

MENOPAUSE DAN GANGGUAN REPRODUKSI PADA WANITA

PENULIS :

Ketut Novia Arini

Dewi Candra Resmi

Chairunnisa Minarni Alamsyah

Ida Farida Handayani

Ugi Sugiarsih

Syastriani Isna Putri Syarif

Yuliyani

Bayu Pratama Putra

Maya Astuti

Arika Indah Setyarini

Wa Ode Sitti Justin



ISBN 978-623-196-213-1



9

786231

982131

MENOPAUSE DAN GANGGUAN REPRODUKSI PADA WANITA

**Ketut Novia Arini
Dewi Candra Resmi
Chairunnisa Minarni Alamsyah
Ida Farida Handayani
Ugi Sugiarsih
Syastriani Isna Putri Syarif
Yuliyani
Bayu Pratama Putra
Maya Astuti
Arika Indah Setyarini
Wa Ode Sitti Justin**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

MENOPAUSE DAN GANGGUAN REPRODUKSI PADA WANITA

Penulis :

Ketut Novia Arini
Dewi Candra Resmi
Chairunnisa Minarni Alamsyah
Ida Farida Handayani
Ugi Sugiarsih
Syastriani Isna Putri Syarif
Yuliyani
Bayu Pratama Putra
Maya Astuti
Arika Indah Setyarini
Wa Ode Sitti Justin

ISBN : 978-623-198-213-1

Editor : Dr. Neila Sulung, N.S.SPd., M.Kes.
Ilda Melisa, A.Md. Kep.

Penyunting: Melda Yenisa SKM.

Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, SPd.

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.globaleksekuatifteknologi.co.id
Email : globaleksekuatifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, April 2023

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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayahNya, maka Penulisan Buku dengan judul Menopause dan Gangguan Reproduksi pada Wanita terselesaikan. Kesehatan reproduksi sangat penting bagi setiap orang, termasuk wanita. Menurut WHO, 2007 kesehatan reproduksi adalah kondisi sehat jasmani, rohani dan juga sosial yang menyeluruh tidak hanya terbebas dari segala macam penyakit tetapi juga termasuk dalam fungsi dan cara kerjanya. Gangguan reproduksi berkaitan erat dengan tubuh manusia dan organ seks, bahkan dapat gangguan biologis maupun non biologis. Kondisi Kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia masih jauh dibandingkan negara-negara di ASEAN, hal ini dapat kita lihat dari jumlah angka Kematian Ibu yang masih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara. Buku ini hadir guna mempermudah pembaca dalam memahami gangguan reproduksi pada wanita serta menopause.

Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, April 2023
Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	1
1.1 Definisi kesehatan reproduksi	1
1.2 Konsep kesehatan reproduksi	2
1.3 Pengaruh konsep kesehatan reproduksi.....	3
1.4 Tujuan kesehatan reproduksi	4
1.5 Sasaran kesehatan reproduksi.....	4
1.6 Ruang lingkup kesehatan reproduksi	5
1.7 Pendekatan siklus hidup.....	7
1.8 Faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi	9
1.9 Indikator kesehatan reproduksi di Indonesia	11
1.10 Sejarah kesehatan reproduksi wanita di Indonesia	12
1.11 Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi	12
DAFTAR PUSTAKA.....	16
 BAB 2 HAK REPRODUKSI DAN KESEHATAN REPRODUKSI	
TERKAIT DENGAN ISU GENDER	17
2.1 Pendahuluan.....	17
2.2 Kesehatan Reproduksi	18
2.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi	
wanita.....	18
2.2.2 Masalah Kesehatan Terkait Kesehatan Reproduksi.....	20
2.3 Hak Reproduksi	23
2.4 Jenis Kelamin.....	23
2.5 Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi.....	24
2.5.1 Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (<i>safe motherhood</i>)	24
2.5.2 Keluarga Berencana.....	25
2.5.3 Kesehatan Reproduksi Remaja.....	25
2.5.4 Infeksi seksual menular.....	26
2.5.5 Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Pengendalian IMS.....	26
2.6 Penanganan Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi	28
2.7 Mencegah dan Mengatasi Munculnya Isu Gender dalam	
Kesehatan Reproduksi	29
2.8 Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Pencegahan dan	
Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi	30

2.9 Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja	31
2.9.1 Kesenjangan gender dalam KRR.....	31
2.9.2 Upaya mewujudkan Kesenjangan dan Keadilan Gender di KRR.....	34
2.10 Gender dalam pengendalian HIV dan AIDS.....	35
2.10.1 Kesenjangan gender dalam kasus HIV dan AIDS.....	35
2.10.2 Kesenjangan dan Keadilan Gender dalam Pengendalian HIV/AIDS.....	36
2.11 Aspek Gender dalam Kesehatan Pascaproduksi	36
DAFTAR PUSTAKA.....	38
 BAB 3 KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN HUMAN	
TRAFFICKING.....	39
3.1 Pendahuluan	39
3.2 Kekerasan Terhadap Perempuan.....	41
3.2.1 Perkembangan Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan di Dunia dan Indonesia	41
3.2.2 Jenis-Jenis Kekerasan Terhadap Perempuan.....	43
3.2.3 Faktor Penyebab Terjadinya Kekerasan Terhadap Perempuan.....	44
3.2.4 Upaya Pemerintah dan Kebijakan Terhadap Perlindungan Perempuan dari Kekerasan.....	45
3.3 <i>Human Trafficking</i> (Perdagangan Manusia)	47
3.3.1 Jenis Eksploitasi Perdagangan Manusia	49
3.3.2 Faktor Pendorong Terjadinya <i>Human Trafficking</i>	50
DAFTAR PUSTAKA.....	52
 BAB 4 KONSEP DASAR MENOPAUSE	
4.1 Pendahuluan	55
4.2 Konsep Dasar Menopause.....	55
4.2.1 Pengertian Menopause.....	56
4.2.2 Fase-Fase Menopause.....	57
4.2.3 Macam-macam Menopause.....	58
4.2.4 Gejala Menopause.....	62
4.2.5 Terapi menopause	66
4.2.7 Anjuran WHO terkait Menopause.....	67
DAFTAR PUSTAKA.....	71

BAB 5 PERUBAHAN HORMONAL PADA MENAPAUSE	73
5.1 Pendahuluan.....	73
5.2 Hormon Yang Terlibat Dengan Menopause.....	74
5.2.1 Estrogen.....	75
5.2.2 Progesteron.....	76
5.2.3 Testosteron.....	80
5.3 Tahapan menopause	82
5.3.1 Premenopause.....	82
5.3.2 Perimenapuse.....	83
5.3.3 Postmenopause	84
5.4 Perubahan Hormonal.....	85
5.4.1 Beberapa tahun sebelum menopause.....	85
5.4.2 Menjelang menopause	86
5.4.3 Perubahan ovarium.....	87
5.4.4 Sumber estrogen xtraglandular	88
5.4.5 Perubahan Hormonal Pada Menopause menurut (UNAIDS, 2019).....	90
5.5 Perubahan Hormonal Pada Menopause menurut (Anna Glasier, 2006).	92
5.6 Fisiologi Menopause	92
5.7 Perubahan Metabolisme.....	93
DAFTAR PUSTAKA.....	97
 BAB 6 PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA MENAPAUSE.....	 99
6.1 Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Psikologis Pada Menopause.....	99
6.2 Gejala Psikologis Masa Menopause	100
6.3 Kiat Menghadapi Perubahan Psikologis saat Menopause	103
DAFTAR PUSTAKA.....	108
 BAB 7 SYNDROME PASCA MENAPAUSE.....	 111
7.1 Pendahuluan.....	111
7.2 Masa Klimakterium, Menopause dan senium.....	112
7.2.1 Klimakterium	112
7.2.2 Menopause.....	113
7.2.3 Senium	114
7.3 Jenis Menopause.....	114
7.4 Penyebab.....	115
7.5 Perubahan yang terjadi.....	116
7.5.1 Perubahan organ reproduksi.....	116

7.5.3 Perubahan Fisik.....	119
7.5.4 Perubahan Emosi	121
7.6 Tanda dan gejala.....	122
7.7 Faktor yang Mempengaruhi.....	123
DAFTAR PUSTAKA.....	128
 BAB 8 PROLAPSUS UTERI PADA WANITA LANJUT USIA.....	129
8.1 Pendahuluan	129
8.2 Sejarah.....	130
8.3 Epidemiologi	132
8.4 Etiologi.....	133
8.5 Manifestasi Klinik.....	134
8.6 Diganosis.....	135
8.7 Tatalaksana.....	139
DAFTAR PUSTAKA.....	143
 BAB 9 NUTRISI DIMASA MENOPAUSE	145
9.1 Pendahuluan	145
9.2 Latar Belakang Gizi Menopause.....	146
9.3 Nutrisi Masa Menopause.....	148
9.4 Cara Mengatur Makanan Masa Menopause	149
9.5 Jenis Nutrisi Pada Masa Menopause	150
9.5.1 Makanan yang Baik Dimakan	150
9.5.2 Suplement Untuk Diminum	152
9.5.3 Makanan yang Sebaiknya Dihindari	152
DAFTAR PUSTAKA.....	154
 BAB 10 KELAINAN KONGENITAL PADA SISTEM REPRODUKSI	155
10.1 Kelainan Kongenital	155
10.1.1 Definisi Kelainan Kongenital	155
10.1.2 Patofisiologi Kelainan Kongenital	155
10.1.3 Beberapa Macam Pengelompokkan Kelainan Kongenital	157
10.1.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelainan Kongenital	162
10.2 Kelainan Kongenital Pada Sistem Reproduksi.....	165
10.2.1 Hymen Imperforata.....	165
10.2.2 Atresia Ani	170
10.2.3 Sindrom Turner	176
DAFTAR PUSTAKA.....	179

BAB 11 INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)	181
11.1 Pengertian Infeksi Menural Seksual (IMS)	181
11.2 Penyebab Infeksi Menural Seksual (IMS).....	181
11.3 Faktor Risiko Infeksi Menular Seksual (IMS).....	182
11.4 Pencegahan IMS.....	182
11.5 Jenis-jenis Infeksi Menular Seksual (IMS).....	183
11.5.1 G.O (Gonore/Kencing Nanah).....	183
11.5.2 Trikomoniasis	184
11.5.3 Klamidia.....	185
11.5.4 Herpes Genital.....	186
11.5.5 Sifilis	187
11.5.6 HIV/AIDS.....	188
DAFTAR PUSTAKA	190
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Persentase Korban Menurut Tempat Kejadian.....	42
Gambar 3.2. Jumlah Pelaku Berdasarkan Hubungan	43
Gambar 3.3. Jumlah Pelaku Berdasarkan Hubungan	44
Gambar 5.1. Hormon Gonadotrpipin & Estrogen	85
Gambar 8.1 Sistem Halfway Baden Walker terdiri dari empat tingkat: tingkat 0 – tidak ada prolaps, tingkat 1 – setengah jalan ke himen, tingkat 2 – ke himen, tingkat 3 – himen setengah jalan, tingkat 4 – penurunan maksimum.....	136
Gambar 8.2 Titik dan penanda pada pemeriksaan sistem POP- Q. Aa, titik A anterior, Ap, titik A posterior, Ba, titik B anterior; Bp, titik B posterior; C, serviks atau puncak vagina ; D, forniks posterior (jika terdapat serviks); gh, hiatus genitalis; pb, badan perineal; tvl, total panjang vagina	137
Gambar 8.3 Model Pesarium dan cara penggunaannya	140
Gambar 11.1. Gonore.....	184
Gambar 11.2. Trikomoniasis.....	185
Gambar 11.3. Klamidia.....	186
Gambar 11.4. Herpes Genital.....	187
Gambar 11.5. Sifilis.....	188

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1. Perubahan Siklus Mentrusi Menjelang Menapuse.....	86
Tabel 5.2. Biosintesis steroid.	88
Tabel 5.3. Kadar hormon steroid pada wanita pra dan pascamenapause.....	89

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Ketut Novia Arini

1.1 Definisi kesehatan reproduksi

Dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan yang dilaksanakan di Kairo Mesir pada tahun 1994, dirumuskan bahwa definisi dari kesehatan reproduksi yaitu keadaan sehat yang menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental dan sosial, dan bukan sekedar tidak adanya penyakit atau gangguan disegala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi atau pun proses dari reproduksi itu sendiri. Dengan demikian, kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa setiap orang dapat menikmati kehidupan seks yang aman dan menyenangkan, serta memiliki kemampuan untuk bereproduksi serta memiliki kebebasan dalam menentukan kapan dan berapa banyak keturunan yang dimiliki.

Pada tahun 1996, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) juga meluncurkan apa yang disebut sebagai Reproduksi Sehat Sejahtera dengan definisi yaitu suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem, fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan atas

perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan yang Maha Esa, spiritual diartikan sebagai hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Pinem, 2014).

1.2 Konsep kesehatan reproduksi

Terdapat beberapa konsep serta alasannya yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, antara lain:

1. *"From womb to tomb"* yang berarti bahwa kesehatan reproduksi dimulai sejak janin sampai pada liang kubur atau dengan kata lain bahwa kesehatan reproduksi berkaitan dengan siklus kehidupan manusia hal ini menyebabkan konsep kesehatan reproduksi menjadi lebih luas, sehingga dengan demikian, masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak dapat diantisipasi sedini mungkin bahkan sejak masa kanak-kanak dan selama masa remaja.
2. Pendekatan secara sosial yang juga mengambil peranan penting dalam mengatasi masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Adanya peningkatan penyediaan layanan kesehatan sangat berperan dalam peningkatan kesehatan reproduksi wanita dengan adanya layanan kesehatan yang komprehensif.
3. Pendekatan *"supply and demand"* berkaitan dengan penyedia layanan kebutuhan masyarakat. Hal ini berkaitan dengan adanya permasalahan gender yang mulai mencuat di masyarakat. Dengan adanya permasalahan gender, maka

perempuan semakin sadar akan hak-hak reproduksinya dan permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi wanita dapat diatasi sedini mungkin (Pinem, 2014).

1.3 Pengaruh konsep kesehatan reproduksi

Setelah dikeluarkannya beberapa konsep tentang kesehatan reproduksi, maka terjadi perubahan-perubahan dasar, antara lain:

1. Adanya perubahan dari keterpaduan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana menjadi kesehatan reproduksi remaja dan infeksi saluran reproduksi
2. Adanya perubahan penanganan yang awalnya hanya difokuskan pada sektor kesehatan saja, saat ini memadukan banyak sektor diantaranya sektor agama, pendidikan, budaya, tenaga kerja serta sektor peranan wanita
3. Adanya perubahan dari target sasaran baik dari segi jumlah maupun objeknya ke arah pendekatan yang lebih manusiawi yang menekankan pada menghormati hak-hak reproduksi wanita
4. Adanya perubahan pendekatan individu menjadi pendekatan keluarga dengan mengikutsertakan pasangan dalam hal tanggung jawab yang berkaitan dengan perilaku reproduksinya
5. Adanya perubahan pelayanan kesehatan yang awalnya hanya menitikberatkan pada pemerataan layanan, saat ini

menjadi pemerataan layanan kesehatan reproduksi yang juga berkualitas (Pinem, 2014).

1.4 Tujuan kesehatan reproduksi

1. Tujuan umum kesehatan reproduksi
Memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada wanita termasuk dalam kehidupan seksualnya serta kepada hak-hak reproduksinya, sehingga dapat meningkatkan kemandirian wanita dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidup wanita.
2. Tujuan khusus kesehatan reproduksi
 - a. Meningkatkan kemandirian wanita dalam peran dan fungsi reproduksi
 - b. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial wanita dalam hal jumlah dan waktu mendapatkan keturunan
 - c. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial laki-laki
 - d. Menciptakan dukungan laki-laki dalam membuat suatu keputusan, mencari informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi (Setyorini, 2014).

1.5 Sasaran kesehatan reproduksi

Sasaran utama dari kesehatan reproduksi meliputi:

- a. Laki-laki dan perempuan usia subur, remaja putra dan putri dengan status belum menikah. Pada masa

- pubertas, remaja diberikan penjelasan tentang pendidikan seks, serta membantu remaja dalam menghadapi menstruasi pertama (menarche) baik secara fisik, psikis, sosial dan kebersihan pribadinya.
- b. Kelompok berisiko diantaranya pekerja seks dan masyarakat prasejahtera
 - c. Lansia, pada lansia sangat penting untuk menekankan tentang risiko penularan penyakit menular seksual, pemberian makanan yang mengandung tinggi kalsium untuk mencegah terjadinya osteoporosis serta persiapan dalam menghadapi masa menopause (Pinem, 2014; Setyorini, 2014).

1.6 Ruang lingkup kesehatan reproduksi

1. Gangguan sistem reproduksi
 - a. Gangguan kesehatan yang berkaitan dengan masa kehamilan
 - b. Pengaruh kendali sosial terhadap kesehatan reproduksi wanita
 - c. Kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi wanita
 - d. Layanan esensial dan komprehensif yang tersedia
 - e. Dampak industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi wanita
2. Gender dan seksualitas
 - a. Kebijakan pemerintah terhadap masalah gender dan seksualitas

- b. Pengendalian sosial yang berkaitan dengan norma dan budaya
 - c. Seks dan remaja
 - d. Perlindungan terhadap perempuan
3. Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD)

Hal ini merupakan salah satu risiko dari terjadinya seks pranikah atau seks bebas dikalangan remaja. Terdapat dua kemungkinan yang akan terjadi pada wanita yang mengalami KTD ini, antara lain:

- a. Jika kehamilan dipertahankan
 - 1) Kehamilan pada usia dini dapat meningkatkan risiko pada proses persalinan bahkan sampai dapat menimbulkan kematian
 - 2) Terdapat kemungkinan bahwa seorang wanita akan menjadi ibu tunggal karena pasangan tidak mau dan tidak mampu untuk mempertanggungjawabkan perbuatannya
 - 3) Salah satu risiko sosial yang harus ditanggung dengan adanya KTD ini adalah putus sekolah dan rasa malu terhadap teman sepergaulan
 - 4) Jika dilihat dari faktor ekonomi, merawat kehamilan, menghadapi proses persalinan dan merawat serta membesarkan anak akan membutuhkan biaya yang besar
- b. Jika kehamilan diakhiri (aborsi)
 - 1) Risiko fisik yang dapat terjadi adalah perdarahan dan komplikasi lain yang dapat

- menyebabkan kemandulan dan bahkan kematian
- 2) Pelaku aborsi secara psikologis seringkali akan mengalami rasa takut, panik, tertekan, stress dan trauma jika mengingat proses aborsi dan rasa sakit yang dirasakan
 - 3) Ketergantungan kepada pasangan seringkali lebih besar karena merasa sudah tidak perawan lagi
 - 4) Jika dilihat dari faktor ekonomi, aborsi membutuhkan biaya yang cukup tinggi apalagi jika terjadi komplikasi ikutan
4. Kekerasan dan pemerkosaan terhadap perempuan
- Jika dilihat dari definisinya, maka kekerasan terhadap perempuan adalah segala bentuk kekerasan berbasis gender yang berakibat menyakiti fisik, seksual, mental atau penderitaan terhadap wanita termasuk ancaman dari tindakan tersebut (Setyorini, 2014).

1.7 Pendekatan siklus hidup

Terdapat lima pendekatan siklus hidup dalam menguraikan ruang lingkup kesehatan reproduksi, antara lain:

1. Konsepsi.

Wanita memerlukan perlakuan yang setara dengan laki-laki terutama dalam mengakses layanan kesehatan meliputi layanan antenatal, persalinan yang aman, layanan masa nifas serta layanan pada bayi baru lahir. Masalah yang mungkin terjadi dalam tahap ini yaitu pengutamaan

jenis kelamin, bayi lahir dengan berat badan lahir rendah, kurangnya gizi ibu hamil atau malnutrisi

2. Bayi dan anak

Perlu adanya dukungan dalam pemberian ASI secara eksklusif disertai dengan upaya penyapihan yang layak. Tumbuh kembang anak sangat dipengaruhi oleh pemberian makanan dengan gizi yang seimbang, serta pemberian imunisasi dan pemantauan balita sakit. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini meliputi pengutamaan jenis kelamin, sunat pada bayi perempuan, kurang gizi atau malnutrisi, kesakitan primer, imunisasi, masalah menyusui serta masalah dalam pemberian suplemen.

3. Remaja

Peristiwa terpenting yang terjadi pada tahap ini adalah datangnya haid pertama yang dianggap sebagai tanda kedewasaan dan dianggap sudah waktunya untuk melakukan tugas sebagai wanita dewasa dan siap untuk dinikahkan. Hal yang dibutuhkan oleh wanita pada usia ini yaitu gizi yang seimbang, informasi tentang kesehatan reproduksi, pencegahan kekerasan seksual, pencegahan ketergantungan terhadap napza, perkawinan pada usia dini, peningkatan penghargaan diri serta peningkatan keterampilan. Masalah yang sering ditemui pada masa ini adalah seks komersial, pelecehan seksual dan penyalahgunaan obat.

4. Usia subur

Masa usia subur sering disebut juga sebagai masa reproduktif. Pada masa ini, wanita harus lebih

memperhatikan kondisi tubuhnya untuk siap menghadapi masa kehamilan, persalinan dan nifas. Masalah yang sering muncul pada masa ini adalah endometritis yang ditandai dengan adanya nyeri haid, infeksi menular seksual, nyeri haid serta infeksi saluran kemih.

5. Lanjut usia (lansia)

Lansia adalah masa individu yang telah berusia di atas 60 tahun. Pada masa ini seorang wanita rentan terserang penyakit degeneratif dan penyakit keganasan lainnya. Prioritas utama pada masa ini adalah mempertahankan kesehatan dan kebugaran dengan cara mengatur pola makan yang benar, mengonsumsi suplemen yang dibutuhkan oleh tubuh serta melakukan olahraga ringan dan tetap aktif secara intelektual (Jannah, 2017).

1.8 Faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi

Beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita antara lain:

1. Status kesehatan
 - a. Gizi
 - b. Kesakitan
2. Tingkat pendidikan
 - a. Tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi
 - b. Remaja, orang tua dan tokoh masyarakat
3. Praktik budaya
 - a. Perkawinan muda
 - b. Kehamilan dan jumlah anak
 - c. Bias gender

4. Akses ke fasilitas kesehatan

Meliputi jarak ke fasilitas kesehatan, kurangnya informasi, keterbatasan biaya, adanya tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas kesehatan, serta adanya kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang memadai

5. Kemiskinan

Hal ini menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan yang pada akhirnya berakibat pada kesakitan, kecacatan dan kematian.

6. Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat

Hal ini ditentukan oleh faktor sosial ekonomi, budaya dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat. Masalah yang sering dihadapi adalah wanita seringkali “dinomorduakan” dalam segala aspek kehidupan, wanita seringkali terpaksa menikah karena adanya tekanan ekonomi, adanya keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan penting yang menyangkut dirinya sendiri seperti pemilihan alat kontrasepsi, serta adanya tingkat pendidikan wanita yang belum merata.

7. Beban ganda

Adanya tanggung jawab yang tidak proporsional yang dapat memperburuk kesehatan wanita dan anak (Jannah, 2017).

1.9 Indikator kesehatan reproduksi di Indonesia

Organisasi kesehatan dunia telah membuat daftar indikator kesehatan reproduksi yang digunakan secara global yang meliputi:

1. *Total Fertility Rate* (TFR)
2. Prevalensi kontrasepsi
3. Rasio kematian ibu
4. Persentase wanita yang berkunjung ke pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya satu kali selama masa kehamilan
5. Persentase kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan profesional
6. Jumlah fasilitas kesehatan yang berfungsi sebagai pelayanan obstetri esensial komprehensif per 500.000 penduduk
7. Angka kematian perinatal
8. Persentase kelahiran bayi hidup dengan berat lahir rendah
9. Prevalensi tes serologi positif pada ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas kesehatan
10. Persentase wanita usia reproduksi yang melakukan skrining kadar hemoglobin untuk mendeteksi adanya anemia
11. Persentase tenaga obstetri dan ginekologi yang melakukan praktik aborsi
12. Laporan prevalensi wanita dengan *female genital mutilation*
13. Persentase wanita usia reproduksi yang berisiko hamil
14. Laporan insiden urethritis pada pria usia 15-49 tahun

15. Prevalensi HIV pada wanita hamil (Kusmiran, 2014).

1.10 Sejarah kesehatan reproduksi wanita di Indonesia

Beberapa teori mendasari sejarah kesehatan reproduksi wanita di Indonesia diantaranya adanya keyakinan bahwa semua makhluk diciptakan berpasang-pasangan. Laki-laki dan perempuan memiliki derajat yang sama secara harkat dan martabat, walaupun memiliki fungsi biologis yang berbeda. Perkembangan sejarah melahirkan budaya yang juga berdampak terhadap derajat kesehatan reproduksi wanita. Beberapa hal yang dipengaruhi oleh perkembangan budaya antara lain:

1. Hampir pada seluruh kultur, wanita memiliki peran ganda yang berdampak pada kehidupan sosial wanita menjadi lebih terbelenggu atau terbelakang, serta mengakibatkan wanita menjadi rentan terserang suatu penyakit
2. Seringkali wanita memiliki akses yang kurang terhadap pelayanan kesehatan yang berdampak pada tingginya angka kematian ibu (Setyorini, 2014).

1.11 Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi

Masalah kesehatan reproduksi ditinjau dari pendekatan siklus kehidupan keluarga, meliputi:

1. Praktik tradisional yang berakibat buruk semasa anak-anak seperti mutilasi dan diskriminasi nilai anak
2. Masalah kesehatan reproduksi remaja yang kemungkinan besar dimulai sejak masa anak-anak

3. Tidak terpenuhinya kebutuhan keluarga berencana yang biasanya terkait dengan isu aborsi yang tidak aman
4. Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak selama masa kehamilan, persalinan dan masa nifas yang disertai dengan kejadian malnutrisi, anemia, dan berat badan lahir rendah
5. Infeksi saluran reproduksi yang berkaitan dengan penyakit menular seksual
6. Kemandulan yang berkaitan erat dengan infeksi saluran reproduksi dan penyakit menular seksual
7. Sindrom pre dan post menopause dan peningkatan risiko keganasan pada organ reproduksi
8. Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan penyakit degeneratif lainnya.

Masalah kesehatan reproduksi dengan area yang jauh lebih luas dikelompokkan sebagai berikut:

1. Masalah reproduksi
 - a. Morbiditas dan mortalitas wanita yang berkaitan dengan kehamilan
 - b. Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi yang berkaitan dengan pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan
 - c. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi misalnya program KB
 - d. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana yang terjangkau secara ekonomi
 - e. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi di bawah umur lima tahun

- f. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.
- 2. Masalah gender dan seksualitas
 - a. Adanya pengaturan negara terhadap masalah seksualitas misal mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas
 - b. Adanya pengendalian sosial budaya terhadap masalah seksualitas, misal tentang perilaku seks, homoseksual, poligami dan perceraian
 - c. Seksualitas dikalangan remaja
 - d. Status dan peranan perempuan
 - e. Perlindungan terhadap perempuan pekerja
- 3. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan
 - a. Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan seperti perkosaan serta dampaknya terhadap korban
 - b. Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga
 - c. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur
- 4. Masalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual
 - a. Masalah penyakit menular seksual seperti sifilis dan gonorrhea
 - b. Masalah HIV/AIDS
 - c. Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual

- d. Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah termasuk penyediaan layanan kesehatan bagi pelacur atau pekerja seks komersial
- e. Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual (Jannah, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Jannah, N. 2017. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. 1st edn. Edited by Egi Komara Yudha. Jakarta: EGC.
- Kusmiran, E. 2014. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. 1st edn. Edited by Peni Puji Lestari. Jakarta: Salemba Medika.
- Pinem, S. 2014. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. 3rd edn. Edited by Nata Wijaya. Jakarta: Trans Info Media.
- Setyorini, A. 2014. *Kesehatan Perempuan dan Pelayanan Keluarga Berencana*. 1st edn. Bogor: In Media.

BAB 2

HAK REPRODUKSI DAN KESEHATAN REPRODUKSI TERKAIT DENGAN ISU GENDER

Oleh Dewi Candra Resmi

2.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi sangat penting bagi setiap orang, termasuk wanita. Menurut WHO, 2007 kesehatan reproduksi adalah kondisi sehat jasmani, rohani dan juga sosial yang menyeluruh tidak hanya terbebas dari segala macam penyakit tetapi juga termasuk dalam fungsi dan cara kerjanya.

Gangguan reproduksi berkaitan erat dengan tubuh manusia dan organ seks, bahkan dapat gangguan biologis maupun non biologis seperti halnya hak pada perempuan. Pada *International Conference on Population and Development* (ICPD) disebutkan bahwa terdapat 4 hal yang berkaitan dengan hak reproduksi pada perempuan antara lain kespro ini berkaitan erat dengan kesehatan masyarakat, memiliki hak dalam pengambilan keputusan terutama berkaitan dengan kesehatan organ reproduksinya, mempunyai hak keadilan yang sama antara laki-laki dan perempuan mengenai kesehatan reproduksi, dan memiliki hak atas rasa aman dalam seksual dan bereproduksi.

Berkaitan dengan hak-hak perempuan, banyak faktor yang terlibat dalam pelaksanaan prokreasi perempuan yang semakin tertinggal. Salah satunya adalah jenis kelamin. Tidak ada lagi perbedaan dalam hal peran dan tanggung jawabnya.

Masalah gender sangat berkaitan dengan kemampuan seorang perempuan dalam bersikap, berperilaku sesuai haknya dalam mengambil keputusan untuk kesehatan reproduksinya

2.2 Kesehatan Reproduksi

Berdasarkan ICPD 1994, Kesehatan Reproduksi diartikan sebagai kondisi yang sehat untuk fisik, mental dan social secara keseluruhan di segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (Kommas Ham, 2006) .

Kondisi Kesehatan reproduksi perempuan di Indonesia masih jauh dibandingkan negara-negara di ASEAN, hal ini dapat kita lihat dari jumlah angka Kematian Ibu yang masih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara.

2.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita

Kedudukan perempuan di keluarga maupun di lingkungan yang dianggap lemah dapat berpengaruh terhadap Kesehatan reproduksi, menurut Komnas HAM tahun 2006 seperti:

1. Tingginya angka kemiskinan perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Bahkan kemiskinan yang terjadi pada perempuan ini menjadi komunitas perempuan miskin yang tentu keadaan tersebut berpengaruh terhadap Kesehatan reproduksinya.
2. Tingkat pendidikan perempuan masih rendah dibandingkan dengan laki-laki

3. Ketidakmampuan untuk mengakses layanan kesehatan dan informasi kesehatan
4. Perempuan tidak memiliki kontrol untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar
5. Kedudukan perempuan dianggap rendah

Menurut Kementerian Kesehatan RI, 2006, terdapat beberapa factor yang berpengaruh terhadap Kesehatan yang berkaitan dengan reproduksi perempuan yaitu:

1. Demografi - faktor ekonomi

Rendahnya tingkat Pendidikan perempuan, menjadikan perempuan kurang mendapatkan informasi, kurang memiliki pengetahuan dan menjadikan perempuan kurang produktif sehingga dalam hal ekonomi menjadi semakin terpuruk sehingga menyebabkan perempuan dalam keadaan miskin. Keadaan demografi yang kurang mendukung juga akan berpengaruh terhadap akses pelayanan Kesehatan, masih banyak remaja putri putus sekolah karena rumah yang terpencil dan jauh dari pelayanan Kesehatan.

2. Faktor budaya dan lingkungan

Adanya persepsi masyarakat bahwa banyak anak banyak rejeki dapat mempengaruhi Kesehatan reproduksi perempuan, hal ini dapat menyebabkan perempuan kurang bisa mengambil keputusan untuk bereproduksi yang sehat. Ketidaksetaraan gender serta persepsi yang salah di masyarakat tentang gender akan semakin merugikan pihak perempuan.

3. Faktor psikologi

Kesehatan reproduksi ini dapat dipengaruhi oleh kekerasan dalam rumah tangga/ lingkungan dekat, depresi, stress dan ketika tidak dihargai oleh pasangan atau laki-laki yang merasa memberikan materi.

4. Faktor Biologis

Keadaan biologis yang juga dapat berpengaruh terhadap Kesehatan reproduksi adalah mengalami kelainan pada organ reproduksi dan kelaian pada system dan fungsi organ tersebut.

2.2.2 Masalah Kesehatan Terkait Kesehatan Reproduksi

1. Malnutrisi / Malnutrisi

Di Indonesia, mulai dari anak-anak, perempuan seringkali menerima makanan yang lebih sedikit dibandingkan anak laki-laki. Hal ini akan mengakibatkan lambatnya pertumbuhan dan perkembangan wanita yang akan berdampak pada kesulitan saat persalinan. Masalah tersebut menjadi lebih berbahaya ketika pada masa remaja kebutuhan akan pangan dan gizi tidak terpenuhi, sementara beban kerja menjadi lebih berat, begitu pula ketika haid (menstruasi), hamil dan menyusui membutuhkan makanan dengan kandungan gizi yang lebih banyak. Jika kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi dapat menyebabkan kelelahan, tidak sehat, lemas bahkan anemia yang akan meningkatkan resiko kehamilan. Komplikasi seperti perdarahan, infeksi atau bayi terlalu kecil, kelahiran prematur bahkan dapat menyebabkan stunting pada anak.

2. IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS

Seorang wanita akan mudah tertular IMS dan HIV/AIDS dibandingkan pria, hal ini dikarenakan sperma pria akan tetap berada di dalam tubuh wanita dan kuman akan masuk melalui dinding vagina ke dalam darah. Banyak wanita terlambat berobat karena jarang menunjukkan tanda dan gejala IMS. Adanya ketidaksetaraan gender dapat menyebabkan perempuan tidak dapat mengontrol kesehatannya. Tanpa pengobatan, IMS dapat menyebabkan nyeri, infeksi panggul yang parah, infertil, komplikasi kehamilan dan risiko tinggi Ca serviks, serta HIV/AIDS yang dapat menyebabkan kematian.

3. Terlalu sering hamil

Hampir seluruh wilayah yang ada di Indonesia, 1/3 sampai 1/2 wanita akan menjadi seorang ibu pada umur di bawah 20 tahun. Banyak melahirkan yang begitu berdekatan sehingga menyebabkan wanita tidak sempat memulihkan kondisi kesehatannya sehingga akan mudah merasa lelah, letih gampang sakit dan selama kehamilan ataupun persalinan akan mengalami komplikasi.

4. Komplikasi Kehamilan dan Persalinan

Tingginya angka kematian ibu di Indonesia menjadi sorotan penting bagi kita semua. Ibu Kematian ini paling sering terjadi selama kehamilan dan persalinan. Hal ini menjadi perhatian masyarakat bahwa kesehatan reproduksi perempuan penting dan perlu diperhatikan. Sehingga harapannya dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas pada ibu.

5. Abortus

Masih banyak kematian perempuan yang disebabkan oleh aborsi yang tidak aman. Kurang lebih 500.000 perempuan di Indonesia mencoba melakukan aborsi dengan cara ilegal, hal ini disebabkan karena pergaulan bebas, kontrol semua pihak yang masih rendah sehingga menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, yang mengakibatkan kemandulan, infeksi dan nyeri terus menerus.

6. Gangguan Kesehatan Umum

Masalah kesehatan yang sering terjadi pada wanita adalah kekurangan gizi dan kelelahan yang disebabkan oleh pekerjaan. Hal ini juga terkait dengan faktor ekonomi yang membuat perempuan tidak dapat mengakses layanan kesehatan. Gangguan kesehatan secara umum ini tentunya juga akan berdampak pada terjadinya masalah pada sistem reproduksi.

7. Keselamatan kerja

Wanita lebih berisiko dalam setiap pekerjaan, tidak hanya wanita karir yang bekerja di luar rumah tetapi wanita yang melakukan pekerjaan rumah tangga juga berisiko, karena ada beresiko mengalami penyakit paru-paru akibat asap dapur, luka bakar karena memasak, penyakit yang menyebar melalui air. juga umum. Karena wanita lebih sering berada di air seperti mencuci pakaian, mencuci piring, berdiri lama di air, mengambil air. Begitu juga bagi perempuan yang memilih untuk bekerja di luar

rumah memiliki ancaman kesehatan dan seringkali tanpa asuransi dan fasilitas kesehatan.

2.3 Hak Reproduksi

Hak reproduksi didefinisikan sebagai hak yang mencakup hak asasi manusia tertentu yang sudah diakui oleh hukum nasional, dokumen internasional tentang hak asasi manusia dan dokumen perjanjian PBB terkait lainnya.

Hak ini juga didasarkan pada pengakuan atas hak dasar setiap pasangan dan individu untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab jumlah, jarak dan waktu kelahiran anak mereka serta informasi dan cara yang diperlukan untuk melaksanakannya, serta hak untuk memperoleh derajat kesehatan reproduksi. dan yang paling seksual.

2.4 Jenis Kelamin

Gender dapat dilihat dari perbedaan antara laki-laki dan perempuan sejak lahir, tumbuh dan berkembang melalui proses sosialisasi dalam keluarga dan masyarakat. Perbedaan gender tidak universal, tetapi berbeda anatara masing-masing budaya dan dapat berubah seiring waktu. Gender ini dapat diartikan sebagai pemikiran tentang kedudukan dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan yang dapat diubah melalui suatu proses ataupun keadaan suatu budaya masyarakat yang ada dilingkungannya. (Marmi, 2013).

Gender awalnya berasal dari kata Arab JINSIYYUN yang selanjutnya diadopsi dalam bahasa Perancis dan Inggris

menjadi Gender. Menurut Badan Pemberdayaan Masyarakat, 2003 yang disebut dengan Gender adalah persepsi yang membedakan antara peran, tingkah laku, tanggung jawab sikap, hak dan fungsi laki-laki dan perempuan yang dapat diubah dan dibentuk berdasarkan nilai sosial adat dan budaya setempat (Marmi, 2013).

2.5 Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Masalah gender merupakan keadaan yang mengungkapkan kesenjangan antara laki-laki dan perempuan dalam kondisi yang diinginkan (normatif) dengan kondisi apa adanya (objektif).

2.5.1 Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (*safe motherhood*)

Isu gender dalam kesehatan ibu dan bayi baru lahir adalah:

1. Ketidakberdayaan perempuan untuk menentukan keputusan terkait kesehatan reproduksinya sangat erat kaitannya dengan kedudukan laki-laki yang lebih tinggi sebagai kepala keluarga dan menganggap perempuan lemah dan inferior dalam keluarga. Contohnya ketika menentukan kapan perempuan menginginkan untuk hamil, melahirkan menentukan berapa jumlah anak yang diinginkan, dan menentukan penggunaan KB.
2. Sikap dan perilaku keluarga yang dapat merugikan kesehatan perempuan dengan menomor satukan laki-laki, seperti halnya dalam mengkonsumsi makanan sehari-hari, mendahulukan dan mendahulukan ayah atau laki-laki di atas ibu dan anak perempuan.

2.5.2 Keluarga Berencana

Isu gender dalam keluarga berencana adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan data SDKI 1997, diketahui bahwa 98% perempuan sebagai pengguna KB, sedangkan laki-laki sebanyak 1,3%. Hal ini berarti perempuan merupakan sasaran dari program KB.
2. Perempuan tidak memiliki kuasa untuk memutuskan kontrasepsi mana yang akan digunakan, karena masih tergantung pada keputusan suami (mendominasi laki-laki), masih kurangnya pengetahuan dan informasi tentang KB, penyediaan alat dan obat KB yang kurang memadai dalam bidang kesehatan. fasilitas perawatan.
3. keikutsertaan laki-laki dalam penggunaan KB masih sedikit, tetapi mereka memiliki kekuasaan dan lebih dominan dalam menentukan penggunaan KB oleh perempuan (istri).

2.5.3 Kesehatan Reproduksi Remaja

Isu gender dalam kesehatan reproduksi remaja adalah sebagai berikut:

1. Kesenjangan sering terjadi pada remaja laki-laki dan perempuan adalah ketidakadilan dalam pergaulan dan tanggung jawab, hal ini dapat kita ketahui dari pergaulan bebas yang marak terjadi dikalangan remaja, dimana remaja putri sering dijadikan korban dan mengalami segala resiko yang terjadi akibat pergaulan tersebut. misalnya mengalami kehamilan di luar nikah, putus sekolah, kekerasan terhadap perempuan, dikucilkan, berdampak sosial)

2. Dalam aspek hukum, perempuan juga yang sering mendapatkan sanksi dan hukuman, misalnya dalam kasus aborsi ilegal perempuan akan mendapatkan hukuman, sedangkan laki-laki yang menyebabkan kehamilan dan tidak bertanggung jawab akan terhindar dari hukuman atau masalah hukum.

2.5.4 Infeksi seksual menular

Isu gender dalam kasus Infeksi Menular Seksual adalah sebagai berikut:

1. Dalam permasalahan IMS, perempuan sering dijadikan objek intervensi, padahal pada kenyataannya laki-laki yang mendominasi sebagai pengguna justru memberikan kontribusi yang signifikan terhadap permasalahan tersebut.
2. Setiap kali dilakukan upaya pemberantasan prostitusi, perempuan sebagai pekerja seks komersial selalu menjadi obyek dan sumber masalah, sedangkan laki-laki menjadi sumber penularan dan tidak pernah diintervensi dan dikoreksi.
3. Perempuan (istri) tidak memiliki kekuatan untuk menawarkan kondom kepada suaminya jika suaminya mengidap IMS.

2.5.5 Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Pengendalian IMS

Dalam upaya mengatasi terjadinya IMS dalam keluarga diperlukan adanya dukungan dari masing-masing pasangan, diperlukan pemahaman, pengertian, kesadaran dari kedua

belah pihak sehingga dapat mengurangi terjadinya kesenjangan dan terwujudnya keselarasan dan keadilan gender di dalam keluarga. Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mewujudkan hal tersebut adalah:

1. Tuntutan untuk saling meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi
2. Diharuskan untuk saling setia terhadap pasangan masing-masing.
3. Periksakan ke fasilitas kesehatan jika merasa terjadi masalah kesehatan
4. Saling suport dalam pengobatan jika salah satu pihak tertular dan memperhatikan cara mencegah penularan dengan baik
5. Berusaha mencari solusi dan pengobatan secara bersama sebagai bentuk dukungan terhadap pasangan. Bukan saling menyalahkan dan curiga.
6. Diperlukan ketahanan dan keutuhan keluarga dalam mengatasi IMS dengan pesan kunci A, B, C, D, dan E, yaitu:
 - a. *Pantangan* : tidak melakukan hubungan seksual sebelum menikah
 - b. *Setia* : tidak gonta ganti pasangan
 - c. *Kondom* : Gunakan kondom jika salah satu pasangan mengidap IMS atau HIV dan AIDS
 - d. *Narkoba* : hindari narkoba suntik
 - e. *Peralatan* : minta peralatan medis yang steril.

2.6 Penanganan Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi:

1. Gangguan kesehatan reproduksi dapat terjadi disepanjang hidup manusia, seperti terjadinya incest dalam keluarga, kekerasan, masalah pergaulan bebas, seks bebas, resiko kehamilan remaja, dll.
2. Perempuan lebih rentan menghadapi risiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, persalinan, penggunaan KB, aborsi dan juga akan rentan terhadap IMS, HIV/AIDS.
3. Masih kurangnya partisipasi pria dalam menjaga Kesehatan reproduksi, karena sampai saat ini perempuan yang lebih rentan mengalami gangguan pada reproduksinya yang tentunya masalah ini tidak terlepas dari perbuatan dari kedua belah pihak.
4. Selain perempuan, laki-laki juga memiliki masalah kesehatan reproduksi, terutama terkait IMS, HIV/AIDS. Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah yang terjadi pada laki-laki diperlukan kepedulian dan tanggung jawab terhadap kesehatan reproduksi.
5. Akibat ketidaksetaraan gender, sasaran dari kekerasan dan tindakan tidak terpuji adalah perempuan seperti halnya mengalami kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan seksual kekerasan di lingkungan sekitar dll.
6. Masalah kesehatan reproduksi lebih banyak terjadi pada perempuan yaitu terkait dengan penggunaan KB.

2.7 Mencegah dan Mengatasi Munculnya Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

1. Untuk meningkatkan kesadaran pelayanan kesehatan menjadi “SENSITIF GENDER”, diperlukan upaya yang serius dan berkesinambungan untuk peduli terhadap kesehatan reproduksi.
2. Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang peka gender, dapat dilakukan dengan:
 - a. Dalam memberikan pelayanan Kesehatan tentunya disesuaikan dengan kebutuhan klien, tanpa membandingkan perlakuan klien menurut jenis kelamin pasiennya dan tentunya harus memperhatikan kualitas pelayanannya.
 - b. Memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan perbedaan kebutuhan laki-laki dan perempuan sesuai dengan kodratnya
 - c. Memahami sikap antara laki-laki dan perempuan dalam menghadapi masalah kesehatan reproduksi
 - d. Memahami perbedaan perjalanan penyakit pada pasien pria dan wanita
 - e. Menyesuaikan pelayanan agar kendala yang dihadapi laki-laki dan perempuan akibat hal tersebut di atas dapat diatasi.

2.8 Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Pencegahan dan Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi

Setiap manusia pasti akan mengalami gangguan kesehatan yang berhubungan dengan reproduksi, begitu pula dengan suami istri. Untuk itu diperlukan pengertian antara suami istri dalam menghadapi masalah dan gangguan tersebut. Dengan pemahaman tersebut, maka gangguan dan masalah dapat teratasi. Yang bisa dilakukan adalah:

1. Mencari informasi tentang tempat dan tenaga pelayanan kesehatan
2. Diskusikan bersama informasi yang telah diperoleh untuk menentukan langkah yang akan dilakukan
3. Sepakat bersama mengenai pendanaan/pembiayaan pemeriksaan dan pengobatan agar dampak yang ditimbulkan dari gangguan kesehatan reproduksi dapat teratasi
4. Saling memberikan dukungan kepada pasangan jika pasangan menderita gangguan kesehatan reproduksi
5. Mengatasi masalah kesehatan reproduksi dengan ikhlas sambil terus mencari cara untuk mengatasinya

Kesetaraan dan keadilan gender dapat terwujud jika suami istri saling:

1. Mencari informasi dan layanan kesehatan reproduksi
2. Dalam pengambilan keputusan, posisi istri sama dengan suami, dan mereka berhak untuk mengeluarkan pendapat

dan saling berkonsultasi untuk memecahkan masalah kesehatan reproduksi bersama.

Usaha yang diupayakan oleh suami istri akan berhasil jika didampingi oleh penyedia jasa dari berbagai pihak berupa:

- a. Layanan informasi yang tepat, cepat dan mudah diakses oleh anggota keluarga, baik lokasi, waktu perjalanan, maupun media atau materi
- b. Pelayanan kesehatan reproduksi yang merata tanpa memandang jenis kelamin, sehingga laki-laki dan perempuan memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi
- c. Petugas layanan terlatih dan mampu melayani baik pria maupun wanita (disebut peka gender).

2.9 Gender dalam Kesehatan Reproduksi Remaja

2.9.1 Kesenjangan gender dalam KRR

Jika kita melihat perilaku remaja dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi, maka kita dapat melihat disparitas yang terjadi, terutama pada perkawinan dan kehamilan dini.

1. Menikah di usia muda

Sebanyak 2,6 persen wanita pernah menikah atau menikah pertama kali pada kelompok usia 15-19 tahun. Perkawinan ini dapat terjadi karena beberapa sebab seperti:

- a. Kurangnya pengetahuan tentang waktu yang tepat untuk menikah
- b. Terpaksa karena desakan orang tua atau karena hamil di luar nikah, maka untuk menutupi aibnya, dilakukanlah perkawinan muda. Adanya pandangan

masyarakat yang tidak berpihak pada perempuan sehingga jika terjadi hal seperti ini yang melanggar norma agama dan sosial, hukuman dan laknatnya adalah perempuan, padahal seharusnya perempuan memiliki hak yang sama dalam menghadapi masalah terutama terkait kesehatan reproduksi.

Dampak yang diterima remaja putri akibat menikah di usia dini:

- a. Putus sekolah, karena peraturan dari sekolah tidak memperbolehkan siswi yang sudah menikah dilarang untuk melanjutkan sekolah
- b. Pada umumnya remaja putri belum siap untuk menikah yang jelas berbeda dengan kehidupan remaja
- c. Kehamilan yang terjadi di usia muda akan lebih berisiko mengalami komplikasi seperti keguguran atau kelahiran prematur

Ketidakadilan gender ini terjadi karena:

- a. Peran orang tua yang masih dominan dalam memutuskan pernikahan anak perempuannya, tanpa memperhatikan hak Kesehatan reproduksinya.
- b. Faktor sosiokultural berasumsi bahwa perempuan yang tidak menikah di usia remaja dianggap perawan tua atau tidak laku dijual
- c. Undang-undang tentang perkawinan nomor 1 tahun 1974 yang memperbolehkan perkawinan anak perempuan berumur 16 tahun dan laki-laki berumur 19 tahun

- d. Sebagian masyarakat masih beranggapan bahwa perempuan memiliki tempat di dapur dan rumah tangga, sehingga harus segera menikah dan memiliki anak, tidak perlu mengenyam pendidikan tinggi.

2. Kehamilan di usia remaja

Kehamilan pada masa remaja tentunya memberikan dampak bagi wanita yaitu putus sekolah dan resiko saat hamil dan melahirkan yang tentunya tidak akan dialami oleh pria.

Ketidakseimbangan gender pada perempuan terjadi karena:

- a. Perempuan tidak memiliki kuasa untuk mengambil keputusan terkait kehamilan atau kesehatan reproduksi karena keputusan berada di pihak laki-laki.
- b. Dampak dari perkawinan remaja adalah orang tua ingin segera memeluk cucunya, sehingga setelah terjadi perkawinan remaja diharapkan remaja putri segera hamil tanpa memperdulikan kesiapan sang anak, baik secara fisik maupun psikis.
- c. Pendapat masyarakat mengenai status perempuan yang mengalami kemandulan apabila setelah menikah tidak kunjung memiliki anak, terlepas dari siap atau tidaknya pihak yang bersangkutan.

2.9.2 Upaya mewujudkan Kesetaraan dan Keadilan Gender di KRR

Dalam mencegah terjadinya kasus kehamilan diluar nikah, maka diperlukan berbagai upaya dalam mengatasi kasus tersebut baik dari remaja itu sendiri, orang tua ataupun masyarakat dilingkungan sekitarnya. Upaya tersebut antara lain:

1. Sangat disarankan untuk mengikuti aktivitas yang positif di sekolah dan di lingkungan dimana ia tinggal, hal ini dimaksudkan agar meningkatkan pengetahuan remaja, mengalihkan perbuatan remaja berkaitan dengan perilaku bebas yang berakibat terjadinya kehamilan diluar nikah.
2. Akses terhadap informasi dan layanan KRR yang jelas dan tepat, komprehensif serta berimbang bagi pemuda dan pemudi
3. Orang tua harus peka dan sadar bahwa tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan
4. Perempuan berhak memperoleh Pendidikan yang sama dengan laki-laki sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya
5. Mengikuti beberapa kegiatan atau forum untuk mendapatkan informasi mengenai Kesehatan reproduksi yang dapat diikuti oleh orang tua ataupun remaja.

2.10 Gender dalam pengendalian HIV dan AIDS

2.10.1 Kesenjangan gender dalam kasus HIV dan AIDS

Data SDKI 2007, menunjukkan bahwa masalah Kesehatan reproduksi dalam kasus HIV/ AIDS mempunyai beberapa bias terutama dalam memperoleh informasi antara laki-laki dan perempuan diketahui bahwa:

- a. Sebanyak 61 persen Wanita yang sudah kawin pernah mendengar informasi mengenai AIDS, sedangkan pria 71,4 persen
- b. Sebanyak 29,9 persen wanita yang sudah menikah mengetahui cara mengurangi resiko terkena AIDS menggunakan kondom dan melakukan hubungan seks hanya dengan satu pasangan, sedangkan pria 41,3 persen.
- c. Wanita yang sudah menikah mengetahui cara mengurangi resiko tertular AIDS dengan cara tidak melakukan hubungan seksual sebesar 36,6 persen pria 42,9 persen.

Selain dari aspek informasi, Bias gender juga dapat terlihat bahwa perempuan menjadi penyebab penularan AIDS kepada pasangan ataupun kepada bayi yang dilahirkannya. bukan suami yang menularkan kepada istrinya. Suami dan istri hendaknya saling memahami, saling mendukung dan bekerja sama untuk terus meningkatkan kesehatan reproduksinya bahkan mencegah penyebaran HIV/AIDS.

2.10.2 Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Pengendalian HIV/AIDS

Diperlukan berbagai upaya penanganan HIV/AIDS dari pasangan suami istri yang merefleksikan kesamaan dan keadilan gender dalam keluarga, antara lain :

1. Pasangan suami istri harus setia satu sama lain, berhubungan seks hanya dengan pasangannya masing-masing
2. Suami istri harus saling mendukung dalam mendapatkan informasi terkait HIV/AIDS
3. Suami istri harus saling suport jika salah satunya terinfeksi HIV/AIDS untuk melakukan pengobatan, melakukan hubungan seksual dan kehidupan sehari-hari.

2.11 Aspek Gender dalam Kesehatan Pascaproduksi

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan gender dalam Kesehatan reproduksi lansia, antara lain:

1. Kesehatan lansia baik laki-laki maupun perempuan harus selalu diperhatikan dan dijaga, agar kualitas Kesehatan fisik dan mental lansia selalu terpenuhi.
2. Memberikan pelayanan Kesehatan yang optimal antara laki-laki dan perempuan, sehingga tidak ada pihak yang merasa dirugikan.

Kesenjangan Gender dalam Pelayanan Kesehatan Pasca Produksi

Diperlukan Kerjasama dari semua pihak baik itu pemberi pelayanan Kesehatan ataupun pasien sehingga tidak akan pernah terjadi bias gender dan Kesehatan pasca reproduksi dapat terlindungi.

DAFTAR PUSTAKA

- Farchiyah, Frieda. Rifqy Fikri Sukmawan. Tiar Setika Kurniawati Purba. Anisa Bela. Imtinan. Kesehatan Reproduksi Perempuan Di Indonesia Dalam Perspektif Gender. 2021. Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat UPNVJ. ISBN 978-623-92728-6-9
- Komnas HAM, 2006. Pemetaan Permasalahan Hak Atas Kesehatan Seksual dan Reproduksi Bagi Kelompok Perempuan: Ibu Rumah Tangga dan Lajang, Anak, Buruh, IDP'S, Penyandang Cacat dan Lansia Serta Minoritas. Jakarta. ISBN: 978-979-26-1423-7.
- Marmi. 2013. Kesehatan Reproduksi. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.
- Naimah N. Perlindungan Hukum Terhadap Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Dari Kekerasan berbasis Gender. Egalita. 2015.

BAB 3

KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN DAN HUMAN TRAFFICKING

Oleh Chairunnisa Minarni Alamsyah

3.1 Pendahuluan

Setiap perempuan memiliki hak untuk merasa aman dan mendapat perlindungan dari berbagai ancaman kejahatan, ketakutan, kekerasan dan seperti yang tertuang dalam Undang-Undang Dasar 1945 (UUD 1945), bahwa Hak Asasi Manusia yang tertuang pada UUD 1945 diperuntukan bagi seluruh warga negara yang di dalamnya termasuk perempuan (UUD1945, 1945).

Perempuan menjadi kelompok yang rawan mengalami kekerasan. Dilihat berdasarkan laporan data Simfoni Tahun 2022 bahwa kejadian kekerasan lebih banyak menimpa kelompok perempuan dibandingkan kelompok laki-laki. Digambarkan dalam laporan Simfoni selama periode Januari - Desember 2022 Korban perempuan yang mengalami kekerasan berjumlah 20.245 orang, sementara korban laki-laki yang mengalami kekerasan berjumlah 3.941 orang. Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa perempuan merupakan kelompok

yang rentan mengalami kekerasan, dan sudah selayaknya mendapatkan perlindungan yang sama dengan korban laki-laki (KemenPPPA, 2023).

Kekerasan dalam Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 diartikan bahwa setiap perbuatan secara melawan hukum, dengan atau tanpa menggunakan sarana terhadap fisik dan psikis yang menimbulkan bahaya bagi nyawa, badan, atau menimbulkan terampasnya kemerdekaan seseorang (Undang-Undang, 2007). Dalam bahasan yang lebih luas, terdapat banyak jenis kekerasan lain yang dialami oleh kaum perempuan, yang dikategorikan dalam Buku Profil Perempuan Indonesia 2021, sebagai berikut: kekerasan fisik, psikis, seksual, eksploitasi, penelantaran, hingga perdagangan orang, dll ((KemenPPPA), 2021) .

Fenomena perdagangan orang selalu melekat dengan kekerasan yang kian hari kian meningkat angka kejadiannya. Perdagangan orang atau *Human Trafficking* merupakan jenis kekerasan yang tidak mudah untuk diidentifikasi sehingga jika dilihat jumlahnya, tidak terlalu besar. Hal ini dikarenakan jumlah data yang dapat kita lihat merupakan data yang telah dilaporkan, sedangkan banyak data yang belum teridentifikasi dan terlapor di luar sana (Nawangsari, 2015).

Pada Undang-Undang 21 Tahun 2007 Pasal 1 Ayat 1 menjelaskan bahwa perdagangan orang didefinisikan sebagai tindakan perekrutan, pengangkutan, penampungan, pengiriman, pemindahan, atau penerimaan seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan

atau posisi rentan, penjeratan utang atau memberi bayaran atau manfaat, sehingga memperoleh persetujuan dari orang yang memegang kendali atas orang lain tersebut, baik yang dilakukan di dalam negara maupun antarnegara, untuk tujuan eksploitasi atau mengakibatkan orang tereksplorasi (Undang-Undang, 2007).

3.2 Kekerasan Terhadap Perempuan

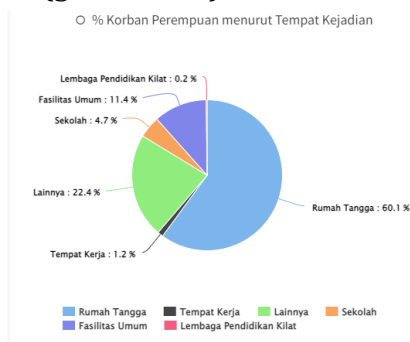
3.2.1 Perkembangan Kasus Kekerasan Terhadap Perempuan di Dunia dan Indonesia

Tindak Kekerasan yang dilakukan kepada perempuan merupakan isu dunia yang, hal ini menjadi permasalahan kesehatan yang harus diperhatikan, karena telah melanggar hak asasi manusia. WHO mengemukakan bahwa setiap 1 diantara 3 orang perempuan atau setara 30%, perempuan di dunia pernah menjadi korban kekerasan fisik dan atau kekerasan seksual dengan pelaku adalah pasangan hidupnya atau bukan pasangan sepanjang kehidupannya. Dalam data dunia 38% perempuan menjadi korban pembunuhan yang dilakukan oleh pasangan terdekat, dan 6% perempuan yang melaporkan mengalami kekerasan seksual oleh orang yang bukan pasangan (WHO, 2018).

Dilihat dari survei pengalaman hidup perempuan nasional pada tahun 2021, memperlihatkan persentase sebesar 26,1% atau setara dengan 1 diantara 4 perempuan dengan rentang usia 15 sampai dengan 64 tahun, menjadi korban kekerasan fisik dan atau kekerasan seksual yang pelakunya merupakan suami/ pacar dan bukan keduanya selama hidup

(KemenPPPA, 2021). Jika dijabarkan dalam jumlah angka secara eksplisit dalam laporan Simfoni PPA 2021 jumlah korban kekerasan terhadap perempuan dari usia 0 tahun - >60 tahun yang terlapor dan tercatat pada periode Januari-Desember 2022 yaitu sebanyak 20.224 korban (KemenPPPA, 2023).

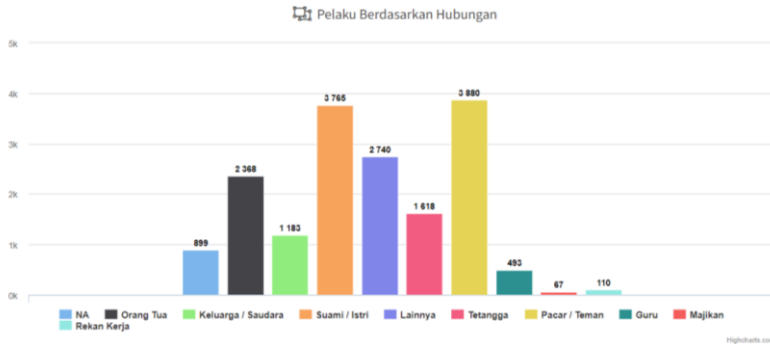
Korban kekerasan terhadap perempuan ini banyak terjadi di lingkungan yang justru sangat dikenali oleh mereka, yaitu di rumah tangga (KDRT). Hal ini dilihat dari hasil laporan data Simfoni 2023, bahwa korban perempuan yang mengalami kekerasan mayoritas terjadi di rumah tangga dengan persentase 60,1% (gambar 3.1).



Gambar 3.1. Persentase Korban Menurut Tempat Kejadian
Sumber: Simfoni – PPA (KemenPPPA, 2023)

Lingkungan rumah tangga yang berisikan keluarga seharusnya menjadi tempat paling aman bagi perempuan, namun menjadi angka penyumbang tertinggi tempat kejadian kekerasan berlangsung. Pelaku kekerasan yang terjadi di Rumah Tangga seringkali dilakukan oleh orang-orang terdekat

diantaranya orang tua, keluarga/saudara, pasangan. 7.316 korban kekerasan yang pelakunya merupakan orang terdekat dalam lingkup keluarga (orang tua, saudara dan pasangan) (gambar 3.2).

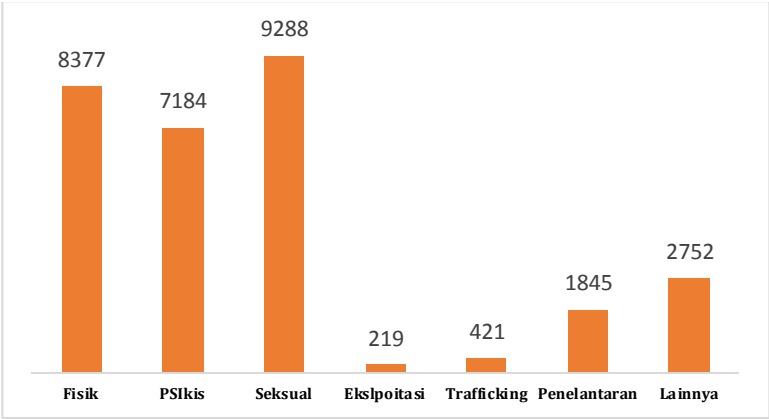


Gambar 3.2. Jumlah Pelaku Berdasarkan Hubungan
Sumber: Simfoni – PPA (KemenPPPA, 2023)

3.2.2 Jenis-Jenis Kekerasan Terhadap Perempuan

Perempuan yang menjadi korban dapat mengalami berbagai jenis kekerasan diantaranya kekerasan fisik, psikis, seksual, eksploitasi, penelantaran, hingga perdagangan orang, dll. Tiga kekerasan yang kerap dialami oleh perempuan dan paling banyak dijumpai berdasarkan laporan pada tahun 2022 yaitu kekerasan dalam bentuk seksual, fisik dan psikis. Terdapat 9288 korban perempuan yang mengalami kekerasan seksual, selisih sedikit dengan korban yang mengalami kekerasan secara fisik mencapai 8377, sementara korban kekerasan yang dianiaya secara psikis berjumlah 7184, disusul korban penelantaran mencapai 1845 korban. Korban human Trafficking berjumlah 421 dan eksploitasi 219, jenis kekerasan

ini berjumlah kecil karena merupakan kekerasan yang sulit diidentifikasi dan diketahui kecuali berdasarkan laporan dari korban.



Gambar 3.3. Jumlah Pelaku Berdasarkan Hubungan
Sumber: Simfoni – PPA (KemenPPPA, 2023)

3.2.3 Faktor Penyebab Terjadinya Kekerasan Terhadap Perempuan

Dalam ruang lingkup gender, sebagai perempuan sering dianggap lemah dan dijadikan pusat penyebab permasalahan. Dengan stigma tersebut, sering kali perempuan tidak mendapat kesempatan dan sulit melakukan pembelaan terhadap dirinya jika dibandingkan dengan laki laki. Bahkan dalam kehidupan sosial di masyarakat perempuan akan selalu dilabeli dengan stigma yang mengharuskan perempuan menjadi sosok lemah lembut, penuh kasih sayang dan taat kepada suami (Triantoro, 2014). Namun jika dilihat dari karakteristik pelaku kekerasan yang menjadikan perempuan korban mayoritas dilakukan oleh pacar atau pasangan suami (gambar 3.2) yang artinya

perempuan di dalam rumah yang patuh pada suami pun dapat berpeluang menjadi korban kekerasan.

Dalam beberapa penelitian dan ulasan faktor yang menyebabkan terjadinya kekerasan yang dilakukan kepada perempuan dapat dilatar belakangi oleh berbagai faktor. Contohnya kekerasan yang terjadi di dalam rumah tangga, kekerasan tersebut dapat dilatarbelakangi oleh berbagai faktor, diantaranya: faktor kesadaran hukum masyarakat yang masih rendah, budaya patriarki yang melekat dalam sebuah keluarga, rendahnya status ekonomi dan ketimpangan sosial ekonomi serta dugaan perselingkuhan (Sutiawati and Mappaselleng, 2020)(Asfiyak, 2021).

Budaya patriarki masih sangat melekat di masyarakat Indonesia. Menurut Alfian 2016, patriarki memiliki asal kata patriarkat yang memiliki arti struktur dimana seorang laki-laki diposisikan memiliki peran sebagai orang yang memiliki kuasa, menjadi pusat keputusan dan segala-galanya. Dalam sistem patriarki laki-laki ditempatkan untuk berkuasa penuh terhadap perempuan, sehingga para laki-laki yang berstatus sebagai suami terkadang melakukan Tindakan semena-mena terhadap istrinya sesuai keinginannya (Rokhmansyah, 2016).

3.2.4 Upaya Pemerintah dan Kebijakan Terhadap Perlindungan Perempuan dari Kekerasan

Berdasarkan hasil kesepakatan PBB dimana dihapusnya segala bentuk diskriminasi kepada perempuan melalui *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW) yang dilaksanakan pada tahun 1979.

Indonesia menindaklanjuti kesepakatan tersebut dengan menjadikannya sebagai peraturan Undang-Undang RI No. 7 Tahun 1984. Presiden Republik Indonesia membuat terobosan dengan menciptakan Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) melalui Keputusan Presiden No. 181 Tahun 1998 yang dikuatkan dengan Peraturan Presiden No. 65 Tahun 2005. Komnas perempuan lahir dengan tujuan membantu penghapusan tindak kekerasan kepada perempuan, menegakan hak asasi manusia khususnya perempuan dan sebagai upaya pencegahan dan penanggulangan bentuk kekerasan (*Profil Komnas Perempuan*, 2020).

Upaya perlindungan Pemerintah terhadap korban kekerasan diatur oleh beberapa peraturan ; 1) Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2020 tentang Perlindungan Perempuan dan Pelindungan Anak dari Kekerasan Berbasis Gender dalam Bencana, 2) Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2012 tentang Panduan Pembentukan dan Penguatan Gugus Tugas Pencegahan dan Penanganan Tindak Pidanan Perdagangan Orang, 3) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2020 tentang Tata Cara Pelaksanaan Tindakan Kebiri Kimia, Pemasangan Alat Deteksi Elektronik, Rehabilitasi Dan Pengumuman Identitas Pelaku Kekerasan Seksual Terhadap Anak, 4) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual. Penetapan

peraturan tersebut merupakan upaya pemerintah dalam menegakkan aturan dan pidana pelaku tindak kekerasan.

KemenPPPA telah membuat layanan khusus pengaduan sahabat perempuan dan anak yang berupa *call center* (SAPA) 129, layanan dapat diakses oleh masyarakat luas secara 24 jam. Layanan ini dibuat untuk melindungi perempuan dan anak. *Call Center* SAPA129 ini memiliki enam layanan yang dapat digunakan oleh korban kekerasan, diantaranya (KEMENPPPA, 2021) :

- 1) layanan pengaduan;
- 2) layanan penjangkauan;
- 3) Layanan Pengelolaan Kasus;
- 4) Layanan Akses Penampungan Sementara;
- 5) Layanan mediasi; dan
- 6) Layanan mediasi pendampingan korban (DP3APPKB, 2021).

3.3 *Human Trafficking* (Perdagangan Manusia)

Fenomena perdagangan manusia/ orang merupakan pembahasan yang layak untuk diangkat ke khalayak umum. Objek perdagangan pada umumnya merupakan sebuah barang atau jasa, namun pada kasus ini yang menjadi objek perdagangan adalah manusia. Manusia bukan sebuah objek melainkan subjek yang berhak mendapatkan kemerdekaan dan perlindungan dari sebuah negara (Fadillah, Muammar and Sartik La Antio, 2022). Perdagangan manusia adalah istilah lain yang mengandung makna secara implisit “perbudakan manusia”. Perdagangan orang merupakan kejahatan fatal yang

merampas hak asasi seseorang dengan menginjak martabat manusia. Semakin meningkatnya permasalahan dan angka kejadian perdagangan orang di berbagai belahan dunia termasuk Indonesia, menjadi permasalahan yang diperhatikan secara global oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa, negara-negara di berbagai benua dan Indonesia secara khusus (Esther, Manullang and Silalahi, 2021).

Perdagangan manusia/ orang menjadi tindak pidana yang mendapatkan perhatian besar dari pemerintah, sehingga pemerintah membuat banyak aturan dan regulasi, diantaranya Keputusan Presiden Nomor 88 Tahun 2002 mengatur tentang Rencana Aksi Nasional (RAN) Perdagangan Perempuan dan Anak, regulasi ini dibuat sebagai upaya pemerintah untuk memberikan perlindungan dan memperkecil terjadinya perdagangan orang, terutama bagi buruh migran yang bekerja secara ilegal (Nawangsari, 2015).

Regulasi lain yang mengatur tentang pencegahan dan upaya pemerintah dalam mengantisipasi terjadinya Tindak Pidana Perdagangan Orang (TPPO) yaitu dalam Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2007 diatur tentang pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang (Undang-Undang, 2007). Melengkapi UU 21 Tahun 2007, Indonesia mengatur secara rinci dengan mengesahkan ketetapan berdasarkan konvensi PBB ke dalam Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2009 tentang Pengesahan Protokol Untuk Mencegah, Menindak Dan Menghukum Perdagangan Orang, Terutama Perempuan Dan Anak-Anak, Melengkapi Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa

Menentang Tindak Pidana Transnasional Yang Terorganisasi (RI, 2009).

3.3.1 Jenis Eksploitasi Perdagangan Manusia

Korban TPPO dapat mengalami berbagai jenis eksploitasi, seringkali seorang korban dapat mengalami lebih dari satu jenis eksploitasi. Jenis-jenis eksploitasi yang banyak diketahui, diantaranya (Veda *et al.*, 2021):

- 1) Eksploitasi seksual, adanya unsur paksaan secara fisik maupun psikis untuk memanfaatkan tubuh atau yang berkaitan dengan seksual (pelacuran, pencabulan, pemaksaan perkawinan, dll). Eksploitasi seksual yang dialami oleh perempuan dapat menimbulkan resiko yang sangat tinggi terhadap penularan infeksi menular seksual, HIV dan gangguan kesehatan reproduksi lainnya seperti cacat permanen, hal ini merupakan salah satu dampak yang diakibatkan dari TPPO.
- 2) Pengantin pesanan, perempuan yang dijanjikan perkawinan dengan orang asing dan hidup mapan di negara suami. Korban akan dieksploitasi secara seksual dan dijadikan tenaga kerja oleh pelaku yang biasanya menjadi perantara, korban diancam dengan menyita dokumen identitas dan imigrasi.
- 3) Eksploitasi tenaga kerja di bidang perikanan, Anak Buah kapal (ABK) dipekerjakan pada kapal milik negara asing dengan sistem upah yang sangat kecil serta sering diiringi penganiayaan.

- 4) Eksploitasi anak, modus yang sering dilakukan biasanya dengan pendekatan teman sebaya, melalui media sosial, anggota keluarga dan menawarkan sejumlah uang kepada keluarga. Eksploitasi anak yang dialami dapat berupa menjadi Pekerja Rumah Tangga (PRT), pekerja seksual, pengantin di bawah umur, pekerja anak, pemanfaatan organ ilegal, adopsi anak, dll.
- 5) Eksploitasi Pekerja Migran Indonesia, biasanya berupa perekrutan PRT di negara asing dengan dijanjikan mendapatkan upah yang lebih besar dari upah biasanya. Kejadian yang banyak terjadi, tidak melalui perantara legal, sehingga banyak yang mengalami gaji tidak dibayarkan, mendapatkan oenganiayaan, eksploitasi seksual, dll.
- 6) Eksploitasi transplantasi organ, pendekatan seringkali dilakukan secara personal dan melalui sosial media, tindakan operasi organ dilakukan secara ilegal dan korban tidak mendapatkan pembayaran seperti perjanjian.

3.3.2 Faktor Pendorong Terjadinya *Human Trafficking*

Pada dasarnya banyak faktor yang mendorong terjadinya human trafficking pada kaum perempuan dan anak, diantaranya adalah:

- a. Sosial ekonomi, adanya ketimpangan sosial ekonomi dan tingginya angka kemiskinan mendorong terjadinya migrasi ke daerah maju di dalam negeri dan luar negeri (Nawangsari, 2015). Himpitan ekonomi dapat menjerumuskan ke dalam jeratan hutang, yang akhirnya

- akan menjerumuskan korban mudah tertipu dengan iming-iming pendapatan yang besar (Sulistiyo, 2012)
- b. Lapangan kerja, sulitnya lapangan pekerjaan yang bisa didapatkan dengan upah besar, korban diiming-imingi mendapatkan pekerjaan dengan penghasilan yang sepadan bahkan lebih (Fadillah, Muammar and Sartik La Antio, 2022).
 - c. Pendidikan, Orang yang memiliki pendidikan rendah dan minim dalam mendapatkan akses informasi cenderung lebih mudah terpengaruh. (Sulistiyo, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- (KemenPPPA), K. P. P. dan P. A. 2021. *Profil Perempuan Indonesia 2021*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Kemen PPPA).
- Asfiyak, K. 2021. Menelisik Akar Penyebab Kekerasan Gender Pada Masyarakat Petani Peladang Kecamatan Gedangan Kabupaten Malang. *Jurnal Ilmiah Ahwal Syakhshiyah (JAS)*, (Vol 3, No 1 (2021): Jurnal Ilmiah Ahwal Syakhshiyah (JAS)), pp. 71–93. Available at: <http://riset.unisma.ac.id/index.php/JAS/article/view/11046/10225>.
- DP3APKB. 2021. *KEMEN PPPA Launching SAPA 129*, dp3apkb.kalteng.go.id. Available at: <https://dp3apkb.kalteng.go.id/berita/kemen-pppa-launching-sapa-129.html> (Accessed: 10 February 2023).
- Esther, J., Manullang, H. and Silalahi, J. 2021. Pola Penanganan dan Penindakan Pelaku Tindak PiDana Perdagangan orang (Studi Kasus Di Kepolisian Daerah Sumatera Utara)', *Jurnal IUS Kajian Hukum dan Keadilan*, 9(1).
- Fadillah, A. N., Muammar and Sartik La Antio. 2022. 'Perdagangan Orang (Human Trafficking): Aspek Kekerasan terhadap Perempuan di Indonesia P', *Sanisa: Jurnal Kreativitas Mahasiswa Huum*, 2(2), pp. 81–91.
- KemenPPPA. 2021. *Hasil Pendataan Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN) 2021*, Siaran Pers Nomor: B-528/SETMEN/HM.02.04/12/2021. Available at: <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/3609/rilis-data-sphpn-tahun-2021-menteri-pppa-tidak-boleh-ada-satupun-perempuan-yang-alami-kekerasan>.

- KemenPPPA. 2023. *SIMFONI PPA (Sistem Informasi Online Perlindungan Perempuan dan Anak)*. Available at: <https://kekerasan.kemenpppa.go.id/ringkasan> (Accessed: 2 February 2023).
- KEMENPPPA, B. H. dan H. 2021. *KEMEN PPPA Luncurkan Call Center SAPA 129, Siaran Pers Nomor: B-052/SETMEN/HM.02.04/03/2021*. Available at: <https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/3085/kemen-pppa-luncurkan-call-center-sapa-129>.
- Nawangsari, D. 2015. Kekerasan Terhadap Perempuan Dalam Tindak Pidana Human Trafficking', *An-Nisa*, 8(1), pp. 83–100.
- Profil Komnas Perempuan*. 2020. Available at: <https://komnasperempuan.go.id/profil>.
- RI, P. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2009 tentang Pengesahan Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking In Persons, Especially Women and Children, Supplementing The United Nations Convention Against Transnational Organized Crime (Pro*.
- Rokhmansyah, A. 2016. *Pengantar Gender dan Feminisme Pemahaman Awal Kritik Sastra Feminisme*. Yogyakarta: Penerbit Garudhawaca.
- Sulistiyo, A. 2012. Perlindungan Korban Kekerasan Kejahatan Perdagangan Manusia dalam Sistem Hukum Pidana Indonesia. *Pandecta*, 7.
- Sutiawati and Mappaselleng, N. F. 2020. Penanggulangan Tindak Pidana Kekerasan dalam Rumah Tangga di Kota Makassar. *Jurnal Wawasan Yuridika*, 4(1), pp. 17–30. doi: 10.25072/jwy.v4i1.315.
- Triantoro. 2014. *Dadi Wong Lanang: Idealisasi dan Perolehan Nilai Remaja Laki-laki di Jawa*. Yogyakarta: Rifka Annisa Women's Crisis Center.

Undang-Undang Tahun 2007 *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2007 Tentang Pemberantasan Tindak Pidana Perdagangan Orang.*

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Veda, J. A. et al. 2021. *Panduan Penanganan Tindak Pidana Perdagangan Orang.* Jakarta: International Organization for Migration (IOM) Indonesia.

WHO. 2018. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018.*

BAB 4

KONSEP DASAR MENOPAUSE

Oleh Ida Farida Handayani

4.1 Pendahuluan

Di usia tua, hormon estrogen mulai berkurang atau berhenti, seiring dengan produksi sel telur yang juga mulai berkurang atau berhenti. Dengan menurunnya hormon estrogen, wanita mengalami perubahan fisik dan psikis, antara lain perubahan organ reproduksi, perubahan metabolisme tubuh dan penurunan massa tulang (osteoporosis). (Anggraini, 2022)

World Health Organization (WHO) dan Undang-undang Perawatan Lansia No. 13 Tahun 1998, Bab 1, Pasal 1, Ayat 2, menyatakan bahwa usia 60 tahun adalah usia awal dari usia tua. Penuaan bukanlah penyakit, tetapi suatu proses yang secara bertahap mengarah pada perubahan kumulatif, melemahnya daya tahan tubuh terhadap rangsangan internal dan eksternal.

4.2 Konsep Dasar Menopause

Salah satu perubahan yang terjadi pada usia yang lebih tua adalah saat seorang wanita mulai menopause. Menopause adalah kondisi wanita dimana terjadi perubahan masa

reproduksi aktif menjadi tidak aktif, menstruasi menjadi tidak teratur dan produksi estrogen menurun. Menopause mengacu pada periode dalam kehidupan seorang wanita ketika dia beralih dari fase reproduksi ke fase non-reproduksi, ketika fungsi ovarium menurun. Klimakterium adalah masa yang dimulai pada akhir masa reproduksi dan berakhir pada awal masa senium (usia tua), yaitu antara usia 45 dan 65 tahun (Sebtalesy dan Irmawati Mathar, 2019)

Menopause merupakan fenomena umum yang terjadi ketika masa subur mulai menurun sehingga menyebabkan sebagian wanita merasa resah atau cemas. Bagi yang lain, itu memberi kepercayaan diri. (Suparni, 2016 dalam Yorinda). (Sebtalesy dan Irmawati Mathar, 2019)

4.2.1 Pengertian Menopause

Menopause adalah istilah yang berasal dari Yunani yang berarti berhenti haid (*apause in the menses*). (Kementerian Kesehatan RI, 2022) Secara linguistik kata yang lebih tepat adalah *menocease* yang berarti masa berhentinya menstruasi. (Suparni dan Yuli, 2016)

Menopause adalah akhir alami dari siklus menstruasi, yang biasanya terjadi saat seorang wanita mencapai usia 45-55 tahun. Seorang wanita dikatakan telah mencapai menopause ketika dia tidak mengalami menstruasi setidaknya selama 12 bulan. (Kementerian Kesehatan RI, 2022)

Diagnosis dikonfirmasi setelah setidaknya satu tahun amenore. Menopause didahului dengan periode yang lebih lama dan lebih sedikit perdarahan. Usia saat menopause dipengaruhi oleh faktor keturunan, kesehatan umum dan gaya

hidup. Saat ini, menopause dimulai pada usia yang lebih tua. Menopause ada hubungannya dengan menarche. Semakin awal periode menarche dimulai, semakin lambat timbulnya menopause.

Di abad ini, menstruasi tampaknya dimulai lebih awal dan menopause lebih lambat, sehingga masa reproduksi lebih panjang. Namun, di negara maju, menopause tidak mengubah kembali ke usia yang lebih muda. Menopause buatan yang disebabkan oleh pembedahan atau radiasi biasanya menimbulkan lebih banyak keluhan daripada menopause alami.

4.2.2 Fase-Fase Menopause

Seiring bertambahnya usia, banyak proses perkembangan dan pertumbuhan manusia terjadi. Sebelum menopause, biasanya didahului dengan fase premenopause. Premenopause, yaitu masa yang berlangsung sekitar 4-5 tahun sebelum menopause, ditandai dengan keluhan perdarahan yang tidak teratur. Fase premenopause terjadi ketika terjadi peralihan dari masa subur ke tidak adanya pembuahan (anovulatoir). Beberapa wanita mengalami premenopause pada usia 40-an dan puncaknya pada usia 50-an, yang berarti menopause dimulai saat wanita berhenti menstruasi. (Sebtalesy dan Irmawati Mathar, 2019)

Fase Menopause adalah masa berhenti secara permanen, minimal satu tahun. Biasanya terjadi pada umur 45-55 tahun, rata-rata pada umur 51 tahun. Kebanyakan wanita mengalami menopause dalam waktu kurang dari 5 tahun dan beberapa lebih dari 5 tahun. Jika diambil rata-rata, menopause seorang

wanita biasanya dimulai sekitar usia 45-50 tahun. (Sebtalesy dan Irmawati Mathar, 2019)

Selanjutnya fase Pasca menopause adalah masa yang berlangsung 3-4 tahun setelah menopause.

4.2.3 Macam-macam Menopause

Seiring bertambahnya usia wanita, ovarium tidak lagi merespons rangsangan hormon luteinizing (LH) dan hormon perangsang folikel (FSH) yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis. Akibatnya, ovarium melepaskan lebih sedikit estrogen dan progesteron dan akhirnya proses ovulasi (pelepasan sel telur) terhenti. Hormon estrogen dalam hal ini bertanggung jawab untuk pembentukan lapisan epitel di rongga uterus. Penurunan kadar estrogen selama menopause tidak menyebabkan pembentukan lapisan epitel di rongga rahim.

1. Menopause alami

Menopause terjadi secara alami ketika indung telur wanita tidak lagi memiliki sel telur untuk dilepaskan, dan gejalanya disebabkan oleh penurunan kadar hormon estrogen. Menjelang menopause alami, kadar hormon dapat berubah dari tinggi ke rendah saat tubuh bertransisi (perimenopause).

Keteraturan dan panjang siklus menstruasi bervariasi sepanjang masa reproduksi wanita, tetapi usia saat menopause alami terjadi pada wanita di seluruh dunia, biasanya usia 45 dan 55 tahun. (WHO, 2022)

2. Menopause dini

Menopause dini adalah menopause yang terjadi sebelum umur 40 tahun, kemungkinan penyebabnya adalah faktor keturunan, penyakit autoimun dan rokok. Beberapa wanita mengalami menopause lebih awal (sebelum usia 40 tahun). 'Menopause dini' ini mungkin karena kelainan kromosom tertentu, kelainan autoimun, atau penyebab lain yang tidak diketahui. (WHO, 2022) Gen, beberapa gangguan sistem kekebalan, atau prosedur medis dapat menyebabkan menopause dini. Penyebab lainnya termasuk: Kegagalan ovarium prematur (atau Insufisiensi Ovarium Primer. (WEbMD Editorial Contributors, 2022)

Menopause dini (atau prematur) dapat terjadi karena: Tindakan medis yang menghentikan fungsi ovarium, seperti kemoterapi atau radioterapi untuk kanker. operasi untuk mengangkat ovarium wanita (ooforektomi)—misalnya, untuk mencegah atau mengobati kanker ovarium atau kanker payudara. Operasi untuk mengangkat rahim (histerektomi) dalam beberapa kasus. Insufisiensi ovarium primer – misalnya, karena kondisi genetik, autoimun, atau metabolik tertentu. Beberapa penyebab yang tidak diketahui — untuk 6 dari 10 wanita dengan menopause dini, penyebabnya tidak diketahui.

3. Menopause Terlambat

Menopause yang terjadi apabila seorang wanita masih mendapatkan haid di atas 52 tahun. Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya menopause terlambat, diantaranya yaitu faktor konstitusional, fibroma uteri dan tumor ovarium. Salah satu faktor yang memungkinkan

seorang wanita akan mengalami keterlambatan menopause yaitu memiliki kelebihan berat badan. (Suparni dan Yuli, 2016)

4. Menopause karena Operasi

Menopause yang terjadi akibat dilakukannya operasi atau pembedahan, misalnya operasi rahim (histerektomi) atau yang seringkali disebut dengan istilah *Total Abdominal Hysterectomy* (TAHA) ataupun karena kedua ovarium diangkat (*Oophorectomy bilateral* atau sering disebut *Bilateral Salpingo Oophorectomy*/BSO).

Bila uterus diangkat karena operasi tetapi indung telur dipertahankan, maka masa haid berhenti namun gejala menopause lainnya biasanya tetap berlangsung ketika wanita tersebut mencapai usia menopause alami. Meski demikian ada sejumlah wanita yang menjalani operasi uterus dan mengalami gejala-gejala menopause dalam usia yang lebih muda. (Suparni dan Yuli, 2016)

5. Menopause Medis

Menopause ini terjadi akibat campur tangan medis yang menyebabkan berkurangnya atau berhentinya pelepasan hormon oleh ovarium. Campur tangan ini bisa berupa pembedahan untuk mengangkat ovarium serta kemoterapi atau terapi penyinaran pada panggul untuk mengobati kanker. Wanita yang menjalani kemoterapi, seringkali mengalami menopause sementara atau permanen. Obat-obatan anti kanker dapat merusak indung telur dan mengurangi hormon yang diproduksi. Akibatnya,

selama menjalani kemoterapi, masa haid menjadi tidak teratur, bahkan berhenti sepenuhnya.

Tidak mungkin untuk memprediksi kapan seorang wanita akan mengalami menopause, meskipun ada hubungan antara usia saat menopause dan faktor demografi, kesehatan, dan genetik tertentu. Menopause juga dapat diinduksi sebagai akibat dari prosedur pembedahan yang melibatkan pengangkatan kedua ovarium atau intervensi medis yang menyebabkan berhentinya fungsi ovarium (misalnya terapi radiasi atau kemoterapi). (WHO, 2022)

Banyak wanita telah berhenti menstruasi sebelum menopause, misalnya mereka yang telah menjalani prosedur pembedahan tertentu (histerektomi atau operasi pengangkatan lapisan rahim) serta mereka yang menggunakan kontrasepsi hormonal tertentu dan obat-obatan lain yang menyebabkan jarang atau tidak adanya menstruasi. Mereka mungkin masih mengalami perubahan lain terkait transisi menopause. (WHO, 2022)

Populasi global wanita pascamenopause terus bertambah. Pada tahun 2021, wanita berusia 50 tahun ke atas menyumbang 26% dari semua wanita dan anak perempuan secara global. Angka ini naik dari 22% 10 tahun sebelumnya. Selain itu, wanita hidup lebih lama. Secara global, seorang wanita berusia 60 tahun pada tahun 2019 dapat berharap untuk hidup rata-rata 21 tahun lagi. (WHO, 2022)

4.2.4 Gejala Menopase

Menopause tidak hanya menghentikan haid, banyak perubahan lain yang terjadi pada tubuh wanita menopause, mulai dari penampilan fisik, keadaan psikologis, hasrat seksual hingga kesuburan. Perubahan ini bisa terjadi secara bertahap atau tiba-tiba dan disebut gejala menopause. Perubahan ini disebut perimenopause, yang dapat berlangsung beberapa tahun sebelum menopause dan biasanya dimulai pada usia 40-an atau lebih awal (Kementerian Kesehatan RI, 2022)

Perubahan hormon yang terkait dengan menopause dapat memengaruhi kesejahteraan fisik, emosional, mental, dan sosial. Gejala yang dialami selama dan setelah transisi menopause sangat bervariasi dari orang ke orang. Beberapa memiliki sedikit jika ada gejala. Bagi yang lain, gejalanya bisa parah dan memengaruhi aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup. Beberapa dapat mengalami gejala selama beberapa tahun.(WHO, 2022)

Berikut ini merupakan gejala atau tanda-tanda menopause: (Sebtalesty dan Irmawati Mathar, 2019; Kementerian Kesehatan RI, 2022; WHO, 2022) (Roberts dan Hickey, 2016) (Lee *et al.*, 2019)

1. Perubahan siklus menstruasi

Menstruasi menjadi tidak teratur, kadang terlambat atau lebih awal (Oligomenorrhea). Kehamilan masih mungkin terjadi selama perimenopause. Kontrasepsi dianjurkan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan sampai setelah 12 bulan berturut-turut tidak haid. Kehamilan setelah menopause tidak mungkin terjadi tanpa perawatan

kesuburan yang melibatkan penggunaan sel telur donor atau embrio yang sebelumnya dibekukan.

2. Perubahan penampilan fisik

a. *Hot flushes*/rasa panas

Gejala ini hampir selalu dirasakan oleh tiap perempuan, rasa panas menyebar diseluruh tubuh, yang tersering pada wajah, leher, dan dada yang berlangsung beberapa menit; sensai panas ini disertai dengan warna kulit kemerahan dan keringat berlebih.

Sekitar 75% wanita menopause mengalami hot flushes. Sebagian besar mengalaminya lebih dari setahun dan 25-30% lebih dari 5 tahun. Perasaan ketidaknyamanan fisik akut yang dapat berlangsung beberapa menit

b. Berkeringat di malam hari/ *Night sweat*

Terkadang rasa panas disertai dengan keringat malam hari. Akibatnya, wanita sering terbangun dan sulit untuk tidur kembali.

Gejala vasomotor: *hot flushes* dan *night sweats* normal selama transisi menopause dan mempengaruhi sekitar 80% perempuan. Mekanisme gejala vasomotor kurang dipahami, tetapi dianggap gangguan termoregulasi hipotalamus setelah paparan estrogen. Durasi rata-rata VMS adalah 7,4 tahun. (Roberts dan Hickey, 2016)

c. Berdebar-debar (detak jantung meningkat)

Risiko penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis meningkat, akibat penurunan kadar estrogen. Penurunan kadar estrogen meningkatkan kadar kolesterol LDL dan menurunkan kadar kolesterol HDL.

Komposisi tubuh dan risiko kardiovaskular juga dapat terpengaruh. Keunggulan wanita dibandingkan pria dalam hal penyakit kardiovaskular secara bertahap menghilang dengan penurunan kadar estrogen yang signifikan setelah menopause.

- d. Kesulitan tidur (insomnia)
- e. Sakit kepala, merasa pusing, kesemutan dan jantung berdebar (palpitasi)
- f. Lebih sering buang air kecil
- g. Ketidaknyaman saat buang air kecil. Saluran kemih (uretra) menjadi kering dan kurang elastis, sehingga mudah terjadi infeksi pada saluran kemih dan perasaan tidak puas saat buang air kecil.
- h. Ketidakmampuan mengendalikan buang air kecil (*inkontinensia*)
- i. Gejala seksual: Vagina menjadi kering dan gatal karena penipisan jaringan pada dinding vagina sehingga timbul rasa tidak nyaman, nyeri atau iritasi pada saat berhubungan seksual (*dyspareunia*). Perubahan pada vagina juga memudahkan terjadi infeksi. Menurunnya libido. Selama perimenopause dan setelah menopause, masih mungkin tertular infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV, melalui kontak seksual tanpa kondom, termasuk seks oral, anal, dan vaginal. Penipisan dinding vagina setelah menopause meningkatkan kemungkinan lesi dan robekan, sehingga meningkatkan risiko penularan HIV selama hubungan seks vaginal.

Fungsi seksual memburuk dengan meningkatnya status menopause, terlepas dari usia. Gejala yang paling sering dilaporkan termasuk hasrat seksual yang rendah (40-55%), pelumasan yang buruk (25-30%) dan dispareunia (12-45%), salah satu komplikasi sindrom genitourinari menopause (GSM). Disfungsi seksual (SD) pada masa kehidupan ini berakar pada berbagai faktor predisposisi, pencetus yang mungkin berasal dari biologis, psikologis dan sosio-budaya. Oleh karena itu pendekatan multidimensi untuk pengelolaan SD sangat penting dalam menopause. (Scavello *et al.*, 2019)

- j. Mudah lelah (fatigue)
- k. Perubahan pada tekstur kulit. Kulit tidak elastis dan mulai muncul keriput. Ini diakibatkan jaringan kolagen yang makin berkurang akibat menurunnya kadar estrogen.
- l. Penurunan daya ingat
- m. Melemahnya struktur penyangga panggul, sehingga meningkatkan risiko prolaps organ panggul.
- n. Efek menopause lanjut: osteoporosis (pengeroposan tulang) Hilangnya kepadatan tulang saat menopause merupakan kontributor yang signifikan terhadap tingkat osteoporosis dan patah tulang yang lebih tinggi. Pada menopause lanjut, laju regenerasi tulang tidak sebanding dengan laju resorpsi tulang, yang bagaimanapun lebih cepat. Oleh karena itu, wanita berusia 60 tahun ke atas rentan mengalami patah tulang. Risiko terkena osteoporosis adalah pada wanita

yang: kurus, merokok, terlalu banyak mengonsumsi alkohol, menggunakan kortikosteroid, sedikit mengonsumsi kalsium, jarang berolahraga.

3. Gejala psikologis: mudah tersinggung, depresi, cemas, perubahansuasana hati (mood) yang tidak menentu, sering lupa, susah berkonsentrasi.

4.2.5 Terapi menopause

Ada berbagai intervensi non-hormonal dan hormonal yang dapat membantu meringankan gejala menopause. Gejala yang berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan harus didiskusikan dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengidentifikasi opsi penatalaksanaan yang tersedia, dengan pertimbangan riwayat medis, nilai, dan preferensi. (WHO, 2022)

Menopause adalah proses alami. Banyak gejala akan hilang seiring waktu. Tetapi jika menyebabkan masalah, perawatan dapat membantu keadaan merasa lebih baik. Terapi yang umum termasuk:

1. Terapi penggantian hormon/ *Hormone replacement therapy* (HRT). Ini juga disebut terapi hormon menopause. Konsumsi obat untuk menggantikan hormon yang tidak diproduksi lagi oleh tubuh. Obat atau kombinasi tertentu dapat membantu mengatasi hot flashes dan gejala vagina, serta membuat tulang lebih kuat. Mengonsumsi obat ini dapat memiliki risiko masalah kesehatan lain seperti penyakit jantung atau kanker payudara, jadi gunakan dosis terendah yang bekerja sesingkat mungkin.

2. Terapi hormon topikal. Ini adalah krim, sisipan, atau gel estrogen yang dimasukkan ke dalam vagina untuk membantu mengatasi kekeringan.
3. Obat nonhormon. Paroxetine obat depresi (Brisdelle, Paxil) disetujui FDA untuk mengobati *hot flushes*. Gabapentin obat saraf (Gralise, Neuraptine, Neurontin) dan obat tekanan darah clonidine (Catapres, Kapvay) mungkin juga meredakannya. Obat-obatan yang disebut modulator reseptor estrogen selektif (SERM) ya untuk mengobati *hot flushes* dan kekeringan pada vagina.
4. Obat untuk osteoporosis. Mengonsumsi obat atau suplemen vitamin D untuk membantu menjaga tulang tetap kuat.

Terapi komplementer: obat herbal seperti black cohosh dan red clover dan estrogen nabati (fitoestrogen), ditemukan, misalnya, dalam kedelai, hipnoterapi, pengobatan perilaku kognitif, terapi kesadaran, akupunktur dan pengobatan tradisional Cina, penting untuk meminta saran/rekomendasi medis sebelum mencoba pengobatan apa pun, termasuk terapi herbal. Beberapa pengobatan mungkin mahal dan belum terbukti, atau mungkin berinteraksi dengan pengobatan lain.

4.2.7 Anjuran WHO terkait Menopause

Mengalami menopause adalah suatu karunia, keadaan ini merupakan proses penuaan yang sangat alamiah dan normal pada setiap wanita. Meskipun menopause bukanlah penyakit, namun faktanya mengacu pada pengalaman wanita perimenopause dan pascamenopause sebagai gejala karena

dapat mengakibatkan tingkat ketidaknyamanan yang mempengaruhi kualitas hidup mereka.

WHO menganggap bahwa dukungan kesehatan sosial, psikologis dan fisik selama masa transisi menopause dan setelah menopause harus menjadi bagian integral dari perawatan kesehatan. WHO berkomitmen untuk meningkatkan pemahaman tentang menopause dengan:

1. Meningkatkan kesadaran tentang menopause dan dampaknya terhadap perempuan di tingkat individu dan masyarakat, serta terhadap perkembangan kesehatan dan sosial ekonomi negara;
2. Mengadvokasi dimasukkannya diagnosis, pengobatan dan konseling terkait dengan pengelolaan gejala menopause sebagai bagian dari cakupan kesehatan universal;
3. Mempromosikan dimasukkannya pelatihan tentang menopause dan pilihan pengobatan dalam kurikulum pra-jabatan bagi petugas kesehatan; dan
4. Menekankan pendekatan jalan hidup untuk kesehatan dan kesejahteraan (termasuk kesehatan dan kesejahteraan seksual), dengan memastikan bahwa perempuan memiliki akses ke informasi dan layanan kesehatan yang sesuai untuk mempromosikan penuaan yang sehat dan kualitas hidup yang tinggi sebelum, selama dan setelah menopause.

Pentingnya memahami menopause sebagai satu titik dalam rangkaian tahap kehidupan. Status kesehatan seorang

wanita memasuki masa perimenopause akan sangat ditentukan oleh riwayat kesehatan dan reproduksi sebelumnya, gaya hidup dan faktor lingkungan. Gejala perimenopause dan pascamenopause dapat mengganggu kehidupan pribadi dan profesional, dan perubahan yang terkait dengan menopause akan memengaruhi kesehatan wanita seiring bertambahnya usia. Oleh karena itu, perawatan perimenopause memainkan peran penting dalam mempromosikan penuaan yang sehat dan kualitas hidup.

Menopause dapat menjadi transisi penting dari perspektif sosial, serta biologis. Secara sosial, pengalaman menopause seorang wanita dapat dipengaruhi oleh norma gender, faktor keluarga dan sosiokultural, termasuk bagaimana penuaan wanita dan transisi menopause dipandang dalam budayanya. Menopause dapat menawarkan peluang penting untuk menilai kembali kesehatan, gaya hidup, dan tujuan seseorang. (WHO, 2022)

Tantangan kesehatan masyarakat terkait dengan menopause:

Wanita perimenopause membutuhkan akses ke layanan kesehatan berkualitas dan komunitas serta sistem yang dapat mendukung mereka. Sayangnya, baik kesadaran maupun akses ke informasi dan layanan terkait menopause tetap menjadi tantangan yang signifikan di sebagian besar negara. Menopause seringkali tidak dibahas dalam keluarga, komunitas, tempat kerja, atau tempat perawatan kesehatan.

Wanita mungkin tidak mengetahui bahwa gejala yang mereka alami terkait dengan menopause, atau bahwa ada pilihan konseling dan pengobatan yang dapat membantu

meringankan ketidaknyamanan. Mereka yang mengalami gejala menopause mungkin merasa malu untuk menarik perhatian pada pengalaman mereka dan meminta dukungan.

Penyedia layanan kesehatan mungkin tidak dilatih untuk mengenali gejala perimenopause dan pasca-menopause dan menasihati pasien tentang pilihan pengobatan dan tetap sehat setelah transisi menopause. Menopause saat ini mendapat perhatian terbatas dalam kurikulum pelatihan bagi banyak petugas kesehatan.

Kesejahteraan seksual wanita menopause diabaikan di banyak negara. Ini berarti bahwa efek ginekologi umum dari menopause, termasuk kekeringan vagina dan rasa sakit saat berhubungan seksual, mungkin tidak tertangani. Demikian pula, wanita yang lebih tua mungkin tidak menganggap diri mereka berisiko terhadap infeksi menular seksual, termasuk HIV, atau mungkin tidak diberi konseling oleh penyedia mereka untuk mempraktikkan seks yang lebih aman atau melakukan tes.

Banyak pemerintah tidak memiliki kebijakan kesehatan dan pembiayaan untuk dimasukkannya diagnosis, konseling, dan layanan pengobatan terkait menopause sebagai bagian dari layanan yang tersedia secara rutin. Layanan terkait menopause merupakan tantangan khusus di rangkaian di mana seringkali terdapat prioritas lain yang mendesak dan bersaing untuk pendanaan Kesehatan. (WHO, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D. D. (2022) "1.2 Konsep Dasar," *Kesehatan Reproduksi*, 2.
- Kementerian Kesehatan RI (2022) *Mengenal Menopause, Yankes Kemenkes RI*. Tersedia pada: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/475/menopause.
- Lee, J. *et al.* (2019) "Sleep disorders and menopause," *Journal of Menopausal Medicine*, 25(2), hal. 83–87.
- Roberts, H. dan Hickey, M. (2016) "Managing the menopause: An update," *Maturitas*, 86, hal. 53–58.
- Scavello, I. *et al.* (2019) "Sexual health in menopause," *Medicina*, 55(9), hal. 559.
- Sebtalesy, C. Y. dan Irmawati Mathar, S. K. M. (2019) *Menopause: Kesehatan Reproduksi Wanita Lanjut Usia*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Suparni, I. E. dan Yuli, R. (2016) *Menopause masalah dan penanganannya*. Deepublish.
- Tessy, T. S. (2022) *Menopause, Unhas*. Tersedia pada: <https://med.unhas.ac.id/obgin/?p=110>.
- WEbMD Editorial Contributors, reviewed P. G. (2022) *Menopause, WebMD*. Tersedia pada: <https://www.webmd.com/menopause/guide/menopause-basics>.
- WHO (2022) *Menopause, WHO int.* Tersedia pada: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.

BAB 5

PERUBAHAN HORMONAL PADA MENAPAUSE

Oleh Ugi Sugiarsih

5.1 Pendahuluan

Hormon adalah pembawa pesan kimiawi yang mengatur aktivitas sel dan organ tertentu. Hormon reproduksi diproduksi oleh testis, ovarium, dan korteks adrenal, membantu pembentukan sel sperma dan sel telur, serta dapat membentuk ciri seksual sekunder. Kelenjar adrenal mengeluarkan hormon reproduksi anabolik, glukokortikoid dan mineralokortikoid. Hormon reproduksi, seperti androgen dan estrogen, berasal dari sel-sel zona reticular dan fascicular yang terlibat dalam perkembangan karakteristik seksual sekunder.

Hormon reproduksi adalah molekul steroid yang berasal dari kolesterol. Hormon reproduksi terdapat di sitoplasma, di mana berikatan dengan protein reseptor spesifik. Hormon reproduksi berikatan secara kompetitif untuk membentuk kompleks reseptor hormon. Kompleks pengikat reseptor hormon reproduksi berperan dalam pengaturan pembentukan protein dan enzim pada sistem reproduksi. Pada tahap selanjutnya, kompleks hormon-reseptor memasuki nukleus dan berikatan dengan kromatin. Kromatin adalah bagian DNA yang dapat dibalik yang juga dapat digunakan sebagai bahan penyusun untuk membuat mRNA melalui sintesis protein dan

enzim sistem reproduksi. Dalam kondisi tertentu, hormon reproduksi hadir dalam konsentrasi tinggi, memungkinkan hormon ini untuk bertindak langsung melalui aktivitas enzim di membran sel target.

Seorang wanita akan mengalami perubahan adalah menopause. Dalam perjalanan hidupnya ketika memasuki usia 45 tahun mengalami penuasaan pada indung telur, sehingga hormon estrogen tidak dapat dipenuhi yang berdampak terhadap kemunduran diseluruh tubuh pada sistem hormonal dalam memproduksi hormonnya (Ida Ayu Chandranita Manuaba, dkk, 2009).

Menopause merupakan tahapan biologis yang dialami oleh seorang wanita, dimana mengalami ketidaksuburan yang ditandai dengan berhentinya menstruasi. Wanita memasuki menopause dimulai dari 1 tahun setelah berhentinya menstruasi terakhir (Ruswana Anwar, 2017). Beberapa studi tentang kesehatan kesehatan wanita ketika memasuki usia menengah (*middle age*) sebagian besar menunjukkan wanita menyatakan menopause merupakan pengalaman yang tidak mengenakan, hal ini karena bayaknya keluhan yang dirasakan diakibatkan karena faktor biologis, psikologis, maupun sosial budaya, tidak tauhan dengan adanya perubahan yang dialami pada masa menopause dapat menimbulkan stress yang berlebihan (Ruswana Anwar, 2017).

5.2 Hormon yang Terlibat dengan Menopause

Berbagai hormon terjadi selama menopause, yang semuanya memainkan peran penting dalam membawa perubahan fisik dan psikologis. Hormon yang paling penting adalah estrogen, progesteron, dan testosteron, tetapi hormon

lain seperti hormon kontrol, hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon luteinizing (LH) juga berperan.

Perubahan hormon dari waktu ke waktu. Saat wanita beralih dari perimenopause ke menopause, ovarium menghasilkan lebih sedikit estrogen dan progesteron. Ovarium kurang responsif terhadap hormon kontrol - FSH dan LH - yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis, menghasilkan tingkat hormon kontrol yang lebih tinggi. Perubahan hormon selama menopause. Tiga hormon utama estrogen, progesteron, dan testosteron serta perannya selama menopause.

5.2.1 Estrogen

Estrogen terutama diproduksi di ovarium, tetapi sejumlah kecil juga diproduksi di kelenjar adrenal dan merupakan salah satu dari dua hormon seks utama pada wanita, bersama dengan progesteron.

5.2.1.1 Tiga jenis utama estrogen dalam tubuh adalah sebagai berikut

- a. Oestrone (E1) adalah jenis estrogen yang diproduksi tubuh setelah menopause
- b. Oestradiol (E2) Oestradiol adalah jenis estrogen yang paling umum pada wanita usia subur
- c. Oestriol (E3) adalah estrogen utama selama kehamilan

5.2.1.2 Peran Estrogen dalam Tubuh

Estrogen berperan di seluruh tubuh yang merupakan hormon kunci selama masa pubertas yang membantu membawa perubahan fisik dan awal menstruasi. Estrogen membantu mengontrol siklus menstruasi, merupakan hormon kunci untuk kesuburan dan membantu mempertahankan kehamilan. Tingkat estrogen pada wanita berfluktuasi

sepanjang bulan, tertinggi selama menstruasi dan terendah selama masa subur. Produksi estradiol memungkinkan perkembangan dan pelepasan sel telur yang dikenal sebagai ovulasi. Estrogen juga penting untuk fungsi otak, termasuk suasana hati, dan meningkatkan kesehatan tulang dan jantung. Estrogen membantu mengendalikan kolesterol, itulah sebabnya wanita pascamenopause mengalami peningkatan kadar kolesterol.

5.2.1.3 Kadar estrogen selama menopause

Seiring bertambahnya usia seorang wanita, respons ovarium menurun dari waktu ke waktu, menyebabkan fluktuasi kadar estrogen dan progesteron selama periode perimenopause hingga seorang wanita mencapai menopause yaitu ketika seorang wanita mengalami 12 bulan tanpa menstruasi. Tujuh tahun setelah menopause, wanita dapat kehilangan hingga seperlima dari kepadatan tulangnya karena menurunnya kadar estrogen.

5.2.2 Progesteron

Progesteron termasuk dalam kelompok hormon steroid yang disebut "progestogen" (yaitu hormon yang memiliki efek serupa dengan hormon progesteron alami). Hormon sintetis yang memiliki efek serupa dengan progesteron disebut "progestogen".

Progesteron disekresikan oleh kelenjar kuning di ovarium terutama pada paruh kedua siklus menstruasi. Hormon ini berperan penting dalam siklus menstruasi dan mempertahankan tahap awal kehamilan. Selama siklus menstruasi, ketika sel telur dilepaskan dari ovarium selama

ovulasi (sekitar hari ke-14), sisa-sisa folikel ovarium yang mengelilingi sel telur yang sedang berkembang membentuk struktur yang disebut korpus luteum, yang secara harfiah berarti tubuh kuning. Struktur ini melepaskan progesteron dan, pada tingkat yang lebih rendah, estradiol. Progesteron mempersiapkan tubuh untuk kehamilan saat sel telur yang dilepaskan dibuahi.

Saat sel telur dibuahi, progesteron merangsang pertumbuhan pembuluh darah yang melapisi lapisan rahim (endometrium) dan merangsang kelenjar endometrium untuk mengeluarkan nutrisi yang menyehatkan embrio awal. Progesteron kemudian mempersiapkan lapisan rahim untuk implantasi sel telur yang telah dibuahi dan membantu menjaga lapisan rahim selama kehamilan. Pada tahap awal kehamilan, korpus luteum terus memproduksi progesteron, dan diperlukan untuk mendukung kehamilan dan pembentukan plasenta. Setelah plasenta terbentuk, plasenta mengambil alih produksi progesteron sekitar usia kehamilan 8-12 minggu, "transisi luteo-plasenta". Selama kehamilan, progesteron berperan penting dalam perkembangan janin (merangsang pertumbuhan jaringan payudara ibu, mencegah laktasi, dan memperkuat otot dasar panggul sebagai persiapan persalinan). Kadar progesteron dalam tubuh terus meningkat selama kehamilan hingga persalinan dimulai dan bayi lahir.

Meskipun korpus luteum ovarium adalah tempat utama produksi progesteron pada manusia, ia juga diproduksi dalam jumlah yang lebih kecil oleh ovarium itu sendiri, kelenjar adrenal, dan, selama kehamilan, oleh plasenta.

5.2.2.1. Peran Progesteron Dalam Tubuh

Progesteron adalah hormon steroid yang diproduksi tubuh selama ovulasi. Fungsi utamanya mempersiapkan tubuh wanita untuk kehamilan. Setelah ovulasi, di tempat ovarium melepaskan sel telur, terbentuk sejumlah kecil sel yang disebut luteum. Luteum mulai memproduksi progesteron. Progesteron mempersiapkan tubuh untuk kehamilan. Dalam kondisi normal, kadar progesteron mencapai puncaknya pada hari ke-21 siklus menstruasi. Jika sel telur tidak dibuahi, korpus luteum rusak, kadar progesteron turun dan wanita mulai menstruasi. Jika sel telur dibuahi, korpus luteum terus memproduksi progesteron. Setelah beberapa minggu kehamilan, plasenta mengambil alih sebagai sumber utama progesteron. Plasenta menghasilkan hormon ini dalam jumlah besar selama kehamilan normal.

5.2.2.2. Bagaimana progesteron dikendalikan?

Pembentukan korpus luteum (yang menghasilkan sebagian besar progesteron) dipicu oleh peningkatan produksi hormon lutein di hipofisis anterior. Ini biasanya terjadi sekitar hari ke-14 siklus menstruasi dan merangsang pelepasan sel telur dari ovarium (ovulasi) dan pembentukan korpus luteum dari sisa folikel. Luteum kemudian melepaskan progesteron, yang mempersiapkan tubuh untuk kehamilan. Jika sel telur tidak dibuahi dan tidak ada embrio yang subur, kelenjar kuning telur menjadi rusak dan produksi progesteron menurun. Karena progesteron dalam luteum tidak lagi menempel pada lapisan rahim, ia pecah dan pendarahan menstruasi dimulai, menandai dimulainya siklus menstruasi baru.

Namun, ketika sel telur yang berovulasi dibuahi dan menghasilkan embrio, sel-sel yang mengelilingi embrio awal tersebut (yang ditakdirkan untuk membentuk plasenta) mengeluarkan human chorionic gonadotropin. Hormon ini memiliki struktur kimia yang sangat mirip dengan hormon luteinizing. Artinya, hormon ini dapat mengikat dan mengaktifkan reseptor yang sama dengan hormon luteinizing, yang berarti sel luteal tidak rusak dan terus memproduksi progesteron hingga terbentuknya plasenta.

5.2.2.3 Kadar Progesteron Selama Menopause

Selama siklus menstruasi normal, progesteron bekerja berlawanan dengan estrogen untuk menjaga keseimbangan kedua hormon. Estrogen meningkat selama fase pertama siklus menstruasi untuk mendorong perkembangan sel telur, sedangkan pada fase berikutnya progesteron mempersiapkan tubuh untuk kehamilan atau awal menstruasi.

Namun, selama perimenopause, ketika ovarium kurang responsif, kadar estrogen dan progesteron berfluktuasi, membuat siklus menstruasi wanita kurang dapat diprediksi dan kadar progesteron yang rendah juga dapat menyebabkan peningkatan perdarahan. Selain perubahan siklus menstruasi wanita, penurunan kadar progesteron juga dapat menimbulkan gejala lain, seperti vagina kering. Progesteron membantu mengentalkan lendir serviks, tetapi penurunan kadar selama menopause dapat menyebabkan kekeringan pada vagina. Hormon wanita bukan hanya estrogen. Keseimbangan estrogen dan progesteron bervariasi sesuai dengan pola tertentu selama siklus menstruasi. Oleh karena itu, penurunan kedua hormon ini selama dan setelah menopause, seringkali

dengan kecepatan dan cara yang berbeda, menyebabkan perubahan fisiologis.

5.2.3 Testosteron

5.2.3.1 Peran testosteron dalam tubuh

Lebih sering dikaitkan dengan pria daripada wanita, testosteron dianggap sebagai "hormon pria". Testosteron juga memainkan peran penting dalam tubuh wanita. Testosteron wanita diproduksi di ovarium dan kelenjar adrenal dan berkontribusi pada libido, gairah seksual dan orgasme pada wanita, serta pemeliharaan metabolisme normal, kekuatan otot dan tulang, suasana hati dan fungsi kognitif. Setengah dari testosteron endogen diproduksi oleh ovarium dan setengah lainnya oleh kelenjar adrenal. Wanita muda yang sehat menghasilkan sekitar 100-400 mcg testosteron per hari, yaitu 3-4 kali jumlah estrogen yang diproduksi di ovarium. Tingkat testosteron selama menopause tidak seperti kadar progesteron atau estrogen, yang turun drastis selama menopause, kadar testosteron perlahan menurun seiring bertambahnya usia wanita. Faktanya, nilainya berkurang setengahnya antara usia 20 dan 40 tahun.

Penurunan testosteron dapat menyebabkan libido rendah, perubahan fungsi kognitif dan suasana hati, serta meningkatkan risiko osteoporosis. Wanita pascamenopause juga bisa menderita jerawat dan bertambahnya rambut wajah. Namun, genetika juga memainkan peran kunci dalam kecenderungan mengembangkan masalah ini.

Selain hormon progesteron dan testosteron, hormon estrogen juga merupakan percepatan pengerasan salah satu hormon reproduksi yang termasuk dalam kelompok hormon steroid, yang reseptornya terletak di sitosol sebelum berikatan dengan hormon tersebut. Ketika hormon steroid berikatan dengan reseptor sitosolnya, kompleks hormon-reseptor mulai terbentuk dan bertranslokasi ke dalam nukleus. Di bagian kompleks ini, reseptor mulai berinteraksi dengan DNA atau protein pengikat DNA yang merangsang transkripsi gen tertentu (Reece, 2008). Hormon estrogen (C-18 ketosteroid) memiliki cincin asam amino aromatik yang terdiri dari struktur estradiol paling aktif dan struktur estron dan estriol yang tidak aktif. Hormon estrogen dapat disintesis di testis, ovarium, kelenjar adrenal, plasenta, di mana prekursornya adalah testosteron dan androstenedion. Estrogen yang ditemukan terutama dalam urin adalah dalam bentuk estriol. Fungsi utama hormon estrogen adalah merangsang proliferasi sel dan implantasi jaringan pada alat kelamin dan jaringan reproduksi lainnya.

Hormon ini dapat menginduksi uterus, merangsang kontraksi uterus, merangsang relaksasi simfisis pubis saat melahirkan dan merangsang implantasi sistem kelenjar untuk laktogenesis, serta dapat memicu epifisis tubuh. Sistem saraf pusat adalah target lain dari estrogen, yang memodulasi sekresi LH dan FSH melalui sistem hipotalamus-hipofisis (Johnson, M.H., dan Everitt, 1988).

5.3 Tahapan menopause menurut (Kasdu, 2002) adalah sebagai berikut

5.3.1 Premenopause

Premenopause adalah dimulai sejak fungsi reproduksi mulai terganggu, masa belum berlangsungnya menopause sehingga cenderung mengalami penurunan, sampai timbulnya keluhan-keluhan atau tanda-tanda terjadinya menopause. Terjadi pada usia 40 tahun. Perdarahan terjadi karena adanya indikasi hormon estrogen menurun, insufisiensi corpus luteum, serta kegagalan proses ovulasi menyebabkan kelainan haid yang bermanifestasi seperti amenorrhea, polymenorrhea, dan hypermenorrhea. Pada wanita tertentu muncul keluhan vasomotorik atau keluhan sindroma prahaid. Hasil analisis hormonal menunjukkan kadar FSH dan estrogen meningkat atau normal. Kadar FSH yang tinggi menyebabkan stimulasi ovarium yang berlebihan sehingga kadang-kadang dijumpai kadar estrogen yang sangat tinggi (Bahman, 2010). Wanita yang terus menstruasi dalam 12 bulan terakhir dianggap premenopause. Menopause alami adalah pendarahan akhir yang surut terkait dengan penurunan fungsi ovarium dan timbulnya menopause. Pada saat yang sama, permulaan haid terakhir baru bisa diketahui setelah 12 bulan amenore. Menopause buatan terjadi akibat pengangkatan ovarium dan rahim atau radiasi. Amenore dan infertilitas selalu diikuti dengan gejala atau gangguan menopause.

5.3.2 Perimenapuse

Perimenopause adalah suatu kondisi dimana terjadi masa perubahan antara pramenopause dan pascamenopause, yang ditandai dengan siklus haid yang tidak teratur.

Menopause dimulai ketika menstruasi menjadi tidak teratur dan muncul masalah, yaitu. dari usia 45 hingga 55 tahun. Perimenopause terdiri dari pramenopause antara usia 45 dan 48 tahun, menopause antara usia 49 dan 51 tahun, dan pascamenopause antara usia 52 dan 55 tahun.

Masa perimenopause berlangsung sejak haid mulai tidak teratur dan pada saat mulai timbul keluhan-keluhan, yaitu usia 45 tahun sampai dengan 55 tahun. Sebagian besar wanita mengalami siklus haid > 38 hari dan sisanya < 18 hari, sebesar 40% siklus haid yang anovulatorik. Sebagian wanita, timbul keluhan vasomotorik, atau keluhan sindrom prahaid. Kadar FSH, LH dan estrogen sangat bervariasi (Baziad, 2003).

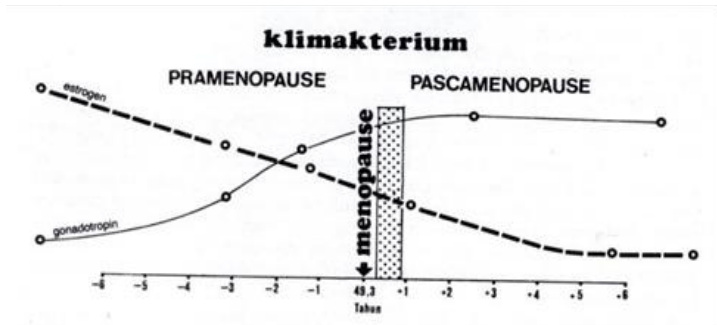
Wanita menopause mengalami gejala yang memuncak 1-2 tahun sebelum menopause dan 1-2 tahun setelah menopause. Saat ini, wanita mengalami menopause hingga akhir periode mereka. Saat ini menopause masih berlangsung. Munculnya keluhan sistemik terkait erat dengan fungsi vasomotor, keluhan yang paling umum adalah hot flashes, berkeringat lebih banyak dari sebelumnya, depresi dan hipersensitivitas - cedera lebih sering terjadi. Perimenopause digunakan terutama untuk tujuan klinis untuk merujuk pada perubahan menstruasi selama menopause sebagai akibat dari penurunan atau berkurangnya fungsi ovarium.

5.3.3 Postmenopause

Adalah periode dari menopause hingga senilis. Berlangsung sekitar 3-5 tahun setelah menopause. Ketidaknyamanan lokal terjadi pada sistem genitourinari bagian bawah, atrofi alat kelamin luar, vagina, yang dapat menyebabkan penurunan produksi lendir dan menyebabkan nyeri saat berhubungan seksual.

Setelah menopause berakhir, seorang wanita mengalami tahap lain pada periode pascamenopause dan kemudian periode gelap. Postmenopause sendiri didefinisikan sebagai tahap dimana ovarium sama sekali tidak dapat berfungsi, karena kadar estradiol dalam tubuh antara 20-30 pg/ml sedangkan hormon gonadotropin justru meningkat. Peningkatan hormon gonadotropin disebabkan kegagalan inhibin meningkat dalam jumlah yang cukup karena folikel yang tersedia tidak mencukupi (Baziad, 2003).

Postmenopause terjadi setelah menopause hingga menopause dan mulai mengalami amenore setelah 12 bulan. Kadar FSH dan LH yang sangat tinggi (>35 mIU/mL) dan kadar estradiol yang rendah menyebabkan atrofi endometrium, mengakibatkan kegagalan menstruasi untuk kembali. Tingkat estradiol yang tinggi masih diamati pada wanita yang kelebihan berat badan. Hampir semua wanita pascamenopause pernah mengalami berbagai penyakit akibat rendahnya kadar estrogen pada umumnya (Kakkar, 2007).



Gambar 5.1. Hormon Gonadotrpın & Estrogen
Pra Menopause dan Pasca Menopause
(Sumber: Ida Ayu Chandranit, 2009)

5.4.Perubahan Hormonal

5.4.1 Beberapa tahun sebelum menopause

Ketika kadar inhibin menurun, kadar hormon perangsang folikel (FSH) meningkat. Ini adalah petunjuk skrining pertama untuk menopause. Peningkatan FSH menginduksi perkembangan folikel yang cepat, menghasilkan siklus yang lebih pendek. Perubahan siklus menstruasi disebabkan karena pemendekan fase folikuler daripada fase luteal dan mungkin merupakan tanda klinis pertama perimenopause. (JC, 1993).

Berbeda dengan lonjakan gonadotropin, inhibin secara selektif menghambat pelepasan FSH hipofisis. Inhibin adalah inhibitor non-steroid yang ada dalam cairan folikel dan bagian peptidanya disintesis oleh sel granulosa dan disekresikan ke dalam cairan folikel. Penurunan sekresi inhibin oleh folikel dimulai sekitar usia 35 tahun, tetapi meningkat setelah usia 40 tahun (Buckler HM, Evans A, Mamlora H, 1991).

Tabel 5.1. Perubahan Siklus Mentrusi Menjelang Menopause

Age group (years)	Follicular phase (days)	Luteal phase (days)	Total Cycle lenght (days)
18 ± 30	16.9 ± 3.7	12.9 ± 1.81	30.0 ± 3.6
40 ± 41	10.4 ± 2.9	5.0 ± 0.9	25.4 ± 2.3
46 ± 51	8.16 ± 2.8	15.9 ± 1.3	23.2 ± 2.9

Sumber : (JC, 1993)

5.4.2 Menopause

Ketika jumlah folikel menurun, produksi estrogen terus menurun. Ketika lonjakan hormon luteinizing (LH) yang tidak tepat tercapai, ovulasi dapat berhenti atau menjadi lebih sering dan tidak teratur. Secara klinis, hal ini terkait dengan siklus yang tidak teratur dan fase luteal yang lebih pendek atau siklus anovulasi dengan stimulasi estrogen tanpa hambatan dan hiperplasia endometrium. Siklus anovulasi dapat diselingi dengan siklus ovulasi. Periode amenore, dengan peningkatan FSH dan LH, dapat menyerupai menopause, tetapi diikuti beberapa bulan kemudian dengan siklus ovulasi dan kadar gonadotropin normal (JC, 1993). Ketika ovulasi berhenti sepenuhnya, LH mulaimengalami peningkatan dengan dimulainya menopause, tetapi hormon pelepas gonadotropin (GnRH) tetap sama.

Menopause disebabkan oleh penurunan fungsi ovarium akibat penipisan kumpulan folikel primer dan penurunan steroidogenesis. Ini mengganggu mekanisme umpan balik hipofisis-hipotalamus, menghasilkan peningkatan gonadotropin hipofisis, tetapi tidak ada perubahan kadar GnRH

hipotalamus. Penurunan gabungan kadar inhibin dan estradiol dapat menyebabkan kenaikan awal FSH.

5.4.3 Perubahan ovarium

Ovarium sendiri tampaknya menjadi penyebab utama penurunan progresif dan penghentian total fungsi sirkulasi reproduksi pada wanita selama menopause. Folikel primordial terus menerus hilang sepanjang kehidupan rahim dan selama masa reproduksi hingga menopause. Setelah sekitar usia 35 tahun, ovarium manusia mulai berkurang berat dan ukurannya, memiliki lebih sedikit oosit dan struktur folikel, serta mengalami atresia dan degenerasi folikel (E, 1952).

Janin perempuan dimulai dengan sekitar 6 juta folikel primordial di dalam rahim, menurun menjadi 600.000 saat lahir, 300.000 saat menarche, dan kurang dari 10.000 saat menopause. Beberapa folikel yang belum matang terus menjadi matang selama beberapa tahun setelah menopause dan mungkin menunjukkan atresia. Banyak laporan ovulasi setelah menopause Penting untuk dipahami bahwa menurut (Kaufert PA, Gilbert P, 1992) mekanisme umpan balik dapat menyebabkan adaptasi kembali kelenjar hipofisis ke ovarium selama ada folikel di ovarium untuk merespons (McKinlay SM, Bifano NL, 1985). Temuan laboratorium dan tanda serta gejala klinis dapat berubah dalam 1 atau 2 tahun. Meskipun sekresi estradiol dan progesteron ovarium sangat berkurang pada ovarium menopause, ovarium masih mampu melakukan steroidogenesis yang signifikan. Sel stroma ovarium dan sel kelenjar adrenal memiliki kemampuan steroidogenik untuk menghasilkan androstenedion, yang diubah menjadi estradiol

di kulit dan pelengkap (Meldrum DR, Davidson BJ, Tartaryn IV, 1981).

Unsur steroidogenik utama ovarium pascamenopause adalah stroma, yang sering mengandung pulau-pulau "sel teka" dan dapat muncul sebagai hiperplasia cecal bilateral umum. Steroid yang disekresikan oleh ovarium pascamenopause sebagai respons terhadap rangsangan oleh konsentrasi LH yang tinggi terutama adalah androgen (androstenedione, testosteron), tetapi estradiol juga dapat diproduksi, dapat dilihat pada Tabel 5.2. Dalam studi in vitro, stroma hiperplastik menghasilkan estradiol saat distimulasi.

Tabel 5.2. Biosintesis steroid.

	Reproductive Age (mg/day)	Postmenopausal (mg/day)	Oophorectomized (mg/day)
Androstenedione	2-3	0.5-1.0	0.4-0.8
Dihydroepiandrosterone	6-8	1.5-4.0	1.5-4.0
Dihydroepiandrosterone sulphate	8-16	4.9	4-9
Testosteron	0.2-0.25	0.05-0.1	0.02-0.07
Oestrogen	0.350	0.045	0.045

Sumber : Medrum, (1981)

5.4.4 Sumber estrogen xtraglandular

Estrogen membentuk mayoritas estrogen yang bersirkulasi pada wanitapascamenopause. Sebagian besar estron terbentuk pada konversi perifer androstenedion. Setelah menopause, androstenedione yang bersirkulasi kira-kira setengah dari premenopause. Sebagian besar androstenedion pascamenopause ini berasal dari kelenjar adrenal, dengan hanya sejumlah kecil yang disekresikan oleh

ovarium. Tingkat konversi androstenedion menjadi estradiol secara signifikan berkorelasi dengan obesitas (tinggi badan) karena konversi perifer androstenedion terjadi terutama pada pelengkap kulit terutama lemak (JC, 1993). Setelah menopause, kadar estradiol yang bersirkulasi adalah sekitar 10-20 pg/mL (40-70 pmol/L), sebagian besar disebabkan oleh konversi ini (udd HL, Shamonki IM, Frumar AM, 1982). Kadar estron yang bersirkulasi lebih tinggi, dengan nilai rata-rata sekitar 30-70 pg/mL (110-260 pmol/L). Tingkat rata-rata produksi estradiol setelah menopause adalah sekitar 45 mg/24 jam dapat dilihat pada Tabel 5.3. dibawah ini.

Tabel 5.3 Kadar hormon steroid pada wanita pra dan pascamenopause

Hormone	Serum concentration (pg/ml)	Production Rate(μ g/24h)	Clearance Rate (1/24)
Oestradiol			
-Premenopause	32-500	40-675	1350
-Afteroophorectomy	18		
-Posmenopause	13	12	910
Oestrone			
-Premenopause	30-200	65-450	2210
-After oophorectomy	27		
-Postmenopause	30	45	1610
Androstenedione			
-Premenopause	1500(500-300)	3000	2000
-After ooppophorectomy	800-900		
-Postmenopause	800-900	1500	1850

Hormone	Serum concentration (pg/ml)	Production Rate(μ g/24h	Clearance Rate (1/24)
Testosterone			
- Premenopause	325(200-600)	250	800
- Afteroophorectomy	110		
- Posmenopause	230	140	600

Sumber : UDD HL et all, 1982)

5.4.5 Perubahan Hormonal Pada Menopause menurut (UNAIDS, 2019)

Wanita merasa lebih kuat selama masa transisi yang disebabkan oleh perubahan kadar hormon. Hal ini mempengaruhi siklus menstruasi dan perubahan tidur, rasa terbakar dan kering pada vagina, dan hormon bekerja sama untuk menjaga keseimbangan. Saat kadar hormon naik atau turun, kondisi ini memicu ovarium atau kelenjar pituitari di otak untuk menghasilkan lebih banyak atau lebih sedikit hormon lain. Seiring bertambahnya usia wanita, keseimbangan hormon mereka berubah.

5.4.2.1 Inhibin

Salah satu perubahan hormon pertama adalah pengurangan hormon inhibin. Ovarium menghasilkan inhibin, yang memberi tahu kelenjar hipofisis untuk mengurangi produksi hormon perangsang folikel (FSH). Saat kadar inhibin menurun, kadar FSH dalam FSH meningkat. Perubahan kadar hormon ini dalam darah dapat dideteksi berbulan-bulan hingga bertahun-tahun sebelum seorang wanita memasuki masa menopause..

5.4.2.3 FSH

FSH diproduksi oleh kelenjar hipofisis. Tingkat sering naik dan turun selama transisi ke menopause. Tingkat FSH bisa sangat tinggi pada suatu hari dan sangat rendah pada hari berikutnya. Ketika kadar FSH tinggi, ovarium menghasilkan lebih banyak estrogen. Saat kadar FSH turun, begitu pula kadar estrogen. Perubahan FSH dan estrogen ini dapat terjadi berbulan-bulan hingga bertahun-tahun sebelum menopause.

5.4.2.4 Progesteron

Progesteron dibuat oleh ovarium dan meningkat setelah ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium). Jika seorang wanita jarang berovulasi, progesteron tetap rendah, yang dapat menyebabkan kurangnya menstruasi.

5.4.2.5 AMH

Seperti inhibin, hormon anti-Müllerian (AMH) dibuat di ovarium. Seiring bertambahnya usia wanita, kadar AMH menurun dan tetap tidak terdeteksi selama beberapa tahun sebelum menopause. Penting untuk dipahami bahwa perubahan hormon bervariasi dari satu wanita ke wanita lainnya. Tingkat FSH yang tinggi dan tingkat AMH dan inhibin yang rendah biasanya terlihat selama menopause, tetapi tidak ada tes darah khusus yang dapat memprediksi atau mendiagnosis menopause pada wanita.

5.5. Perubahan Hormonal Pada Menopause menurut (Anna Glasier, 2006).

Menopause menandai berakhirnya potensi reproduksi ketika kegagalan ovarium yang ireversibel dimulai. Kelelahan oosit ovarium menyebabkan perkembangan folikel dan penghentian ovulasi: Hasilnya adalah sebagai berikut:

1. Penurunan bertahap dalam sirkulasi estradiol dan estrogen darah yang sangat rendah setelah penghentian fungsi ovarium. Estrogen pascamenopause yang paling penting adalah estron, yang diproduksi oleh konversi androgen adrenal di jaringan perifer
2. Peningkatan sirkulasi gonadotropin, hormon perangsang folikel (FSH) dan Hormon Luteinizing (LH) karena hilangnya efek umpan balik negatif estrogen
3. Amenore akibat tidak adanya stimulasi endometrium oleh hormon-hormon steroid ovarium.

5.6. Fisiologi Menopause

Siklus menstruasi diatur oleh dua hormon yang diproduksi oleh kelenjar hipofisis yaitu Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormone (LH), serta dua hormon yang diproduksi oleh ovarium yaitu Estrogen dan Progesteron. Saat lahir, seorang wanita memiliki sekitar 750.000 folikel primordial. Jumlah folikel ini berkurang seiring bertambahnya usia. Jumlah folikel primordial menurun menjadi 8300 pada usia 40-44 tahun (Baziad A, 2003) Hasil beberapa penelitian menemukan bahwa penurunan folikel primordial pada wanita disebabkan oleh dua faktor,

yaitu:proses ovulasi pada setiap siklus (menstruasi setiap bulan) dan penyebab lain dari apoptosis (folikel primordial mati dan implantasi terhenti). Ternyata proses seperti itu terus berlangsung sepanjang hidup seorang wanita, hingga usia 50 tahun (Baziad, 2003).

Pada wanita pascamenopause, hilangnya fungsi ovarium secara bertahap merusak kemampuan untuk merespons rangsangan hormonal kelenjar hipofisis untuk menghasilkan hormon steroid. Proses ini berlanjut sepanjang hidup seorang wanita, sehingga sekitar usia 50 tahun fungsi ovarium menjadi semakin lemah secara signifikan. Ketika jumlah folikel mencapai jumlah kritis, sistem pengaturan hormonal terganggu, menyebabkan hipotiroidisme, siklus menstruasi anovulatori, dan akhirnya oligomenore(Burger, 2006).

5.7 Perubahan Metabolisme

Pada wanita dengan siklus menstruasi normal, estradiol merupakan estrogen terpenting berasal dari ovarium. Selain estradiol, ada juga estrone yang berasal dari konversi Androstenedion di jaringan perifer. Kadar estradiol selama siklus menstruasi selama masa reproduksi bervariasi antara 40-80 pg/ml, pada fase folikuler tengah 60-100 pg/ml, pada akhir fase folikular adalah 100-400 pg/ml dan pada fase luteal 100-200 pg/mL. Tingkat rata-rata estradiol selama siklus menstruasi normal adalah 80 pg/ml sedangkan kadar estron berkisar antara 40 sampai 400 pg/ml (Baziad, 2003).

Pada tahap perimenopause, aktivitas folikel ovarium mulai berkurang. Ketika ovarium berhenti memproduksi telur dan berhenti memproduksi estradiol, kelenjar menjadi Kelenjar hipofisis mencoba merangsang ovarium untuk memproduksi estrogen, sehingga hal itu terjadi Peningkatan produksi FSH. Kadar FSH meningkat 10-20 kali lipat dan 3 kali lipat kali kadar LH memuncak 1-3 tahun setelah menopause. Peningkatan kadar FSH dan LH dalam fase kehidupan ini adalah tanda-tanda keberadaannya kegagalan ovarium. Meskipun perubahan ini terjadi 3 tahun sebelum menopause, penurunan produksi estrogen ovarium baru terjadi sekitar 6 bulan sebelum menopause (Goodman et al., 2011)

Wanita pascamenopause memiliki tingkat estradiol yang lebih rendah daripada Wanita yang berpotensi melahirkan anak pada setiap tahap siklus menstruasi. Pada wanita pascamenopause Estradiol dan estron berasal dari konversi androgen adrenal di hati, ginjal, otak, kelenjar adrenal dan jaringan adiposa. Proses aromatisasi di pinggirannya terkait berat wanita itu. Kadar estradiol dalam aliran darah setelah menopause sekitar 10-20 pg/hari.ml, sebagian besar berasal dari konversi estron perifer. Tingkat sirkulasi estron pada wanita pascamenopause lebih tinggi dari estradiol, sekitar 30-70 pg/ml. Rata-rata Produksi estrogen pascamenopause kira-kira 45 µg/24 jam. Rasio androgen/estrogen berubah secara dramatis setelah menopause karena penurunan estrogen yang lebih besar dan Kehadiran hirsutisme ringan adalah umum dan mencerminkan perubahan yang signifikan dalam hubungan hormonal (Baziad, 2003).

Ovarium mengeluarkan terutama androstenedion dan testosterone. Setelah menopause tingkat sirkulasi androstenedion sekitar 1,5 dibandingkan dengan tingkat premenopause. Sebagian besar androstenedione menopause ini berasal secara eksklusif dari kelenjar adrenal sejumlah kecil disekresikan oleh ovarium, meskipun androstenedion adalah steroid disekresikan terutama oleh ovarium pascamenopause. dehydroepiandrosterone (DHEA) dan sulfat yang diturunkan adrenal (DHAS) menurun tajam seiring bertambahnya usia, Dalam beberapa dekade setelah menopause, konsentrasi DHA yang bersirkulasi menurun, bahkan tingkat DHAS menurun sampai 70% turun hingga 74% dibandingkan kehidupan masa reproduksi (Speroff, 2005)

Produksi testosterone turun sekitar 25% setelah menopause, tetapi ovarium menyusut periode pascamenopause mengeluarkan lebih banyak testosterone daripada ovarium selama premenopause jika ini berlangsung setidaknya bertahun-tahun periode awal pascamenopause. Dengan hilangnya folikel dan estrogen, gonadotropin konsentrasi tinggi membawa jaringan ovarium yang tersisa ke tingkat peningkatan sekresi testosterone. Penghambatan gonadotropin oleh agonis atau antagonis gonadotropin-Releasing hormone (GnRH) menurun pada wanita pascamenopause signifikan dalam sirkulasi kadar testosterone, menunjukkan ovarium menopause ketergantungan gonadotropin. Tingkat sirkulasi androstenedione menurun pada periode awal pascamenopause sekitar 62% dari kehidupan dewasa muda (Jameson, 2006).

Bertambahnya usia menopause, penurunan dapat dilakukan pengukuran kadar dehydroepiandrosterone sulfate (DHAS) dan dehydroepiandrosterone (DHA), sementara tingkat androstenedion pascamenopause, testosteron dan estrogen tetap relatif konstan (Speroff, 2005)

DAFTAR PUSTAKA

- Anna Glasier, A. G. (2006) *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. 4th edn. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Baziad, A. (2003) *Menopause dan Andropause*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Buckler HM, Evans A, Mamlora H, et al. (1991) 'Gonadotropin, steroid, and inhibin levels in women with incipient ovarian failure during anovulatory and ovulatory "rebound" cycles', *J Clin Endocrinol Metab*, 72, pp. 116–24.
- E, B. (1952) *Quantitative morphological investigations of the follicular system in women. Variations at different ages*, *Acta Anat.*
- Ida Ayu Chandranita Manuaba, dr, Sp.OG, Ida Bagus Gde Fajar Manuaba , dr, Sp.OG, Ida Bagus Gde Manuaba, Prof, dr, S. O. (2009) *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. 1st edn. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC.
- JC, C. (1993) *Textbook of gynecology*. Edited by PA: Saunders. Philadelphia.
- Johnson, M.H., dan Everitt, B. J. (1988) *Essential Reproduction*. Third. London: Blackwell Science.
- Kakkar, et all (2007) 'Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS)', *Maturitas*, 57(3), pp. 306–314.
- Kasdu (2002) *Kiat Sehat dan Bahagia di Usia Menopause*. Jakarta: Puspa Swara.

- Kaufert PA, Gilbert P, T. R. (1992) 'The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression', *Maturitas*, 14, pp. 143–55.
- McKinlay SM, Bifano NL, M. J. (1985) 'Smoking and age at menopause in women. Ann', *Ann Intern Med*, 103, pp. 305–6.
- Meldrum DR, Davidson BJ, Tartaryn IV, J. H. (1981) *Changes in circulating steroids with aging in postmenopausal women*. Obstet Gynecol.
- Reece, C. and (2008) *Biologi, Terjemahan: Darmaning Tyas Wulandari*. 8th edn. Jakarta: Erlangga.
- Ruswana Anwar, Dr, dr.SpOG(K)..KFER., M.Kes, D. (2017) *Modul Konseling Asuhan Kebidabnan Pada Ibu Menapause*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Speroff, L. (2005) 'Alternative therapies for postmenopausal women', *International journal of fertility and women's medicine.*, 50, pp. 101–114.
- udd HL, Shamonki IM, Frumar AM, L. L. (1982) *Origin of serum estradiol in postmenopausal women*. 59th edn. Obstet Gynecol.
- UNAIDS (2019) 'Fact Sheet From Reproductive Facts.org', *Nursing and Midwifery Board of Australia*, 440(7), pp. 1–5. Available at:
<https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards.aspx>.

BAB 6

PERUBAHAN PSIKOLOGI PADA MENOPAUSE

Oleh Syastriani Isna Putri Syarif

6.1 Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Psikologis Pada Menopause

Perubahan psikologis pada masa menopause dipengaruhi karena adanya perubahan hormonal yaitu hormon esterogen. Hormon ini mempengaruhi neuropeptidan dan neurotanmitter di otak. Selain itu hormon esterogen juga mempengaruhi proses reseptor esterogen yang terdapat disistem limbik dan hipotalamus. Proses penyimpanan hormon esterogen sangat berkaitan dengan perubahan sistem kolinergik, katekolamin, dan serotonin (Israh and Saya, 2022)

a. Serotonin

Terjadinya penurunan kadar hormon esterogen menyebabkan sintesis serotonin dan aktivitas serotonin menjadi menurun, hal inilah menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya depresi

b. Noradrenalin

Noradrenalin berperan penting dalam pengaturan mood pada seseorang. Menurunannya kadar esterogen membuat

aktivitas reseptor α -2 dan β -adrenegik receptor menurun, dengan demikian akan mempengaruhi kejadian depresi

c. Opionid

Aktivitas opiate-containing neuron yang menurun dipengaruhi oleh opionid sehingga akan menyebabkan terjadinya peningkatan sintesis dan sekresi β -endrophin yang berkaitan dengan patogenesis perubahan mood, sikap, dan depresi.

d. Dopamin

Pada wanita yang telah menopause, ditemukan bahwa aktivitas dopaminergik menjadi menurun dibandingkan saat masa premenopause. Hal ini disebabkan karena domanin berkaitan langsung dengan peningkatan sekresi dopamin dihipotalamus (Marettih, 2020).

6.2 Gejala Psikologis Masa Menopause

Bagi seorang wanita yang telah mengalami menopause, selain perubahan pada fisik ada pula perubahan yang terjadi pada psikologis wanita pada fase tersebut. Hal tersebutlah yang menjadi salah satu faktor yang menentukan kualitas hidupnya. Aspek psikologis ini memiliki peranan yang penting dalam kehidupan sosial, sebab hal ini menjadi penentu bagaimana dia menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan masa pensiunnya, hilangnya jabatan atau pekerjaan yang awalnya menjadi kebanggaan sang lansia tersebut (Arifarahmi, 2016).

Pada umumnya, perempuan menganggap bahwa masa menopause merupakan masa yang menakutkan, karena terkadang mereka merasa bahwa akan kehilangan

tanda-tanda kewanitaannya yang selama ini menjadi kebanggaannya. Akan tetapi apabila kita masa menopause tersebut kita anggap sebagai salah satu ketentuan Allah (*sunnatullah*), wanita tersebut pasti akan terhindar dari tekanan psikologis/stress (Yanti, Primatanti and ..., 2022).

Beberapa gejala perubahan psikologis pada masa menopause antara lain sebagai berikut :

1. Mudah tersinggung

Masa menopause akan terjadi perubahan tubuh yang signifikan, hal ini disebabkan oleh hormon esterogen berhenti untuk memproduksi, sedangkan diketahui bahwa hormon tersebut yang berfungsi sebagai proses pembentukan jaringan pada saluran reproduksi wanita. Dengan menurunnya hormon esterogen akan mempengaruhi sistem neurotransmitter di otak yang dimulai dari dopamin, serotonin, dan endorfin. Sehingga sistem inilah yang membuat seorang wanita mudah tersinggung.

Datangnya masa menopause maka perasaan yang mudah tersinggung terhadap sikap dan perilaku orang-orang yang ada disekitarnya, terlebih jika sikap dan perilaku tersebut dipersiapkan sebagai proses yang harus dia terima dan terjadi pada dirinya (Candra and Ni Komang Ari Trisnadewi, 2015).

2. Ingatan menurun

Gejala ini terlihat sebab sebelum terjadi menopause wanita dapat mengingat dengan mudah, akan tetapi ketika telah menopause maka ingatan menjadi berkurang, sehingga sering melupakan suatu hal-hal yang sederhana.

Berkurangnya ingatan atau wanita menopause sering lupa disebabkan oleh beberapa hormon, salah satunya yaitu hormon esterogen. Terjadinya penurunan hormon esterogen menyebabkan tingkat konsentrasi wanita menopause menjadi lemah.

3. Kecemasan

Kecemasan merupakan kondisi emosional yang tidak menyenangkan, hal ini ditandai dengan adanya emosi yang tidak stabil, lebih mudah tersinggung dan marah, sering gelisah serta perasaan yang lebih subyektif misalnya ketegangan, ketakutan, dan kekhawatiran.

Rasa cemas yang dimiliki oleh wanita menopause berkaitan dengan hormon esterogen. Kecemasan ini dikarenakan adanya kekhawatiran dalam menghadapi situasi yang belum diketahui. Kecemasan bukan hanya sakit secara emosional, akan tetapi karena kurangnya pengetahuan yang dimiliki tentang masa menopause. Semakin banyak pengetahuan tentang masa menopause akan semakin mudah untuk mengatasi kecemasan (Fabiana Meijon Fadul, 2019).

4. Stres

Perubahan yang terjadi pada masa menopause akan menyebabkan rasa stres pada wanita serta merupakan reaksi tubuh terhadap rasa cemas dalam menghadapi suatu situasi. Apabila rasa stres tidak ditanggulangi dengan baik, maka hal ini akan menyita energi, mengurangi produksi kerja, dan bahkan dapat menurunkan sistem imun.

6.3 Kiat Menghadapi Perubahan Psikologis saat Menopause

Saat menghadapi masa menopause, hal yang dibutuhkan adalah bagaimana wanita tersebut dapat mengatur emosional dan meningkatkan pengetahuan tentang masa menopause, serta menjalankan pola hidup yang sehat setiap hari (Syarif, 2022). Apabila wanita tersebut menjalankan gaya hidup yang sehat maka akan lebih memudahkan dalam beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang akan timbul saat masa menopause, gaya hidup sehat tersebut antara lain sebagai berikut:

- a. menerapkan pola makan yang sehat
beberapa nutrisi yang baik bagi wanita menopause antara lain sebagai berikut:
 - 1) kalsium
Sumber kalsium yang baik antara lain dari produk susu, keju, yogurt, kuning telur. Dengan mengkonsumsi hal tersebut akan mengurangi risiko terjadinya osteoporosis dimasa menopause.
 - 2) vitamin D
Vitamin D sangat penting untuk kesehatan tulang dan gigi serta sangat membantu menyerap kalsium dari makanan. Sumber vitamin D yang baik antara lain minyak ikan, ikan sarden, ikan makarel, hati, telur.
 - 3) Vitamin E
Vitamin E dapat melindungi wanita menopause dari risiko jantung dan dapat mengurangi terjadinya *hot flush* (rasa panas) dan berkeringat di malam hari.

Sumber vitamin E dapat diperoleh dari makanan seperti kacang-kacangan, biji-bijian, minyak sayur, dan sereal.

4) Fitoestrogen

Fitoestrogen menyerupai estrogen alami yang dapat menurunkan risiko penyakit dimasa menopause. Sumber fitoestrogen dapat diperoleh dari beras merah, wijen, biji labu kuning, buah-buahan seperti stroberi, kismis, anggur, ceri, jeruk, melon, bengkuang, serta sayuran seperti kacang Panjang, buncis, brokoli, paprika, seledri, daun bawang, bawang putih, bawang Bombay. *Isflavon* merupakan salah satu fitoestrogen yang telah banyak diteiti. Sumber isoflavone dapat diperoleh misalnya kacang merah, kecambah, atau kedelai.

5) *Royal jelly*

diketahui bahwa *Royal jelly* menjadi salah satu bahan makan yang diperoleh dari lebah. Kandungan utama pada royal jelly yaitu B1, B2, B6, C, niasin, dan asama pantotenat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa madu maupun royal jelly berkhasiat untuk memelihara kesehatan reproduksi wanita.

6) Makanan yang mengandung serat

Mengonsumsi makanan yang tinggi serat akan membantu melancarkan saluran pencernaan serta meningkatkan bakteri baik dalam usus. Makanan yang mengandung tinggi serat antara lain seperti bayam, kentang, kol, dan kacang-kacangan.

7) Hindari makanan berlemak

Makanan berlemak sering dikaitkan dengan berbagai penyakit seperti kolestrol, strok. Daging, sosis, kulit ayam, krim memiliki kandungan lemak jenuh hewani. Olehnya itu, alangkah baiknya jika lebih banyak mengkonsumsi makanan yang rendah lemak seperti sayur-sayuran dan buah-buahan.

8) Hindari konsumsi kafein, garam, gula, dan alkohol.

Sebisa mungkin menghindari makanan maupun minuman yang mengandung kafein seperti rokok, the, kopi, cola secara berlebihan, sebab hal ini dapat menurunkan penyerapan kalsium dalam tubuh.

Kurangi mengkonsumsi alkohol dan garam, sebab dapat meningkatkan tekanan darah menjadi meningkat. begitu pula asupan gula, hal ini berguna untuk menghindarkan diri dari penyakit kencing manis maupun diabetes (Hekhmawati, 2016).

b. Olah raga secara teratur

Seseorang yang rutin melakukan olah raga akan menjaga metabolisme dalam tubuh. Sehingga akan terhindar dari berbagai macam penyakit khususnya kardiovaskuler. Tidak perlu olah raga berat, berolah raga ringan pun baik untuk kesehatan, misalnya seperti berjalan, bersepeda, aerobik, berenang, dan sebagainya. Lakukan olahraga setidaknya 30 menit setiap hari (Atamimi and Sanmustari, 2017).

c. Berhenti merokok

Wanita perokok memiliki risiko lebih tinggi terjadi osteoporosis dan penyakit kardiovaskuler, dibandingkan dengan wanita yang tidak merokok. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh dokter dari universitas Oslo, wanita yang aktif merokok lebih mungkin mengalami menopause dini dibandingkan dengan yang tidak merokok (Fintari, 2016).

d. konsultasi ke dokter

beberapa kasus pada gejala yang terjadi dimasa menopause, hal tersebut akan bisa menjadi sangat mengganggu. Jika hal tersebut terjadi ada beberapa alternatif yang dapat dilakukan, diantara yaitu terapi sulih hormone (TSH) atau *Hormon Replacement Therapy* (HRT). Salah satu alternatif yang dilakukan di atas, misalnya seperti metode HRT, berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi hormonal meningkatkan risiko terjadinya kanker hormone dan gangguan darah. Olehnya itu, sebelum terapi sulih hormone dilakukan, ada beberapa pemeriksaan yang wajib dilakukan, misalnya seperti pemeriksaan fisik, tekanan darah, pemeriksaan *pap smear*, mammografi, pemeriksaan gula darah, fungsi lever, serta kolestrol (Suparni and Trisnawati, 2013).

e. Akupuntur

Terapi akupuntur dan akupresur merupakan terapi yang berasal dari cina. Metode ini sudah mendapat pengakuan dari dunia medis, dan telah resmi digunakan di beberapa tempat layanan kesehatan.

Salah satu metodenya yaitu, apakah akupuntur akan mengidentifikasi dan menusukkan jarum pada titik tertentu sesuai dengan keluhan yang dirasakan oleh pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akupuntur dan akupresure dapat meningkatkan hormone endorphin yang bekerja seperti heroin sehingga mampu mengurangi rasa sakit, menenangkan saraf, dan memberi rasa bugar (A'yun, 2019).

f. Lakukan hipno-menopause

Metode hipno-menopause banyak dikembangkan oleh pakar psikologi maupun tenaga medis, terapis, dan sebagainya. Terapi ini dilakukan dengan tujuan untuk memberi kepercayaan diri pada wanita menopause serta memberi kesadaran akan situasinya saat ini. Hipno-menopause terbukti dapat membantu menangani masalah-masalah yang dialami wanita menopause (Ayu Azri, 2018).

g. Aktif diberbagai Organisasi

Ada beberapa organisasi yang berkaitan denganmenopause, diantaranya seperti *international Menopause Sociaty* (IMS), *Asia Pacific Menopause Federation* (APMF), *Persatuan Menopause Indonesia* (PERMI) (Khuzaimah, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- A'yun, Q. (2019) *Gambaran Kesiapan Ibu Menghadapi Masa Menopause*, Universitas Muhammaduyah Malang.
- Arifarahmi (2016) 'Perubahan Psikologis Ibu Menopause Experience and Families Support in Psychological Change of Menopause in Primary Health Care', *Jurnal Psikologi*, 1(1), pp. 41–47.
- Atamimi, N. and Sanmustari, R.B. (2017) 'Ada apa dengan menopause?', *Buletin Psikologi*, 8(1), pp. 28–32.
- Ayu Azri (2018) 'Hubungan Menopause Dengan Timbulnya Gangguan Depresi dan Kecemasan Dipimpinan Daerah Aisiyyah Kota Medan', *Bitkom Research*, 63(2), pp. 1–3.
- Candra, I.W. and Ni Komang Ari Trisnadewi (2015) 'Kepercayaan Diri Wanita Menopause', *Jurnal Gema Keperawatan* [Preprint].
- Fabiana Meijon Fadul (2019) *Studi Fenomenologi Pengalaman Suami Menghadapi Istri yang Memasuki Masa Menopause Di Kelurahan Pisangan, Siputat*.
- Fintari, M. (2016) 'Hubungan Antara Perubahan Fisik dan Perubahan Psikologis dengan Kualitas Hidup pada Wanita Menopause di Desa Panawaren Kecamatan Sigaluh Kabupaten Bajarnegara Tahun 2016', *Jurnasl Sains dan Teknologi*, pp. 10–27.
- Hekhmawati, S. (2016) 'Gambaran Perubahan Fisik dan Psikologis Pada Wanita Menopause di Posyandu Desa Pabelan', *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, p. 13.
- Israh, S. and Saya, K. (2022) 'Wa Ode Sitti Israwati', p.

- Khuzaimah (2018) *Pemikiran Dan Perasaan Wanita Terhadap Perubahan Fisik Dan Psikologis Yang Terjadi Pada Masa Pra Menopause (Studi Kualitatif Pada Wanita Pra Menopause Di Kecamatan Proppo Kabupaten Pamekasan)*, Digital Repository Universitas Jember.
- Marettih, A.K.E. (2020) 'Kualitas Hidup Perempuan Menopause', *Jurnal Perempuan, Agama, dan Jender*, 19(J. Perempuan, Agama, dan Jender).
- Suparni, I. and Trisnawati, Y. (2013) 'Hubungan Gangguan Masa Menopause Dengan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Menopause Di Desa Dawuhan Kecamatan Purwoasri Kabupaten Kediri', *Jurnal EduHealth*, 4(2), p. 244823.
- Syarif, S.I.P. (2022) 'Early Identification of Risk at Postpartum Depression Among Primipara Adolescent Mother And Adult Mother: A Comparative Analysis', *NurseLine Journal*, 7(2), pp. 111–117. Available at: <https://doi.org/http://doi.org/10.19184/nlj.v7i2.33375>.
- Yanti, A.K., Primatanti, P.A. and ... (2022) 'Hubungan Antara Perubahan Fisik dengan Kecemasan pada Wanita Menopause di Desa Pupua', *AMJ (Aesculapius ...)*, 1(2), pp. 1–6.

BAB 7

SYNDROME PASCA MENOPAUSE

Oleh Yuliyani

7.1 Pendahuluan

Istilah menopause adalah kondisi normal yang akan dialami oleh setiap perempuan. Masa menopause adalah akhir dari masa subur seorang perempuan karena hormon estrogen dan progesteron sudah tidak dihasilkan lagi oleh ovarium. Berbagai macam keluhan dapat terjadi saat masa menopause karena adanya penurunan hormon tersebut, keluhan ini disebut sindrom menopause. Keluhan yang dirasakan pada perempuan dengan sindrom menopause akan menimbulkan perubahan. Perubahan yang terjadi adalah perubahan secara fisik dan psikologis, dan perubahan tersebut dapat mengganggu kualitas hidupnya. Menopause terjadi pada perempuan usia antara 48-50 tahun, dan apabila siklus menstrasinya berhenti selama kurang lebih 1 tahun. Keluhan menopause yang seringkali muncul adalah sensasi rasa panas atau gerah yang disebut *hot flushes*. Beberapa perempuan ada yang tidak mengalami keluhan saat mulai memasuki masa menopause. Dampak jangka panjang yang dirasakan oleh seorang perempuan saat mengalami menopause akibat dari penurunan estrogen yaitu dapat menimbulkan *osteoporosis*, rawan terjadi patah tulang, sakit jantung dan stroke. Keluhan

menopause biasanya dialami 5-10 tahun setelah masa menopause. Seorang perempuan pada masa ini harus waspada terhadap keluhan yang terjadi, karena dapat terjadi penurunan kualitas hidup sehingga mengganggu kesehariannya. Setiap wanita berbeda-beda saat mengalami masa menopause, hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor genetik. Seorang perempuan yang menopausenya pada usia 40 tahun, kemungkinan keturunan anak perempuannya juga akan mengalami menopause di usia yang sama (Mulyani, 2013). Menopause merupakan terhentinya menstruasi pada seorang perempuan yang berusia antara 45-55 tahun. Menopause yang terjadi pada perempuan sebelum usia 40 tahun disebut *menopause premature*, jika menopause terjadi pada usia lebih dari 45 tahun disebut menopause dini.

7.2 Masa Klimakterium, Menopause dan senium

7.2.1 Klimakterium

Klimakterium disebut juga masa perimenopause. Klimakterium terjadi saat usia lebih dari 40 tahun, merupakan masa peralihan yang bersifat fisiologis dari masa reproduksi dan masa senium. Saat seorang perempuan memasuki masa klimakterium, akan terjadi penurunan produksi hormon estrogen dan meningkatnya hormon gonadotropin. Sekitar 15 tahun setelah masa menopause kadar hormon tersebut tetap tinggi hingga kemudian mulai menurun, hal ini disebabkan karena tuanya ovarium. Proses penuaan terjadi saat usia sekitar 40 tahun. Jumlah folikel yang dimiliki seorang perempuan saat lahir sebanyak 750.000 buah, saat menopause

jumlah folikel menurun menjadi hanya beberapa ribu dan folikel ini resisten terhadap rangsangan gonadotropin. Kondisi penurunan ini yang menyebabkan siklus ovarium terhambat. Pada beberapa perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun, sekitar 25% siklus menstruasinya tidak disertai ovulasi.

7.2.2 Menopause

Menopause berasal dari bahasa Yunani dari asal kata *menos* artinya “bulan” dan *pause* berarti “berhenti”, jadi arti menopause adalah berhentinya siklus datang bulan pada seorang perempuan. Menopause lebih mengarah pada proses dalam siklus menstruasi. Menopause merupakan suatu keadaan seorang perempuan mengalami terjadinya penurunan hormon estrogen. Penurunan hormon estrogen ini menyebabkan terhentinya menstruasi untuk selamanya. Terhentinya menstruasi ini ditegakkan dengan diagnosa selama kurang lebih selama 1 tahun. Siklus menstruasi yang lebih panjang dan perdarahan yang sedikit adalah salah satu tanda mulai berhentinya menstruasi. Usia menopause pada setiap perempuan berbeda-beda, dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan dan gaya hidup sehari-hari. Pertama kali seorang perempuan mengalami menstruasi atau *menarche* juga berpengaruh terhadap terjadinya menopause, semakin dini seorang perempuan mengalami *menarche*, akan semakin lambat mengalami menopause. Secara umum, menopause artifisial karena operasi lebih banyak menimbulkan keluhan daripada menopause yang alamiah. Menurut *World Health Organization* (WHO), seorang perempuan dikatakan menopause jika perempuan tersebut tidak mengalami

menstruasi selama kurang lebih 12 bulan. Hal ini karena ovarium mengalami penurunan dalam memproduksi hormon estrogen sehingga menyebabkan menstruasi berhenti, juga merupakan berakhirnya masa subur atau masa reproduksi bagi seorang perempuan. Menopause merupakan keadaan normal yang terjadi pada setiap perempuan, menstruasi terhenti karena ovarium tidak memproduksi hormon lagi dalam tubuh.

7.2.3 Senium

Seorang perempuan pada saat masa senium sudah terjadi keseimbangan hormonal, sehingga tidak adanya gangguan vegetatif maupun psikis. Pada masa senium terjadi penurunan fungsi organ dan proses kemampuan fisik menjadi tua. Pada perempuan dapat terjadi osteoporosis dengan intensitas yang berbeda-beda. Pada masa senium juga terjadi berkurangnya hormon steroid dan berkurangnya osteotrofoblas.

7.3 Jenis Menopause

Menopause ada 2 , yaitu :

a. Menopause *Premature*

Seorang perempuan disebut mengalami menopause *premature*, jika menopause terjadi pada usia kurang dari 40 tahun. Menopause ini ditandai dengan berhentinya masa menstruasi sebelum waktunya, mengalami *hot flushes* dan terjadi peningkatan kadar hormon gonadotropin.

b. Menopause Normal

Menopause yang dialami oleh seorang perempuan dan sering terjadi pada usia 40 tahun atau di usia awal 50 tahun.

c. Menopause Terlambat

Secara umum seorang perempuan mengalami menopause pada usia 52 tahun. Seorang perempuan yang masih mengalami menstruasi pada usia 52 tahun, hal ini disebabkan oleh faktor konstitusional, fibromioma uteri dan tumor ovarium yang menghasilkan estrogen. Pada seorang perempuan yang menderita karsinoma endometrium juga dapat mengalami terlambat masa menopause (Mulyani, 2013).

7.4 Penyebab

Siklus menstruasi dipengaruhi oleh hormon FSH, LH, *estrogen* dan *progesterone* yang di produksi kelenjar hipofisis. Menjelang masa menopause, hipofisis tetap memproduksi hormon FSH dan LH secara normal. Karena turunnya fungsi ovarium, maka tidak merespons hormon FSH dan LH yang menyebabkan produksi hormon *estrogen* dan *progesterone* menjadi berkurang (Astari, 2014). Menopause terjadi karena ovarium tidak cukup untuk menghasilkan hormon *estrogen* dan *progesterone* yang berperan dalam siklus menstruasi.

7.5 Perubahan yang terjadi

Perempuan yang mulai masuk masa klimakterium, kesuburannya mulai menurun dan akan mengalami perubahan sehingga menyebabkan gangguan mulai gangguan ringan sampai berat. Perubahan dan gangguan yang terjadi pada setiap perempuan sifatnya berbeda-beda. Pada masa menopause juga terdapat kelainan perdarahan dan gangguan vegetatif, psikis serta organik. Gangguan vegetatif yang terjadi biasanya adalah rasa panas, sering keluar keringat di malam hari dan jantung merasa berdebar-debar. Masa pasca menopause menyebabkan terjadinya atropi alat-alat genitalia, ovarium mengecil, uterus mengecil dan atropi pada endometrium. Konsistensi pada payudara mulai menjadi lembek. Proses metabolisme terjadi perubahan sehingga mengakibatkan gangguan atau penyakit koroner. Perempuan perokok dan hipertensi kemungkinan dapat mengalami gangguan yang lebih besar.

7.5.1 Perubahan organ reproduksi

Terhentinya menstruasi mengakibatkan perubahan pada organ reproduksi karena sudah tidak ada produksi sel telur, dan mempengaruhi produksi hormon organ reproduksi. Perubahan organ reproduksi yang terjadi pada wanita, yaitu :

- a. Tuba Fallopi

Terjadi penipisan pada saluran tuba dan mengecil, lipatan tuba menjadi lebih pendek, dan silia mulai menghilang.

b. Uterus (Rahim)

Atrofi pada endometrium menyebabkan uterus mengecil, hal ini juga disebabkan oleh berkurangnya cairan serta berubahnya bentuk jaringan ikat interstisial.

c. Vagina

Cairan vagina berkurang karena terjadi atrofi pada epitel vagina, sehingga menyebabkan rasa nyeri saat berhubungan seksual.

d. Serviks

Terjadi pengerutan pada serviks (mulut rahim), saluran memendek dan menyempit.

e. Dasar Panggul

Atrofi menyebabkan kekuatan dan kelenturan dasar panggul berkurang dan lemah.

f. Perineum dan Anus

Tonus spinkter ani melemah karena lemak subcutan menghilang dan mengalami atrofi.

g. Kelenjar Payudara

Perempuan yang mengalami masa menopause, kadar estrogennya akan berkurang, sehingga menyebabkan puting mengecil dan payudara lembek.

h. Kandung Kencing

Berkurangnya respon kendali spinkter menyebabkan sering kencing tanpa disadari dan tidak bisa dikendalikan(Mulyani,2013).

7.5.2 Perubahan Hormon

Hormon adalah bagian penting baik pada laki-laki maupun perempuan, hormon membantu dalam proses pertumbuhan, perkembangan, ciri-ciri sekunder, energi, volume cairan, kadar air, dan gula dalam darah. Disfungsi ereksi pada laki-laki disebabkan karena kekurangan hormon testoteron. Pada perempuan, peningkatan hormon dari pituitari ke ovarium dapat membantu produksinya hormon estrogen dan progesterone yang berpengaruh pada proses kehamilan, *premenstrual syndrome* (PMS), *perimenopause syndrome*, dan juga berpengaruh pada siklus menstruasi yang terkadang tidak teratur. Kadar hormon pada manusia akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia. Hormon estrogen pada perempuan ada tiga yaitu estradiol, estron, dan estriol yang berfungsi menjaga kesehatan jantung, tulang, kehalusan kulit, serta kelembaban vagina. Pada remaja yang sudah mengalami menstruasi maka ovarium sudah aktif dan produksi estradiol meningkat lebih tinggi dibandingkan ketika masih anak-anak. Setelah perempuan memasuki masa menopause, produksi estradiol akan menurun dan terhenti saat masa menopause. Kadar hormon tiroid pada tubuh juga memiliki pengaruh terhadap kadar hormon estrogen. Perempuan dengan kadar hormon tiroid tinggi, metabolisme estrogen juga semakin cepat dan menyebabkan penurunan estrogen dalam aliran darah. Sedangkan jika seorang perempuan kadar hormon tiroidnya rendah, maka kadar estrogen dalam darahnya meningkat. Tinggi rendahnya kadar hormon tiroid dapat mempengaruhi proses ovulasi. Keluhan

yang dirasakan masa menopause karena produksi hormon tiroid yang abnormal. Hormon progesteron juga terjadi perubahan, namun hormon ini tidak secara langsung mengakibatkan perubahan. Penurunan produksi hormon estrogen mengakibatkan perubahan pada siklus menstruasi yaitu pendarahan menstruasi menjadi jarang, sedikit, dan siklusnya terganggu. Produksi hormon yang menurun berpengaruh pada kondisi fisik dan organ reproduksi.

7.5.3 Perubahan Fisik

a. Berat Badan Bertambah

Sebagian besar perempuan saat mulai masa menopause mengalami penurunan hormon estrogen dalam darah menyebabkan lemak menumpuk di perut dan pinggul, sehingga menyebabkan bertambahnya berat badan.

b. Perut Kembung

Perut kembung biasanya terjadi pada seorang perempuan sebelum menstruasi, hal ini disebabkan adanya retensi gas dan cairan atau karena pemberian terapi sulih hormon.

c. Mudah Lelah

Berat badan berlebih menyebabkan mudah lelah, lemas, pegal-pegal pada persendian, dan kondisi ini terkait dengan fluktuasi hormon.

d. Insomnia dan Gangguan Tidur

Stres pada tubuh karena perubahan pada masa menopause menyebabkan insomnia atau gangguan tidur.

e. Kerontokan Rambut

f. Pusing

Gejala menopause dapat menyebabkan pusing, hal ini terjadi karena tekanan darah rendah, fluktuasi kadar gula darah, dan hipoglikemia.

g. Jantung Berdebar

Penurunan hormon selama masa menopause dapat mempengaruhi sistem kerja kardiovaskuler.

h. Inkontinensia Urin

Tidak dapat mengontrol kandung kemih adalah salah satu kondisi yang terjadi pada masa menopause. Hal ini terjadi karena kadar hormon estrogen yang rendah menyebabkan penipisan jaringan kandung kemih dan saluran kemih, sehingga mudah terjadi kebocoran air seni akibat lemahnya otot di sekitar kandung kemih.

i. Elastisitas Kulit

Hormon estrogen sangat berperan untuk menjaga elastisitas kulit. Saat sudah tidak terjadi menstruasi, kulit menjadi terasa lebih tipis, kurang elastis terutama pada daerah wajah, leher dan kulit di lengan.

j. Alergi

Tingkat sensitivitas semakin meningkat yang ditandai dengan kulit gatal-gatal, kemerahan, kebiruan.

k. Osteoporosis

Tulang lebih beresiko untuk terjadi patah tulang kecil (*small bonefractures*) (Mulyani, 2013).

7.5.4 Perubahan Emosi

a. Perubahan Mood

Perubahan mood atau *mood swing* sering terjadi pada seorang perempuan menopause misalnya mudah tersinggung, mudah marah, cemas, tidak sabar, dan depresi.

b. Kecemasan

Kecemasan merupakan respon alami terhadap sesuatu hal misalnya khawatir, detak jantung cepat, sering berkeringat, tremor, mual, tegang, dan ketakutan yang berlebihan.

c. Kehilangan Mood

Beberapa perempuan terjadi kehilangan mood untuk melakukan hal atau kegiatan kesukaannya, sehingga menimbulkan rasa marah dan depresi.

d. Stres

Produksi hormon *estrogen* yang berkurang menyebabkan turunnya *neurotransmitter* dalam otak sehingga dapat mempengaruhi suasana hati.

e. Gangguan Panik

Gangguan panik (*panic disorder*) yang terjadi, dapat menyebabkan ketakutan, berkeringat, menangis, detak jantung yang cepat, dan perasaan sedih yang berlebihan.

f. Gangguan Memori

Ketidakseimbangan hormon dalam tubuh dapat terjadi dalam jangka pendek (*short term memory*) maupun jangka panjang (*long term theory*). Beberapa perempuan tidak mengalami perubahan emosi

ketika menghadapi menopause. Perempuan yang takut menghadapi perubahan masa menopause, maka perubahan tersebut akan membuat dirinya merasa tidak nyaman dan terganggu. Perubahan ini tergantung bagaimana setiap individu menanggapi menopause dialaminya (Mulyani, 2013).

7.6 Tanda dan gejala

Menopause adalah terjadinya penurunan kadar estrogen yang dapat mempengaruhi siklus menstruasi menjadi tidak teratur, timbul rasa panas, dan rasa kering pada vagina. Tanda-tanda ini terjadi karena terdapat peningkatan kadar *follicle stimulating hormon*/FSH. Peningkatan hormon FSH ini mengakibatkan terjadinya perubahan emosional misalnya mudah tersinggung, merasa sedih, dan suasana hati yang mudah berubah-ubah (Widjayanti, 2017). Gangguan yang terjadi pada masa menopause yaitu gangguan fisik, psikologis, dan seksual. Gangguan fisik yaitu *hot flushes*/rasa panas (pada wajah, leher, dan dada), merasa pusing, lemah, berkeringat pada malam hari, berdebar-debar (detak jantung meningkat dan kencang), susah tidur, sering buang air kecil, tidak mampu menahan buang air kecil (*inkontinensia*). Gangguan psikologis misalnya mudah tersinggung, depresi, cemas, suasana hati (*mood*) sering berubah, sering lupa, susah berkonsentrasi. Gangguan seksual yaitu keringnya vagina mengakibatkan rasa nyeri dan sakit saat berhubungan seksual, serta menurunnya libido. Depresi atau stres pada wanita menopause, karena adanya penurunan kadar hormon

estrogen sehingga mempengaruhi neurotransmitter dalam otak (Mulyani, 2013).

7.7 Faktor yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi menopause menurut Mulyani (2013) sebagai berikut :

a. Faktor Psikis

Keadaan psikis berpengaruh terjadinya menopause pada seorang perempuan, misalnya wanita yang tidak menikah dan bekerja. Beberapa penelitian menyatakan bahwa perempuan tersebut akan mengalami waktu menopause lebih cepat di bandingkan dengan perempuan yang menikah dan tidak bekerja atau bekerja dan tidak menikah.

b. Cemas

Seorang perempuan yang sering mengalami kecemasan dalam hidupnya, maka akan mengalami menopause lebih dini. Sebaliknya, seorang perempuan yang lebih santai dan rileks dalam menjalani hidupnya maka masa menopausenya akan lebih lambat.

c. Usia pada saat pertama haid (*menarche*)

Seorang perempuan yang menstruasi saat usia 16 atau 17 tahun akan mengalami menopause lebih dini, sedangkan perempuan yang menstruasinya lebih dini akan mengalami menopause sampai usia mencapai 50 tahun.

d. Usia Saat Melahirkan

Menurut penelitian, seorang perempuan yang masih melahirkan diatas usia 40 tahun akan mengalami usia

menopause lebih lama. Hal ini disebabkan karena kehamilan dan persalinan dapat memperlambat sistem kerja organ reproduksi bahkan memperlambat sistem penuaan tubuh.

e. Merokok

Menurut beberapa studi, seorang perempuan perokok akan mengalami masa menopause pada usia yang lebih muda yaitu 43 hingga 50 tahun. Merokok dapat mempengaruhi tubuh memproduksi atau membuang hormon estrogen. Penelitian menyatakan bahwa kandungan tertentu dari rokok berpotensi membunuh sel telur.

f. Pemakaian Alat Kontrasepsi

Seorang perempuan yang memakai alat kontrasepsi hormonal akan lebih lambat memasuki masa menopause.

g. Sosial Ekonomi

Keadaan sosial ekonomi dapat berpengaruh pada faktor fisik, kesehatan, dan pendidikan. Jika faktor tersebut baik, maka akan mengurangi beban fisiologis dan psikologis.

h. Budaya dan Lingkungan

Budaya dan lingkungan setempat dapat berpengaruh pada perempuan dalam penyesuaiannya dengan fase *klimakterium*.

i. Diabetes

Diabetes adalah salah satu penyakit yang menyebabkan menopause dini. Penyakit autoimun, mengganggu antibodi yang terbentuk dan menyerang FSH.

j. Status Gizi

Konsumsi makanan yang tidak seimbang dan pola hidup tidak sehat dapat mempengaruhi menopause lebih dini.

k. Stres

Stres adalah salah satu faktor yang dapat menentukan kapan seorang perempuan mengalami menopause. Seorang perempuan yang sering mengalami stres dapat lebih cepat masa menopausenya (Suparni, 2016).

7.8 Penanganan keluhan masa menopause

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi keluhan masa menopause sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya masalah kesehatan menurut Mulyani (2013) dalam Nurlina (2021).

a. Terapi sulih hormon/*Hormone Replacement Therapy* (HRT)

Terapi ini bertujuan mengurangi keluhan sejak masa pramenopause hingga pascamenopause. Manfaat HRT mengurangi *hot flashes*, nyeri pada vagina, melindungi dari osteoporosis, menurunkan risiko penyakit kardiovaskuler.

b. Terapi sulih hormon alami

Terapi ini dilakukan dengan menyeimbangkan hormon dan fitoestrogen yang berasal dari tumbuhan. Terapi ini bisa didapatkan dari tumbuhan yang mengandung vitamin C, D, E, Isoflavon, dan Zink. Penggunaan terapi ini bisa didapat dari produk kedelai, karena kedelai mengandung isoflavon yang merupakan

senyawa fitoestrogen. Fitoestrogen adalah kumpulan senyawa alami dari tumbuhan jenis polong-polongan yang memiliki aktivitas biologis seperti estrogen. Isoflavon terbukti dapat berikatan dengan reseptor estrogen. Saat kadar hormon estrogen menurun banyak reseptor estrogen yang tidak terikat. Jika tubuh mengonsumsi kedelai dan olahannya maka akan terjadi pengikatan isoflavon dengan reseptor estrogen sehingga mengurangi gejala menopause seperti *hot flashes*, gangguan mood, meningkatkan turgor kulit, dan mengurangi gejala atrofi pada vagina.

c. Terapi komplementer

Terapi ini untuk meningkatkan kesehatan selama menopause dengan teknik sederhana dan pengobatan untuk gejala tertentu. Terapi komplementer misalnya akupresur, aromaterapi, pijat refleksi, dan teknik relaksasi.

d. Olahraga teratur

Olahraga secara teratur dapat mengurangi berbagai keluhan masa menopause, meningkatkan harapan hidup dan memperbaiki kesehatan secara menyeluruh. Aktivitas fisik yang teratur dapat mengurangi risiko terhadap kanker, penyakit jantung, dan osteoporosis. Rasa percaya diri dan energi dapat ditingkatkan dengan berolahraga. Latihan aerobik secara teratur dapat mengurangi keluhan *hot flashes* yang mengganggu. Olahraga juga dapat mengurangi hilangnya jaringan tulang pada wanita. Olahraga yang tidak rutin mempengaruhi kondisi fisik maupun psikis wanita sehingga terdapat

keluhan masa menopause akibat penurunan kadar estrogen (Widjayanti, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Astari,SY., Tarawan,VM., Sekarwana, N. (2014). Hubungan Antara Sindrom Menopause Dengan Kualitas Hidup Perempuan Menopause Di Puskesmas Sukahaji Kabupaten Majalengka. *Bul. Penelit. Kesehat*, Vol. 42, No. 3, September 2014 : 171-184
- Mulyani S. (2013). Menopause Akhir Siklus Menstruasi Pada Wanita di Usia. Pertengahan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurlina. (2021). Kualitas Hidup Wanita Menopause. Bandung: Media Sains
- Rosenthal, M. (2009). Revolusi Terapi Hormon : Pendekatan Alami. Yogyakarta : B-First
- Syalфина, A. D. (2017). *Body Mass Index (BMI)* dan Lama Menopause Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Menopause. *Hospital Majapahit*, 9(1), 28-42
- Suparni, I.E. & Astutik, R. Y. (2016). *Menopause Masalah dan Penanganannya*. Yogyakarta: Deepublish
- Widjayanti, Yhenti. (2016). Gambaran Keluhan Akibat Penurunan Kadar Hormon Estrogen Pada Masa Menopause. *Adi Husada Nursing Journal*, 2(1), 96-101
- Widjayanti, Yethi. (2017). Gambaran Kualitas Tidur Wanita Menopause. *Jurnal Keperawatan*, X(1), 1-5
- Yastirin, P. A., & Turnip, O. L. (2017). Prevalensi Tingkat Kecemasan Ibu Usia Menopause. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak*, 2, 47-52

BAB 8

PROLAPSUS UTERI PADA WANITA LANJUT USIA

Oleh Bayu Pratama Putra

8.1 Pendahuluan

Prolapsus Uteri adalah suatu kondisi dimana uterus yang merupakan organ pelvis, mengalami perpindahan posisi (herniasi) ke kanalis vaginalis yang terjadi karena adanya kelemahan struktur otot maupun jaringan penunjang pelvis lainnya. (Chen, 2022) (Hopkins, 2020)

Penyakit ini merupakan salah satu penyakit prolaps organ panggul yang sering ditemukan terutama pada wanita lanjut usia (40-60%) dibandingkan wanita muda. Penelitian sjaaf dkk tahun 2018-2020 di Rumah sakit umum daerah Padang menemukan bahwa dari 67 pasien prolaps uteri 17,7% berusia 46-55 tahun, 38,7% berusia 55-65 tahun dan 43,5% nya berusia diatas 65 tahun. (Bhadana, 2020)(Sjaaf, 2021)

Prolapsus uteri tidak hanya menyebabkan penderitaan fisik tetapi juga dapat berimbas pada kualitas hidup dan interaksi sosial penderitannya.

8.2 Sejarah

Masalah prolapsus uteri telah ada sejak lama, bahkan telah tercatat dalam literatur medis Mesir kuno yang menggambarkan adanya benjolan yang keluar diantara kedua paha dan terasa menyakitkan pada seorang wanita yang dinyatakan sebagai jatuhnya uterus sebagaimana yang dicatatkan pada papirus Kahun ca tahun 1835 sebelum masehi, selanjutnya pengobatan penyakit ini menggunakan gabungan minyak tanah, madu dan pupuk kandang yang dioleskan ke bagian tubuh tersebut dicatatkan di papirus Ebers tahun 1550 sebelum masehi. (Downing, 2012)

Masa Hippocrates (c. 460–377 SM) perawatan prolaps dilakukan dengan cara pengasapan dengan uap atau memasukkan astringen ke uterus diikuti dengan spons yang telah direndam cuka atau dengan menggunakan potongan buah delima yang dibelah dua. Jika langkah-langkah ini gagal, maka pasien akan menjalani tindakan *succussion* yaitu memposisikan wanita secara terbalik dengan mengikat kedua kakinya ke papan yang tegak kemudian pasien ini dipantul-pantulkan hingga prolapsnya berkurang selanjutnya kaki tetap di ikat selama 3 hari di tempat tidur. (Downing, 2012)

Era abad pertengahan di penuh dengan konsep anatomi wanita yang belum didasarkan bukti nyata. Salah satunya adalah konsep yang mengatakan bahwa uterus terdiri dari 7 ruangan, tiga di sisi kiri (tempat janin perempuan berkembang), tiga di sisi kanan (tempat janin laki-laki berkembang) dan 1 di bagian tengah (tempat janin hemafrodit berkembang). Tidak jauh berbeda dengan pemahaman

anatominya, pengobatan prolapsus uteri di era ini masih menggabungkan konsep lama dari zaman hippocrates dengan hal-hal mistis, terlihat dari catatan Roderigo de Castro tahun 1603 yang menyatakan bahwa uterus yang keluar dari vagina akan ketakutan dan kembali ke posisi semula jika seolah-olah akan ditusuk dengan besi panas membara. (Downing, 2012)

Pemahaman yang lebih tepat, baru ditemukan pada abad Renaisans dimana para seniman mulai tertarik tidak hanya pada alam tetapi juga mengenai anatomi manusia dan mulai melakukan pembedahan mayat untuk mendapatkan subjek artistik mereka. Namun gambar para seniman seperti Leonardo di Vinci belum di lirik oleh pada dokter di zamannya. Profesor Berengario da Carpi, dari Bologna adalah orang pertama yang menggambar uterus wanita dan mendeskripsikan dengan jelas bahwa uterus terdiri dari satu ruang saja. Struktur uterus lainnya termasuk para ligamen di jelaskan secara terperinci 20 tahun kemudian oleh Profesor anatomi dari padua bernama Andreus Vesalius. Hasil karya sang profesor bersama seorang ilustrator bernama John dari Calcar di tuangkan dalam buku berjudul “De Corporis Humani Fabrica.” yang di masa depan akan membantu dokter modern memahami tentang anatomi organ reproduksi dan otot dasar panggul. (Downing, 2012)

Terapi prolapsus uteri dengan menggunakan alat yang dikenal dengan nama pessarium mulai sering digunakan pada akhir abad ke-16, dimana yang awalnya hanya berbahan bola serat menjadi bahan dengan beragam material seperti

kuningan, kayu maupun gabus hingga berbahan karet di tahun 1844. (Downing, 2012) Walaupun kasus pembedahan pertama untuk prolapsus uteri terjadi di tahun 1670 pada wanita bernama Faith Raworth yang memotong sendiri prolaps uterusnya menggunakan pisau tajam dan menjalani sisa hidupnya dengan keadaan inkontinensia urin seperti yang dicatatkan oleh Willouby (Lazarou 2020), pendekatan bedah sistematis yang dikenal dengan nama Histerektomi transvaginal pertama kali dilakukan oleh Choppin tahun 1852 di New Orleans. Selanjutnya banyak ahli yang membuat teknik operasi konservatif diantaranya colpocleisis parsial oleh Le Fort pada tahun 1877, metode Manchester – Fothergill tahun 1888 oleh Archibald Donald dan William Fothergill. Fiksasi uterus ke promontorium sakrum yang dikenal sebagai fiksasi sakrokolpopeksi pertama kali diperkenalkan oleh Arthur di tahun 1957 dan pada tahun 1971 dokter Randall dan Nichols melakukan fiksasi sacrospinous transvaginal pertama untuk prolaps kubah. (Mattimore, 2015) Saat ini terapi pembedahan telah sangat berkembang dan dapat dilakukan menggunakan teknik laparoskopi manual maupun robotik.

8.3 Epidemiologi

Resiko prolapsus uteri meningkat seiring bertambahnya umur yaitu tiap 10 tahun meningkat sebesar 40%. Di negara maju Sekitar 11-19% wanita dengan umur rata-rata 60 tahun telah menjalani operasi prolaps organ panggul. Penelitian sjaiff dkk di Padang menemukan bahwa 43,5% pasien prolaps uteri berusia diatas 65 tahun, penelitian lainnya di Surabaya

menunjukkan angka yang tidak jauh berbeda yaitu 45,1%. (Hamamah, 2017)(Sjaaf, 2021) (Pravitasari, 2021)

8.4 Etiologi

Pada dasarnya prolapsus uteri terjadi akibat adanya kelemahan otot dasar panggul. Penyebab kelemahan ini sangat beragam diantaranya adalah akibat peregangan berlebihan dan robeknya fasia endopelvik, otot levator ani serta perineum pada saat persalinan. Selain dari kerusakan anatomi, persalinan juga menyebabkan gangguan saraf yaitu neuropati parsial saraf pudenda dan perineum sehingga transmisi saraf terganggu dan berdampak pada penurunan tonus sehingga terjadi kekuatan otot yang menurun dan peregangan terus-menerus. Kerusakan pada saraf dan otot juga dapat disebabkan secara langsung oleh tumor panggul, gangguan saraf sakral, neuropati diabetik serta kerusakan jaringan ikat (kolagen) pada sindrom marfan dan secara tidak langsung akibat peningkatan tekanan intrabdomen secara berkepanjangan (penyakit paru kronis (batuk lama), obesitas, sering konstipasi dan merokok). (Lazarou 2020)

Penyebab kelemahan dasar panggul lainnya termasuk atrofi genital dan hipoesterogen pada pasien menopause walaupun mekanismenya secara pasti belum diketahui namun diduga kurangnya esterogen akan mengurangi kadar kolagen dengan cara meningkatkan degradasi dan menurunkan sintesisnya. Berkurangnya Esterogen tidak hanya berdampak pada jumlah kolagen akan tetapi pada komposisi dan kualitasnya. (Lazarou 2020) (Pravitasari, 2021)

8.5 Manifestasi Klinik

Keluhan atau gejala utama pasien dengan prolaps uteri adalah adanya benjolan yang dapat dirasakan dan dilihat di area vagina yang berhubungan dengan tekanan. Penelitian Mishra di India tahun 2021 menemukan bahwa 97 % keluhan pasien prolaps organ panggul adalah benjolan di vagina, diikuti dengan nyeri abdomen 56%, keputihan 14,2 % dan gangguan berkemih 18,5%. (Mishra, 2021) Hamamah dkk Dari Yogyakarta ditahun 2013 menemukan keluhan terbanyak berkaitan dengan penyakit ini adalah rasa penuh (51,6%) dan munculnya benjolan (54,8%) di Vagina. (Hamamah, 2017)

Gejala Prolapsus uteri secara lebih terperinci dapat dikelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu gejala vagina (terasa benjolan , sensasi tarikan, tekanan atau rasa penuh, keluar keputihan, dan luka pada benjolan), gejala berkemih/ miksi (infeksi saluran kencing berulang, rasa tidak tuntas setelah berkemih, dan tidak bisa tahan atau menjadi sulit kemih), gejala BAB/ defikasi (sulit BAB sehingga perlu mengedan, rasa tidak tuntas setelah BAB) dan gejala seksual (sensitivitas vagina berkurang, dispareuni, dan sering menghindari hubungan seksual). (Wibisono, 2018)

Gejala lebih terasa dan muncul terutama saat berdiri dan jongkok (akibat pengaruh gravitasi) serta setelah mengangkat barang berat atau saat mengedan (akibat pengaruh peningkatan tekanan intraabdomen).

Tanda klinis prolapsus uteri dapat ditemukan dengan pemeriksaan fisik ginekologi umum yang bertujuan tidak hanya mengidentifikasi organ prolaps tetapi juga menilai kondisi

patologis penyerta lainnya. Tindakan pemeriksaan ini adalah : (Wibisono, 2018)

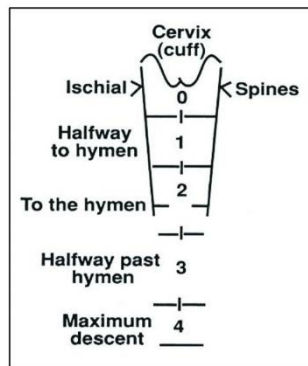
- Inspeksi vulva dan vagina untuk mengetahui adanya erosi atau ulkus pada permukaan vagina dan organ yang prolaps, jika ditemukan ulkus yang dicurigai sebagai kanker harus dibiopsi segera, ulkus yang tidak mencurigakan dapat diobservasi dan perlu di biopsi jika tidak berespon terhadap terapi yang diberikan.
- Pemeriksaan selanjutnya adalah menentukan adanya prolapsus uteri serta derajat prolapsusnya yang diawali dengan inspeksi dan dilanjutkan dengan inspekulo.
- Setiap kompartemen termasuk uretra proksimal, dinding anterior vagina, serviks, apeks, cul-de-sac, dinding posterior vagina, dan perineum perlu dievaluasi secara sistematis dan terpisah.
- Manuver valsava (meminta pasien batuk atau mengedan) dapat menilai derajat maksimum penurunan organ panggul.
- Penilaian derajat prolapsus dapat menggunakan sistem Klasifikasi Sistem POP-Q atau Sistem Baden-Walker.

8.6 Diganosis

Evaluasi fisik secara spesifik mengenai lokasi organ prolaps terhadap struktur panggul lainnya sangat penting. Metode klasifikasi yang sering digunakan adalah sistem *Halfway* Baden Walker dan klasifikasi *International Continence Society* (ICS), menggunakan sistem Kuantifikasi Prolapsus Organ Panggul (POP-Q). Pada semua sistem ini, stadium I

didefinisikan sebagai turunnya Uterus ke titik mana pun di vagina hingga 1 cm proksimal Himen; tahap II, sebagai penurunan diantara 1 cm proksimal himen hingga 1 cm distal himen; stadium III, saat turun lebih dari 1 cm distal himen; dan stadium IV, disebut sebagai prolapsus uterus total atau procidentia uterus. (Lazarou 2020)

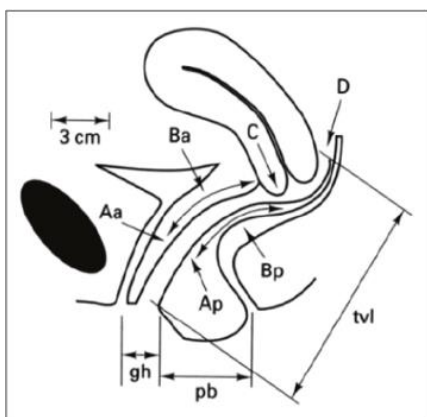
Sistem *Halfway* Baden Walker sangat mudah digunakan serta dapat dengan cepat menentukan derajat prolapsus organ namun seringkali bersifat subjektif dan kurang detail jika dibandingkan sistem POP-Q. Pemeriksa cukup melihat sejauh apa organ panggul tersebut turun dengan berdasarkan pada 1 patokan yaitu Himen.



Gambar 8.1 Sistem *Halfway* Baden Walker terdiri dari empat tingkat: tingkat 0 – tidak ada prolaps, tingkat 1 – setengah jalan ke himen, tingkat 2 – ke himen, tingkat 3 – himen setengah jalan, tingkat 4 – penurunan maksimum.

(Sumber : Persu C, Chapple C, Cauni V, Gutue S, Geavlete PA. (2011). Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of medicine and life*. 4. 75-81.)

Sebagai usaha untuk membuat instrumen penilaian yang dapat digunakan untuk klinisi dan para peneliti, pada tahun 2002 para ahli di *International Continence Society* menghasilkan sistem POP-Q yang hingga saat ini menjadi standar penilaian prolapsus organ panggul. (Persu, 2011) Sistem ini memiliki keunggulan yang lebih detail dan objektif dibandingkan sistem baden walker namun membutuhkan pemeriksaan dan pengukuran yang terperinci dan tentunya tidak dapat diterapkan secepat sistem baden walker.



Gambar 8.2 Titik dan penanda pada pemeriksaan sistem POP-Q. Aa, titik A anterior, Ap, titik A posterior, Ba, titik B anterior; Bp, titik B posterior; C, serviks atau puncak vagina ; D, forniks posterior (jika terdapat serviks); gh, hiatus genitalis; pb, badan perineal; tvl, total panjang vagina.

(Sumber : Persu C, Chapple C, Cauni V, Gutue S, Geavlete PA. (2011). Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *Journal of medicine and life*. 4. 75-81.)

Penjelasan lebih terperinci mengenai titik dan penanda yang digunakan pada sistem POP-Q adalah sebagai berikut :

- **Aa** = titik tengah dinding vagina anterior, 3 cm proksimal dari meatus uretra eksterna
- **Ba** = dinding vagina anterior, jarak antara Aa dan forniks anterior
- **C** = titik yang menunjukkan tepi serviks atau puncak vagina pada pasca histerektomi total
- **D** = forniks posterior, tidak digunakan pada pasca histerektomi
- **Ap** = titik pada dinding vagina posterior, 3 cm proksimal dari hymen posterior
- **Bp** = dinding vagina posterior, jarak antara Ap dan forniks posterior
- **Genital hiatus (gh)** = jarak antara titik tengah meatus uretra eksterna dengan titik posterior himen
- **Badan Perineal (pd)** = jarak antara tepi posterior dari genital hiatus ke pertengahan anus
- **Total Panjang Vagina (tvL)** = jarak terjauh vagina saat C dan D berada pada posisi normal

Dari hasil pemeriksaan titik dan penanda diatas, maka dibuatlah diagnosis mengenai tingkat keparahan prolapsus organ sesuai dengan penjabaran sebagai berikut :

- 0** = normal: Aa, Ba, Ap, Bp, bernilai -3 dan C, D tidak melebihi $-(x-2)$ cm
- 1** = kriteria stadium 0 tidak dipenuhi dan ujung prolaps yang terendah <-1 cm
- 2** = ujung terendah prolaps >-1 cm, namun $<+1$ cm

3 = ujung terendah prolaps $> + 1$ cm, namun $< +(x-2)$ cm

4 = ujung terendah prolaps $\geq + (x-2)$ cm

Ket: X = total panjang vagina dalam cm (pada stadium 0, 3, dan 4)

8.7 Tatalaksana

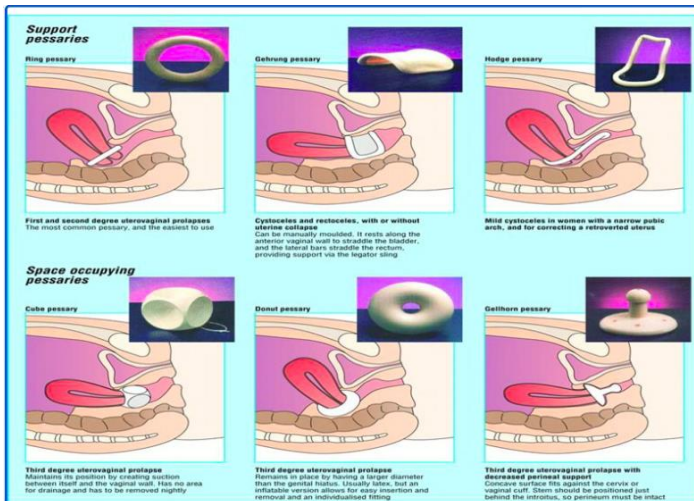
Penatalaksanaan prolapsus uteri sangat tergantung pada gejala yang dialami pasien. Tatalaksananya bervariasi dari yang sifatnya observasional - konservatif hingga tindakan operasi.

Tindakan observasi dilakukan khususnya pada prolapsus tingkat awal dengan tanpa keluhan atau hanya bergejala ringan, serta secara anatomis penurunan organ tidak melewati batas Himen. (Pratiwi, 2010)

Perawatan konservatif termasuk latihan otot dasar panggul dan penggunaan pesarium vagina merupakan pilihan utama untuk kasus tertentu. Senam kegel merupakan salah satu cara melatih otot dasar panggul. Latihan ini bertujuan meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot-otot penyokong organ panggul sehingga akan mengurangi keluhan subjektif pasien terutama pada prolapsus uteri stadium awal, selain itu perbaikan pasca senam kegel juga tampak pada perbaikan skor POP-Q. (Chen, 2022).

Alat seperti pesarium menjadi pilihan terapi awal kasus prolapsus organ panggul oleh 75% dokter uroginekologi. Pesarium digunakan ketika pasien tidak menyetujui tindakan atau memiliki kontraindikasi untuk operasi seperti pada pasien yang berusia tua dan lemah. Dengan perkembangan ilmu

pengetahuan dan kecanggihan teknologi membuat bentuk, bahan dan ukuran pesarium menjadi bermacam-macam, model yang beragam ini akan disesuaikan dengan kebutuhan pasien, sehingga pasien prolapsus uteri yang akan menggunakan pesarium memerlukan beberapa kali penyesuaian, bersifat *Trial and error*, untuk mendapatkan model pesarium paling tepat dan nyaman digunakan. (Pratiwi, 2010), (Lazarou 2020) Komplikasi yang ditemukan pada pasien pengguna pesarium diantaranya perdarahan, eskoriasi hingga ulkus pada vagina, impaksi pada uterus dan pada kasus yang lebih jarang dapat ditemukan infeksi bakterial vaginosis atau jamur (aktinomikosis). (Oliver, 2011)



Gambar 8.3 Model Pesarium dan cara penggunaannya.

(Sumber : Oliver R, Thakar R ,Sultan AH. 2011. The history and usage of the vaginal pessary: a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Volume 156, Issue 2, June 2011, Pages 125-130.)

Tatalaksana utama bagi kasus prolapsus uteri berat atau yang gagal dengan terapi konservatif adalah tindakan operasi, namun demikian pilihan ini perlu mempertimbangan beberapa segi diantaranya keinginan untuk hubungan seksual, efek pada citra tubuh, pandangan budaya, pengobatan alternatif, dan potensi komplikasi di masa yang akan datang. (Chen, 2022)

Tindakan operatif dibagi kedalam dua kelompok besar yang dibedakan berdasarkan apakah uterus ingin di pertahankan (preservasi) atau tidak. Preservasi uterus merupakan pilihan bagi pasien yang tetap ingin mempertahankan uterusnya atau yang berharap hamil kedepannya. Terdapat beberapa pilihan metode preservasi uterus yang terbukti membawa hasil yang memuaskan dengan tingkat keberhasilan antara 70-97% diantaranya adalah histeropeksi vagina, prosedur manchester (trakelektomi parsial, suspensi uterus ligamen uterosakral), histeropeksi sakrospinosus, histeropeksi dengan mesh vagina, histeropeksi sakral perabdominal, histeropeksi sakral perlaparoskopi, dan histeropeksi uterosakral perlaparoskopi. (Lazarou 2020)

Histerektomi total merupakan salah satu metode operatif pilihan. Tindakan ini dapat dilakukan melalui pendekatan abdominal (laparotomi atau laparoskopi) maupun vaginal. Metode ini hanya mengatasi masalah prolapsus organ uterus saja tanpa mengatasi masalah kelemahan penyokong puncak vagina maupun prolapsus organ panggul penyerta lainnya. Pendekatan pervaginam telah terbukti lebih bersifat kurang invasif dan menawarkan kesempatan melakukan perbaikan kelemahan otot dasar panggul dengan tindakan

operasi tambahan, walaupun demikian tingkat keberhasilan perbaikan prolapsusnya dibandingkan pendekatan perabdominal masih kontroversial. (Pratiwi, 2010) Tindakan operatif tambahan diantaranya adalah sakrokolpopeksi perabdominal dan suspensi transvaginal menggunakan fiksasi pada struktur panggul seperti ligamen sakrospinosus, ligamen uterosakral, dan fasia atau otot iliokoksigeus. (Chen, 2022)

Metode lain yang dapat dipilih pasien dalam pengobatan prolapsus uteri adalah kolpoklesis. Kolpoklesis merupakan tindakan pembedahan obliteratif noninvasif yang dilakukan dengan cara menutup vagina (total maupun parsial) dan bertujuan untuk menghalangi turunnya organ panggul serta memberi dukungan terhadap otot dasar panggul. Prosedur ini sangat sesuai untuk pasien pasca histerektomi yang tidak lagi ingin melakukan hubungan seksual di masa mendatang. (Chen, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Bhadana P. 2020. Pelvic Organ Prolapse: Examination and Assessment', in R. Pang (ed.), Lower Urinary Tract Dysfunction - From Evidence to Clinical Practice, IntechOpen, London. 10.5772/intechopen.91357.
- Chen CJ, Thompson H. Uterine Prolapse. [Updated 2022 Oct 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564429/>
- Downing KT.2012. Uterine prolapse: from antiquity to today. *Obstetrics and gynecology international*, 2012, 649459. <https://doi.org/10.1155/2012/649459>
- Hamamah J, Pangastuti N. 2017. Karakteristik Pasien Prolaps Uteri Di Rsup Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2013. Vol.4 No.1 April 2017Jurnal Kesehatan Reproduksi: 17-22
- Johns Hopkins Team. 2022.Uterine Prolapse. Johns Hopkins Medicine. Available from: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/uterine-prolapse>
- Lazarou G et al. 2020.Uterine Prolapse. [emedicine.medscape.com](https://www.emedicine.medscape.com). Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/264231-overview#a6>
- Mattimore J, Cheetham P, Katz A .2015. FRII-07 The History Of Pelvic Organ Prolapse From Antiquity To Present Day. *The Journal of Urology* Vol. 193, No. 4S, Supplement, Sunday, May 17, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.02.498>

- Mishra S, Pathania K ,Sharma A.2021. Clinical Epidemiology of Uterovaginal Prolapse. International Journal of Science and Healthcare Research Vol.6; Issue: 1; Jan.-March 2021 Website: ijshr.com ISSN: 2455-7587.
- Oliver R, Thakar R ,Sultan AH. 2011. The history and usage of the vaginal pessary: a review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Volume 156, Issue 2, June 2011, Pages 125-130
- Persu C, Chapple C , Cauni V, Gutue S, Geavlete PA. (2011). Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. Journal of medicine and life. 4. 75-81.)
- Pratiwi KYM, Putra IGM. 2010.Prolaps Organ Panggul. Universitas Udayana. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/5118/3911/>
- Pravitasari VL, Kurniawati EM, Umiastuti P. 2021. Risk Factors of Uterine Prolapse in Dr. Soetomo General Academic Hospital, Surabaya. Biomolecular And Health Science Journal 2021 October, Vol 04 (02)
- Sjaaf F, Fegita P, Parmiyati M. 2021. Profil Pasien Prolaps Uteri Pada Lansia Di RSUP Dr. M. Djamil Padangtahun 2018-2020. BRMJ : Baiturrahmah Medical Journal, BRMJ, Vol I No 1 September 2021
- Wibisono JJ, Hermawan GZ. 2018. Review article Prolaps Organ Panggul. Medicinus. 2018; 7 (1) : 27-32 pISSN: 1978-3094
- .

BAB 9

NUTRISI DIMASA MENOPAUSE

Oleh Maya Astuti

9.1 Pendahuluan

Pada masa menopause kebiasaan gizi sangat penting untuk mendapatkan manfaat kualitas hidup dan umur yang panjang. Pada masa menopause akan terjadi berbagai perubahan pada wanita, antara lain pada struktur fisik seperti bertambahnya massa lemak tubuh yang menyebabkan bertambahnya berat badan. Lemak ini biasanya menumpuk pada bagian paha, bokong dan perut. Seiring bertambahnya massa lemak, maka massa otot juga secara alamiah akan menurun. Sekitar 0,2 kg massa otot berkurang dan 0,5 kg lemak tubuh bertambah pertahunnya, yang disebabkan menurunnya metabolisme tubuh pada masa menopause, akibat menurunnya hormon estrogen.(Davis et al., 2015) Kondisi ini juga menjadi salah satu pemicu retensi insulin yang menyebabkan kenaikan gula darah (risiko diabetes), obesitas sentral, hipertensi dan dyslipidemia. Menopause dikaitkan dengan peningkatan prevalensi obesitas, sindrom metabolik, dan penyakit kardiovaskuler.(Silva et al., 2021)

Kebiasaan makan yang tidak terpola dan terukur, seperti berlebihnya jumlah kalori dari kebutuhan harian dapat menjadi pemicu menumpuknya lemak tubuh. Selain diperlukan kegiatan fisik seperti olahraga ringan, maka perlu juga memperhatikan pola makan yang baik seperti diet seimbang yang menurunkan massa lemak dan menjaga kesehatan secara umum. Nutrisi dalam masa menopause itu harus mampu menjaga massa lemak, mencegah stress oksidatif, menurunkan peradangan dan menurunkan resistensi insulin. Oleh karena itu olahraga yang teratur dan benar yang disertai dengan pembatasan kalori harus dilakukan oleh semua wanita. (Ko & Kim, 2020)

9.2 Latar Belakang Gizi Menopause

Kata asal gizi adalah "Al-Gizzai" yang diambil dari bahasa Arab. Artinya yaitu makanan yang bermanfaat bagi kesehatan tubuh. Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. (Elliana & Murniwati, 2017)

Status gizi seseorang adalah gambaran dari apa yang dimakan selama hidup. Keseimbangan antara kalori yang masuk dengan kalori yang digunakan oleh tubuh. Kebutuhan kalori setiap manusia berbeda, tergantung jenis kelamin, aktifitas dan kesehatan tubuh. Kalori yang masuk dan keluar

harus dalam kondisi yang seimbang untuk dapat mempertahankan berat badan yang ideal. Makanan yang bergizi yang dikonsumsi dalam waktu yang lama juga dapat terlihat efeknya pada masa menopause.

Menopause termasuk kelompok rentan gizi yang berhubungan dengan involusi dan degenerasi jaringan sel-sel tubuh. Tubuh rentan terhadap kondisi gizi akibat perubahan fisik baik secara anatomis maupun fungsionalnya. (Greendale et al., 2019)

Asupan nutrisi sangat mempengaruhi kesehatan wanita dimasa menopause. Berbagai sindrom masa menopause dapat dikurangi dengan mengatur pola makan yang baik. Gizi yang terkontrol juga memegang peranan penting untuk mencegah berbagai penyakit yang biasa terjadi diusia lanjut nanti. Masalah gizi pada masa menopause terjadi akibat menurunnya nafsu makan karena penyakit yang diderita, kesulitan menelan, berkurangnya air liur, rasa panas dilambung atau jumlah gigi yang berkurang. Masalah lain seperti obesitas, yang timbul akibat menurunnya aktifitas fisik atau asupan makanan yang berlebihan. Obesitas pada masa menopause dapat menjadi pemicu timbulnya penyakit kardiovaskuler, hipertensi, diabetes militus, dan penurunan fungsi tubuh. (Greendale et al., 2019)

Asupan gizi yang sangat diperlukan bagi wanita yang sehat dalam masa menopause adalah untuk mempertahankan kualitas hidupnya. Sementara pada wanita yang sakit, asupan gizi diperlukan untuk proses penyembuhan dan mencegah agar

tidak terjadi komplikasi lebih lanjut dari penyakit yang dideritanya.

9.3 Nutrisi Masa Menopause

Saat menopause tubuh mengalami penurunan fungsi dari alat pencernaan, sistem tubuh, kelenjar-kelenjar, maupun tulang, sehingga diperlukan makanan yang mudah diolah dan diserap tubuh. (Davis et al., 2015) Makanan tinggi protein dan rendah lemak yang tidak banyak mengandung lemak, pada umumnya lebih mudah dicerna. Kandungan serat dalam makanan juga harus mencukupi untuk menghindari obstipasi dan konstipasi, tetapi jumlahnya juga tidak berlebihan.(Ko & Kim, 2020)

Kebutuhan kalori dan zat-zat nutrisi pada wanita menopause yang dianjurkan adalah sesuai kondisi, seperti status kesehatan, usia, berat badan, aktifitas dan tinggi badan. Yang jumlah umumnya lebih rendah dibandingkan kebutuhan pada usia produktif.

Memiliki diet seimbang sangat penting selama tahap kehidupan, tetapi selama menopause, tubuh membutuhkan kesabaran dan perawatan ekstra. Dari perubahan metabolisme hingga peningkatan risiko osteoporosis. Inilah sebabnya berbagai ahli gizi memasukan sayuran, protein dan kalsium kedalam menu makanan.

9.4 Cara Mengatur Makanan Masa Menopause

Pada masa menopause kebutuhan nutrisi akan mengalami penurunan 5-10% dari usia muda. (Elliana & Murniwati, 2017)

1. Kebutuhan protein yaitu sekitar 1 gr/Kg BB, kebutuhan karbohidrat cukup (sekitar 50%), kebutuhan lemak juga berkurang, sedangkan kebutuhan mineral dan vitamin sama dengan usia muda.
2. Menu yang dikonsumsi setiap hari harus mengandung gizi seimbang seperti adanya sumber zat energi, sumber zat pengatur, dan sumber zat pembangun.
3. Tekstur makanan juga harus diperhatikan, mengingat fungsi gigi geligi terkadang sudah berkurang karena tanggal atau rapuh dan berlubang. Bentuk yang kadang disarankan yaitu nasi lunak/tim, lauk pauk yang dicincang (daging sapi cincang atau ayam disuwir).
4. Makanan berlemak tinggi seperti lemak hewan, kulit hewan, jeroan (usus, hati, empela, otak, dll), goreng-gorengan, dan juga santan kental perlu dikurangi. Karena tubuh mengalami perubahan proporsi maka pada prinsipnya kebutuhan lemak dimasa menopause juga berkurang. Bukan sama sekali tidak boleh mengonsumsi lemak, namun harus disesuaikan dengan kebutuhan. (Silva et al., 2021)
5. Kurangi konsumsi garam atau makanan dengan natrium tinggi. Seperti garam dapur, vetsin, daging kambing, ikan asin, telur asin, ikan pindang.

9.5 Jenis Nutrisi Pada Masa Menopause

Pada masa menopause wanita akan merasakan hot flashes, perubahan suasana hati dan energi yang rendah, sementara penurunan estrogen dapat mulai mempengaruhi masa otot dan metabolisme. Makanan yang dimakan selama hidup sebelumnya dapat mempengaruhi keluhan secara signifikan.(Elliana & Murniwati, 2017) Namun, untuk mempertahankan kesehatan dan memperbaiki keluhan, maka beberapa jenis makanan berikut dapat dikonsumsi atau dihindari.

9.5.1 Makanan yang Baik Dimakan

Berikut ini adalah makanan yang sebaiknya dimasukan kedalam diet masa menopause : (Silva et al., 2021)

1. Makanan yang kaya kalsium

Keropos tulang terjadi karena tubuh mulai berhenti membangun tulang diusia 30 tahun, karena tubuh kehilangan estrogen saat menopause maka penurunan kualitas tulang akan semakin cepat terjadi. Sehingga penting mencari lebih banyak makanan kaya kalsium untuk membantu tulang tetap sehat dan kuat. Makanan dengan sumber kalsium tinggi seperti : susu skim, susu sapi, susu kedelai, yogurt dan keju rendah lemak.

Kebutuhan harian sekitar 1.200 mg – 1.500 mg yang bisa dibagi menjadi beberapa kali sajian. Misalnya pada waktu sarapan mengkonsumsi sereal gandum (150 mg), jus jeruk (300 mg), 2 mangkuk sayuran saat makan siang (300 mg) dan lauk tambahan untuk makan malam (120-390 mg). (Greendale et al., 2019)

2. Sayur

Setiap piring harus terisi dengan sayuran, selain membantu mengelola berat badan juga membantu kesehatan tulang. Sayuran hijau seperti bayam, brokoli, lobak, kembang kol, asparagus, dan kecambah adalah sumber kalsium yang bagus. Sayuran juga membantu mempertahankan kesehatan tubuh dan mengurangi keparahan hot flashes. (Silva et al., 2021)

3. Protein tanpa lemak

Protein dapat membantu menguatkan masa otot sehingga meningkatkan kekuatan tulang. Selain itu protein dalam jumlah yang cukup dapat mengurangi lemak tubuh, membantu menjaga berat badan menjadi lebih ideal. Beberapa protein tanpa lemak yang sangat baik adalah : ayam panggang tanpa kulit, ikan tongkok, teri, daging sapi tanpa lemak, tahu, tempe dan kacang tanah. Tetapi konsumsi daging dan bahan makan tertentu perlu berhati-hati pada penderita dengan kolesterol. (Ko & Kim, 2020)

4. Produk kedelai

Konsumsi kedelai alami jauh lebih baik dari pad suplemen kedelai. Kedelai dapat mengurangi keluhan hot flashes dan keringat malam. Kedelai mengandung fitoestrogen (bahan kimia yang mirip estrogen). Beberapa produk berbahan dasar kedelai antaralain tepung kedelai, tahu, tempe, dan susu kedelai.

9.5.2 Suplement Untuk Diminum

Mengkonsumsi suplement perlu dipertimbangkan untuk membantu mengisi kesenjangan nutrisi yang dibutuhkan tubuh, tetapi perlu dikonsultasikan ke petugas kesehatan sebelum mengonsumsi suplement tersebut. (Davis et al., 2015)

1. Pil kalsium

Kebutuhan kalsium perhari masa menopause 1.000-1.500 mg perhari. Kemampuan usus menyerap kalsium yaitu 500 mg sekaligus, sehingga dosis harian dapat dibagi menjadi 2-3 kali konsumsi.

2. Vitamin D

Vitamin D diperlukan untuk membantu penyerapan kalsium, kedua zat ini dibutuhkan untuk membantu memperbaiki struktur tulang. Vitamin D ada pada sinar matahari, bagi wanita yang jarang terpapar matahari pagi, maka suplement ini sangat diperlukan.

9.5.3 Makanan yang Sebaiknya Dihindari

Seorang wanita pada masa menopause harus mampu mengenali reaksi tubuh terhadap jenis makanan tertentu. Jika tubuh kita merasakan adanya perbedaan atau memicu gejala tertentu maka sebaiknya tidak usah dikonsumsi atau ganti dengan jenis makanan lain. Beberapa jenis makanan perlu dihindari dulu untuk dikonsumsi jika memang memberikan dampak tidak baik bagi tubuh. (Fathony;, 2019)

1. Makanan pedas

Makanan pedas memicu munculnya gejala hot flashes dan keringat, karena makanan pedas menaikkan suhu tubuh dan memicu gejala-gejala keluhan lambung.

Makanan pedas seperti cabe rawit, salsa panas, dan paprika dapat memberikan rasa panas pada perut. Jika keluhan itu sudah terlanjur terjadi, maka untuk menjaga tubuh agar tetap terasa dingin dapat mengkonsumsi mentimun. Jika tetap ingin menambahkan rasa pada makanan maka bisa dengan memberikan thyme atau basil dalam masakan.

2. Kafein dan alkohol

Kelebihan kafein dan alkohol telah terbukti membuat rasa panas pada lambung dan tubuh. Kedua zat ini juga dapat menyebabkan gangguan tidur, dan berdebar-debar. Oleh karena itu kurangi konsumsinya untuk mengurangi keluhan ini.

3. Karbohidrat dan makanan bertepung

Metabolisme tubuh pada masa menopause melambat, sehingga proses karbohidrat menjadi tenaga juga menjadi lambat (metabolisme melambat), inilah salah satu faktor yang menyebabkan cepatnya kenaikan berat badan. Hindari makanan pasta, roti putih, kentang, nasi, kue, kerupuk dan snack yang manis.

Hal ini berlaku juga untuk makanan olahan dan gula. Jika tubuh selalu dipaksa untuk memproses makanan ini, maka masa menopause akan terasa berat dengan timbulnya banyak keluhan. (Ko & Kim, 2020)

DAFTAR PUSTAKA

- Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., & Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(January 2016). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>
- Elliana, D., & Murniwati, A. (2017). Hubungan Tingkat Status Gizi Wanita Menopause Dengan Perubahan Fisik Pada Masa Menopause Kota Semarang. *Jurnal Kebidanan*, 6(2), 96. <https://doi.org/10.26714/jk.6.2.2017.96-102>
- Fathony;, D. N. P. Z. M. (2019). *PADA WANITA MENOPAUSE HEALTH EDUCATION ABOUT BALANCED NUTRITION IN MENOPAUSAL WOMEN Program Studi D3 Kebidanan , Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan , Universitas Muhammadiyah Banjarmasin PENDAHULUAN Siklus kehidupan seorang wanita akan melalui fase-f. 1(1), 21–24.*
- Greendale, G. A., Sternfeld, B., Huang, M. H., Han, W., Karvonen-Gutierrez, C., Ruppert, K., Cauley, J. A., Finkelstein, J. S., Jiang, S. F., & Karlamangla, A. S. (2019). Changes in body composition and weight during the menopause transition. *JCI Insight*, 4(5). <https://doi.org/10.1172/jci.insight.124865>
- Ko, S. H., & Kim, H. S. (2020). Menopause-associated lipid metabolic disorders and foods beneficial for postmenopausal women. *Nutrients*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/nu12010202>
- Silva, T. R., Oppermann, K., Reis, F. M., & Spritzer, P. M. (2021). Review nutrition in menopausal women: A narrative review. *Nutrients*, 13(7), 1–14. <https://doi.org/10.3390/nu13072149>

BAB 10

KELAINAN KONGENITAL PADA SISTEM REPRODUKSI

Oleh Arika Indah Setyarini

10.1 Kelainan Kongenital

10.1.1 Definisi Kelainan Kongenital

Kelainan kongenital yang biasa kita kenal dengan kelainan sejak lahir atau bawaan merupakan sebuah kelainan yang terjadi pada seseorang sejak dari lahir dan hal ini bisa disebabkan karena faktor genetik maupun non genetik. Anomali kongenital disebut juga cacat lahir, kelainan kongenital atau kelainan bentuk bawaan (Effendi, 2014).

10.1.2 Patofisiologi Kelainan Kongenital

Berdasarkan pathogenesis menurut Effendi (2014) kelainan kongenital dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. *Malformasi*

Malformasi yaitu terjadi karena adanya kegagalan atau ketidaksempurnaan dalam proses *embriogenesis*. Beberapa contoh *malformasi* misalnya bibir sumbing dengan atau tanpa celah langit-langit, defek penutupan tuba neural, *stenosis pylorus*, *spina bifida*, dan defek sekat jantung. *Malformasi* dibagi menjadi dua yaitu *malformasi mayor* dan *minor*. *Malformasi* ada yang bisa sampai mengurangi angka harapan hidup hal ini dikarenakan *malformasi* jenis ini

menyebabkan gangguan pada fungsi tubuh, *malformasi* jenis ini tergolong kedalam *malformasi mayor*. Sedangkan *malformasi* yang efeknya lebih ringan hanya mengganggu kesehatan tapi tidak serius mungkin lebih berpengaruh pada segi kosmetik, *malformasi* ini disebut dengan *malformasi minor*. *Malformasi* pada otak, jantung, ginjal, ekstremitas, saluran cerna termasuk *malformasi mayor*, sedangkan kelainan daun telinga, lipatan pada kelopak mata, kelainan pada jari, lekukan pada kulit (*dimple*), ekstra puting susu adalah contoh dari *malformasi minor*.

b. *Deformasi*

Deformasi didefinisikan sebagai bentuk, kondisi, atau posisi abnormal bagian tubuh yang disebabkan oleh gaya mekanik sesudah pembentukan normal terjadi, misalnya kaki tidak lurus atau *mikrognatia* (mandibula yang kecil). Hal-hal yang mempengaruhi terjadinya *deformasi* antara lain karena ruang di dalam rahim yang terbatas, apabila dilihat dari faktor ibu karena masih primigravida, panggulnya sempit, rahimnya tidak normal, dan bisa juga karena kehamilan kembar.

c. *Disrupsi*

Disrupsi adalah defek morfologik satu bagian tubuh atau lebih yang disebabkan oleh gangguan pada proses perkembangan yang mulanya normal. Ini biasanya terjadi sesudah *embriogenesis*. *Disrupsi* bisa terjadi karena adanya iskemia, perdarahan ataupun perlekatan. Misalnya helaian-helaian membran amnion, yang disebut pita amnion, dapat

terlepas dan melekat ke berbagai bagian tubuh, termasuk ekstremitas, jari-jari, tengkorak serta muka.

d. *Displasia*

Patogenesis lain yang penting dalam terjadinya kelainan kongenital adalah displasia. Istilah displasia dimaksudkan dengan kerusakan (kelainan struktur) akibat fungsi atau organisasi sel abnormal, mengenai satu macam jaringan diseluruh tubuh. Sebagian kecil dari kelainan ini terdapat penyimpangan biokimia di dalam sel, biasanya mengenai kelainan produksi enzim atau sintesis protein. Sebagian besar disebabkan oleh mutasi gen. Karena jaringan itu sendiri abnormal secara intrinsik, efek klinisnya menetap atau semakin buruk. Ini berbeda dengan ketiga patogenesis terdahulu.

10.1.3 Beberapa Macam Pengelompokkan Kelainan Kongenital

a. Menurut gejala klinis

1) Kelainan tunggal (*single-system defects*)

Bagian terbesar pada kelainan kongenital yaitu kelainan yang hanya terjadi pada satu tempat dari sebuah organ (*Isolated*). Contoh kelainan ini yang juga merupakan kelainan kongenital yang tersering adalah celah bibir, club foot, stenosis pilorus, dislokasi sendi panggul kongenital, dan penyakit jantung bawaan. Sebagian besar kelainan pada kelompok ini penyebabnya adalah multifaktorial, menggambarkan efek kumulatif dari berbagai efek yang ringan dari berbagai gen, dan kemungkinan

faktor lingkungan sebagai pencetusnya. Kelainan ini meningkat angka kejadiannya pada beberapa keluarga dan suku, tetapi tidak mengikuti pola hukum Mendel seperti pada kelainan yang disebabkan oleh mutasi gen mayor. Secara klinis (mungkin juga secara patogenesis) kelainan yang berdiri sendiri (isolated) ini identik dengan kelainan serupa yang merupakan bagian dari suatu sindrom.

2) *Asosiasi (Association)*

Asosiasi merupakan kelainan kongenital yang terjadi secara bersamaan sehingga bisa dikatakan kombinasi dari beberapa kelainan kongenital. Pada kasus ini, kata *asosiasi* digambarkan untuk mendefinisikan ketidakselarasan gejala klinis antara satu kasus dengan yang lain. Sebagai contoh “Asosiasi VACTERL” (*Vertebral Anomalies Anal atresia, cardiac malformation, tracheoesophageal fistula, renal anomalies, limbs defects*). Hampir seluruh anak yang mengalami kasus ini tidak memiliki semua anomali yang disebutkan, tetapi malah memiliki variasi kelainannya.

3) *Sekuensial (Sequences)*

Sekuensial adalah suatu pola dari kelainan multiple dimana hal yang merupakan kelainannya sudah diketahui. Bisa diberikan contoh pada kasus “*Potter Sequence*” dimana kelainan yang menjadi topik utamanya adalah terjadinya aplasia ginjal. Aplasia ginjal mengakibatkan tubuh tidak

memproduksi urin, hal ini bisa menyebabkan cairan amnion pada pertengahan kehamilan menjadi berkurang dan hal ini yang bisa mengakibatkan tekanan pada intrauterin sehingga menjadikan *deformitas* yang sudah dijelaskan sebelumnya. Tidak hanya mengalami *deformitas* akibat lain yang ditimbulkan dari oligoamnion adalah terhambatnya pematangan paru. Akibatnya bayi baru lahir dengan “*Potter Sequence*” biasanya lebih banyak meninggal karena distress respirasi dibandingkan karena gagal ginjal.

4). Kompleks (*Complexes*)

Kompleks istilah inilah yang digunakan untuk mendefinisikan adanya penyimpangan pembentukan pada pembuluh darah saat proses embriogenesis awal, dan hal inilah yang menyebabkan terjadinya kelainan pembentukan struktur pada pembuluh darah. Beberapa kompleks disebabkan oleh kelainan vaskuler. Sebagai contoh absennya sebuah arteri secara total dapat menyebabkan tidak terbentuknya sebagian atau seluruh tungkai yang sedang berkembang. Penyimpangan arteri pada masa embrio mungkin akan mengakibatkan *hipoplasia* dari tulang dan otot yang diperdarahinya. Contoh dari kompleks termasuk *hemifacial microsomia*, *sacral agenesis*, *sirenomelia*, *poland anomaly*, dan *moebius syndrome*.

5) Sindrom

Kelainan kongenital dapat timbul secara tunggal (*single*), atau dalam kombinasi tertentu. Bila kombinasi tertentu dari berbagai kelainan ini terjadi berulang-ulang dalam pola yang tetap, pola ini disebut dengan sindrom. Istilah "*syndrome*" berasal dari bahasa Yunani yang berarti "berjalan bersama". Pada pengertian yang lebih sempit, sindrom bukanlah suatu diagnosis, tetapi hanya sebuah label yang tepat. Apabila penyebab dari suatu sindrom diketahui, sebaiknya dinyatakan dengan nama yang lebih pasti, seperti "*Hurler syndrome*" menjadi "*Mucopolysaccharidosis type I*".

b. Menurut berat ringannya

1) Kelainan mayor

Kelainan mayor seperti yang sudah dijelaskan di sub bab sebelumnya bahwa kelainan ini harus segera mendapat penanganan, karena dapat mempengaruhi kelangsungan hidup seseorang.

2) Kelainan minor

Kelainan minor merupakan kelainan yang tidak perlu dikhawatirkan karena untuk penanganannya tidak memerlukan tindakan secara medis.

c. Menurut kemungkinan hidup bayi

1) Kelainan kongenital yang tidak mungkin hidup misalnya anensefalus.

2) Kelainan kongenital yang mungkin hidup misalnya *sindrom down*, *spina bifida*, *meningomielokel*,

fokomelia, hidrosefalus, labiopalatoskisis, kelainan jantung bawaan, penyempitan saluran cerna, dan *atresia ani*.

d. Menurut bentuk

- 1) Gangguan pertumbuhan atau pembentukan organ tubuh yang tidak terbentuknya organ atau sebagian organ saja yang terbentuk seperti *anensefalus* atau terbentuk tapi ukurannya lebih kecil dari normal seperti *mikrosefali*.
- 2) Gangguan penyatuan/fusi jaringan tubuh seperti *labiopalatoskisis, spina bifida*.
- 3) Gangguan migrasi alat misalnya malrotasi usus, testis tidak turun.
- 4) Gangguan invaginasi suatu jaringan misalnya pada *atresia ani* atau vagina
- 5) Gangguan terbentuknya saluran-saluran misalnya *hipospadia, atresia esophagus*.

e. Menurut tindakan bedah yang harus dilakukan

- 1) Kelainan kongenital yang memerlukan tindakan segera, dan bantuan tindakan harus dilakukan secepatnya karena kelainan kongenital tersebut dapat mengancam jiwa bayi.
- 2) Kelainan kongenital yang memerlukan tindakan yang direncanakan atau tindakan dilakukan secara elektif.

f) Menurut International Classification of Disease (ICD) 10

Adapun pembagian kelainan kongenital menurut kongenital menurut klasifikasi secara Internasional yaitu system ICD 10 (Kemenkes, 2018) sebagai berikut:

- 1) Q00-Q07 Malformasi kongenital sistem saraf
- 2) Q10-Q18 Malformasi kongenital mata, telinga, muka dan leher
- 3) Q20-Q28 Malformasi kongenital sistem sirkulasi
- 4) Q30-Q34 Malformasi kongenital sistem pernafasan
- 5) Q35-Q37 *Cleft lip dan cleft palate*
- 6) Q38-Q45 Malformasi kongenital sistem pencernaan lain
- 7) Q50-Q56 Malformasi kongenital organ-organ genital
- 8) Q60-Q64 Malformasi kongenital sistem perkemihan
- 9) Q65-Q79 Malformasi dan deformasi kongenital sistem *muskuloskeletal*
- 10) Q80-Q89 Malformasi kongenital lainnya
- 11) Q90-Q99 Kelainan kromosom, *not elsewhere classified*.

10.1.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelainan Kongenital

Menurut Prawirohardjo (2014) beberapa faktor yang diduga dapat mempengaruhi terjadinya kelainan kongenital antara lain:

a. Kelainan genetik dan kromosom

Kelainan genetik pada ayah atau ibu kemungkinan besar akan berpengaruh atas kelainan kongenital pada anaknya. Kelainan-kelainan ini ada yang mengikuti hukum Mendel tetapi dapat pula diwarisi oleh bayi yang

bersangkutan sebagai unsur dominan (*dominant traits*) atau kadang-kadang sebagai unsur resesif.

b. Faktor mekanik

Sudah sangat jelas bahwa tekanan mekanik ini sangat berpengaruh pada kelainan yang terjadi karena dengan adanya penekanan mekanik di dalam kehidupan intrauterin dapat mengakibatkan *deformitas* organ tersebut. Faktor predisposisi dalam pertumbuhan organ itu sendiri akan mempermudah terjadinya *deformitas* suatu organ. Sebagai contoh *deformitas* organ tubuh ialah kelainan talipes pada kaki seperti *talipes varus*, *talipes valgus*, *talipes equinus* dan *talipes equinovarus* (*club foot*).

c. Faktor infeksi

Apabila terjadi infeksi yang sangat menentukan apakah ini berakibat pada kelainan kongenital atau tidak adalah pada saat proses *organogenesis* yang mana terjadi saat trimester pertama dalam kehamilan. Hal ini bisa terjadi karena pada proses *organogenesis* merupakan proses pertumbuhan sehingga apabila terjadi infeksi maka pertumbuhan suatu organ akan menjadi terganggu dan tidak semestinya. Infeksi pada trimester pertama di samping dapat menimbulkan kelainan kongenital dapat pula meningkatkan kemungkinan terjadinya abortus. Sebagai contoh infeksi virus *Toxoplasmosis Other Viruses Rubella Cytomegalovirus Herpes Simpleks* (TORCH). Ibu yang menderita infeksi toksoplasmosis berisiko 12% pada usia kehamilan 6-17 minggu dan 60% pada usia kehamilan 17-18 minggu. Menurut Karin (2018) jika sistem kekebalan

tubuh ibu baik biasanya tidak menimbulkan gejala yang jelas. Pada umumnya gejala yang timbul seperti sakit kepala, nyeri otot, demam dan cepat lelah. Selain virus *TORCH*, virus lain juga bisa menyebabkan terjadinya kelainan kongenital pada janin seperti virus *varicella-zoster* yang biasa dikenal dengan penyakit cacar air. Gejala yang ditimbulkan sangat khas yaitu timbulnya 17 lenting berisi air di seluruh tubuh yang umumnya disertai gatal, demam, sakit kepala, hilangnya nafsu makan atau badan terasa lemas.

d. Faktor Obat

Pada wanita hamil harus diperhatikan obat apa saja yang boleh dikonsumsi dan mana yang tidak karena pada pemilihan obat yang salah bisa menyebabkan kelainan kongenital untuk bayinya. Salah satu jenis obat yang telah diketahui dapat menimbulkan kelainan kongenital ialah thalidomide yang dapat mengakibatkan terjadinya *fokomelia* atau *mikromelia*. Beberapa jenis jamu-jamuan yang diminum wanita hamil muda dengan tujuan yang kurang baik diduga erat pula hubungannya dengan terjadinya kelainan kongenital, walaupun hal ini secara laboratorik belum banyak diketahui secara pasti.

e. Faktor ibu

Usia ibu yang makin tua lebih dari 35 tahun dalam waktu hamil dapat meningkatkan risiko terjadinya kelainan kongenital pada bayinya. Contohnya yaitu bayi *sindrom down* lebih sering ditemukan pada bayi-bayi yang dilahirkan oleh ibu yang mendekati masa *menopause*.

Beberapa faktor ibu yang dapat menyebabkan deformasi adalah primigravida, panggul sempit, abnormalitas uterus seperti uterus bikornus dan kehamilan kembar. Selain itu faktor hormonal, faktor radiasi, faktor gizi bisa juga mempengaruhi terjadinya kelainan kongenital.

f. Faktor gizi ibu selama hamil

Kelainan bawaan yang ditemukan di negara berkembang terjadi pada bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan gizi buruk selama hamil. Sebenarnya hal ini sering terjadi sehingga bisa ditandai dengan karena ibu kekurangan asupan nutrisi, yang mana nutrisi ini penting untuk menunjang pembentukan organ pada tubuh janin saat di dalam rahim. Adapun nutrisi yang 18 penting untuk ibu hamil dan janin tersebut meliputi asam folat, protein, zat besi, kalsium, vitamin A, yodium, dan *omega-3*. Selain gizi buruk, ibu yang mengalami obesitas saat hamil juga memiliki risiko cukup tinggi untuk melahirkan bayi dengan kelainan kongenital.

10.2 Kelainan Kongenital Pada Sistem Reproduksi

10.2.1 Hymen Imperforata

A. Pengertian Hymen Imperforata

Hymen Imperforata adalah selaput dara yang tidak menunjukkan lubang (Hiatus Himenalis) sama sekali, suatu kelainan yang ringan dan yang cukup sering dijumpai. Kemungkinan besar kelainan ini tidak dikenal sebelum menarche. Sesudah itu molimina menstrualia dialami tiap bulan, tetapi darah haid tidak

keluar. Darah itu terkumpul di dalam vagina dan menyebabkan hymen tampak kebiru-biruan dan menonjol keluar. Bila keadaan ini dibiarkan, maka uterus akan terisi juga dengan darah haid dan akan membesar (Amulya dkk, 2018).

B. Etiologi

Hymen imperforata merupakan suatu malformasi kongenital tetapi dapat juga terjadi akibat jaringan parut oklusif karena sebelumnya terjadi cedera atau infeksi. Secara embriologi, hymen merupakan sambungan antara bulbus sinovaginal dengan sinus urogenital, berbentuk membrane mukosa yang tipis. Hymen berasal dari endoderm epitel sinus urogenital, dan bukan berasal dari duktus mullerian. Hymen mengalami perforasi selama masa embrional untuk mempertahankan hubungan antara lumen vagina dan vestibulum. Hymen merupakan lipatan membrane irregular dengan berbagai jenis ketebalan yang menutupi sebagian orifisium vagina, terletak mulai dari dinding bawah uretra sampai ke fossa navikularis (Keum Hwa et al, 2019).

Hymen Imperforata terbentuk karena ada bagian yang persisten dari membrane urogenital dan terjadi ketika mesoderm dari primitive streak yang abnormal terbagi menjadi bagian urogenital dari membran cloacal. Hymen Imperforata tanpa mukokolpos yang berasal dari jaringan fibrous dan jaringan lunak antara labium minora sulit dibedakan dengan tidak adanya vagina.

Aplasia dan atresia vagina terjadi karena kegagalan perkembangan duktus mullerian, sehingga vagina tidak terbentuk dan lubang vagina hanya berupa lekukan kloaka. Pokorny & Kozinets (1988) menerangkan bahwa secara anatomi, hymen pada wanita usia pra pubertas (anak-anak) dengan masalah organ genitalia, dijumpai konfigurasi berupa hymen fimbriae, sirkumferensial dan posterior ring (Prince A, 2005).

C. Gejala Klinis

Sebagian kelainan ini tidak dikenali sebelum menarche, setelah itu akan terjadi molimenia menstrualia (nyeri yang siklik tanpa haid), yang dialami setiap bulan. Sesekali hymen imperforata ditemukan pada neonatus atau anak kecil. Vagina terisi cairan (sekret) yang disebut hidrokolpos. Bila diketahui sebelum pubertas, dan segera diberi penanganan asimtomatik, serta dilakukan hymenektomi, maka dari vagina akan keluar cairan mukoid yang merupakan kumpulan dari sekresi serviks (Benson et all, 2008).

Kebanyakan pasien datang berobat pada usia 13-15 tahun, dimana gejala mulai tampak, tetapi menstruasi tidak terjadi. Darah menstruasi dari satu siklus menstruasi pertama atau kedua yang terkumpul di vagina belum menyebabkan peregangan vagina dan belum menimbulkan gejala (Benson et all, 2008).

Darah yang terkumpul di dalam vagina (hematokolpos) menyebabkan hymen tampak kebiru-biruan dan menonjol (hymen buldging) akibat

meregangnya membran mukosa hymen. Keluhan yang timbul pada pasien adalah rasa nyeri, kram pada perut selama menstruasi dan haid tidak keluar. Bila keadaan ini dibiarkan berlanjut maka darah haid akan mengakibatkan over distensi vagina dan kanalis servikalis, sehingga terjadi dilatasi dan darah haid akan mengisi kavum uteri (Hematometra). Tekanan intra uterin mengakibatkan darah dari cavum uteri juga dapat memasuki tuba fallopi dan menyebabkan hemotosalping karena terbentuknya adhesi (perlengketan) pada fimbriae dan ujung tuba, sehingga darah tidak masuk atau hanya sedikit yang dapat masuk ke kavum peritoneum membentuk hematoperitoneum. Gejala yang paling sering terjadi akibat over distensi vagina, diantaranya rasa sakit perut bagian bawah, nyeri pelvis dan sakit di punggung bagian belakang (Prawirohardjo, 2014).

Gangguan buang air kecil terjadi karena penekanan dari vagina yang distensi ke uretra dan menghambat pengosongan kandung kemih. Rasa sakit pada daerah suprapubik bersamaan dengan gangguan air kecil menimbulkan disuria, urgensi, inkontinensia overflow, selain itu juga dapat disertai penekanan pada rektum yang menimbulkan gangguan defekasi. Gejala teraba massa di daerah supra pubik karena terjadinya pembesaran uterus, hematometra, distensi kandung kemih, hematoperitoneum, bahkan dapat terjadi iritasi menyebabkan peritonitis (Rock dkk, 1997) mengamati

13 pasien hymen imperforata, 10 pasien diantaranya mengalami distensi uterus dan vagina yang luas, setelah diamati sampai usia dewasa, seluruh pasien mengalami endometriosis pelvik, diduga akibat menstruasi retrograde yang terjadi di dalam rongga abdomen, saat hymen imperforata belum tertangani (Prince A et all, 2005).

D. Patofisiologi

Darah menstruasi dari satu siklus menstruasi pertama atau kedua yang terkumpul di vagina belum menyebabkan peregangan vagina dan belum menimbulkan gejala. Darah yang terkumpul di dalam vagina (hematokolpos) menyebabkan hymen tampak kebiru-biruan dan menonjol (hymen buldging) akibat meregangnya mukosa hymen. Bila keadaan ini dibiarkan berlanjut maka darah haid akan mengakibatkan over distensi vagina dan kanalis serviks, sehingga terjadi dilatasi dan darah haid akan mengisi kavum uteri (hematometra). Tekanan intrauterin mengakibatkan darah dari kavum uteri juga dapat memasuki tuba fallopi dan menyebabkan hematosalping karena terbentuknya adhesi (perlengkatan) pada fimbriae dan ujung tuba sehingga darah tidak masuk atau hanya sedikit yang dapat masuk ke kavum peritoneum membentuk hematoperitoneum (Prawirohardjo, 2014).

E. Penatalaksanaan

Tindakan pembedahan (hymenectomy) Apabila hymen imperforata dijumpai sebelum pubertas, membran hymen dilakukan insisi/ hymenotomi dengan cara sederhana dengan melakukan insisi silang (Prawirohardjo, 2014).

Tindakan pembedahan (hymenectomy) Apabila hymen imperforata dijumpai sebelum pubertas, membran hymen dilakukan insisi/ hymenotomi dengan cara sederhana dengan melakukan insisi silang (Prawirohardjo, 2014).

10.2.2 Atresia Ani

A. Pengertian Atresia Ani

Atresia ani atau anus imperforata, dalam kepustakaan sering disebut sebagai malformasi anorektal atau anomali anorektal adalah suatu kelainan kongenital yang menunjukkan keadaan tanpa anus atau dengan anus yang tidak sempurna (Betz et al, 2002).

Malformasi anorektal sudah lama dikenal kurang lebih sejak 1600 Sebelum Masehi, yang tertulis pada *Egyptian papyrus* dan prasasti batu zaman Babilonia pada era raja Ashurbanipal 650 Sebelum Masehi. Pada 625-690 Masehi seorang ahli bedah Yunani bernama Paulus Aegina melaporkan tindakan operasi dengan menginsisi kulit dan diikuti dilatasi dengan busi. Kemudian pada tahun 1826 Stephen dan Smith melaporkan tindakan bedah paripurna pada pasien atresia ani. Sedangkan Dieffenbach mentransplantasikan fistula rektovaginal ke

perineum, tetapi pada saat itu teknik operasi tersebut belum banyak digunakan oleh para ahli bedah. Pada tahun 1835 Amussat, seorang ahli bedah Perancis, melakukan tindakan dengan membuat lubang rektum lewat perineum, menggerakkannya dan kemudian menjahitnya ke kulit, tindakan ini dikenal dengan anoplasti. Kemudian pada tahun 1856 Chassaignac ahli bedah Perancis mulai memperkenalkan prosedur kolostomi, dimana teknik kolostomi digunakan sebagai prosedur awal untuk mengatasi terjadinya obstruksi usus. Pada saat itu hampir semua tindakan dilakukan ekstrapéritoneal karena para ahli bedah masih belum berani melakukan operasi transperitoneal. Mc Leod pada tahun 1880 melaporkan pada pertemuan ilmiah suatu prosedur operasi satu tahap *abdominoperineal*, prosedur ini tidak banyak dilakukan oleh para ahli bedah kecuali Hadra pada tahun 1886 (Betz et al, 2002).

Pada tahun 1953 seorang ahli bedah Australia bernama Stephens memperkenalkan teknik *abdominoperineal pullthrough* untuk pasien atresia ani letak tinggi, teknik ini kemudian berkembang di Eropa sejak diperkenalkan oleh Kieselwetter. Beliau menjelaskan bahwa prosedur *sacroabdominopenneal* merupakan teknik terbaik yang dapat menghasilkan konstinensia yang efektif (Betz et al, 2002).

Pendekatan *posterosagittal* untuk tindakan pada atresia ani pertama kali diperkenalkan pada September 1980 dan dipublikasikan pada tahun 1982 oleh Pena dan de Vries.

Prosedur ini dilakukan dengan cara membelah muskulus sfingter ani eksternus dan muskulus levator ani untuk memudahkan mobilisasi kantong rektum dan pemotongan fistula (Betz et al, 2002).

B. Etiologi

Belum diketahui etiologi secara pasti, beberapa ahli berpendapat bahwa kelainan ini sebagai akibat dari abnormalitas perkembangan embriologi anus, rektum dan traktus urogenitalis, dimana septum urorektal tidak membagi secara sempurna membran kloaka menjadi urogenital dan anorektal (Carpenito, 1997).

C. Klasifikasi

Bell pada tahun 1787, melakukan klasifikasi atresia ani untuk yang pertama kali, kemudian Amussat pada tahun 1834 mendeskripsikan lima tipe kelainan. Belum terdapat klasifikasi yang sistematis hingga tahun 1860 saat Bodenhamer menjelaskan penelitiannya pada 287 kasus post mortem, klasifikasi ini diperkuat oleh Ball tahun 1887 yang membagi anorektal anomali menjadi sembilan tipe (Carpenito, 1997).

Wood-Jones tahun 1904 dan Arthur Keith tahun 1908 menggunakan klasifikasi berdasarkan embriologi, dimana pada saat itu dilakukan penelitian pada 79 kasus di London. Penelitian lanjutan di Inggris yang dilakukan oleh Keith (1906) mengklasifikasikan berdasarkan konsep agenesi anorektal dan membagi anomali menjadi letak tinggi dan rendah berdasarkan apakah usus turun sampai dibawah levator ani (Carpenito, 1997).

Pertemuan di Melbourne oleh para ahli bedah pada tahun 1970 menghasilkan kesepakatan tentang klasifikasi internasional atresia ani. Berdasarkan letak kelainannya, atresia ani dibagi menjadi letak tinggi, intermediet, dan rendah, tergantung letak kelainan apakah di atas, tepat, atau di bawah otot levator ani (Carpenito, 1997).

Berdasar klasifikasi Internasional Wingspread di Wisconsin tahun 1984, atresia ani dibagi menjadi tiga, yaitu letak tinggi, intermediet, dan rendah tergantung dimana rektum berakhir dihubungkan dengan garis *pubococcygeal (PC*

line) dan garis yang sejajar dengan *PC line* yang melewati titik "I" yaitu titik pada seperempat bagian bawah tulang ischium pada foto roentgenogram lateral. Jika rektum berakhir di atas *PC line* disebut letak tinggi. Jika rektum berakhir di bawah *PC line*, tetapi masih di atas garis yang melalui titik "I" maka disebut letak intermediet. Jika rektum berakhir di bawah garis yang melalui titik "I" maka disebut letak rendah (Carpenito, 1997).

D. Diagnosis

Diagnosis atresia ani letak rendah dan translevator dapat dibuat dengan pemeriksaan fisik perineum. Bayi ditempatkan dalam posisi litotomi dengan pencahayaan yang cukup, dilakukan penelusuran lubang anus dengan menggunakan termometer, pipa sonde ukuran 5F, spekulum nasal atau *probe ductus lakrimalis*. Pada bayi laki-laki dilakukan penelusuran dari *anal dimple* ke medial

sampai ke arah penis. Sedangkan pada perempuan dilakukan penelusuran dari lubang di perineum ke arah vestibulum (Wong dkk, 2003).

Pena mempunyai cara penegakan diagnosis yang berbeda, pada laki-laki dilakukan pemeriksaan perineal dan urinalisis. Bila ditemukan fistula perineal, *bucket handle*, stenosis ani, atau membran ani berarti merupakan atresia ani letak rendah dan tindakan yang dilakukan adalah *minimal posterosagittal anorectoplasty*. Sedangkan apabila pada pemeriksaan urinalisis ditemukan mekonium, udara dalam vesika urinaria serta *flat bottom* berarti merupakan atresia ani letak tinggi sehingga perlu dilakukan kolostomi dan delapan minggu kemudian dilakukan tindakan operasi definitif. Pena juga menganjurkan evaluasi yang ketat di daerah perineum selama 24 jam sebelum dilakukan pemeriksaan penunjang yang lain, agar diagnosis adanya fistula benar - benar jelas (Wong dkk, 2003).

Pemeriksaan radiologis dilakukan bila masih ada keraguan dalam penegakan diagnosis. Dapat pula dilakukan pemeriksaan radiologis dengan posisi bagian atas bayi diletakkan di bawah selama 3-5 menit, dengan petanda yang ditempelkan di kulit pada proyeksi anus. Posisi ini pertama kali ditemukan oleh Wageensteen dan Rice pada tahun 1930. Secara normal udara / gas akan mencapai rektum dalam waktu 18 jam setelah lahir. Pemeriksaan ini disebut juga *invertogram* (Wong dkk, 2003).

Goon tahun 1986 mengemukakan bahwa dengan posisi *knee chest* pasien dibiarkan dalam posisi ini selama 3-

5 menit, kemudian diambil foto dengan sinar dari proyeksi lateral dengan pusat *trochanter mayor*. Teknik ini merupakan metode yang paling aman terutama bila atresia ani merupakan suatu kesatuan bersama kelainan kongenital lain, seperti fistula *tracheoesophageal* untuk menghindari mengalirnya cairan lambung ke paru-paru. Disebut kelainan letak rendah bila jarak akhiran rektum dan kulit kurang dan 1 cm, sedangkan disebut kelainan letak tinggi bila jarak akhiran rektum dan kulit lebih dari 1 cm (Wong dkk, 2003).

E. Penatalaksanaan

Berdasarkan algoritma penegakan atresia ani dari Pena, penatalaksanaan awal tergantung dari jenis kelainan, letak, dan ada tidaknya fistula (Ada beberapa macam metode operasi yaitu *abdominoperineal pullthrough*, *perineal*, *sacroperineal* dan *posterosagittal anorectoplasty*. Penatalaksanaan atresia ani yang sekarang banyak dilakukan adalah metode *posterosagittal anorectoplasty*. Pena menganjurkan penanganan disesuaikan dengan algoritma yang ada, misalkan pada bayi perempuan dengan atresia ani yang disertai fistula, bila didapatkan fistula perineal langsung dilakukan *posterosagittal anoplasty* (PSAP) atau disebut juga *minimal PSARP* tanpa kolostomi, sedang bila ditemukan fistula rektovaginal atau rektovestibuler harus dikerjakan kolostomi dulu (Betz et al, 2002).

Banyak penelitian yang mencoba untuk melakukan operasi definitif satu tahap tanpa kolostomi pada atresia ani letak tinggi. Albanese (1999) menulis pada laporan kasusnya bahwa operasi satu tahap komplit pada atresia ani letak tinggi bisa dilakukan tanpa komplikasi gastrointestinal dan genitourinarius. Tapi dalam hal fungsi anus jangka panjang belum dapat dinilai dari laporan kasus ini (Betz et al, 2002).

10.2.3 Sindrom Turner

A. Pengertian Sindrom Turner

Sindrom turner adalah kumpulan gejala dengan karakteristik fisik dan hilangnya satu kromosom X baik secara komplit maupun parsial, dan sering pula berupa sel mozaik (Batch J, 2005).

Sindroma Turner adalah suatu sindroma pada perempuan yang terdiri dari postur pendek, 'disgenesis gonad' dan anomali kongenital mayor dan minor yang disebabkan kelainan pada kromosom seks. Keluhan utama yang menyebabkan penderita datang berobat ke poliklinik kandungan adalah amenore dan infertilitas (Maryland, 2001).

Perawakan pendek (short stature) dan disgenesis gonad merupakan gambaran yang paling konsisten ditemukan pada ST. American Academy of Pediatrics (AAP) telah membuat panduan evaluasi berkala kasus ST, baik evaluasi medik maupun psikososial (Frias JL, 2003).

B. Etiologi

Sindrom Turner disebabkan oleh kelainan genetik akibat hilangnya sebagian atau keseluruhan kromosom X pada perempuan. Kelainan genetik ini tidak diturunkan dan belum diketahui penyebabnya (Postellon et al, 2002).

Di seluruh dunia diperkirakan satu di antara 2000-2500 kelahiran hidup bayi perempuan menderita Sindroma Turner. Sebanyak 15 % penyebab dari abortus spontan setelah diperiksa kromosomnya mempunyai karyotype 45, X. Lebih dari separuh Sindroma Turner tidak terdiagnosa sampai usia 12-14 tahun, oleh karena tidak berkembangnya tanda kelamin sekunder (Pearson P, 1998).

C. Diagnosis

Deteksi sindrom Turner dilakukan dengan tes genetik dari sampel darah penderita. Penderita juga perlu melakukan pemeriksaan fungsi organ reproduksi, jantung, dan ginjal untuk melihat ada-tidaknya gangguan pada fungsi organ-organ tersebut. Tes genetik juga bisa dilakukan sejak dalam kandungan melalui sampel cairan ketuban (Maryland, 2001).

Memastikan diagnosa Sindroma Turner dapat dilakukan dengan pemeriksaan material genetik menggunakan teknik sitogenetik pada darahnya (Simpson et al, 1992).

D. Gejala Sindrom Turner

Sindrom Turner ditandai dengan laju pertumbuhan yang lambat sejak anak berusia 3 tahun. Oleh karena itu, tinggi badan penderita sindrom Turner akan lebih pendek dibandingkan wanita seusianya (Maryland, 2001).

Penderita sindrom Turner juga akan terlambat mendapatkan menstruasi pertama, akibat kekurangan hormon seksual. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penderita sindrom Turner sulit memiliki anak, bila tidak diberikan pengobatan (Maryland, 2001).

E. Penanganan Sindrom Turner

Belum ada obat atau prosedur medis yang dapat menyembuhkan sindrom Turner, tetapi terdapat sejumlah terapi yang bisa dilakukan untuk mengatasi gejala yang dialami penderita. Salah satunya adalah terapi hormon. Salah satu jenis hormon yang dapat diberikan adalah hormon _____ pertumbuhan dalam bentuk somatropin (Maryland, 2001).

Sementara itu, sindrom Turner adalah kondisi yang tidak dapat dicegah. Kondisi ini terjadi akibat kesalahan acak yang menyebabkan hilangnya kromosom X dalam sperma atau sel telur orang tua. Meski demikian, berbagai metode pengobatan telah tersedia guna mengurangi gejala yang ditimbulkan akibat sindrom Turner (Maryland, 2001).

DAFTAR PUSTAKA

- Amulya K Saxena, MD, PhD, Pediatric Imperforata Himen. Updated : September 20 th, 2018. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/954252-overview#showall>.
- Batch J. Genetic syndromes and dysmorphism. Dalam: Brook CGD, Clayton PE, Brown RS, penyunting. Clinical Pediatric Endocrinology. Edisi ke-5. Victoria: Blackwell Publishing Asia; 2005. h. 113-23
- Benson, C. Ralph Martin L. Pernoll. 2008. Buku Ginekologi. Edisi 9. Jakarta: EGC hlm 628-63
- Betz, Cealy L & Linda A. Sowden. 2002. *Buku Saku Keperawatan Pediatrik*. Edisi ke-3. Jakarta : EGC.
- Carpenito, Lynda Juall. 1997. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi ke-6. Jakarta : EGC.
- Effendi, S. H., 2014. Penanganan Bayi dengan Kelainan Kongenital dan Konseling Genetik. *Simposium Dies Natalis Unpad*, 20-21 September 2014: 132–162.
- Frias JL, Davenport ML. Health supervision for children with Turner's syndrome. *Pediatrics* 2003; 111:692-702.
- Keum Hwa , L., Ji Sun, H. & Hyuk Jun , J., 2019. Imperforate Hymen: A Comprehensive Systematic Review. *J. Clin. Med.*, 8(56)
- Maryland. The endocrine Society Endocrinology and Turner's Syndrome, 2001.
www.endo-society.org/pubaffai/factshee/turner.htm

- Pearson, P., Turner Syndrome. Management of Common Genetic Disorders 1998: 16.
<http://www.mostgene.org/ad/advol16g.htm>
- Postellon, D., Turner Syndrome. Krantz, I., Konop, R., Saul, R.A., Petri, P.D., Buehler, B., ed. eMedicine.com, Inc, 2002 : 1-11
- Prawiroardjo, S., 2014. *Ilmu Kebidanan*. Edisi keempat. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Prince A, Sylvia Lorraine M. Wilson. 2005. Patofisiologi Konsep Klinis Proses- Proses Penyakit. Edisi 6. Jakarta: EGC
- Simpson, J.L., Golbus, M.S., Disorders Of Sex Chromosomes And Sexual Differentiation. In: Simpson, J.L., Golbus, M.S., ed. Genetic In Obstetrics And Gynecology. 2th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1992: 133-163.
- Wong, Donna L. 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Sri Kurnianingsih (ed), Monica Ester (Alih Bahasa). Edisi ke-4. Jakarta: EGC.

BAB 11

INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)

Oleh Wa Ode Sitti Justin

11.1 Pengertian Infeksi Menural Seksual (IMS)

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan infeksi yang dapat ditularkan melalui beberapa tindakan seksual baik secara vaginal, oral maupun anal. Proses penyebaran IMS dapat melalui darah, sperma, maupun cairan pada daerah tubuh lainnya. Beberapa jenis IMS dapat pula ditularkan melalui kontak *skin to skin*, jarum suntik yang digunakan secara berulang atau bergantian dengan orang yang berpotensi menularkan infeksi tersebut (Kemenkes, 2016).

11.2 Penyebab Infeksi Menural Seksual (IMS)

Beberapa penyebab penyakit IMS menurut (Muhamad and Dirgantara, 2009) bisa disebabkan antara lain sebagai berikut:

- a. Bakteri, misalnya *clamidia trachomatis* (klamidia), *treponema pallidum* (sifilis), *neisseria gonorrhoeae* (gonore)
- b. Virus, seperti *human papilomavirus* (kutil kelamin), *human immunodeficiency virus* (HIV)
- c. Parasit yang menyebar melalui cairan tubuh

11.3 Faktor Risiko Infeksi Menular Seksual (IMS)

Factor-faktor risiko yang dapat menimbulkan atau menularkan IMS antara lain melalui hubungan intim secara oral, vaginal, maupun anal dengan cara yang tidak aman merupakan factor pencetus terjadinya IMS. Selain itu, bergonta-ganti pasangan dalam berhubungan intim memiliki risiko terkena IMS. Penyebaran IMS ini dapat pula melalui benda (tanpa melalui hubungan intim) misalnya dengan cara berbagi alat suntik, maupun transfuse darah (Tuntun, 2018).

11.4 Pencegahan IMS

Beberapa pencegahan agar tidak terinfeksi/tertular Infeksi Menular Seksual menurut (Masni, Lante and Arsin, 2016) antara lain sebagai berikut :

- a. Meningkatkan pengetahuan keluarga yakni sebagai berikut:
 - A : *Abstinence*, yaitu tidak berhubungan seksual sebelum menikah
 - B : *Be faithfull*, yaitu tidak bergonta-ganti pasangan
 - C : *condom*, yaitu menggunakan alat kontrasepsi kondom jika salah satu pasangan beresiko terkena IMS atau HIV/AIDS
 - D : *Drugs*, tidak menggunakan narkoba
 - E : *Equipment*, mintalah peralatan kesehatan yang steril
- b. mencegah transfuse darah yang belum di *Screening*
- c. lebih berberhati-hati saat menangani segala hal yang berkaitan dengan darah
- d. gunakan alat-alat tajam yang steril
- e. segera memeriksakan diri apabila terdapat gejala-gejala IMS.

11.5 Jenis-jenis Infeksi Menular Seksual (IMS)

Berikut beberapa jenis Infeksi Menular Seksual diantaranya sebagai berikut:

11.5.1 G.O (Gonore/Kencing Nanah)

Definisi

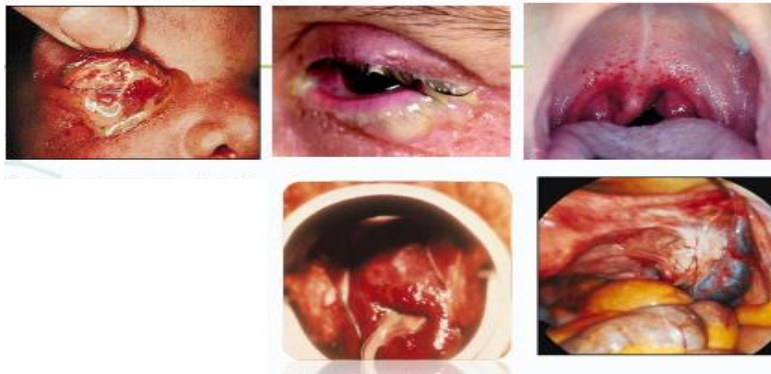
Gonore adalah infeksi menular seksual yang banyak terjadi dikhalayak umum. Penyebabnya yaitu *Neisseria Gonorrhoeae* yang tergolong bakteri diplokokus gram negative. Masa inkubasi terjadi anatar 3-5 hari setelah infeksi.

Etiologi

Gonore merupakan salah satu jenis IMS yang berbentuk biji kopi dan bersifat tahan terhadap asam. Bagian dalam dan luar terlihat adanya leukosit, tidak tahan lama di udara bebas, cepat mati jika keadaan sekeliling kering, tidak tahan suhu $> 39^{\circ}\text{C}$. daerah yang paling midah untuk terinfeksi yaitu pada daerah dengan mukosa epitel kuboid/lapisan gepeng yang masih belum berkembang (immature) misalnya vagina wanita sebelum pubertas.

Gejala

Pada pria biasanya dari saluran kencing keluar cairan yang berwarna putih kuning kehijauan, gatal, panas, bahkan terasa nyeri, daerah saluran kencing bengkak, adanya rasa sakit saat BAK. Sedangkan pada wanita, umumnya tidak menimbulkan gejala, namun hal ini akan terlihat saat melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan maupun saat pemasangan IUD. Gejala yang dirasa seperti keputihan yang kental dan keuningan, nyeri pinggul bagian bawah, nyeri saat menstruasi, dan nyeri saat BAK (Wuriningsih, 2018)



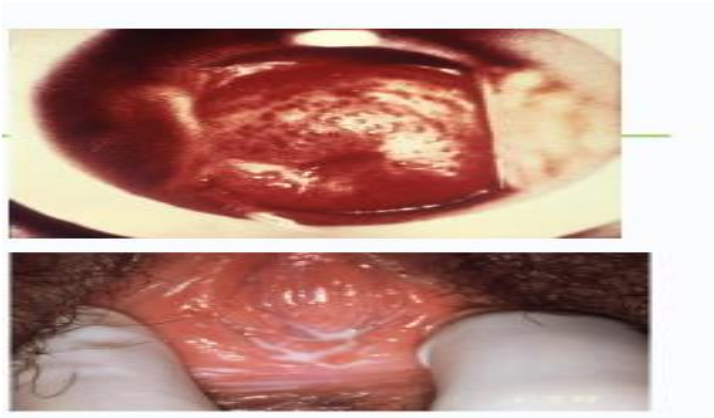
Gambar 11.1. Gonore

11.5.2 Trikomoniasis

Trikomoniasis merupakan infeksi saluran urogenital yang bersifat akut maupun kronik, yang disebabkan oleh bakteri *trichomonas vaginalis*. *Trichomonas vaginalis* berkembang biak dengan cara membelah diri menjadi memanjang dan dapat bertahan hidup pada pH 5-7. Pelularan IMS ini dapat melalui hubungan kelamin, pakaian, berenang.

Gejala klinik yang dirasa pada IMS ini yaitu, pada wanita biasanya terkena pada dinding vagina dan bersifat akut maupun kronik. Adanya abses kecil pada dinding vagina dan serviks yang terlihat seperti granulasi berwarna merah segar (*strawberry appearance*). Sedangkan pada laki-laki biasanya yang diserang pada bagian uretra dan kelenjar prostat.

Pemeriksaan diagnosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan trikomonad dalam sediaan basah salin, serta pemeriksaan mikroskopik secret (Kora, Dasuki and Ismail, 2016).



Gambar 11.2. Trikomoniasis

11.5.3 Klamidia

Klamidia adalah IMS yang sering terjadi. Penyakit ini disebabkan oleh *clamidia trachimatis*. IMS ini tidak menimbulkan gejala yang signifikan. Akan tetapi, klamidia harus tetap diperhatikan sebab penularannya biasanya penderita tidak menyadari bahwa dia telah terinfeksi IMS.

Manifestasi klinis dimulai dalam 5 hingga 10 hari pasca terpapar. Gejala yang sering dialami pada wanita antara lain nyeri perut terus menerus, *flour albus* patologis, perdarahan diluar haid, demam, adanya rasa sakit saat berhubungan seks, nyeri dan rasa terbakar saat BAK, adanya pembengkakan divagina atau sekita rektum, lebih sering BAK, adanya perdarahan pasca berhubungan seks, keluarnya cairan berwarna kuning dari leher rahim yang berbau.

Sedangkan gejala pada pria antara lain adanya nyeri atau rasa terbakar pada saat BAK, adanya abses dari penis, testis bengkak atau lembek, pembengkakan di sekitar anus.

Pemeriksaan diagnosis dapat dilakukan berupa PCR swab genita (vaginal, serviks atau anus) serta urin (Puspita, 2017).



Gambar 11.3. Klamidia

11.5.4 Herpes Genital

Virus herpes simpleks (HSV) merupakan virus yang menyebabkan terjadinya IMS yaitu Herpes Genital. Seseorang dengan IMS ini akan merasakan rasa skit, gatal dan biasa akan luka pada area genital. Namun, ada pula penderita yang tidak merasakan gejala namun tetap dapat tertular oleh virus tersebut, bahkan ketika tidak memiliki luka yang terlihat. (Kora, Dasuki and Ismail, 2016)

Pathogenesis IMS Herpes Genital yaitu infeksi kronik yang ditandai adanya infeksi pada fase aktif maupun laten. Pada infeksi bersifat aktif, virus ini akan menyerang sel penjamu dan cepat berkembang biak, menghancurkan sel penjamu yang selanjutnya akan melepaskan lebih banyak virion untuk

menginfeksi sel-sel yang ada disekelilingnya. Pada infeksi primer, virus menyebar melalui saluran limfe selanjutnya menuju ke kelenjar limfe regional hingga akhirnya terjadi limfadenopati.

Pemeriksaan diagnostic dapat dilakuakn dengan cara menguji amplifikasi DNA, perkembangbiakkan virus dilakukan pada vesikel atau pustule dan uji deteksi antigen dengan EIA atau uji fluoresensi langsung (Kiswanti and Azinar, 2017).



Gambar 11.4. Herpes Genital

11.5.5 Sifilis

Sifilis atau biasa dikenal dengan nama raja singa. IMS ini disebabkan oleh spirokaeta *treponena palidun*. Penyakit ini menyerang organ tubuh sehingga cairan tubuh mengandung *T. Pallidun*. Penularan IMS ini dapat melalui kontak langsung pada luka basah dan terinfeksi. Organisme ini mampu menembus membran mukosa intra, dan pada kulit yang terkelupas atau dapat pula melalui transplasenta.

Tanda dan gejala IMS ini biasanya penderita akan merasakan demam, myalgia, limfadenopati, flu dan sakit kepala. Pemeriksaan diagnosis dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan melalui mikroskop lapangan yang gelap terhadap eksudat dari chancre dan lesi mukokutis, uji antibody fluoresen langsung, uji serologic : uji nontreponemal (uji VDRL dan RPR) serta uji treponema (uji FTA-ABS dan MHA-TP) (Arjani, 2015).



Gambar 11.5. Sifilis

<https://keimedika.com/blog/detail/cari-tahu-penyebab-sifilis>

11.5.6 HIV/AIDS

Acquired Immodeficiency Syndrome (AIDS) merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV/AIDS, dampaknya dapat mengakibatkan kekebalan tubuh menjadi menurun. AIDS

merupakan tahapan akhir dari infeksi HIV. Penularannya dapat melalui cairan tubuh yang mengandung virus HIV misalnya melalui hubungan seks (homoseksual maupun heteroseksual), jarum suntik pada penggunaan narkoba, trasfusi darah (Kiswanti and Azinar, 2017).

Manifestasi klinis penderita HIV/AIDS tidak secara langsung. Namun biasa dirasakan oleh penderita antara lain yaitu berkeringat secara berlebihan dimalam hari, diare menerus, adanya pembengkakan pada kelenjar getah bening, flu yang terus menerus, menurunnya nafsu makan, pada saat fase AIDS imunitas akan semakin menurun, sehingga dapat menyebabkan berbagai penyakit lain timbul, hal ini disebut infeksi oportunistik yaitu kanker khusus sariawan, kanker kulit (sarcoma Kaposi), infeksi paru dan takikardi, infeksi usus dan infeksi pada otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala (Justin; *et al.*, 2022).

Pemeriksaan diagnosis dapat dilakukan dengan melakukuan uji *Western blot* (untuk mendeteksi antibody HIV pada serum, plasma, cairan mukosa, darah kering, atau urin), Rapid test, tes ELISA (Kiswanti and Azinar, 2017)

DAFTAR PUSTAKA

- Arjani, I.A.M.S. (2015) 'Identifikasi Agen Penyebab Infeksi Menular Seksual', *Jurnal Skala Husada*, 12(1), pp. 15–21.
- Justin;, W.O.S. *et al.* (2022) 'Peningkatan Kapasitas dan Deteksi Dini HIV/AIDS Pada Remaja di Kota Baubau', *Abdimas Universal*, 4(2), pp. 253–259. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.36277/abdimasuniversal.v4i2.230>
- Kemenkes (2016) *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual, Kesmas: National Public Health Journal*.
- Kiswanti, A. and Azinar, M. (2017) 'SMS Reminder Untuk Peningkatan Perilaku Pencegahan HIV/AIDS dan IMS', *Jurnal of Health Education*, 2(1), pp. 1–10
- Kora, F.T., Dasuki, D. and Ismail, D. (2016) 'Pengetahuan tentang Infeksi Menular Seksual dengan Perilaku Seksual Tidak Aman pada Remaja Putri Maluku Tenggara Barat di Daerah Istimewa Yogyakarta', *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 3(1), p. 50. Available at: <https://doi.org/10.22146/jkr.13880>.
- Masni, Lante, N. and Arsin, A.A. (2016) 'Faktor Risiko Kejadian Infeksi Menular Seksual di Puskesmas Kalumata Kota Ternate', *Jurnal MKMI*, 12, pp. 224–231.
- Muhamad, Y. and Dirgantara, T.I. (2009) 'Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Infeksi Menular Seksual di Kelurahan Baros Wilayah Kerja Puskesmas Baros Kota Sukabumi', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, pp. 12–42.

- Puspita, L. (2017) 'Analsis Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Infeksi Menular Seksual Pada Wanita Pekerja Seksual', *AlSYAH : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(1), pp. 31–44.
- Tuntun, M. (2018) 'Faktor Resiko Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS)', *Jurnal Kesehatan*, 9(3), p. 419. Available at: <https://doi.org/10.26630/jk.v9i3.1109>.
- Wuriningsih, A.Y. (2018) 'Tanda Dan Gejala Infeksi Menular Seksual Pada Perempuan Di Wilayah Kota Semarang', *Proceeding Unissula Nursn\ing Conference*, 2(2), pp. 75–82.

BIODATA PENULIS



Dr. Bdn. Ketut Novia Arini, S.ST, M.Kes

Dosen Program Studi Profesi Bidan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng

Penulis lahir di Denpasar tanggal 8 Nopember 1985. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Profesi Bidan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Buleleng. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran pada tahun 2008, pendidikan S2 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi KIA-Kespro Universitas Udayana pada tahun 2012 dan melanjutkan jenjang pendidikan S3 di Program Studi Ilmu Kedokteran Universitas Udayana pada tahun 2017. Penulis juga merupakan praktisi kebidanan yang berkecimpung dalam pelayanan kebidanan baik di Praktik Mandiri Bidan maupun pelayanan komplementer kebidanan.

BIODATA PENULIS



Dewi Candra Resmi, S.SiT., M.Tr.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sains Al Quran Wonosobo

Penulis lahir di Wonosobo tanggal 24 Januari 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan, FIKES UNSIQ Wonosobo. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran dan melanjutkan S2 Terapan Kebidanan di Poltekes Semarang. Penulis menjadi pengajar di FIKES UNSIQ mulai tahun 2011 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Chairunnisa Minarni Alamsyah, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi Diploma 3 Kebidanan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten

Penulis lahir di Tangerang tanggal 26 Mei 1992. Bekerja sebagai dosen tetap dan Ketua Program Studi Diploma 3 Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Indonesia Maju dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Padjadjaran. Memulai perjalanan menulis sejak tahun 2020, karya tulis yang dihasilkan berupa modul pembelajaran dan artikel-artikel ilmiah di beberapa jurnal nasional.

BIODATA PENULIS



Ida Farida Handayani, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Karawang

Poltekkes Kemenkes Bandung

Penulis lahir di Karawang pada tanggal 30 Maret 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Karawang, Poltekkes Kemenkes Bandung. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan di Akbid Cipto Mangunkusumo (sekarang Poltekkes Jakarta III) tahun 2001, melanjutkan kuliah di Diploma IV Bidan Pendidik di UNPAD, lulus tahun 2003, melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan di Universitas yang sama, lulus tahun 2011. Penulis aktif bekerja pada program studi Kebidanan Karawang sejak tahun 2003 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Ugi Sugiarsih, SKM, MM

Dosen program Studi Kebidanan Karawang
Poltekkes Kemenkes Bandung

Penulis lahir di Kuningan 18 September 1968 . Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Studi Kebidanan Karawang Poltekkes Kemenkes Bandung. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Reproduksi dan melanjutkan S2 pada Jurusan Manajemen SDM. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2021, tentang buku monograf dengan judul “ Mengendalikan tekanan Darah Ibu Hamil Hipertensi Dengan Konsumsi Pisang dan tahun 2022 dengan judul “Meningkatkan Kadar Hemoglobin Melalui Es Krim Susu Kedelai”.

BIODATA PENULIS



Syastriani Isna Putri Syarif, S.ST., M.Keb., Bdn.

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Jurusan Kesehatan, Politeknik Baubau

Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Jurusan Kesehatan, Politeknik Baubau. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Pasca Sarjana Ilmu Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Untuk mewujudkan karir sebagai seorang dosen yang profesional, penulis aktif dalam meneliti dibidang kepakarannya yaitu ilmu kebidanan. Beberapa penelitian yang pernah dilakukan tersebut didanai oleh internal Perguruan Tinggi dan Kemendikbud. Selain meneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi yang positif bagi dunia Pendidikan.

BIODATA PENULIS



Yuliyani

Dosen Prodi D3 Kebidanan

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

BIODATA PENULIS



Bayu Pratama Putra
obstetrician and
gynecologist

dr. Bayu Pratama Putra, SP.OG

Dosen Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar

Penulis lahir di makassar tanggal 10 Desember 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan dokter Fakultas kedokteran, Universitas Bosowa Makassar. Menyelesaikan pendidikan dokter umum di universitas Hasanuddin dan melanjutkan spesialisasi pada bidang obstetri dan ginekologi di universitas yang sama. selain menjadi dosen, penulis juga aktif sebagai dokter obstetri dan ginekologi di beberapa rumah sakit di makassar yaitu RSIA Amanat, RSU Internasional Wisata Universitas Indonesia Timur dan RS TNI-AL Jala Amari makassar. Saat ini penulis sedang menekuni dan meningkatkan kemampuan di bidang literasi dan tertarik untuk membuat tulisan ilmiah berbasis bukti baik dalam bentuk jurnal penelitian , review artikel, artikel ilmiah populer, modul perkuliahan dan buku ajar serta buku referensi.

BIODATA PENULIS



Maya Astuti, M. Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Bogor
Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung

Penulis lahir di Palembang tanggal 19 April 1981. Penulis adalah dosen tetap di Prodi Kebidanan Bogor Poltekkes Kemenkes Bandung. Menyelesaikan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Poltekkes Bandung dan melanjutkan pendidikan di S2 (Magister) Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung. Penulis mengajar matakuliah, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru lahir serta Kegawardaruratan Maternal dan Neonatal. Telah menerbitkan beberapa jurnal nasional dan buku ajar.

Penulis juga seorang Bidan Praktik Mandiri, interprener dan penggiat pemberdayaan keluarga melalui penggerakan kader kesehatan. Terpilih sebagai salah satu Bidan Inspiratif Tingkat Nasional tahun 2022, dengan program LOVES BUMIL (Logbook To Prevent Stunting Pada Ibu Hamil, yaitu program memberdayakan keluarga melalui pendampingan ibu hamil.

BIODATA PENULIS



Arika Indah Setyarini

Penulis merupakan anak perempuan pertama dari 4 bersaudara, putri dari Bpk.H.Moh.Thoha dan Ibu Lilik Sukartini yang lahir pada tanggal 12 Desember 1983 di Kabupaten Tulungagung. Riwayat Pendidikan penulis yaitu telah menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Program Studi Kebidanan Kediri, Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Malang lulus tahun 2004, D4 Kebidanan di Universitas Kadirri lulus tahun 2011 dan S2 Kebidanan di Universitas Brawijaya lulus tahun 2016.

BIODATA PENULIS



Wa Ode Sitti Justin, SKM., M.Kes.

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Jurusan Kesehatan Politeknik Baubau

Penulis lahir di Baubau tanggal 3 Oktober 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Haluoleo tahun 2010 dan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur pada tahun 2013.

Sebagai kontribusi penulis pada Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis aktif pada penelitian baik yang didanai Internal Perguruan Tinggi dan ada pula dari Kemendikbud. Penulis melaksanakan pengabdian pada masyarakat diantaranya mengikuti LSM Orc Noid pada Program Penanggulangan Narkoba Kota Baubau, Ketua IAKMI Pengcab Buton Tengah dari tahun 2019 sampai sekarang, Koordinator IAKMI SULTRA pada “Indonesia HIV-Response :*Eliminating The AIDS Epidemic in Indonesia by 2030 program*. Penulis bertekad untuk tetap meningkatkan keilmuan dan pengalaman agar menjadi seorang dosen profesional yang berguna bagi Nusa dan Bangsa.