data klinis pasien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu), berat badan, asupan dan pengeluaran cairan dalam 24 jam, dan obat-obatan. . pengelolaan Selain pencatatan tanda-tanda vital, keseimbangan cairan dalam 24 jam, informasi obat dan catatan harian asupan bidan juga dicatat menggunakan *flow chart*. *Flowchart* adalah cara cepat dan efisien untuk menyimpan data. Selain itu, tenaga medis dapat mengetahui kondisi klien dengan mudah hanya dengan menggunakan diagram yang terdapat dalam flowchart. Oleh karena itu, *flow chart* khususnya data fisiologis lebih sering digunakan di IGD.

Checklist adalah lembar penilaian yang dibuat sesuai standar, untuk memudahkan bidan mengisi akte kelahiran, hanya menandai bagian-bagian yang sesuai dengan kondisi pasien. Jika perlu memasukkan angka, angkanya juga sangat ringkas, misalnya dengan *vital sign*.

3. Model dokumentasi SOR (*source oriented record*)

Model dokumen SOR (*Source-Oriented-Record*) adalah model dokumen yang berbasis sumber data. Model ini menemukan catatan berdasarkan disiplin orang atau sumber daya yang mengelola catatan. Setiap anggota tim kesehatan melengkapi dokumentasi dengan membuat catatan mereka sendiri tentang pengamatan. Semua hasil dokumen kemudian digabungkan. Izinkan setiap anggota tim layanan kesehatan untuk melakukan aktivitas mereka sendiri secara independen dari anggota tim layanan kesehatan lainnya. Misalnya, kumpulan dokumen yang ditulis oleh

dokter, bidan, perawat, fisioterapis, ahli gizi, dll. Dokter menggunakan lembaran itu untuk mencatat instruksi, formulir riwayat medis, dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan bidan, dan daerah lain juga memiliki catatan sendiri yang dapat diterapkan untuk pasien rawat inap, dengan catatan surat dokter ditulis oleh dokter dan surat perawat ditulis oleh perawat. Namun, catatan ini biasanya berupa surat keterangan dokter. Catatan dalam model ini diurutkan berdasarkan disiplin orang atau sumber yang menangani dokumentasi.

Templat dokumentasi SOR ini dapat dibuat dengan formulir grafik, format pemberian obat, format catatan bidan, termasuk riwayat medis klien, riwayat keperawatan dan perkembangan, tes laboratorium dan diagnostik, formulir masuk rumah sakit dan formulir yang ditandatangani oleh pasien dan keluarganya. Dokumentasi terdiri dari lima bagian, yaitu: Formulir aplikasi berisi data pribadi, resep dokter, riwayat medis atau formulir medis, catatan bidan dan laporan khusus. Kelebihan dari model dokumen SOR (*Source-Oriented-Record*) adalah : Menyajikan data yang konsisten dan mudah dikenali. Memudahkan pendokumentasian bidan. Proses dokumentasi sederhana.

4. Model dokumentasi POR (*Problem-oriented-record*)

Model dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*) adalah model dokumentasi yang berorientasi masalah. Model ini berfokus pada data pelanggan yang didokumentasikan dan diatur sesuai dengan permasalahan pelanggan. Pendekatan ini pertama kali dirintis oleh Dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam bentuk aslinya, pendekatan berbasis masalah ini dibuat untuk memfasilitasi dokumentasi dengan

laporan kemajuan bawaan, dan sistem ini memungkinkan semua petugas layanan kesehatan untuk menangkap temuan dari daftar masalah.

Komponen-komponen model dokumentasi POR :

- a. Daftar masalah merupakan hasil interpretasi data dasar atau hasil analisis perubahan data. Daftar ini mencerminkan kondisi atau nilai yang tidak normal dari data yang diperoleh berdasarkan urutan prioritas yang tertulis dalam daftar tugas dan ditentukan pada setiap shift. Kriteria daftar masalah yang dibuat adalah: Informasi yang diidentifikasi dari informasi baseline diatur berdasarkan tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah awalnya dibuat oleh bidan yang bertemu dengan klien untuk pertama kali atau oleh orang yang bertanggung jawab untuk membuatnya. Daftar ini ada di halaman beranda. Setiap masalah diberi tanggal, nomor, deskripsi masalah, dan nama pengasuh yang menemukan masalah tersebut.
 - b. Rencana praperawatan bidan merupakan rencana yang dapat dibuat untuk setiap masalah. Daftar rencana asuhan kebidanan primer
 - c. Laporan kemajuan adalah catatan kemajuan status pelanggan berdasarkan masalah yang dihadapi oleh pelanggan. Merevisi atau memperbarui rencana dan tindakan saat keadaan klien berubah. Catatan kemajuan ini berisi tentang perkembangan atau progresi dari setiap masalah kesehatan klien. Catatan Kemajuan dapat digunakan sebagai : SOAP, SOAPIER, dan PIE.
5. Model dokumentasi CBE (*charting by exeption*)
- Model dokumen CBE (*Charting by Exception*) adalah sistem dokumen yang hanya mencatat hasil atau temuan yang menyimpang dari keadaan normal

tubuh. Penyimpangan yang disebutkan di sini mengacu pada keadaan penyakit yang mempengaruhi kesehatan klien. Komponen model dokumen CBE (*Exception Mapping*) meliputi: Dokumentasi berupa kesimpulan temuan kunci dan dokumentasi yang menjelaskan indikator evaluasi, dan dokumentasi ini didasarkan pada standar praktik kebidanan

6. Model kardeks

Model Kardeks adalah model dokumen tradisional yang digunakan di berbagai sumber informasi pasien yang dikumpulkan dalam sebuah buku. Catatan atau informasi yang diterima Kardex antara lain informasi pasien, antara lain nama, alamat, status perkawinan, tanggal lahir, status sosial, agama dan kepercayaan, diagnosa kebidanan dan prioritas masalah, serta informasi pengobatan. Dalam praktiknya, kardeks juga memiliki beberapa kelemahan, misalnya. Tidak lengkap, tidak cukup tempat untuk mengisi informasi yang dibutuhkan, tidak selalu diupdate dan dibaca oleh bidan sebelum memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan

7. Model CPR (*computer based patient record*)

Model ini menggunakan sistem komputer untuk mendokumentasikan bidan. Model ini terdiri dari semua jenis rekaman/dokumentasi yang diprogram dengan jelas untuk memfasilitasi diagnosis dan mengurangi aktivitas perekaman tradisional. Saat menggunakan CPR, perlu diingat bahwa jumlah informasi yang dikumpulkan tentang kesehatan seseorang sangat besar, dan metode ini merupakan cara penyampaian informasi yang lebih efisien dan efektif. Ada beberapa kelebihan dan kekurangan penggunaan CPR dalam penerapannya. Manfaat termasuk catatan yang mudah dibaca, catatan selalu

tersedia, produktivitas bidan meningkat, korupsi catatan berkurang, proses asuhan bidan didukung, dokumentasi yang berlebihan berkurang, dokumen bidan diklasifikasikan, laporan dicetak secara otomatis, dokumentasi sesuai dengan standar asuhan bidan, ketersediaan. Informasi, menghindari kesalahan pemberian obat dan kemudahan penentuan biaya. Namun, kerugiannya mungkin termasuk biaya tinggi, keterbatasan format penyimpanan, kesulitan menghapus spreadsheet, masalah keamanan dan kerahasiaan data pasien, dan lain lain

8. Model SOAP dan SOPIER dalam dokumentasi kebidanan

Model SOAP dan SOAPIER sering digunakan dalam catatan perkembangan pasien. Bentuk penerapannya adalah sebagai berikut :

1) SOAP

Bentuk SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien dengan cara penulisannya adalah sebagai berikut :

S (subjektif) : Segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien

O (objektif) : Data yang diobservasi dari hasil pemeriksaan oleh bidan/tenaga kesehatan lain

A (analisis) : Kesimpulan dari data objektif dan subjektif

P (perencanaan) : Rencana Tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.

Contoh :

TANGGAL	WAKTU	MASALAH	SOAP
12/ 12/ 2022	JAM 06.00	Luka post operasi kista ovarium	S : Pasien mengeluh nyeri pada luka, panas saat dikenali O : di balut warnanya terlihat bau, ada nanah/busuk A : luka menunjukkan tanda-tanda infeksi P : mengobati luka Bidan Nama dan tanda tangan

2) SOAPIER

Bentuk SOAPIER Ini lebih tepat ketika pasien mengubah rencana dan proses evaluasi dimulai.

Cara penulisannya adalah sebagai berikut:

S (subjektif) : segala pernyataan atau keluhan pasien

O (objektif) : Informasi hasil wawancara dengan bidan/petugas kesehatan lainnya

A (analisis) : kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif

P (perencanaan): rencana yang dilakukan terhadap masalah

I (implementasi): pelaksanaan dari rencana yang dilakukan

E (evaluasi) : evaluasi dari pelaksanaan tindakan

R (Revisi): revisi dari rencana kebidanan yang akan diubah

Contoh :

TANGGA L	WAKT U	MASALA H	SOAP
12/ 12/ 2022	06.00	Luka setelah operasi kista ovarium	S : Pasien mengeluh nyeri pada luka, panas saat dikenali O : di balut warnanya terlihat bau, ada nanah/busuk A : luka memperlihatka n tanda infeksi P : lakukan perawatan luka I : basahi luka dengan NaCL E : luka masih bernanah R : ganti perban menjadi 2kali/hari

			Bidan Nama dan tanda tangan
--	--	--	---------------------------------------

13.2 Pelaporan Dan Sistem Rujukan Kesehatan Reproduksi

A. Pelaporan

1. Pengertian Pelaporan

Pelaporan adalah informasi tertulis dan informasi resmi tentang kesehatan dan perkembangan pasien, setelah itu informasi tentang kondisi dan perkembangan pasien dikomunikasikan secara lisan kepada bidan/perawat lain atau dokter atau tim kesehatan lainnya. Pelaporan adalah cara komunikasi yang digunakan oleh petugas kesehatan, baik secara tertulis maupun lisan, tentang hasil kegiatan atau prosedur yang dilakukan. (Dewi Nur et al. 2022)

Pencatatan dan pelaporan merupakan indikator keberhasilan operasi. Tindakan atau program yang dilakukan tanpa registrasi dan pelaporan tidak terlihat. Hasil pencatatan dan pelaporan dengan cara yang tepat dan benar ini merupakan informasi yang berharga dan berharga. Oleh karena itu data dan informasi merupakan elemen penting dalam organisasi karena data dan

informasi berbicara tentang keberhasilan atau perkembangan organisasi. (Buwono and Sofiana 2018)

2. Manfaat Pelaporan

- a. Memfasilitasi pengelolaan informasi kinerja di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota
- b. Memfasilitasi pengumpulan informasi untuk perencanaan terkait pengembangan tenaga kesehatan
- c. Memfasilitasi pelatihan tenaga kesehatan
- d. Memfasilitasi melakukan evaluasi

3. Wewenang bidan dalam pencatatan dan pelaporan

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI , nomor : 900/MENKES/SK/VII/2002, tanggal 25 Juli 2002. Pencatatan dan Pelaporan bidan adalah sebagai berikut :

- a. Dalam pemberian pelayanan bidan, bidan mencatat hasil pelayanan, baik berupa laporan medis masing-masing bidan maupun sebagai rangkuman hasil pelayanan sebagai dasar penyusunan laporan.
- b. Semua bidan yang memberikan pelayanan kebidanan harus mematuhi ketentuan yang berlaku.
- c. Jika memungkinkan, bidan menawarkan Kartu Sehat (KMS) untuk anak kecil dan KMS untuk ibu hamil atau buku KIA. (Kemenkes 2018)

B. Sistem Rujukan

Sistem rujukan adalah sistem kesehatan yang melakukan pengalihan tanggung jawab bersama atas suatu penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal, menurut unit yang berkinerja lebih rendah ke unit yang berkinerja lebih tinggi, atau secara horizontal, antar unit

pada tingkat yang sama. kemampuan Sistem rujukan mengatur alur kemana dan kemana orang dengan kondisi kesehatan tertentu harus pergi untuk memeriksakan kondisi kesehatannya. Setiap orang harus mendapat manfaat dari sistem ini. (IDI 2016)

Sistem rujukan akan diberlakukan sesuai dengan kebutuhan medis. Pada pengobatan tingkat pertama, peserta dapat berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, klinik atau dokter/praktik mandiri yang tertera pada kartu kepesertaan BPJS Kesehatan.

Pelayanan kesehatan ini hanya dapat diserahkan jika peserta mendapat rujukan dari faskes/FKTP. Rujukan ini dilakukan hanya jika pasien memerlukan layanan medis khusus dan penyedia layanan kesehatan utama peserta tidak dapat memberikan layanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan peserta karena keterbatasan fasilitas, layanan, dan/atau personel. Apabila penyakit peserta masih belum dapat ditangani di pelayanan kesehatan sekunder, maka peserta dapat dirujuk ke Puskesmas tersier. Di sini, peserta dibimbing oleh subspesialis dengan menggunakan keahlian dan teknologi subspesialis. (Kesehatan 2020)

13.3 Pendokumentasian Dalam Kesehatan Reproduksi

Langkah 1. Pengkajian

Informasi yang harus dikumpulkan dari pasien dengan gangguan pada sistem reproduksi meliputi: informasi pribadi pasien dan pasangan atau keluarga, termasuk nama, umur, agama, suku/kewarganegaraan, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap. data subjektif dan data objektif yang terdiri dari pemeriksaan medis, pemeriksaan panggul dan

pemeriksaan laboratorium atau penunjang lainnya. Data subyektif pasien dengan gangguan pada sistem reproduksi harus dikumpulkan:

1. Keluhan utama dan kunjungan saat ini Kunjungan pertama atau kunjungan berulang
2. Riwayat perkawinan yang terdiri dari: Status perkawinan, pernikahan ketiga, usia ibu saat menikah dan lama menikah
3. Riwayat menstruasi, meliputi :HPMT, siklus menstruasi, lama menstruasi, dismenorhoe, perdarahan pervaginam dan fluor albus
4. Riwayat obstetri : Para (P).... Abortus (Ab)... Anak hidup (Ah).... Ditambahkan dengan riwayat persalinan yang lalu
5. Riwayat KB, seperti metode kontrasepsi yang digunakan dan berapa lama digunakan, dan tempat aplikasi dan penghentian, keluhan
6. Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan
7. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi pola nutrisi, eliminasi, personal hygiene, aktivitas dan istirahat
8. Kondisi psikososial meliputi pengetahuan dan respon pasien terhadap keadaan saat ini, respon keluarga terhadap kondisi pasien, dukungan keluarga dan pengambilan keputusan

Data objektif dari pasien dengan gangguan system reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi:

- a. Pemeriksaan fisik meliputi :
 - a) Keadaan umum seperti kesadaran, keadaan emosi selama pemeriksaan
 - b) Tanda tanda vital
 - c) Kepala dan leher seperti edema wajah, mata, mulut dan leher
 - d) Payudara meliputi bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, retraksi,

massa, pengeluaran cairan, dan pemebesaran kelenjer limfe

- e) Abdomen seperti adanya bentuk, adanya bekas luka, benjolan/massa tumor, nyeri tekan
- f) Genetlaia seperti luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan gatal/panas) keadaan kelenjer Bartholin, nyeri tekan, hemoroid dan keadaan lain
- g) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak
- h) Kebersihan kulit

b. Pemeriksaan ginekologi

Tes pemeriksaan, meliputi:Kondisi serviks (cairan/darah, luka/radang/tanda keganasan), kondisi dinding vagina (cairan/darah, luka)Pemeriksaan bimanual untuk menentukan posisi serviks untuk dilatasi dan nyeri tekan/balancing. Palpasi uterus menentukan ukuran, bentuk dan lokasi, mobilitas, nyeri tekan dan adanya massa.

c. Pemeriksaan penunjang

Pasien mungkin perlu menjalani beberapa tes untuk melengkapi informasi yang terkumpul dan untuk memastikan diagnosis pasien Beberapa tes laboratorium untuk pasien dengan gangguan reproduksi adalah tes yang dilakukan pada sampel darah, sekret/cairan vagina, atau biopsi jaringan tubuh. Selain itu, beberapa tes diagnostik mungkin diperlukan, termasuk:USG, histerosalpingografi (HSG) atau laparoskopi dan lain-lain.(Wafi nursalim 2009)

Langkah 2. Interpretasi Dasar

Pada Langkah ini dilakukan identifikasi yang tepat terhadap masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis

yang spesifik. Contoh : P3 Ab0 Ah3 umur 52 tahun dengan kistoma ovari.

Masalah : Perasaan mual terus-menerus, tidak sampai muntah.

Kebutuhan : Konseling tentang penyebab mual dan nutrisi yang adekuat.

Langkah 3. Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada fase ini kami mengidentifikasi masalah atau kemungkinan diagnosis lainnya berdasarkan kelompok masalah dan diagnosis yang ditemukan. Langkah ini memerlukan antisipasi jika potensi tindakan preventif terjadi, sementara klien diobservasi, bidan diharapkan siap ketika potensi diagnosis/masalah tersebut benar-benar terjadi.

Contoh :

Diagnosis potensial : Kistoma ovarii potensial terjadi keganasan.

Masalah Potensial : Mual terus menerus potensial kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi.

Langkah 4. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau perlunya berkonsultasi atau bekerja sama dengan anggota tim medis lainnya tergantung kondisi pasien. Tingkat keempat mencerminkan operasi total dari proses manajemen bidan. Beberapa informasi mungkin menunjukkan situasi yang serius dan bidan harus segera bertindak demi keselamatan pasien.

Dari informasi yang diperoleh, dapat diturunkan situasi yang memerlukan tindakan segera, sedangkan yang lain harus menunggu tindakan dokter, misalnya secara mandiri memperbaiki kondisi umum pasien, bekerja sama dengan

spesialis dalam studi patologi anatomi untuk menentukan apakah ada tumor ganas atau tidak.

Langkah 5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Perencanaan penuh terjadi pada fase ini. Langkah ini merupakan kelanjutan dari penatalaksanaan diagnosis atau masalah yang teridentifikasi, informasi/data dasar yang kurang lengkap dapat disempurnakan pada langkah ini.

Rencana perawatan yang komprehensif tidak hanya mencakup kondisi pasien yang dinilai, tetapi juga panduan untuk memprediksi kondisi pasien. Seperti yang diantisipasi sebelumnya. Dari sini dapat disimpulkan apakah pasien membutuhkan konseling, konseling jika dia memiliki masalah yang berkaitan dengan masalah sosial ekonomi, budaya atau psikologis.

Dengan kata lain, pengobatan pasien ini mencakup segala sesuatu yang berhubungan dengan pengobatan. Setiap rencana asuhan idealnya harus disepakati oleh kedua belah pihak, baik bidan maupun pasien, sehingga proses asuhan bidan dapat berjalan efektif. Oleh karena itu, tugas bidan pada tahap ini adalah membuat rencana perawatan bersama keluarga pasien/pasien dan kemudian mencapai kesepakatan bersama sebelum implementasi.

Semua keputusan yang dibuat dalam perawatan holistik ini harus rasional dan benar-benar valid, berdasarkan pengetahuan dan teori terkini. Wajar tidak didasarkan pada perkiraan belaka tetapi pada fakta dan kondisi pelanggan. Pemahaman teori yang benar dan memadai serta berdasarkan sumber data primer yang akurat menjamin pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai standar dan tidak berbahaya.

Langkah 6. Melaksanakan Perencanaan

Pada tahap ini, bidan membuat rencana pengobatan dengan cara yang efektif dan aman. Pelaksanaan perawatan

ini memiliki dampak yang signifikan pada fase asuhan kebidanan berikutnya. Perencanaan yang cermat dan baik menghasilkan asuhan kebidanan yang memenuhi standar dan kebutuhan pasien.

Jika perlu berobat ke dokter, misalnya karena komplikasi. Kemudian perencanaan ini juga dapat membantu membuat rincian biaya dan rencana operasi. Sehingga lebih efektif dan efisien.

Langkah 7. Evaluasi

Evaluasi merupakan hal mutlak dalam proses asuhan kebidanan, dari evaluasi ini akan menggambarkan sejauh mana keberhasilan dari proses asuhan kebidanan yang diberikan. Dari proses evaluasi ini jugalah akan tercermin kekurangan-kekurangan yang harus dibenahi untuk proses asuhan kebidanan berikutnya.

Evaluasi menjadi landasan dalam Menyusun perencanaan dan Tindakan medis yang diperlukan di masa depan, lewat evaluasi juga dapat menguji sejauh mana efektifitas dan efisiensi yang diberikan dalam asuhan kebidanan.

Manajemen kebidanan terdiri dari tujuh tahap dan merupakan proses berpikir untuk membuat keputusan klinis dalam pemberian asuhan kebidanan yang dapat digunakan/diterapkan dalam situasi apa pun. (Wafi nursalim 2009)

**Contoh Format Pendokumentasian Manajemen
Kebidanan pada Kesehatan Reproduksi
ASUHAN KEBIDANAN PADA GANGGUAN SISTEM
REPRODUKSI**

.....
 NO REGISTER :
 MASUK RS TANGGAL, JAM :
 DIRAWAT DI RUANG :

Bodata :

Ibu	Suami
Nama :	Nama :
Umur :	Umur :
Agama :	Agama :
Suku/Bangsa :	Suku/Bangsa :
Pendidikan :	Pendidikan :
Alamat :	Alamat :
No.Telepon/HP :	No.Telepon/HP :

DATA SUBJEKTIF

1. Kunjungan saat ini ☐ Kunjungan Pertama ☐
 Kunjungan Ulang
 Keluhan Utama.....
2. Riwayat Perkawinan
 Nikah.....Kali, Kawin pertama umur tahun. Denagn
 suami sekarang tahun
3. Riwayat Menstruasi
 Menarche umur tahun. Siklus Hari.
 Teratur/tidak. Lama hari. Sifat darah : encer/beku.
 Bau Flour albus ya/tidak. Dismenorroe ya/tidak.
 Banyaknya cc. HPM

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu
P Ab Ah

Ha mil Ke	Persalinan							Nifas	
	Tg l a h i r	Jenis Persa linan	Peno long	Kompl ikasi		Jeni s Kela min	BB La hir	Lak tasi	Komp likasi
				Ib u	Ba yi				

5. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

N o	Jenis Kontr asepsi	Mulai Memakai				Berhenti/Ganti Cara			
		Tan ggal	Ol eh	Te mp at	Kelu han	Tan ggal	Ol eh	Te mp at	Kelu han

6. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

.....
.....
.....
.....

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

.....

.....
.....
c. Riwayat penyakit ginekologi
.....
.....

d. Riwayat penyakit sekarang
.....
.....

7. Pola Pemenuhan Kebutuhan sehari-hari

a. Pola Nutrisi Makan

Minum

Frekuensi :

Macam :

Jumlah :

Keluhan :

b. Pola Eliminasi BAB/BAK

Frekuensi :

Warna :

Bau :

Konsistensi :

Jumlah :

c. Pola Aktivitas

Kegiatan sehari-hari :
.....

Istirahat/tidur :

d. Seksualitas

Keluhan :

e. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi kali/hari

Kebiasaan membersihkan alat kelamin
.....

Kebiasaan mengganti pakaian dalam
.....

Jenis pakaian dalam yang digunakan

.....

8. Keadaan Psiko Sosial Spiritual

- a. Pengetahuan Ibu tentang gangguan/penyakit yang diderita saat ini

.....

.....

- b. Pengetahuan Ibu tentang kesehatan reproduksi

.....

.....

- c. Dukungan Suami/Keluarga

.....

.....

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum Kesadaran

- b. Tanda Vital

Tekanan Darah : mmHg

Nadi : kali per menit

Pernafasan : kali per menit

Suhu : °C

- c. TB : cm

BB : kg

- d. Kepala dan leher

Hiperpigmentasi :

.....

Mata :

.....

Mulut :

.....

Leher :

.....

- e. Payudara
 - Bentuk :
 - Putting susu :
 - Massa/tumor :
- f. Abdomen
 - Bentuk :
 - Bekas luka :
 - Massa/tumor :
- g. Ekstremitas
 - Edema :
 - Varices :
 - Reflek patela :
- h. Genetalia luar
 - Tanda chadwich :
 - Varices :
 - Kelenjar bartholini :
 - Pengeluaran :
- i. Anus hemoroid :

2. Pemeriksaan Dalam/Ginekologis

.....

.....

.....

3. Pemeriksaan Penunjang

.....

.....

.....

ASSESSMENT

1. Diagnosis Kebidanan

.....

.....

2. Masalah

.....
.....

3. Kebutuhan

.....
.....

4. Diagnosis Potensial

.....
.....

5. Masalah Potensial

.....
.....

6. Kebutuhan Tindakan Segera Berdasarkan Kondisi Klien

a. Mandiri

.....

b. Kolaborasi

.....

c. Merujuk

.....

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian Implementasi dan
Evaluasi)

Tanggal Jam

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal Jam

DATA SUBJEKTIF

.....
.....
.....

DATA OBJEKTIF

.....
.....
.....

ASSESSMENT

.....
.....
.....

PLANNING

Tanggal Jam

.....
.....
.....

Tanda tangan

(.....)

DAFTAR PUSTAKA

- Buwono, Prasetyo widhi, and noor arida Sofiana. 2018. "Penataan Sistem Pelayanan Kesehatan Rujukan."
- Dewi Nur, Suriati Israini, Aryani Roza, susmita, Bayu Niken, Kurniawati Evi, and Susanti. 2022. *Dokumentasi Kebidanan - Google Buku*.
- Enggar, Arie Maineny, and Anna Veronica. 2022. "Dokumentasi Asuhan Kebidanan," no. 2: 1–23.
- IDI. 2016. "PENATAAN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN."
- Kemenkes, 2018. 2018. "Kementrian Kesehatan 2018." *Science as Culture* 1 (4): 146–47.
- Kesehatan, Direktorat. 2020. "Pelayanan Dan Rujukan."
- Surtinah, Nani, Sulikah, and Nuryani. 2019. "Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan," 50–61.
- Wafi nursalim. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Fitmaya.
- Wildan, Moh. 2009. *DOKUMENTASI KEBIDANAN*. Edited . salemba medika.

BIODATA PENULIS



Bdn Anita Lontaan, S.Pd, S.Tr. Keb, M.Kes
Dosen Poltekkes Kemenkes Manado

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Manado. Menyelesaikan pendidikan S1 Pendidikan di Universitas Negeri Manado dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Gadjah Mada. Menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Universitas Kadiri. Aktif dalam organisasi Ikatan Bidan Indonesia, masa bakti tahun 2018-2023, sebagai wakil ketua 1 PD IBI Provinsi Sulawesi Utara.

BIODATA PENULIS



Reza Bintangdari Johan, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi D-III Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Univeristas Borneo Tarakan

Penulis lahir di Argamakmur Provinsi Bengkulu tanggal 28 Agustus 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Borneo Tarakan. Penulis menyelesaikan studi D-III kebidanan di STIKes Perdhaki Charitas Palembang kemudian melanjutkan kuliah D-IV Bidan Pendidik dan S-2 Ilmu Kebidanan di Univeritas 'Aisyiyah Yogyakarta. Penulis menekuni bidang ilmu kebidanan dan sekarang sedang aktif menulis publikasi penelitian dan buku. Beberapa karya ilmiah penulis telah diterbitkan baik ditingkat Nasional maupun Internasional.

BIODATA PENULIS



Umarudin, S.Si., M.Si.

Dosen Program Studi Farmasi
Akademi Farmasi Surabaya

Penulis lahir di Tegal tanggal 20 September 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Farmasi, Akademi Farmasi Surabaya. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Biologi, S2 jurusan Biologi dan melanjutkan S3 pada Jurusan Biologi bidang Reproduksi. Penulis menekuni bidang Penelitian dan Menulis. Penulis mengajar mata kuliah anatomi fisiologi manusia, biokimia, dan bio sel. Penulis aktif mengikuti kegiatan-kegiatan ilmiah baik level nasional dan internasional serta aktif mengikuti kegiatan hibah-hibah dan aktif publikasi ilmiah jurnal baik ter indeks sinta dan jurnal ter indeks scopus.

BIODATA PENULIS



Gusti Ayu Tirtawati, S.SiT, M.Kes.

Dosen Poltekkes Kemenkes Manado

Gusti Ayu Tirtawati, S.SiT, M.Kes., lahir di Desa Blahbatuh Kabupaten Gianyar Bali, 15 Juni 1974. Dari ayah bernama Gusti Made Suastika (alm) dan Ibu bernama Gusti Ayu Kertiasih. Memiliki suami bernama Anak Agung Gede Arimbawa dan 2 orang putri yaitu Anak Agung Istri Arinta Maharani (Arin) dan Anak Agung Istri Anindya Pramesti (Anin). Penulis bertempat tinggal di Jl. Batu Intan gang Batu Padas C.12 Batubulan Gianyar Bali.

Telah menyelesaikan Akademi Kebidanan Cipto Mangunkusumo yang sekarang menjadi Poltekkes Kemenkes Jakarta III (1999-2001). DIV Bidan Pendidik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (2004-2005). Program Magister Promosi Kesehatan peminatan Kespro HIV/AIDS Universitas Diponegoro Semarang (2011-2013).

Karirnya dimulai sebagai Bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap) di wilayah Puskesmas Pamaron Kabupaten Brebes Jawa Tengah (1995-1998). PMB (Praktek Mandiri Bidan) tahun 1998-2015. Dosen Poltekkes Kemenkes Jakarta I (2006-2015) serta Dosen Poltekkes Kemenkes Manado (2015-sekarang).

BIODATA PENULIS



Putri Eka Sejati

Dosen tetap di IIK STRADA INDONESIA Kediri

Penulis lahir di Tulungagung 20 Desember 1991. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan Universitas Tulungagung (2013), DIV Bidan Pendidik Universitas Kediri (2014), S2 Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Pascasarjana Stikes Surya Mitra Husada Kediri (2018), Profesi bidan Stikes Karya Husada Kediri (2021), dan menjadi Candidat Doctor of Family Health and Reproductive Mahidol University Thailand sejak 2020. Saat ini dosen tetap di IIK STRADA INDONESIA Kediri.

BIODATA PENULIS



Dr. Lumastari Ajeng Wijayanti, S.Kp., M.Kes., Sp.Mat

Dosen Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Prodi
Sarjana Terapan Kebidanan Kediri

Penulis lahir di Kabupaten Nganjuk Jawa Timur, 16 Desember 1961. Penulis diangkat sebagai PNS tahun 1986 dari lulusan SPK Gambiran lulus tahun 1984. Kemudian penulis ijin belajar dalam menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Akper Karya Husada Kediri lulus tahun 1991, selanjutnya dapat Tugas Belajar (Tubel) pada waktu menempuh pendidikan S1, S2, dan S3. S1 Keperawatan di PSIK-FK UNPAD Bandung lulus tahun 1999, S2 Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2004, Spesialis1 (Maternitas) di Universitas Indonesia lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan program Doktor di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2019. Sampai sekarang penulis sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Kediri.

BIODATA PENULIS



Dr. Lumastari Ajeng Wijayanti, S.Kp., M.Kes., Sp.Mat
Dosen Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Prodi
Sarjana Terapan Kebidanan Kediri

Penulis lahir di Kabupaten Nganjuk Jawa Timur, 16 Desember 1961. Penulis diangkat sebagai PNS tahun 1986 dari lulusan SPK Gambiran lulus tahun 1984. Kemudian penulis ijin belajar dalam menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Akper Karya Husada Kediri lulus tahun 1991, selanjutnya dapat Tugas Belajar (Tubel) pada waktu menempuh pendidikan S1, S2, dan S3. S1 Keperawatan di PSIK-FK UNPAD Bandung lulus tahun 1999, S2 Keperawatan di Universitas Indonesia lulus tahun 2004, Spesialis1 (Maternitas) di Universitas Indonesia lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan program Doktor di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2019. Sampai sekarang penulis sebagai dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Malang Jurusan Kebidanan Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Kediri

BIODATA PENULIS



Nur Gilang Fitriana

Dosen tetap di STIKES HAKLI Semarang

Penulis lahir di Purworejo, 10 Juni 1986. Penulis menyelesaikan DIII Kebidanan di STIKES Widya Husada Semarang (2007), DIV Bidan Pendidik di STIKES Karya Husada Semarang (2010) dan S2 Promosi Kesehatan peminatan Kespro HIV AIDS Universitas Diponegoro Semarang (2017). Saat ini dosen tetap di STIKES HAKLI Semarang.

BIODATA PENULIS



Bd. Tutik Hidayati.,S.ST.,M.Kes

Dosen Pendidikan Profesi Bidan
Stikes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan

Penulis lahir di Probolinggo pada 2 Agustus 1990. Penulis adalah dosen tetap program studi STIKes Hafshawaty. Sebelumnya penulis menyelesaikan pendidikan DIII dan DIV Kebidanan di STIKes Hafshawaty. Penulis merupakan lulusan Magister Kesehatan di Universitas Respati Indonesia, Jakarta. Penulis mendapatkan gelar Bidan tahun 2020. Saat ini pekerja sebagai dosen tetap program studi pendidikan profesi bidan di STIKes Hafshawaty.

BIODATA PENULIS



Tutik Ekasari, S.ST., M.Kes.

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan

Penulis lahir di Probolinggo, 16 Februari 1988. Penulis menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan di Darul Ulum Jombang tahun (2006 - 2009), melanjutkan studi D-IV Bidan Pendidik tahun (2010 - 2011) di Stikes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan dan melanjutkan studi S2 Magister Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Indonesia Jakarta Timur tahun (2014 - 2016). Saat ini penulis aktif mengajar sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Kebidanan Stikes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo Jawa Timur.

BIODATA PENULIS



Wita Solama, SST., M.Kes

Staff Lembaga Penjaminan Mutu Internal, menjadi Editor Jurnal Babul Ilmi dan Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang

Wita Solama, SST., M.Kes lahir di Kota Palembang pada tanggal 24 Desember 1984. Ia Lulus pada tahun 2016 hingga mendapat gelar Magister Kesehatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang jurusan Kesehatan Reproduksi. Saat ini ia tercatat sebagai dosen tetap tersertifikasi pada mata kuliah Psikologi Ilmu Kebidanan, Komunikasi dan Konseling Ilmu Kebidanan, Pengantar Asuhan Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang. Selain mengajar ia aktif dalam kegiatan tridarma lainnya diantaranya ialah penelitian dan pengabdian masyarakat dan sebagai penulis *Book Chapter* di berbagai Penerbit. Pernah menjabat sebagai Sekretaris Prodi D3 Kebidanan STIKes Aisyiyah Palembang Tahun 2017-2019, menjabat sebagai Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Aisyiyah Palembang Tahun 2020-2022, saat ini ia sebagai staff Lembaga Penjaminan Mutu Internal dan menjadi editor jurnal

Babul Ilmi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiyah Palembang. Peraih penelitian yang berhasil didanai oleh Ristekdikti dari tahun 2020 yang berjudul: Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Deteksi Dini Tumbuh Kembang Pada Anak Usia PAUD 3-5 Tahun di Lingkungan Sekolah Pendidikan Usia Dini Pimpinan Ranting Aisyiyah Ilir Timur I Palembang. Sebagai bentuk pengabdian kepada masyarakat, ia pun terlibat aktif dalam mengisi materi dengan tema Kesehatan Reproduksi Remaja di Sekolah-sekolah Aisyiyah dan Muhammadiyah Kota Palembang. Korespondensi melalui: witasolama24@gmail.com

BIODATA PENULIS



Muzayyaroh, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Unipdu

Muzayyaroh, SST, M.Keb di Bangkalan, pada 05 Januari 1983. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Unipdu Jombang (2005), Diploma IV Bidan Pendidik di UNS Surakarta (2007) dan S2 Magister Kebidanan di UB Malang (2016). Saat ini mengabdikan di Prodi D-III Kebidanan FIK Unipdu Jombang.

BIODATA PENULIS



Ernawati

Sekretaris Prodi DIII Kebidanan dan dosen tetap di Stikes
Tanawali Takalar

Penulis lahir di Cilallang 05 November 1990. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Sekolah Tinggi Kesehatan Gema insan Akademik Makassar pada tahun 2011, DIV Bidan Klinik di Poltekkes Kemenkes Makassar pada tahun 2013, S2 Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Pada tahun 2017, Saat ini menjabat sebagai Sekretaris Prodi DIII Kebidanan dan dosen tetap di Stikes Tanawali Takalar.