

WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

**Ika Yudianti
Anjar Tri Astuti
Siti Masdah
Rina Afrina
Megawati Sibulo
Abd Rahman
Didien Ika Setyarini
Adhar Arifuddin
Fenty Agustini
Amalia Rizqi Sholihah
Maryuni
A Fahira Nur
Martini
Ari Kusmiwiyati
Yenny Okvitasari
Retno Dumilah**



GET PRESS INDONESIA

WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

Penulis :

Ika Yudianti
Anjar Tri Astuti
Siti Masdah
Rina Afrina
Megawati Sibulo
Abd Rahman
Didien Ika Setyarini
Adhar Arifuddin
Fenty Agustini
Amalia Rizqi Sholihah
Maryuni
A Fahira Nur
Martini
Ari Kusmiwiyati
Yenny Okvitasari
Retno Dumilah

ISBN :

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : ilda melisa., A.Md., Kep

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

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

Cetakan pertama, Maret 2024

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

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Wanita Dan Kesehatan Keluarga ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi, Aspek Legal Dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dan KB, Kesehatan Reproduksi Dalam Perspektif Gender, Masalah Gangguan Kesehatan Pada Wanita, Deteksi Dini Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi, Psikologi Dalam Siklus Kehidupan Perempuan, Gizi Seimbang Dalam Siklus Kehidupan Perempuan, Promotive Dan Preventif Dalam Kesehatan Reproduksi, Konsep Dasar *Primer Health Care* (PHC), Konseling Pra Nikah Dan Menopause, Kependudukan Di Indonesia, Perkembangan KB, Macam Metode KB, Konseling Pelayanan KB, Dokumentasi, Pelaporan Dan Rujukan Kesehatan Reproduksi Dan KB, Layanan Kesehatan Reproduksi Dan KB.

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

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

Padang, Maret 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Sejarah Inisiatif Kesehatan Reproduksi.....	3
1.3 Hak-hak Reproduksi	4
1.4 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	7
1.5 Pilar Kesehatan Reproduksi	7
1.6 Indikator Kesehatan Reproduksi.....	7
1.7 Tantangan Kesehatan Reproduksi.....	10
1.8 <i>Safe Motherhood Initiative</i> (SMI).....	11
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BAB 2 ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB.....	15
2.1 Pendahuluan.....	15
2.2 Aspek Legal Kesehatan Reproduksi dan KB.....	16
2.2.1 Pengertian	16
2.2.2 Tujuan	17
2.2.3 Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2017 ...	17
2.2.4 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61 Tahun 2014	18
2.2.5 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 87 Tahun 2014.....	19
2.2.6 Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023	20
2.2.7 <i>Sustainable Development Goals</i> (SDG's)	21
DAFTAR PUSTAKA.....	23
BAB 3 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER.....	25
3.1 Pengantar Kesehatan Reproduksi	25
3.2 Dasar-Dasar Kesehatan Reproduksi.....	26
3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	27

3.4 Gender dalam Konteks Kesehatan Reproduksi	32
3.5 Peran gender dalam akses terhadap layanan kesehatan reproduksi	34
3.6 Isu-Isu Kesehatan Reproduksi Berperspektif Gender	36
3.7 Akses dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang Berperspektif Gender	37
3.8 Peran Pendidikan dalam Peningkatan Kesadaran Kesehatan Reproduksi Berperspektif Gender	38
3.9 Perbedaan Gender dan Seks	39
DAFTAR PUSTAKA	44
BAB 4 MASALAH GANGGUAN KESEHATAN PADA WANITA..... 47	
4.1 Pendahuluan	47
4.2 Gangguan Menstruasi	48
4.2.1 Amenorea	49
4.2.2 Menoragia	50
4.2.3 Metroragia.....	51
4.2.4 Dismenore.....	53
4.3 Infertilitas.....	54
4.4 Infeksi Menular Seksual.....	57
4.4.1 Klamidia	58
4.4.2 Gonore	59
4.4.3 Sifilis.....	60
4.4.4 Trikomoniasis	61
DAFTAR PUSTAKA	63
BAB 5 DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI..... 67	
5.1 Kesehatan Reproduksi	67
5.2 Deteksi Dini Permasalahan Kesehatan Reproduksi	68
5.2.1 Jenis Skrining.....	69
5.2.2 Syarat Skrining	70
5.2.3 Kriteria Skrining	70
5.2.4 Tanda dan Gejala Utama Penyakit pada Organ Reproduksi	70
5.3 Deteksi Dini Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi	71
5.3.1 Pemeriksaan pada Kanker Serviks.....	71

5.3.2 Pemeriksaan pada Kanker Payudara.....	76
5.3.3 Pemeriksaan pada Infeksi Menular Seksual (IMS) ..	81
DAFTAR PUSTAKA.....	87
BAB 6 PSIKOLOGI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN	
PEREMPUAN	89
6.1 Pendahuluan.....	89
6.2 Masa Remaja.....	89
6.2.1 Biologi dan Fisiologi.....	90
6.2.2 Perkembangan Psikososial.....	91
6.2.3 Aplikasi Klinis	93
6.3 Masa dewasa muda	94
6.3.1 Biologi dan Fisiologi.....	94
6.3.2 Perkembangan psikososial.....	96
6.3.3 Aplikasi klinis.....	96
6.4 Paruh baya	97
6.4.1 Biologi dan Fisiologi.....	97
6.4.2 Perkembangan Psikososial.....	98
6.5 Masa Lanjut Usia	99
6.5.1 Biologi dan Fisiologi.....	99
6.5.2 Perkembangan Psikososial.....	99
6.5.3 Aplikasi Klinis	100
6.6 Kesimpulan.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	102
BAB 7 GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS	
KEHIDUPAN PEREMPUAN	105
7.1 Pendahuluan.....	105
7.2 Masa Pra-Konsepsi.....	106
7.2.1 Gizi Pra-Konsepsi	106
7.2.2 Kebutuhan Gizi Prakonsepsi.....	109
7.3 Gizi Ibu Hamil	113
7.3.1 Penilaian Status Gizi Pada Ibu Hamil	113
7.3.2 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil dan Janin	113
7.4 Gizi Ibu Menyusui	117
7.5 Gizi Bayi dan Balita	119
7.6 Gizi Anak Usia Pra-Sekolah	121
7.7 Gizi Dewasa	123
7.8 Gizi Menopause.....	125

DAFTAR PUSTAKA	128
BAB 8 PROMOTIVE DAN PREVENTIF DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	131
Oleh Adhar Arifuddin	131
8.1 Pendahuluan	131
8.2 Promotif dalam Kesehatan Reproduksi	133
8.2.1 Pendidikan Kesehatan Reproduksi:.....	133
8.2.2 Pelayanan Kesehatan Praconsepsi:	135
8.3 Preventif dalam Kesehatan Reproduksi.....	137
8.3.1 Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS)	137
8.3.2 Program Imunisasi.....	139
8.3.3 Pengelolaan Kehamilan yang Aman.....	141
8.3.4 Perencanaan Keluarga	143
8.4 Pengembangan Keterampilan Hidup Sehat.....	145
8.4.1 Pendidikan Seksual	145
8.4.2 Manajemen Stres dan Kesehatan Mental.....	148
8.5 Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi.....	151
DAFTAR PUSTAKA	154
BAB 9 KONSEP DASAR PRIMARY HEALTH CARE (PHC)	155
9.1 Perubahan Bidang Kesehatan.....	155
9.2 Konsep Dasar <i>Primary Health Care</i> (PHC)	156
9.2.1 Definisi <i>Primary Health Care</i> (PHC).....	156
9.2.2 Tujuan dan Fungsi <i>Primary Health Care</i> (PHC)	157
9.2.3 Unsur dan Prinsip <i>Primary Health Care</i> (PHC)	157
9.2.4 Elemen <i>Primary Health Care</i> (PHC).....	159
9.2.5 Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan dalam <i>Primary Health Care</i> (PHC)	159
9.3 Pusat Kesehatan Masyarakat.....	160
9.3.1 Definisi PUSKESMAS.....	160
9.3.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas	160
9.3.3 Fungsi Puskesmas	161
DAFTAR PUSTAKA	164
BAB 10 KONSELING PRA NIKAH DAN MENOPAUSE	165
10.1 Konseling Pra Nikah.....	165
10.1.1 Pendahuluan.....	165
10.1.2 Pengertian	166
10.1.3 Tujuan.....	167

10.2 Menopause.....	167
10.2.1 Pendahuluan	167
10.2.2 Pengertian	168
10.2.3 Epidemiologi dan Fisiologi Menopause.....	169
10.2.4 Ciri-Ciri Menopause	170
10.2.5 Tanda dan Gejala	170
10.2.6 Manifestasi Klinis.....	170
10.2.7 Terapi Hormon	171
10.2.8 Pengobatan	172
DAFTAR PUSTAKA.....	175
BAB 11 KEPENDUDUKAN DI INDONESIA.....	179
11.1 Konsep Demografi Demografi	179
11.2 Teori Kependudukan.....	179
11.3 Penduduk Indonesia	181
11.4 Perubahan Jumlah dan Struktur Penduduk Indonesia.....	182
11.5 Mobilitas dan Sebaran Penduduk.....	183
11.6 Kualitas Penduduk Indonesia.....	185
11.6.1 Pendidikan	185
11.6.2 kesehatan	185
11.6.3 Ekonomi.....	186
11.7 Arah Pembangunan Kependudukan	186
11.8 Bonus Demografi.....	188
11.9 Mewujudkan Pertumbuhan Penduduk Yang Seimbang	189
DAFTAR PUSTAKA.....	192
BAB 12 PERKEMBANGAN KB DI INDONESIA	193
12.1 Sejarah KB di Indonesia	193
12.2 Transformasi Program KB di Indonesia	195
12.3 Aspek Kebijakan KB di Indonesia.....	197
12.4 Perkembangan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).....	198
12.5 Program-program BKKBN	199
12.6 Sejarah hari Keluarga Berencana	202
12.7 Tujuan Gerakan Keluarga Berencana	202
12.8 Dampak dan Pencapaian KB di Indonesia.....	204
12.9 Tantangan dan Perkembangan KB di Indonesia	205
DAFTAR PUSTAKA.....	207

BAB 13 METODE KONTRASEPSI	209
13.1 Pendahuluan	209
13.2 Macam-Macam Metode Kontrasepsi	209
13.2.1 Metode Kontrasepsi Sederhana	209
13.2.2 Metode Kontrasepsi Modern	216
DAFTAR PUSTAKA	224
BAB 14 KONSELING PELAYANAN KB.....	225
14.1 Pendahuluan	225
14.2 Definisi	226
14.3 Tujuan Konseling Kontrasepsi.....	227
14.4 Keuntungan dalam Konseling Kontrasepsi.....	227
14.5 Unsur dalam Konseling.....	229
14.6 Tahapan dalam Konseling.....	234
14.6.1 Menilai Kebutuhan dan Kekhawatiran Klien.....	234
14.6.2 Memberikan Informasi sesuai dengan Kebutuhan dan Kekhawatiran Klien.....	235
14.6.3 Membantu Klien dalam Pengambilan Keputusan	235
14.6.4 Membantu Klien dalam Melaksanakan Keputusan yang Telah Diambil	236
14.7 Konseling Kontrasepsi Menggunakan ABPK (Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB).....	236
14.8 Penapisan Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi dengan RODA KLOP	242
14.9 Persetujuan Tindakan Medis (<i>Informed Choice</i> <i>dan Informed Consent</i>).....	248
14.10 Konseling dalam Kelompok Khusus	251
DAFTAR PUSTAKA	255
BAB 15 MANFAAT PERAWATAN PAYUDARA	257
DAFTAR PUSTAKA	267
BAB 16 LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB..	271
16.1 Pendahuluan	271
16.2 Layanan Kesehatan Reproduksi	271
16.3 Keluarga Berencana.....	272
16.4 Pentingnya Keluarga Berencana (KB).....	273
16.5 Program KB dan Kesehatan Reproduksi	274
16.6 Kesehatan Reproduksi untuk Pria dan Wanita.....	275
16.7 Informasi dan Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi..	275

16.8 Mengakses Layanan KB dan Kesehatan Reproduksi	277
16.9 Dukungan Komunitas dalam Mempromosikan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi Remaja.	278
16.10 Peran Pemerintah dalam Layanan KB.....	279
16.11 Inovasi dan Peningkatan Layanan Kesehatan Reproduksi	279
DAFTAR PUSTAKA.....	281
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Prevalensi kejadian kehamilan	16
Gambar 4.1.	Penilaian PBAC	51
Gambar 4.2.	Klamidia pada mata	59
Gambar 4.3.	Gonore	60
Gambar 4.4.	Sifilis.....	61
Gambar 4.5.	Trikomoniasis, <i>Strawberry Cervix</i>	62
Gambar 7.1.	Keterkaitan Masalah Gizi dalam Siklus Kehidupan.....	106
Gambar 7.2.	Efek Nutrisi Prakonsepsi terhadap Generasi Berikutnya	107
Gambar 12.1.	Logo BKKBN.....	201
Gambar 13.1.	Kontrasepsi Pil Kombinasi	220
Gambar 13.2.	Organ Reproduksi Pria	223
Gambar 14.1.	Keterlibatan <i>guiding principles, counseling skills dan counselling process dalam counselling context</i> , dengan tetap memperhatikan kondisi <i>sosio-economic social and culture, gender role, dan decision-making process</i>	230
Gambar 14.2.	RODA KLOP	244
Gambar 14.3.	RODA KLOP dibuka	244
Gambar 14.4.	Bagian Dalam Lipat RODA KLOP	245
Gambar 14.5.	Bagian Luar Lipat RODA KLOP	247

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Pola Pendarahan secara klinik pada wanita usia 15-44 tahun	52
Tabel 4.2. Pembagian Klinis Dismenore	54
Tabel 4.3. Faktor Penyebab Infertilitas dan Persentasenya	55
Tabel 4.4. Kriteria Perujukan PUS ke Klinik Infertilitas	56
Tabel 7.1. Sumber Nutrisi Penting Masa Prakonsepsi	111
Tabel 7.2. Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan	113
Tabel 7.3. Jumlah Peningkatan Kebutuhan Zat Gizi selama kehamilan berdasarkan Angka Kecukupan Gizi	116
Tabel 7.4. Angka Kecukupan Vitamin pada Ibu Menyusui	118
Tabel 7.5. Angka Kecukupan Mineral pada Ibu Menyusui	118
Tabel 7.6. Angka Kecukupan Zat Gizi pada Anak	119
Tabel 7.7. Pola Pemberian MP ASI	120
Tabel 7.8. Anjuran Porsi Usia 7-9 Tahun dengan Kebutuhan Gizi 1850 kkal	121
Tabel 7.9. Anjuran Porsi Usia 10-12 Tahun	122
Tabel 7.10. Anjuran Porsi Usia 13-15 Tahun	122
Tabel 7.11. Anjuran Porsi Usia 16-18 Tahun	123
Tabel 7.12. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat, dan Air Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)	125
Tabel 7.13. Angka Kecukupan Vitamin Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)	125
Tabel 7.14. Angka Kecukupan Vitamin Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)	126
Tabel 14.1. Keterkaitan penggunaan teltnik/ metode <i>counselling skills</i> dalam tahapan situasi berbeda sesuai <i>guiding principles</i> pada proses konseling kontrasepsi	231

Tabel 7.15. Angka Kecukupan Mineral Pada Wanita
Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari) 126

Tabel 7.16. Angka Kecukupan Mineral Pada Wanita
Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari) 126

Tabel 7.17. Anjuran Jumlah Porsi Menurut Kecukupan
Energi pada Wanita Umur 30 - > 65 Tahun
(Per Orang Per Hari)..... 126

Tabel 14.1. Gambaran Konseling Kontrasepsi dengan
ABPK Berdasarkan Kriteria Kondisi Klien..... 239

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Ika Yudianti

1.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan prosesnya (WHO, 2013).

Sejak tahun 1994, dunia telah berkembang melalui respon terhadap *Millenium Development Goals (MDGs)*, yang berfokus pada pencapaian beberapa target kesehatan tertentu, yang harus dijadikan komitmen terhadap target *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2030 yang komprehensif. Tujuan dari SDG kesehatan (SDG 3 – Kesehatan dan Kesejahteraan yang Baik) tidak hanya bersifat ambisius sendiri, namun mencakup hampir seluruh aspek penting kesejahteraan manusia, baik fisik maupun fisik relasional. Berbeda dengan MDGs, SDGs secara eksplisit mengakui bahwa kesehatan seksual dan reproduksi sebagai hal yang penting penting bagi kesehatan, Pembangunan, dan pemberdayaan perempuan. Kesehatan seksual dan reproduksi direferensikan dalam SDG 3, termasuk terpenuhinya kebutuhan keluarga berencana, akses layanan kesehatan ibu dan tingkat kesuburan pada remaja, serta SDG 5 (kesetaraan gender), yang juga merujuk pada kesehatan seksual dan hak-hak reproduksi.

Menjamin tersedianya akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi merupakan target utama SDGs. Pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi meliputi: kontrasepsi modern; pencegahan dan pengelolaan IMS dan kanker serviks serta kanker saluran reproduksi lainnya; aborsi yang aman dan pencegahannya; penanganan kekerasan berbasis gender; serta layanan infertilitas. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir layanan serta

layanan untuk merespons kekerasan berbasis gender, sangat penting untuk memperbaiki dan meningkatkan kesehatan. Kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa seseorang dapat mempunyai kehidupan seksual yang menyenangkan dan aman, dan bahwa mereka mempunyai kemampuan untuk melanjutkan keturunan dan kemerdekaan untuk memutuskan secara mandiri apakah, kapan, dan akan seberapa sering melakukannya.

Implisit dalam kondisi terakhir ini adalah hak laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan informasi dan memiliki akses ke metode keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima sesuai pilihan mereka, serta metode lain untuk pengaturan kesuburan yang tidak bertentangan dengan hukum, dan hak akses ke layanan perawatan kesehatan yang tepat dan memungkinkan perempuan untuk menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman, serta memungkinkan pasangan mendapatkan kesempatan terbaik untuk memiliki bayi yang sehat. Hal ini juga termasuk kesehatan seksual, yang tujuannya adalah peningkatan kehidupan dan hubungan pribadi, serta bukan hanya konseling dan perawatan yang berkaitan dengan reproduksi dan penyakit menular seksual.

Kebijakan kesehatan reproduksi yang komprehensif harus menangani Infeksi Menular Seksual (IMS) dan kanker saluran reproduksi. Diperkirakan secara global lebih dari 1 juta manusia terjangkit IMS setiap harinya. IMS dapat memiliki implikasi kesehatan yang serius. Menderita IMS meningkatkan risiko untuk memperoleh human immunodeficiency virus (HIV) sebanyak tiga kali lipat. IMS juga dapat menyebabkan penyakit radang panggul dan menyebabkan infertilitas pada wanita. Human papillomavirus (HPV) menyumbang 300.000 kematian akibat kanker serviks setiap tahunnya.

Selanjutnya, sebagai akibat dari penularan IMS dari ibu ke anak, ada risiko lahir mati, berat lahir rendah pada bayi baru lahir dan kematian neonatal. Untuk mengurangi risiko kesehatan secara efektif, kebijakan dan pedoman nasional harus mengatasi hambatan terhadap pemberian layanan kesehatan seksual dan reproduksi berkualitas tinggi. Secara umum, komponen-komponen yang termasuk dalam pedoman atau kebijakan terkait kesehatan

reproduksi meliputi: kontrasepsi dan keluarga berencana, kanker serviks, kekerasan terhadap perempuan, abortus, tatalaksana infertilitas, perawatan prakonsepsi, dan menopause.

Masa reproduksi seorang wanita, yang biasanya berlangsung hampir empat dekade, dapat dibagi dalam tahapan-tahapan berikut ini:

1. Menarche hingga berhubungan intim
2. Hubungan seksual hingga pernikahan
3. Pernikahan hingga kelahiran anak pertama
4. Kelahiran pertama hingga pencapaian ukuran keluarga yang diinginkan
5. Pencapaian ukuran keluarga yang diinginkan hingga menopause.

1.2 Sejarah Inisiatif Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari ICPD. ICPD adalah singkatan dari International Conference on Population and Development (Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan), yakni sebuah pertemuan yang diselenggarakan pada tahun 1994 di Kairo Mesir, dimana pemerintah dari 179 negara mengadopsi Program Aksi revolusioner dan menyerukan kesehatan reproduksi dan hak-hak perempuan untuk menjadi pusat perhatian dalam upaya pembangunan nasional dan global. ICPD 1994 telah ditandai sebagai peristiwa penting dalam sejarah kesehatan reproduksi. Hal ini mengikuti beberapa kejadian penting yang membuat dunia memikirkan cara-cara lain untuk mencapai kesehatan reproduksi.

Program Aksi ICPD mengartikulasikan dan menegaskan gagasan bahwa hak-hak reproduksi meliputi hak-hak yang ditetapkan dalam hukum nasional dan dokumen hak asasi manusia internasional sebelumnya dan dokumen konsensus lainnya. Secara khusus, Program Aksi menyerukan agar semua orang memiliki akses ke perawatan kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk keluarga berencana sukarela, layanan kehamilan dan persalinan yang aman, serta pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual. Hal ini juga mengakui

bahwa kesehatan reproduksi dan pemberdayaan perempuan saling terkait, dan bahwa keduanya diperlukan untuk kemajuan masyarakat.

"Partisipasi penuh dan setara dari kaum perempuan dalam kehidupan sipil, budaya, ekonomi, politik dan sosial, di tingkat nasional, regional dan internasional, serta pemberantasan segala bentuk diskriminasi atas dasar jenis kelamin, adalah tujuan prioritas masyarakat internasional," demikian Program Aksi ICPD menegaskan. Saat ini, ICPD sering digunakan sebagai singkatan untuk merujuk pada konsensus global bahwa kesehatan dan hak reproduksi adalah hak asasi manusia, bahwa ini adalah prasyarat untuk pemberdayaan perempuan, dan bahwa kesetaraan perempuan adalah prasyarat untuk mengamankan kesejahteraan dan kemakmuran semua orang.

Program Aksi ICPD menyatukan komunitas global dan mencerminkan konsensus baru tentang respons terhadap pertumbuhan penduduk. Hal ini dengan tegas menetapkan bahwa hak dan martabat individu adalah cara terbaik bagi individu untuk mewujudkan tujuan reproduksi mereka sendiri. Selain itu, pemerintah mengakui bahwa hak-hak ini sangat penting untuk pembangunan global. ICPD mewakili dukungan tegas bahwa menjamin kesehatan reproduksi, hak-hak individu, dan pemberdayaan perempuan adalah kewajiban setiap negara dan masyarakat.

1.3 Hak-hak Reproduksi

Hak reproduksi adalah hak-hak mendasar setiap suami isteri ataupun personal, untuk secara bebas namun bertanggung jawab memutuskan jumlah, jarak kelahiran, dan waktu untuk memiliki anak, serta mempunyai akses terhadap informasi tentang cara melakukannya, termasuk hak untuk memperoleh standar tertinggi kesehatan reproduksi juga kesehatan seksual, juga termasuk hak mereka untuk mengambil keputusan menyangkut reproduksi yang bebas dari diskriminasi, kesewenang-wenangan, dan kekerasan. Hak reproduksi mencakup hak asasi manusia tertentu yang sudah diakui dalam

hukum nasional, hukum internasional, dokumen hak asasi manusia internasional, dan dokumen konsensus lainnya.

Memastikan akses bagi semua orang ke metode kontrasepsi sesuai preferensi mereka, memperjuangkan beberapa hak asasi manusia termasuk hak untuk hidup dan kebebasan, kebebasan bersuara dan berekspresi, serta hak untuk memperoleh pekerjaan dan akses terhadap pendidikan, serta membawa manfaat kesehatan dan manfaat lainnya yang signifikan. Penggunaan kontrasepsi modern memiliki potensi untuk melindungi kesehatan perempuan dari risiko yang terkait dengan kehamilan yang tidak diinginkan, terutama pada remaja atau perempuan dengan penyakit kronis. Ketika interval antar kelahiran kurang dari dua tahun, maka angka kematian bayi akan meningkat 45% lebih tinggi daripada ketika intervalnya adalah 2 sampai 3 tahun, dan 60% lebih tinggi ketika intervalnya empat tahun atau lebih. Lebih lanjut, kontrasepsi juga memberikan sejumlah manfaat non-kesehatan potensial, termasuk peningkatan kesempatan pendidikan dan otonomi yang lebih besar bagi perempuan, serta pertumbuhan populasi yang seimbang dan pembangunan ekonomi berkelanjutan bagi negara-negara.

Kesehatan seksual dan reproduksi perempuan terkait dengan berbagai hak asasi manusia, termasuk hak untuk hidup, hak untuk bebas dari penyiksaan, hak atas kesehatan, hak atas privasi, hak atas pendidikan, dan larangan melakukan diskriminasi. Ini berarti bahwa negara mempunyai tugas dan kewajiban untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak-hak yang berkaitan dengan kesehatan seksual dan reproduksi wanita.

Hak-hak reproduksi tersebut meliputi:

1. Hak hidup
2. Hak untuk merdeka dan aman
3. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala wujud diskriminasi
4. Hak atas kerahasiaan pribadi
5. Hak atas kebebasan berpikir
6. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan

7. Hak untuk menikah atau tidak menikah, serta membentuk dan merencanakan keluarga
8. Hak untuk memutuskan mempunyai anak atau tidak dan kapan mempunyai anak
9. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan
10. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi
12. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk

Pelanggaran terhadap kesehatan dan hak seksual dan reproduksi perempuan sering terjadi dan dapat berwujud dalam berbagai bentuk, misalnya:

1. Penolakan akses ke layanan yang hanya dibutuhkan oleh perempuan
2. Layanan berkualitas buruk
3. Menunjukan akses perempuan ke layanan kepada otorisasi pihak ketiga
4. Sterilisasi paksa, pemeriksaan keperawanan paksa, dan aborsi paksa, tanpa persetujuan perempuan sebelumnya
5. Mutilasi genital perempuan
6. Pernikahan dini

Pelanggaran terhadap kesehatan dan hak-hak seksual dan reproduksi perempuan seringkali disebabkan oleh keyakinan yang mengakar kuat dan nilai-nilai sosial yang berkaitan dengan seksualitas perempuan. Konsep patriarki tentang peran perempuan dalam keluarga meyakini bahwa perempuan sering dihargai berdasarkan kemampuan mereka untuk bereproduksi. Pernikahan dini dan kehamilan, atau kehamilan berulang yang berjarak terlalu berdekatan, seringkali sebagai hasil dari upaya untuk menghasilkan keturunan laki-laki karena preferensi untuk anak laki-laki memiliki dampak buruk pada kesehatan perempuan dengan konsekuensi yang terkadang fatal. Perempuan juga sering disalahkan atas infertilitas, menderita pengucilan, dan menjadi sasaran berbagai pelanggaran hak asasi manusia sebagai dampak dari hal tersebut.

1.4 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

ICPD Kairo 1994 memaparkan ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi 10 hal, yaitu:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Keluarga berencana
3. Pencegahan dan penanganan infertilitas
4. Pencegahan dan penanganan komplikasi keguguran
5. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi
6. Infeksi menular seksual, HIV/AIDS
7. Kesehatan seksual
8. Kekerasan seksual
9. Deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks
10. Kesehatan reproduksi remaja
11. Kesehatan reproduksi lanjut usia
12. Pencegahan praktik yang membahayakan kesehatan reproduksi seperti sunat perempuan

1.5 Pilar Kesehatan Reproduksi

Pilar utama kesehatan reproduksi menurut ICPD 1994 Kairo, antara lain:

1. Kesehatan perempuan
2. Kesehatan bayi dan anak
3. Pencegahan dan pengobatan IMS
4. Regulasi fertilitas

1.6 Indikator Kesehatan Reproduksi

Indikator kesehatan umumnya merupakan ukuran numerik yang memberikan informasi tentang situasi atau peristiwa yang kompleks. Ketika kita ingin mengetahui tentang suatu situasi atau peristiwa dan tidak dapat mempelajari masing-masing dari banyak faktor yang berkontribusi terhadapnya, maka kita dapat menggunakan indikator yang paling merangkum situasi tersebut. Misalnya, untuk memahami status kesehatan umum bayi di suatu negara, indikator utamanya adalah angka kematian bayi dan proporsi bayi dengan berat badan lahir rendah. Kualitas, ketersediaan, dan aksesibilitas perawatan kesehatan ibu dapat diukur dengan menggunakan angka kematian ibu. Indikator

kesehatan reproduksi merangkum data yang telah dikumpulkan untuk menjawab pertanyaan yang relevan dengan perencanaan dan pengelolaan program. Indikator akan menyediakan alat yang berguna untuk menilai kebutuhan, memantau, dan mengevaluasi implementasi, serta dampak program. Indikator dinyatakan dalam hal tarif, proporsi, rata-rata, variabel kategoris atau angka absolut. Indikator-indikator yang pada umumnya digunakan untuk menilai kondisi kesehatan reproduksi suatu negara secara global antara lain:

1. Tingkat kesuburan total
Jumlah total anak yang akan dimiliki seorang wanita pada akhir periode reproduksinya, jika dia mengalami tingkat kesuburan spesifik usia yang berlaku saat ini sepanjang kehidupan suburnya.
2. Prevalensi kontrasepsi (*meethod*)
Persentase wanita usia reproduksi yang menggunakan (atau yang pasangannya menggunakan) metode kontrasepsi pada titik waktu tertentu.
3. Rasio kematian ibu
Jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup dari penyebab yang terkait dengan kehamilan dan kelahiran anak.
4. Cakupan perawatan antenatal
Persentase wanita yang dihadiri, setidaknya sekali selama kehamilan, oleh tenaga kesehatan terampil karena alasan yang berkaitan dengan kehamilan.
5. Kelahiran dihadiri oleh tenaga kesehatan terampil
Persentase kelahiran yang dihadiri oleh tenaga kesehatan terampil. Ini tidak termasuk kelahiran yang dihadiri oleh dukun bayi tradisional.
6. Ketersediaan perawatan kebidanan dasar esensial
Jumlah fasilitas dengan fungsi perawatan kebidanan esensial dasar per 500.000 penduduk. Perawatan kebidanan esensial meliputi, Antibiotik parenteral, Obat oksitosik parenteral, Obat penenang parenteral untuk eklampsia, Pengangkatan plasenta secara manual, Pengangkatan produk yang tertahan secara manual, Persalinan pervaginam dengan bantuan. Layanan ini dapat diberikan di tingkat puskesmas.

7. Ketersediaan perawatan kebidanan esensial yang komprehensif
Jumlah fasilitas dengan fungsi perawatan kebidanan esensial komprehensif per 500.000 penduduk. Ini menggabungkan operasi kebidanan, anestesi dan fasilitas transfusi darah.
8. Angka kematian perinatal
Jumlah kematian perinatal (kematian yang terjadi selama akhir kehamilan, saat melahirkan dan hingga tujuh hari kehidupan yang lengkap) per 1000 total kelahiran.
9. Prevalensi bayi berat lahir rendah
Persentase kelahiran hidup yang beratnya kurang dari 2500 g.
10. Prevalensi serologi sifilis positif pada wanita hamil
Persentase wanita hamil (15-24) menghadiri klinik antenatal, yang darahnya telah diskriminasi untuk sifilis, dengan serologi positif untuk sifilis.
11. Prevalensi anemia pada wanita
Persentase wanita usia reproduksi (15-49) yang diskriminasi untuk kadar hemoglobin dengan kadar di bawah 110 g / l untuk wanita hamil dan di bawah 120 g / l untuk wanita tidak hamil.
12. Persentase penerimaan obstetri dan ginekologi karena aborsi
Persentase dari semua kasus yang dirawat di titik pemberian layanan yang menyediakan layanan kebidanan dan ginekologi rawat inap, yang disebabkan oleh aborsi (spontan dan diinduksi, tetapi tidak termasuk penghentian kehamilan yang direncanakan)
13. Prevalensi wanita dengan sunat perempuan yang dilaporkan
Persentase perempuan yang diwawancarai dalam survei masyarakat, melaporkan telah menjalani sunat perempuan.
14. Prevalensi infertilitas pada wanita
Persentase wanita usia reproduksi (15-49) yang berisiko hamil (tidak hamil, aktif secara seksual, tidak kontrasepsi dan tidak menyusui) yang melaporkan mencoba kehamilan selama dua tahun atau lebih.

15. Insiden uretritis pada pria yang dilaporkan
Persentase pria (15-49) yang diwawancarai dalam survei komunitas, melaporkan setidaknya satu episode uretritis dalam 12 bulan terakhir.
16. Prevalensi HIV pada wanita hamil
Persentase wanita hamil (15-24) yang menghadiri klinik antenatal, yang darahnya telah diskriminasi untuk HIV, yang seropositif untuk HIV.
17. Pengetahuan tentang praktik pencegahan terkait HIV
Persentase semua responden yang mengidentifikasi dengan benar ketiga cara utama untuk mencegah penularan HIV secara seksual dan yang menolak tiga kesalahpahaman utama tentang penularan atau pencegahan HIV.

1.7 Tantangan Kesehatan Reproduksi

Negara-negara berkembang banyak menghadapi hambatan untuk mencapai kesehatan reproduksi. Salah satu tantangan langsung bagi kesehatan reproduksi adalah pertumbuhan besar dalam ukuran populasi yang akan dilayani. Bahkan di negara-negara dimana penurunan tingkat kesuburan telah dimulai, masih akan ada peningkatan pesat dalam jumlah wanita berusia 15-49 dan jumlah orang muda selama beberapa tahun ke depan. Tantangannya sangat mengerikan bagi negara-negara dengan layanan keluarga berencana yang kurang berkembang, atau negara-negara dengan prevalensi kontrasepsi modern yang sangat rendah. Semua negara ini diproyeksikan mengalami peningkatan 50 persen dari tahun 1995 hingga 2010 dalam populasi wanita berusia 15-49 tahun.

Tantangan-tantangan masalah kesehatan reproduksi yang dimaksud antara lain:

1. Hampir 90 persen dari semua kelahiran di dunia terjadi di negara-negara berkembang, dengan estimasi 115 juta kelahiran per tahun yang merupakan hasil dari sekitar 180 juta kehamilan. Sebagian besar kelahiran ini, sekitar seperlimanya merupakan kehamilan yang tidak direncanakan.
2. Diperkirakan 50 juta aborsi yang diinduksi dilakukan setiap tahun, dengan sekitar 20 juta di antaranya dilakukan dalam

keadaan yang tidak aman atau oleh penyedia yang tidak terlatih. Diperkirakan ada lebih dari 333 juta kasus baru IMS di seluruh dunia setiap tahun. Sebagian akibat dari infeksi ini adalah pasangan usia subur menjadi tidak dapat memiliki anak yang mereka inginkan (infertilitas).

3. Hampir 600.000 wanita setiap tahun meninggal karena penyebab terkait kehamilan (komplikasi kehamilan, persalinan, nifas, atau aborsi), 99 persen di antaranya di negara berkembang. Sekitar 1 dari 48 wanita di negara berkembang meninggal karena penyebab ini, dibandingkan dengan hanya sekitar 1 dari 1.800 wanita di negara maju.
4. Sekitar 7,6 juta bayi meninggal pada periode perinatal setiap tahun. Jumlah perempuan dan anak-anak mereka yang jauh lebih besar dapat selamat dan bertahan dari proses reproduksi namun dengan cacat yang dapat sangat mempengaruhi kualitas kehidupan mereka selanjutnya.
5. Kesenjangan dalam pengetahuan tentang tingkat masalah juga disebabkan oleh layanan kesehatan yang tidak memadai pada tahap reproduksi yang krusial. Jutaan wanita tidak menerima perawatan persalinan yang memadai. Kematian mereka, yang sebagian besar dapat dicegah, adalah karena kurangnya kontak dengan penyedia layanan kesehatan, atau kontak yang terlambat, atau tindakan yang tidak memadai setelah kontak. Jutaan perempuan dan laki-laki tidak memiliki pengetahuan tentang, atau akses ke, keluarga berencana dan aborsi aman yang akan membantu mereka membuat dan menerapkan pilihan berdasarkan informasi tentang kesuburan. Jutaan orang tidak memiliki pengetahuan tentang, atau akses ke, layanan yang akan membantu mereka menghindari infeksi yang secara permanen dapat mempengaruhi kesehatan mereka, termasuk kesuburan mereka.

1.8 Safe Motherhood Initiative (SMI)

Pada tahun 1987 Bank Dunia bekerja sama dengan WHO dan UNFPA, mensponsori sebuah konferensi tentang masa reproduksi ibu yang aman (*safe motherhood*) di Nairobi, Kenya untuk

membantu meningkatkan kesadaran global tentang dampak kematian dan morbiditas ibu. Konferensi ini meluncurkan *Safe Motherhood Initiative* (SMI), yang mengeluarkan seruan internasional untuk bertindak guna mengurangi angka kematian dan morbiditas ibu hingga setengahnya pada tahun 2000. Target SMI kemudian diadopsi oleh sebagian besar negara berkembang. Di bawah *Safe Motherhood Initiative*, negara-negara telah mengembangkan program untuk mengurangi angka kematian dan morbiditas ibu. Strategi yang diadopsi untuk membuat ibu aman bervariasi di antara negara-negara dan termasuk:

1. Menyediakan layanan keluarga berencana.
2. Memberikan perawatan pasca aborsi.
3. Mempromosikan perawatan antenatal.
4. Memastikan bantuan terampil selama persalinan Meningkatkan perawatan kebidanan esensial.
5. Mengatasi kebutuhan kesehatan reproduksi remaja.

Masa reproduksi ibu yang aman dapat dicapai dengan memberikan layanan kesehatan ibu berkualitas tinggi kepada semua perempuan. Layanan untuk masa reproduksi ibu yang aman ini harus tersedia melalui jaringan penyedia layanan kesehatan masyarakat terkait, klinik dan rumah sakit. Layanan ini dapat diberikan di berbagai tingkatan, termasuk rumah dan institusi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. 2017. *Peraturan Kepala BKKBN No.24 tahun 2017 tentang Pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran*. Jakarta: BKKBN.
- Dian Permatasari, dkk. 2022. *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Kemenkes RI. 2014. *Permenkes RI No.97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2020. *Panduan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin dalam Masa Pandemi Covid-19 dan Adaptasi Kebiasaan Baru*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- UNHCR. 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations*.
- WHO. 2013. *WHO Guidelines on Sexual and Reproductive Health*. Geneva: WHO.

BAB 2

ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB

Oleh Anjar Tri Astuti

2.1 Pendahuluan

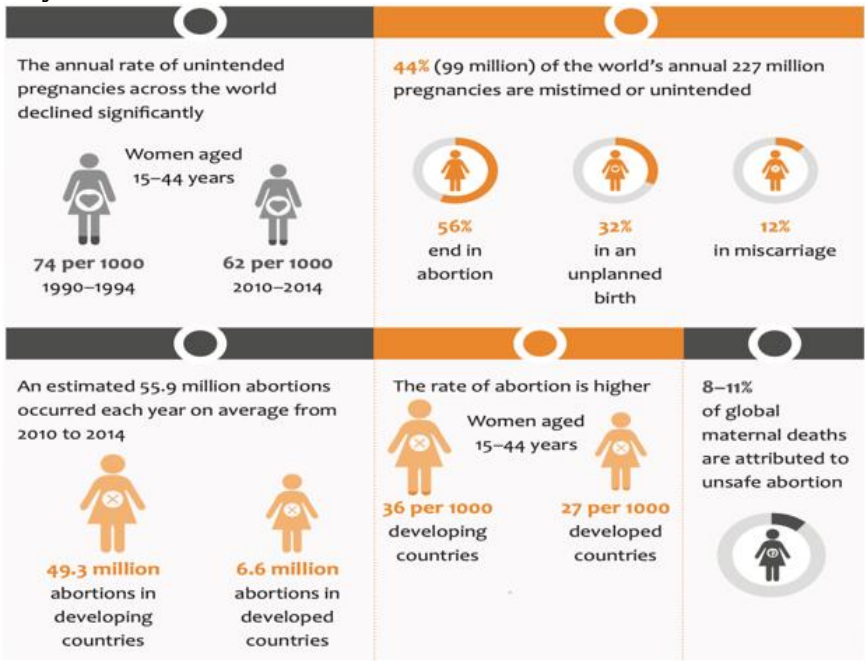
Setiap orang memiliki hak untuk menjalani kehidupan reproduksi dan seksual yang aman, sehat, tidak melalui paksaan ataupun kekerasan serta bebas dari diskriminasi. Selain itu, memperoleh edukasi dan informasi mengenai kesehatan reproduksi dengan benar dan akurat serta mendapatkan hak pelayanan kesehatan merupakan hak setiap masyarakat (UU RI, 2023).

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sejahtera secara fisik, mental maupun sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit/kecacatan, yang berhubungan dengan fungsi dan proses dari sistem reproduksi. Dalam arti lain menjelaskan bahwa setiap orang dapat memiliki kehidupan seks yang sehat, aman dan memuaskan serta berkemampuan untuk bereproduksi dan memiliki kebebasan untuk memutuskan kapan dan seberapa sering melakukannya (WHO, 2024).

Berbagai masalah kesehatan reproduksi pada wanita dimulai dengan kehamilan yang tidak diinginkan, kehamilan akibat perkosaan, penggunaan kontrasepsi yang tidak efektif, dapat meningkatkan resiko kesehatan wanita termasuk kesehatan fisik maupun mental (Singh *et al.*, 2019).

Menurut *World Health Organization*, dalam beberapa tahun terakhir telah terjadi perubahan besar secara global termasuk semakin banyaknya negara yang memperluas dasar hukum aborsi WHO (2021). Terdapat sekitar 44% (99 juta) dari 227 juta kehamilan tahunan secara global terjadi pada saat yang tidak diinginkan, yaitu 56% berakhir dengan tindakan aborsi, 32 % dengan persalinan yang tidak direncanakan serta 12 % dengan abortus (Lancet, 2018)

Tingkat aborsi pada wanita usia 15-44 tahun lebih tinggi di negara berkembang (36 per 1000) dibandingkan di negara maju (27 per 1000). Aborsi yang tidak aman menyebabkan angka kematian ibu bertambah serta menimbulkan tantangan kesehatan masyarakat.



Gambar 2.1. Prevalensi kejadian kehamilan
Sumber : WHO, 2021

Pelayanan kesehatan sistem reproduksi diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya seorang wanita mengenai suatu organ, interaksinya serta zat yang ada di dalam tubuh manusia untuk berkembangbiak (PP RI, 2014).

2.2 Aspek Legal Kesehatan Reproduksi dan KB
2.2.1 Pengertian

Aspek legal adalah suatu kaidah yang bertugas dan mengatur segala tata cara pelaksanaan kegiatan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab pelaksana diberbagai tatanan pelayanan termasuk hak dan kewajiban.

Aspek legal dalam pelayanan kebidanan merupakan pelayanan dalam pemenuhan kebutuhan klien oleh bidan dalam upaya kesehatan yang mencakup kegiatan dalam upaya kesehatan dengan pendekatan advokasi (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), pemulihan setelah sakit (rehabilitatif), sesuai dengan peraturan perundang-undangan atau hukum yang berlaku (Yustiari et al; 2022). Sehingga, aspek legal dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan KB adalah penggunaan aturan hukum yang disahkan oleh pihak terkait untuk dapat dijadikan dasar dalam memberikan pelayanan dalam lingkup kesehatan reproduksi mulai dari promotif hingga kuratif sesuai kewenangan bidan.

2.2.2 Tujuan

Dalam Peraturan Pemerintah RI tentang Kesehatan Reproduksi (PP RI, 2014), upaya menjamin kesehatan reproduksi, terdapat beberapa tujuan dari aspek legal dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan KB, yaitu :

1. Sebagai suatu prasyarat dalam memberikan pelayanan kesehatan
2. Berisi ketentuan yang telah ditetapkan dalam aturan dalam memberikan pelayanan kespro dan KB
3. Memberikan kejelasan serta batasan kewenangan dalam pelayanan.

2.2.3 Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2017

Permenkes No. 28 Tahun 2017 ini berisi tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Dalam aturan ini, telah ditentukan kualifikasi bidan, Surat Tanda Registrasi Bidan (STRB), Surat Ijin Praktik Bidan (SIPB), serta penyelenggaraan praktik bidan.

1. Dalam menjalankan praktik kebidanan, ketentuan kualifikasi bidan yaitu minimal lulusan Diploma III Kebidanan yang telah memiliki STRB.
2. STRB adalah bukti tertulis yang diberikan kepada bidan yang telah memiliki sertifikat kompetensi agar bidan dapat melakukan praktik keprofesiannya. Dalam aturan ini, STRB berlaku hingga 5 tahun saat diterbitkan. Namun saat ini, bidan (termasuk tenaga kesehatan lain) yang telah memiliki

STR, dapat memperpanjang menjadi STR seumur hidup. STR seumur hidup ini merupakan kebijakan dari Kementerian Kesehatan Indonesia, sehingga tidak perlu lagi untuk perpanjangan setiap 5 tahun.

3. SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan kepada bidan oleh pemerintah daerah kabupaten atau kota, agar bidan dapat menjalankan praktik kebidanan. Untuk memperoleh SIPB, telah ditetapkan prasyarat, prosedural alur yang telah ditetapkan seperti syarat administratif.
4. Bidan memiliki kewenangan dalam menjalankan praktik kebidanan meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan serta keluarga berencana.

(PP RI, 2017)

2.2.4 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61 Tahun 2014

PP RI No. 61 Tahun 2014 ini berisi segala hal yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Aturan ini mengatur :

1. Tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah
2. Pelayanan kesehatan ibu
 - a. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja ;
 - b. Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, hamil, persalinan dan sesudah melahirkan ;
 - c. Pelayanan pengaturan kehamilan, kontrasepsi dan kesehatan seksual ;
 - d. Pelayanan kesehatan sistem reproduksi
3. Indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagai pengecualian atas larangan aborsi
4. Reproduksi dengan bantuan/kehamilan diluar cara alamiah
5. Pendanaan
6. Pembinaan dan pengawasan

Tujuan dari pengaturan kesehatan reproduksi pada aturan ini yaitu:

1. Menjamin pemenuhan hak setiap orang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, aman dan dapat dipertanggungjawabkan

2. Menjamin kesehatan ibu semasa usia reproduksi untuk dapat menghasilkan keturunan yang sehat, berkualitas, sehingga mengurangi Angka Kematian Ibu
(PP RI, 2014)

2.2.5 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 87 Tahun 2014

PP RI No.87 tahun 2014 ini tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga, keluarga berencana, dan sistem informasi keluarga.

1. Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga bertujuan untuk menjamin keberlangsungan hidup masyarakat termasuk melakukan pemberdayaan fungsi-fungsi keluarga yang dilakukan secara lintas sektor dan lintas bidang. Pertumbuhan penduduk yang masih cukup tinggi sejalan dengan angka kelahiran yang tinggi, sehingga hal tersebut dikendalikan melalui penyelenggaraan keluarga berencana agar penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas.
2. Penyelenggaraan keluarga berencana dilaksanakan dengan maksud untuk membantu calon maupun pasangan suami istri dalam pengambilan keputusan. Selain itu, adanya informasi tentang usia ideal melahirkan, jumlah anak, jarak ideal persalinan, dapat mewujudkan hak reproduksi pasutri.
3. Dalam menunjang pelaksanaan program KB, perlu kerjasama oleh pihak terkait yakni pemerintah (daerah provinsi, kabupaten/kota), lembaga swadaya masyarakat, organisasi profesi, organisasi masyarakat serta pihak swasta melalui upaya advokasi dan pergerakan.
4. Sistem informasi keluarga dan kependudukan diberikan dengan tujuan untuk menyediakan data mikro yang diperoleh melalui pendataan keluarga yang dilakukan oleh pemerintah daerah provinsi dan pemerintah daerah kabupaten/kota.

(PP RI, 2014)

2.2.6 Undang-Undang Republik Indonesia No. 17 Tahun 2023

UU RI No.17 tahun 2023 ini tentang kesehatan mulai dari hak dan kewajiban, tanggung jawab pemerintah, penyelenggaraan kesehatan, upaya kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, perbekalan kesehatan, ketahanan kefarmasian dan alat kesehatan, teknologi kesehatan, sistem informasi kesehatan, Kejadian Luar Biasa (KLB) dan wabah, pendanaan kesehatan, koordinasi dan sinkronisasi penguatan sistem kesehatan, partisipasi masyarakat, pembinaan dan pengawasan, penyidikan, ketentuan pidana dan peralihan.

UU ini terbentuk identifikasi dari pencapaian pembangunan kesehatan nasional yang mengalami disrupsi sangat besar saat pandemi *Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* ditahun 2020 yang terjadi secara global. Hal tersebut berdampak beban tambahan dalam upaya peningkatan kualitas kesehatan masyarakat sehingga memaksa dunia termasuk Indonesia untuk melakukan penyesuaian pada kondisi yang demikian.

Kejadian tersebut menyadarkan pentingnya penguatan sistem kesehatan nasional sehingga dilakukan transformasi menyeluruh sebagai upaya perbaikan untuk meningkatkan derajat kesehatan bangsa Indonesia, termasuk pada upaya kesehatan pada kesehatan, salah satunya reproduksi dan keluarga berencana.

Upaya Kesehatan reproduksi bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan fungsi, sistem serta proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Upaya kesehatan reproduksi sesuai pada PP No. 17 tahun 2023 terdiri dari :

1. Lingkup upaya kesehatan reproduksi pada :
 - a. Upaya kesehatan reproduksi remaja
 - b. Pelayanan kesehatan reproduksi pada dewasa serta skrining berkala untuk deteksi penyakit
 - c. Upaya kesehatan reproduksi masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan; pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi, dan kesehatan seksual; serta kesehatan sistem reproduksi.
2. Hak menjalani reproduksi dan seksual yang sehat dan aman serta bebas paksaan dan kekerasan

3. Hak memperoleh informasi dan edukasi tentang reproduksi yang akurat
4. Hak menerima pelayanan dan pemulihan kesehatan akibat tindak pidana kekerasan seksual
5. Pihak yang bertanggungjawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi adalah pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat.
6. Pelayanan kesehatan reproduksi dengan bantuan, dilakukan secara aman dan berkualitas dengan memperhatikan aspek yang khas yakni khususnya pada reproduksi wanita.

Sedangkan upaya kesehatan keluarga berencana bertujuan untuk mengatur kehamilan, membentuk keturunan sehat dan berkualitas, menurunkan AKI dan AKB.
(UU RI, 2023)

2.2.7 Sustainable Development Goals (SDG's)

Sustainable Development Goals (SDG's) merupakan program lanjutan dari upaya dan pencapaian *Millennium Development Goals* (MDG's) yang telah berakhir pada tahun 2015. SDG's merupakan komitmen global dalam upaya menyejahterakan masyarakat yang dideklarasikan pada sidang umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 2015 yang terdiri dari 17 tujuan dengan harapan pencapaian seluruh sasaran target di tahun 2030.

Adapun target dari SDG's terkait akses dalam kesehatan reproduksi dalam menjamin kesejahteraan gender serta pemberdayaan wanita yaitu :

1. Menghentikan segala bentuk diskriminasi pada wanita dan anak
2. Menghapuskan segala bentuk kekerasan terhadap wanita dan anak dalam lingkup publik dan privat, termasuk perdagangan manusia, kekerasan seksual dan berbagai bentuk eksploitasi
3. Menghilangkan segala bentuk praktik kekerasan pada anak seperti pernikahan dini dan pernikahan paksa.
4. Mengenali dan menghargai pekerjaan domestik melalui pengawasan pada pelayanan publik

5. Peraturan terkait perlindungan sosial dan pengenalan terkait pembagian peran dalam rumah tangga dan keluarga sebagai sebuah hal yang normatif
6. Memastikan partisipasi penuh dan efektif pada wanita serta memberikan kesempatan setara sebagai pemimpin di setiap tingkatan, baik di politik maupun kemasyarakatan
7. Memastikan akses atas hak kesehatan reproduksi dan seksual pada wanita sesuai dengan ketentuan berlaku
8. Melakukan perubahan untuk memberikan hak setara pada wanita terkait sumber daya ekonomi seperti kepemilikan atas lahan dan bentuk lain dari properti, layanan keuangan, sumber daya alam yang sejalan dengan aturan negara
9. Meningkatkan penggunaan teknologi khususnya pada teknik informasi dan komunikasi untuk mempromosikan pemberdayaan wanita
10. Mengadopsi dan memperkuat kebijakan untuk mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan wanita pada semua tingkatan

(UNDP, 2024)

DAFTAR PUSTAKA

- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2017 TENTANG IZIN DAN PENYELENGGARAAN PRAKTIK BIDAN. (2017).
- PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA No. 61 TAHUN 2014 TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI, 1 (2014).
- PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 87 TAHUN 2014 TENTANG PERKEMBANGAN KEPENDUDUKAN DAN PEMBANGUNAN KELUARGA, KELUARGA BERENCANA, DAN SISTEM INFORMASI KELUARGA, 1 (2014).
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2019). *ABORTION WORLDWIDE 2017 Uneven Progress and Unequal Access*.
- The Lancet. (2018). Abortion: access and safety worldwide. In *The Lancet* (Vol. 391, Issue 10126, p. 1121). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30624-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30624-X)
- UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN, 1 (2023).
- UNDP.org. (n.d.). *Goal 5 GENDER EQUALITY*.
- World Health Organization. (2021). *Policies, Programme and Services for Comprehensive Abortion Care Comprehensive Abortion Care in South-East Asia Region*.
- World Health Organization South - East Asia. (n.d.). *Reproductive health*. 2024.
- Yustiari, A. K. K., & dkk. (2022). *Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan*. PT Global Eksekutif Teknologi

BAB 3

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

Oleh Siti Masdah

3.1 Pengantar Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan bagian dari landasan vital dari kesejahteraan manusia, memainkan peran sentral dalam kehidupan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan. Kesehatan reproduksi merupakan aspek yang sangat penting dari kesehatan manusia secara keseluruhan, serta bagaimana pemahaman tentang kesehatan reproduksi dalam konteks gender dapat membawa dampak yang signifikan. Pentingnya kesehatan reproduksi tidak bisa dipandang sebelah mata karena memengaruhi aspek fisik, mental, dan sosial kehidupan individu.

Kesehatan reproduksi yang baik merupakan fondasi untuk pembangunan ekonomi dan sosial yang berkelanjutan, sementara kesehatan reproduksi yang buruk dapat menghambat kemajuan dan mengakibatkan dampak yang merugikan, terutama pada kelompok rentan seperti kaum disabilitas, lansia, wanita, remaja, dan keluarga dengan keterbatasan ekonomi. Kesehatan reproduksi juga merupakan bagian dari hak asasi manusia yang mendasar yang harus di penuhi. Setiap individu berhak untuk memiliki akses yang setara terhadap informasi, layanan, dan dukungan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya. Banyak bagian ditemukan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi masih terbatas, dan stigma serta diskriminasi terhadap isu-isu reproduksi seringkali masih menghalangi individu untuk mendapatkan akses yang mereka harapkan dan butuhkan.

Bab ini kami mengeksplorasi kesehatan reproduksi dari perspektif gender. Pembahasan meliputi peran gender dalam akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, dampak gender dalam pengambilan keputusan terkait reproduksi, dan bagaimana

konstruksi sosial tentang gender memengaruhi kesehatan reproduksi secara keseluruhan. Pemahaman yang mendalam tentang isu-isu tersebut diharapkan dapat membuka jalan untuk menciptakan layanan kesehatan reproduksi yang lebih inklusif, adil, dan efektif bagi semua individu. Pemahaman pentingnya kesehatan reproduksi dalam konteks gender dapat membawa perubahan positif bagi kesejahteraan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Konsep gender dalam kesehatan reproduksi mengacu pada peran yang dimainkan oleh norma, peran sosial, dan ekspektasi yang ditetapkan oleh masyarakat terhadap individu berdasarkan jenis kelamin. Konsep gender dapat memengaruhi cara individu mengalami, memahami, dan mengakses layanan kesehatan reproduksi.

3.2 Dasar-Dasar Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan sekedar bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa setiap orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan, dan seberapa sering mereka akan melakukan hal tersebut (WHO, 2018)

Proses reproduksi manusia merupakan hasil dari interaksi banyak hal antara faktor-faktor fisik, hormonal, dan lingkungan. Setiap tahapan memiliki peran yang krusial dalam memastikan kelangsungan hidup manusia. Proses reproduksi manusia merupakan proses yang kompleks yang melibatkan serangkaian tahapan dari pembuahan hingga kelahiran. Tahapan utama dalam proses reproduksi manusia dimulai dari pembuahan hingga persalinan. Berikut merupakan proses reproduksi manusia adalah sebagai berikut:

1. Pembuahan (Fertilisasi) merupakan proses dimulainya pertemuan sel sperma dari laki-laki bertemu dengan sel telur dari perempuan dalam saluran reproduksi perempuan, biasanya di tuba falopi. Salah satu sperma menembus

membran luar sel telur dan melebur dengan intinya, membentuk zigot.

2. Pembelahan sel zigot dimulai ketika pembuahan terjadi, zigot mulai membelah secara berturut-turut menjadi sel-sel yang lebih kecil yang membentuk embrio. Proses ini terus berlanjut saat embrio bergerak ke dalam rahim.
3. Implantasi terjadi sekitar enam hingga tujuh hari setelah pembuahan, embrio mencapai rahim dan melekat pada dinding rahim dalam proses yang disebut implantasi. Proses ini embrio akan berkembang lebih lanjut.
4. Pembentukan plasenta terjadi setelah implantasi, sel-sel embrio mulai berkembang menjadi jaringan-jaringan yang membentuk plasenta. Plasenta berperan dalam penyediaan nutrisi dan oksigen kepada janin, serta mengeluarkan limbah dari tubuh janin.
5. Perkembangan janin: berbentuk embrio yang melekat pada dinding rahim terus berkembang menjadi janin. Selama periode kehamilan, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan organ-organ utama seperti jantung, otak, dan sistem saraf.
6. Proses persalinan dimulai ketika janin siap untuk dilahirkan dan uterus mulai berkontraksi untuk mendorong janin keluar melalui panggul dan jalan lahir. Puncaknya ialah setelah persalinan dan bayi dilahirkan.

3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi, baik pada pria maupun wanita. Berikut beberapa faktor utama yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi pada manusia:

1. Pengetahuan merupakan salah satu komponen yang paling penting dalam menentukan kesehatan reproduksi seseorang. Pengetahuan responden mengenai pilihan kesehatan reproduksi yang rendah cenderung mengandalkan teman sebayanya untuk mendapatkan informasi mengenai kesehatan seksual dan reproduksi.

Tingkat pengetahuan yang masih rendah mendorong mereka memiliki pasangan seksual dan melakukan hubungan seks pranikah dan dianggap hal biasa dan dipandang sebagai hal yang normal. Remaja juga melakukan praktik seksual tanpa kondom sebagai cara untuk menguji kesuburan mereka, jaminan cinta, umpan untuk pernikahan dan penghidupan. Penggunaan jamu ke dalam vagina, meminum ramuan, dan merebus daun pepaya diidentifikasi sebagai metode lokal yang digunakan oleh remaja untuk menginduksi aborsi. Pelayanan kesehatan reproduksi tersedia di masyarakat namun pemanfaatannya masih rendah karena adanya persepsi negatif dari petugas kesehatan, kerahasiaan dan norma sosial. Remaja umumnya terlibat dalam pilihan kesehatan reproduksi yang berisiko yang dapat berdampak negatif terhadap kesehatan reproduksi mereka (Kyilleh, Tabong and Konlaan, 2018).

2. Kadar vitamin D yang buruk pada wanita cenderung mengalami obesitas.. Penyerapan vitamin D oleh jaringan lemak, pengenceran volumetrik, peningkatan basal metabolik, penurunan sintesis vitamin D di jaringan adiposa, dan gaya hidup penderita obesitas yang biasanya menghindari aktivitas di luar ruangan sehingga sedikit mendapat paparan sinar matahari langsung merupakan faktor-faktor yang berkontribusi. Kesehatan reproduksi sampai batas tertentu akan dipengaruhi oleh rendahnya status vitamin D, terutama pada masa prakonsepsi dan kehamilan meskipun masih dibutuhkan penelitian lebih lanjut yang mendasari hubungan kekurangan vitamin D dengan obesitas dan dampaknya terhadap kesehatan reproduksi wanita (Risanti, and Rifa Karmia, 2023).
3. Keterlibatan pria menjadi salah satu komponen penting dalam peningkatan kesehatan reproduksi. Pendidikan dan sikap laki-laki, pengetahuan dan kesadaran, faktor sosial budaya, faktor psikologis, faktor sistem kesehatan, dan kebijakan berperan penting dalam keterlibatan laki-laki dalam kesehatan reproduksi (Sharma, Bhuvan and Khatri, 2018).

4. Perubahan iklim merupakan faktor risiko utama bagi kesehatan secara keseluruhan, termasuk kesehatan reproduksi dan kesejahteraan. Peningkatan suhu sebagian besar disebabkan oleh peningkatan gas rumah kaca yang memerangkap panas berlebih di atmosfer. Kondisi ini mengakibatkan pola cuaca yang tidak menentu, kebakaran hutan, perpindahan masyarakat dalam jumlah besar, dan genangan air yang mengakibatkan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui vektor yang, bersama-sama, telah memicu timbulnya penyakit-penyakit baru. Kondisi tersebut secara tidak proporsional berdampak pada kelompok masyarakat yang rentan, termasuk perempuan, orang hamil, anak kecil, orang lanjut usia, dan penyandang disabilitas. Dampak buruk polusi udara, kebakaran hutan, tekanan panas, banjir, bahan kimia beracun, dan penyakit yang ditularkan melalui vektor terhadap kesuburan pria dan wanita, perkembangan janin, dan hasil obstetric (Segal and Giudice, 2022).
5. Gaya Hidup berhubungan dengan depresi, kecemasan, dan kesehatan reproduksi. Untuk meningkatkan kesehatan reproduksi di perlukan intervensi gaya hidup termasuk pola makan sehat, aktivitas fisik, dan manajemen stres menjadi penting. Gaya hidup sehat, termasuk diet seimbang, olahraga teratur, dan kebiasaan yang mengurangi stres dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi secara positif (Nho and Yoo, 2018).
6. Perilaku seksual khususnya pada remaja dapat di pengaruhi oleh penggunaan media internet, radio, dan surat kabar (Solehati, Rahmat and Kosasih, 2019). Praktik seks yang aman, termasuk penggunaan kondom dan berkomunikasi dengan pasangan tentang kebutuhan reproduksi, dapat membantu mencegah penyebaran infeksi menular seksual (IMS) dan melindungi kesehatan reproduksi.
7. Infeksi menular seksual (IMS) seperti HIV, sifilis, gonore, dan klamidia dapat menyebabkan masalah kesehatan reproduksi yang serius jika tidak diobati. IMS mempunyai dampak melemahkan kesehatan reproduksi perempuan

pada bagian anatomi urogenital perempuan. IMS dapat disebabkan oleh bakteri, virus, dan parasit non-HIV terhadap kesehatan reproduksi dan seksual perempuan (Van Gerwen, Muzny and Marrazzo, 2022).

8. Konsumsi narkoba dan alkohol secara berlebihan dapat memengaruhi kesuburan dan kesehatan reproduksi pada pria dan Wanita. Gangguan hormonal terjadi dan dapat mengganggu keseimbangan hormon reproduksi, seperti testosteron pada pria dan estrogen pada wanita. Gangguan ini dapat mengganggu siklus menstruasi pada wanita dan mempengaruhi produksi sperma pada pria. Zat dalam narkoba dan alkohol dapat menyebabkan kerusakan pada organ reproduksi, termasuk testis pada pria dan ovarium pada wanita. Dampaknya kepada disfungsi ereksi pada pria dan gangguan ovulasi pada wanita. Penggunaan narkoba dan alkohol juga dapat mempengaruhi kualitas sperma pada pria dan telur pada wanita. Ini dapat meningkatkan risiko keguguran, kelahiran prematur, atau kelahiran bayi dengan berat badan rendah. Masalah gangguan seksual yang terjadi berupa disfungsi ereksi pada pria dan gangguan hasrat seksual pada wanita. Hasanah and Besral (2022) menjelaskan penggunaan keduanya secara berlebihan mungkin lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku seksual berisiko, yang meningkatkan risiko penularan penyakit menular seksual. Penyakit menular seksual seperti klamidia, gonore, dan HIV dapat memiliki dampak serius pada kesuburan.
9. Kesehatan mental dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan reproduksi. Stres kronis dapat memengaruhi keseimbangan hormon dalam tubuh, termasuk hormon reproduksi seperti estrogen dan testosteron. Gangguan hormon yang terjadi dapat mempengaruhi siklus menstruasi pada wanita, produksi sperma pada pria, dan ovulasi. Kesehatan mental yang buruk juga dapat memengaruhi fungsi seksual, termasuk hasrat seksual, gairah, dan kemampuan untuk mencapai atau mempertahankan ereksi pada pria. Gangguan mental seperti

depresi dan kecemasan dapat menyebabkan disfungsi seksual. Orang yang memiliki gangguan kesehatan mental mungkin cenderung melakukan perilaku merugikan yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi, seperti konsumsi alkohol dan narkoba, perilaku seksual berisiko, atau kurangnya perawatan diri yang tepat. Sebagai contoh kesehatan mental yang buruk selama kehamilan dapat meningkatkan risiko komplikasi kehamilan, seperti preeklampsia, kelahiran prematur, dan masalah perkembangan janin. Pasca kelahiran, ibu yang mengalami gangguan kesehatan mental dapat mengalami kesulitan dalam merawat dan merawat bayi mereka dengan baik. Selain itu, orang dengan gangguan kesehatan mental mungkin memiliki akses yang terbatas atau kurangnya motivasi untuk mencari perawatan reproduksi yang tepat. Hal ini dapat menghambat kemampuan mereka untuk mengatasi masalah kesuburan atau masalah reproduksi lainnya (Barat, 2023).

10. Faktor genetik dan riwayat kesehatan keluarga dapat mempengaruhi risiko penyakit reproduksi, seperti endometriosis, kanker ovarium, atau penyakit menular seksual. Jika ada riwayat penyakit menular seksual dalam keluarga, individu tersebut mungkin memiliki risiko yang lebih tinggi terkena penyakit menular seksual yang dapat mempengaruhi kesuburan dan kesehatan reproduksinya. Contohnya ilah penderita kanker payudara mungkin disebabkan karena factor keturunan (Koçak et al., 2011).
11. Akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang baik seperti pemeriksaan rutin, konseling reproduksi, dan pengobatan yang tepat waktu, sangat penting untuk menjaga kesehatan reproduksi . Akses yang adil dan menyeluruh terhadap layanan kesehatan reproduksi adalah hak asasi manusia yang penting. Upaya meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan reproduksi dapat membantu meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu serta masyarakat secara keseluruhan. Akses yang adekuat terhadap layanan kesehatan reproduksi sangat

penting untuk memastikan individu dapat memenuhi kebutuhan mereka terkait dengan kesuburan, perencanaan keluarga, dan kesehatan reproduksi secara umum. Akses yang baik ke layanan kesehatan reproduksi dapat mempengaruhi beberapa aspek kesehatan dan kesejahteraan. Akses yang baik memungkinkan individu untuk mendapatkan pendidikan seksual yang komprehensif dan informatif sehingga membantu individu membuat keputusan yang tepat tentang kesehatan reproduksi mereka dan mencegah risiko yang tidak diinginkan.

12. Penuaan dapat berhubungan dengan penurunan kualitas sperma pada pria dan penurunan jumlah dan kualitas telur pada wanita merupakan bagian dari proses alami penuaan yang dapat memengaruhi kesuburan dan kesehatan reproduksi. Perubahan yang terjadi dalam tubuh saat penuaan dapat dilakukan dengan menjaga kesehatan reproduksi yang optimal sepanjang hidup dengan menjaga gaya hidup sehat, mengurangi risiko penyakit kronis, dan berkonsultasi dengan profesional kesehatan tentang pilihan perawatan atau intervensi yang tersedia untuk menjaga kesehatan reproduksi.
13. Paparan Terhadap Zat Berbahaya: Paparan terhadap zat berbahaya seperti polutan lingkungan, zat kimia dalam produk konsumen, atau radiasi dapat berdampak negatif pada kesehatan reproduksi.

3.4 Gender dalam Konteks Kesehatan Reproduksi

Konstruksi sosial tentang gender merujuk pada cara budaya dan masyarakat membentuk, memahami, dan mengartikan peran, perilaku, dan identitas gender. Kontruksi sosial melibatkan norma, nilai-nilai, ekspektasi, dan stereotip yang berkembang dalam masyarakat terkait dengan jenis kelamin tertentu. Konstruksi sosial tentang gender bukanlah sesuatu yang intrinsik atau alami, tetapi dibentuk oleh interaksi sosial, kebudayaan, dan kelembagaan. Beberapa aspek utama dari konstruksi sosial tentang gender meliputi:

1. Peran gender: masyarakat menetapkan peran tertentu yang dianggap sesuai dengan jenis kelamin tertentu. Contohnya, peran tradisional perempuan sering kali terkait dengan pekerjaan rumah tangga dan peran ibu, sementara peran tradisional pria sering kali terkait dengan pekerjaan luar rumah dan peran sebagai penyedia.
2. Norma gender: norma-norma yang menentukan perilaku yang dianggap cocok atau tidak cocok untuk jenis kelamin tertentu. Contohnya, stereotip bahwa pria harus tangguh dan tidak menunjukkan emosi, sementara perempuan harus lembut dan peduli.
3. Identitas gender: identitas individu sebagai pria, wanita, atau dalam beberapa kasus, identitas non-biner atau transgender, dipengaruhi oleh konstruksi sosial tentang gender dalam masyarakat mereka.
4. Stigma dan diskriminasi: konstruksi sosial tentang gender dapat menyebabkan stigma dan diskriminasi terhadap individu yang tidak sesuai dengan norma-norma gender yang dianggap berlaku dalam masyarakat.
5. Reproduksi dan pembentukan konstruksi gender: konstruksi sosial tentang gender juga direproduksi dan diperkuat melalui institusi-institusi sosial seperti pendidikan, agama, media, dan politik dan keluarga.

Pemahaman tentang konstruksi sosial tentang gender memungkinkan kita untuk melihat gender sebagai sesuatu yang fleksibel dan terbentuk secara sosial, bukan sesuatu yang ditentukan oleh biologi semata. Ini membuka jalan bagi penafsiran yang lebih luas dan inklusif tentang gender, serta untuk upaya-upaya yang lebih besar dalam menciptakan masyarakat yang lebih adil dan inklusif bagi semua orang, tanpa memandang identitas gender mereka.

3.5 Peran gender dalam akses terhadap layanan kesehatan reproduksi

Peran gender memainkan peran penting dalam akses masyarakat terhadap layanan kesehatan reproduksi. Berbagai faktor yang mempengaruhi seperti: norma-norma sosial, budaya, dan ekonomi, dapat mempengaruhi cara individu berinteraksi dengan sistem kesehatan reproduksi. Berikut beberapa cara di mana peran gender memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan reproduksi (Chalasani *et al.*, 2021; Wower's Health In The Nourth, 2021) :

No	Aspek	Penjelasan
1	Akses Finansial	Banyak masyarakat menjadikan perempuan sering kali memiliki akses terbatas terhadap layanan kesehatan reproduksi karena keterbatasan finansial. Faktor-faktor penyebabnya karena perbedaan upah antara pria dan wanita, kemiskinan, dan ketidaksetaraan akses terhadap sumber daya ekonomi dapat menghambat kemampuan perempuan untuk membayar layanan kesehatan reproduksi.
2	Norma-norma Sosial	Norma-norma sosial dan budaya juga dapat memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan reproduksi. Dalam beberapa budaya, stigma terhadap pemeriksaan kesehatan reproduksi atau penggunaan kontrasepsi dapat membuat perempuan enggan mencari perawatan yang mereka butuhkan .

No	Aspek	Penjelasan
3	Peran Perempuan dalam Keluarga	Peran tradisional seorang perempuan sebagai pengasuh keluarga dapat mengakibatkan keterbatasan waktu dan kesempatan untuk mencari perawatan kesehatan reproduksi. Perempuan mungkin menempatkan kebutuhan anggota keluarga lain di atas kebutuhan mereka sendiri, yang dapat menghambat akses mereka terhadap layanan kesehatan reproduksi.
4	Kontrol Terhadap Keputusan	Dalam banyak kasus, pria memiliki kendali yang lebih besar atas keputusan terkait kesehatan reproduksi, termasuk keputusan tentang penggunaan kontrasepsi dan akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi. Hal ini dapat mengakibatkan perempuan tidak memiliki kontrol penuh atas tubuh dan kehidupan reproduksi mereka sendiri.
5	Akses Geografis dan Infrastruktur	Di daerah pedesaan, pedalaman, perbatasan, terpencil, akses terhadap layanan kesehatan reproduksi sering kali lebih terbatas, terutama bagi perempuan. Faktor-faktor seperti jarak ke fasilitas kesehatan, transportasi yang terbatas, dan kurangnya infrastruktur kesehatan dapat menjadi hambatan yang signifikan bagi akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi.

Pengaruh gender dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan reproduksi dapat sangat signifikan dan sering kali mencerminkan dinamika kekuasaan, norma-norma sosial, dan

ekspektasi budaya yang berkembang dalam masyarakat. Pengaruh gender dalam pengambilan keputusan terkait reproduksi mencerminkan kompleksitas dinamika sosial, budaya, dan ekonomi dalam masyarakat. Menciptakan kesetaraan gender dan memastikan bahwa semua orang memiliki kontrol atas tubuh dan kehidupan reproduksi mereka sendiri adalah langkah penting dalam mencapai kesejahteraan dan kesetaraan bagi semua individu.

3.6 Isu-Isu Kesehatan Reproduksi Berperspektif Gender

Pendekatan berperspektif gender dalam isu-isu kesehatan reproduksi mengakui perbedaan gender dalam pengalaman, kebutuhan, dan tantangan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Beberapa poin-poin yang dijabarkan untuk masing-masing kategori adalah sebagai berikut:

No	Jenis Kelamin	Isu
1	Wanita	▪ Kesehatan reproduksi selama siklus hidup: fokus pada aspek kesehatan reproduksi wanita sepanjang tahapan siklus hidup, dari masa pubertas hingga menopause. ▪ Isu-isu kesehatan reproduksi spesifik wanita: penekanan pada masalah dan tantangan yang unik bagi kesehatan reproduksi wanita, seperti kanker payudara, endometriosis, dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi yang aman dan layanan persalinan yang berkualitas.
2	Pria	▪ Kesehatan reproduksi selama siklus hidup: memperhatikan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan reproduksi pria, termasuk kesuburan, disfungsi ereksi, dan penyakit menular seksual. ▪ Isu-isu kesehatan reproduksi spesifik pria: menyoroti masalah seperti kanker

No	Jenis Kelamin	Isu
		prostat, gangguan hormonal, dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan reproduksi yang inklusif untuk pria.
3	Pria dan Wanita	▪ Keluarga Berencana dan Peran Gender: Mempertimbangkan peran gender dalam pengambilan keputusan terkait keluarga berencana, termasuk akses terhadap kontrasepsi dan dukungan sosial. ▪ Seksualitas dan Hubungan Gender: Memahami peran gender dalam dinamika hubungan dan seksualitas, serta perlunya kesetaraan, persetujuan, dan penghormatan dalam hubungan.

3.7 Akses dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang Berperspektif Gender

Akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi merupakan pendekatan yang mempertimbangkan perbedaan gender dalam akses dan pelayanan kesehatan reproduksi. Hal ini meliputi pemahaman bahwa gender dapat memengaruhi cara individu mengakses dan menerima layanan kesehatan reproduksi. Melalui perspektif gender, tujuan utamanya adalah untuk memastikan bahwa layanan kesehatan reproduksi dapat diakses dengan adil dan setara oleh semua individu, tanpa diskriminasi berdasarkan jenis kelamin atau identitas gender. Pendekatan ini juga meliputi upaya untuk memperhatikan kebutuhan khusus individu berdasarkan gender mereka, serta mengatasi ketimpangan dan hambatan yang mungkin terjadi dalam akses dan pelayanan kesehatan reproduksi. Berikut tantangan, strategi dan peran dalam meningkatkan pelayanan kesehatan reprodksi (UNFPA, 2018; WHO, 2024):

1. Tantangan dalam akses terhadap layanan kesehatan reproduksi:
 - a. Stigma terkait dengan kesehatan reproduksi.
 - b. Keterbatasan akses infrastruktur dan geografis.

- c. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang pentingnya kesehatan reproduksi.
- d. Diskriminasi gender dalam pelayanan kesehatan.
- 2. Strategi untuk meningkatkan akses layanan kesehatan reproduksi yang inklusif gender:
 - a. Mengedukasi masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi.
 - b. Melibatkan pria dan kelompok masyarakat lainnya dalam program kesehatan reproduksi.
 - c. Menyediakan pelayanan yang ramah gender dan inklusif.
 - d. Memastikan akses yang mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan reproduksi.
- 3. Peran masyarakat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berperspektif gender:
 - a. Mendukung program-program kesehatan reproduksi yang inklusif gender.
 - b. Menghilangkan stigma terkait dengan kesehatan reproduksi.
 - c. Memperjuangkan hak-hak kesehatan reproduksi bagi semua individu tanpa diskriminasi gender.
 - d. Berpartisipasi dalam advokasi untuk kebijakan yang mendukung pelayanan kesehatan reproduksi yang berperspektif gender.

3.8 Peran Pendidikan dalam Peningkatan Kesadaran Kesehatan Reproduksi Berperspektif Gender

Peran pendidikan dalam peningkatan kesadaran kesehatan reproduksi berperspektif gender sangat penting dalam membentuk pemahaman yang inklusif dan menyeluruh tentang isu-isu kesehatan reproduksi terkini. Proses pendidikan membantu individu memahami pentingnya kesehatan reproduksi, memahami perbedaan gender dalam akses dan pelayanan kesehatan reproduksi, serta mempromosikan kesetaraan gender dalam hal ini (UNESCO. *et al.*, 2018).

Pendidikan seksual dalam konteks gender mempertimbangkan peran gender dalam memberikan pendidikan

seksual yang komprehensif dan inklusif. Hal ini mencakup pemahaman tentang perbedaan gender, identitas gender, orientasi seksual, serta pentingnya kesetaraan gender dalam hal pendidikan seksual (WHO, 2010). Pendidikan masyarakat juga menjadi bagian penting dalam kesetaraan gender dan kesehatan reproduksi dan merupakan langkah penting dalam mempromosikan kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan.

Berbagai stereotipe yang muncul di masyarakat harus diantisipasi dan ditangani. Mengatasi stereotip gender dalam pendidikan kesehatan reproduksi diperlukan mengadopsi pendekatan yang inklusif dan menyeluruh. Beberapa langkah yang dapat diambil antara lain (Rutgers, 2021):

1. Pelatihan dan kesadaran: memberikan pelatihan kepada penyedia layanan kesehatan untuk mengidentifikasi dan mengatasi stereotip gender dalam praktik yang dilaksanakan.
2. Kurikulum yang inklusif: memperbarui kurikulum pendidikan kesehatan reproduksi untuk mencakup isu-isu kesetaraan gender dan menghindari stereotip gender.
3. Peran model: menghadirkan peran model yang mampu memperjuangkan kesetaraan gender dalam pendidikan kesehatan reproduksi untuk menginspirasi siswa dan tenaga kesehatan lainnya.
4. Kampanye kesadaran: mengadakan kampanye kesadaran dengan tujuan untuk memecah stereotip gender dan meningkatkan pemahaman tentang pentingnya kesetaraan gender dalam kesehatan reproduksi.

Dengan langkah-langkah ini, diharapkan stereotip gender dalam pendidikan kesehatan reproduksi dapat diminimalkan, menciptakan lingkungan yang lebih inklusif dan mendukung bagi semua individu.

3.9 Perbedaan Gender dan Seks

Secara umum seks mengacu pada karakteristik biologis yang secara tradisional dibagi menjadi dua kategori, yaitu laki-laki dan perempuan, berdasarkan pada anatomi reproduksi yang dimiliki

seseorang, seperti kromosom, organ genital, dan hormon seks. Gender merujuk pada peran, perilaku, ekspresi, dan identitas yang masyarakat berikan kepada individu berdasarkan pada norma, budaya, dan ekspektasi yang berkaitan dengan kategori laki-laki dan perempuan. Gender adalah konsep sosial dan budaya yang melampaui kerangka biologis, dan dapat bervariasi di berbagai budaya dan waktu. Berikut merupakan perbedaan gender dan seks:

No	Karakteristik	Seks VS Gender
1	Basis Biologis vs. Konstruksi Sosial	• Seks didasarkan pada karakteristik biologis seperti kromosom, organ genital, dan hormon. • Gender adalah konstruksi sosial yang melibatkan peran, perilaku, dan identitas yang masyarakat berikan kepada individu berdasarkan pada norma dan ekspektasi tertentu.
2	Stabilitas vs. Dinamika	• Seks merupakan kategori yang lebih stabil karena didasarkan pada karakteristik biologis yang relatif konstan sepanjang kehidupan seseorang. • Gender dapat lebih dinamis dan dapat berubah seiring waktu sesuai dengan perubahan identitas dan ekspresi individu.
3	Dimensi Biologis vs. Dimensi Psikososial	• Seks berkaitan dengan dimensi biologis tubuh manusia. • Gender berkaitan dengan dimensi psikososial, seperti identitas diri, peran sosial, dan ekspresi individu.
4	Keterbatasan vs. Fleksibilitas	• Seks memiliki keterbatasan karena biasanya hanya diidentifikasi sebagai laki-laki atau perempuan. • Gender memiliki fleksibilitas yang lebih besar karena mencakup berbagai identitas gender seperti laki-laki,

No	Karakteristik	Seks VS Gender
		perempuan, dan gender non-biner.
5	Berdasarkan Anatomi vs. Berdasarkan Budaya	• Seks didasarkan pada karakteristik anatomi reproduksi • Gender dipengaruhi oleh budaya, norma sosial, dan ekspektasi yang berbeda di berbagai masyarakat.
6	Diketahui Secara Medis vs. Dinilai Sosial	• Seks seringkali dapat diidentifikasi secara medis melalui pemeriksaan fisik • Gender seringkali dinilai secara sosial melalui interaksi dan penilaian dari masyarakat.
7	Mendasari Identitas vs. Dijadikan Identitas	• Seks mendasari identitas gender seseorang • Gender dapat berbeda dari seks biologis, karena identitas gender adalah bagaimana seseorang merasa dan mengidentifikasi dirinya sendiri.
8	Basis Genetik vs. Konstruksi Budaya	• Seks memiliki dasar genetik yang menentukan, seperti kromosom seks. • Gender lebih merupakan konstruksi budaya yang dipengaruhi oleh nilai-nilai dan norma sosial.
9	Universal vs. Relatif	• Konsep seks seperti laki-laki dan perempuan ada di seluruh dunia, meskipun ada variasi dalam bagaimana mereka dipahami di berbagai budaya. • Konsep gender dapat bervariasi secara signifikan di antara budaya dan masyarakat.
10	Subyektif vs. Objektif	• Seks sering dianggap sebagai karakteristik objektif yang dapat diidentifikasi oleh pemeriksaan fisik dan analisis genetik. • Gender seringkali merupakan pengalaman subjektif individu tentang

No	Karakteristik	Seks VS Gender
		identitas dan ekspresi mereka
11	Diferensiasi Sel di Awal Kehidupan	- Seks terbentuk pada saat pembuahan, ketika sel telur yang mengandung kromosom X bertemu dengan salah satu dari dua jenis sperma yang membawa kromosom X atau Y. - Gender dapat berkembang sepanjang hidup seseorang dan dipengaruhi oleh pengalaman, sosialisasi, dan identitas individu.
12	Perubahan Seiring Waktu	- Seks tidak berubah sepanjang hidup seseorang - Gender dapat berubah seiring waktu sesuai dengan pemahaman diri individu tentang identitas dan ekspresi mereka.
13	Asal Mula	- Seks memiliki asal mula biologis yang jelas - Gender memiliki asal mula yang lebih kompleks dan terpengaruh oleh sejumlah faktor, termasuk budaya, agama, dan lingkungan sosial.
14	Kaitan dengan Orientasi Seksual	- Seks merujuk pada karakteristik biologis, sementara orientasi seksual mengacu pada ketertarikan romantis atau seksual seseorang terhadap jenis kelamin tertentu. - Gender berkaitan dengan bagaimana seseorang mengidentifikasi dirinya sendiri dalam konteks gender (misalnya, sebagai laki-laki, perempuan, atau non-biner).
15	Dampak Sosial dan Psikologis	Seks tidak memiliki dampak pada pengalaman sosial dan psikologis karena sifatnya yang lebih biologis.

No	Karakteristik	Seks VS Gender
		• Gender memiliki dampak yang signifikan pada pengalaman sosial dan psikologis seseorang, termasuk bagaimana individu diperlakukan oleh masyarakat, ekspektasi yang diberikan kepada mereka, dan peran yang diharapkan mereka lakukan.

Perbedaan-perbedaan di atas menyoroti kompleksitas dalam memahami peran dan interaksi antara gender dan seks dalam membentuk identitas dan pengalaman individu. Gender dan seks adalah dua konsep yang berbeda meskipun sering digunakan secara bergantian dalam percakapan sehari-hari. Perbedaan mendasar terletak bahwa seks adalah kategori biologis yang didasarkan pada karakteristik fisik seperti kromosom dan organ genital, sementara gender adalah konstruksi sosial yang melibatkan peran, identitas, dan ekspresi yang diberikan kepada individu oleh masyarakat berdasarkan norma, budaya, dan ekspektasi. Seks memiliki dasar biologis yang jelas sedangkan gender lebih fleksibel dan dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial dan budaya. Gender juga dapat berubah seiring waktu seiring dengan perubahan identitas dan pengalaman individu.

Perlu bagi kita memahami perbedaan antara gender dan seks karena hal itu membantu kita melihat keragaman dan kompleksitas dalam pengalaman manusia. Mengakui perbedaan keduanya juga penting dalam mempromosikan kesetaraan gender, menghormati identitas individu, dan memperjuangkan hak-hak semua orang untuk diperlakukan dengan adil dan hormat, terlepas dari jenis kelamin atau identitas gender mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Barat, S., G.A., M.S.M., K.F., B.Z., S.H., & F.M. (2023) 'Psychological distress in pregnancy and postpartum: a cross-sectional study of Babol pregnancy mental health registry', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 793. [Preprint].
- Chalasani, S. *et al.* (2021) *State of World Population 2021*.
- Van Gerwen, O.T., Muzny, C.A. and Marrazzo, J.M. (2022) 'Sexually transmitted infections and female reproductive health', *Nature Microbiology*. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41564-022-01177-x>.
- Hasanah, W.K. and Besral, B. (2022) 'Hubungan Riwayat Konsumsi Alkohol Dengan Perilaku Seksual Pranikah Pada Remaja Pria Di Indonesia', *Malahayati Nursing Journal*, 4(4). Available at: <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i4.6393>.
- Koçak, S. *et al.* (2011) 'MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ , RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE PREVANSİYON: İSTANBUL 2010 KONSENSUS RAPORU', *The Journal of Breast Health*, 7(2).
- Kyilleh, J.M., Tabong, P.T.N. and Konlaan, B.B. (2018) 'Adolescents' reproductive health knowledge, choices and factors affecting reproductive health choices: A qualitative study in the West Gonja District in Northern region, Ghana', *BMC International Health and Human Rights*, 18(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0147-5>.
- Nho, J.H. and Yoo, S.H. (2018) 'Relationships among lifestyle, depression, anxiety, and reproductive health in female university students', *Korean Journal of Women Health Nursing*, 24(1). Available at: <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.1.80>.
- Risanti, S.P., . D. and Rifa Karmia, H. (2023) 'Vitamin D Status and Reproductive Health in Obesity Women: A Review', *International Journal of Research and Review*, 10(5). Available at: <https://doi.org/10.52403/ijrr.20230528>.
- Rutgers (2021) *Policy Brief 2 Adolescent Sexual and Reproductive Health in Indonesia: The Unfinished Business*. Available at: <https://rutgers.international/wp->

- content/uploads/2021/02/ENG_Policy_Brief-Issue_1_Vol_5.pdf (Accessed: 14 March 2024).
- Segal, T.R. and Giudice, L.C. (2022) 'Systematic review of climate change effects on reproductive health', *Fertility and Sterility*. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2022.06.005>.
- Sharma, S., Bhuvan, K.C. and Khatri, A. (2018) 'Factors influencing male participation in reproductive health: A qualitative study', *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11. Available at: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S176267>.
- Solehati, T., Rahmat, A. and Kosasih, C.E. (2019) 'Relation of Media on Adolescents' Reproductive Health Attitude and Behaviour', *JURNAL PENELITIAN KOMUNIKASI DAN OPINI PUBLIK*, 23(1). Available at: <https://doi.org/10.33299/jpkop.23.1.1768>.
- UNESCO. *et al.* (2018) *International technical guidance on sexuality education : an evidence-informed approach*. UNESCO.
- UNFPA (2018) *GENDER EQUALITY STRATEGY*.
- WHO (2010) *Developing sexual health programmes A framework for action*.
- WHO (2018) *Reproductive health in the Western Pacific*, <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>.
- WHO (2024) *Gender and health*, https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1,2.
- Wowen's Health In The Nourth (2021) 'WHIN_StrategyForGoingSouth_40pp_WEB'.

BAB 4

MASALAH GANGGUAN KESEHATAN PADA WANITA

Oleh Rina Afrina

4.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi masih menjadi isu global dari berbagai pihak, *World Health Organization* (WHO) dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) mensoroti kesehatan reproduksi dengan menjamin kehidupan yang sehat serta meningkatkan kesejahteraan bagi semua orang (WHO, 2021). Permasalahan yang masih belum tuntas salah satunya adalah masih belum maksimalnya peningkatan kesehatan reproduksi (BKKBN, 2019).

Kesehatan reproduksi wanita merupakan hak untuk setiap wanita dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sepanjang hidupnya. Pemerintah Republik Indonesia telah mengeluarkan UU Nomor 36 Tahun 2009 terkait kesehatan reproduksi. UU ini menjelaskan bahwa kesehatan reproduksi adalah kondisi kesejahteraan baik fisik, mental, serta sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit dan kecacatan, namun terbebas juga dari aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi fungsi dan prosesnya (BPK RI, 2009).

Pelayanan kesehatan wanita berada dalam setiap kategori, tidak hanya dalam peran wanita sebagai istri dan ibu (Sihite & Siregar, 2022). Saat wanita mengalami peningkatan kesehatan maka wanita dapat mempunyai keturunan yang sehat, dapat melindungi keluarganya dari penyakit serta berperan aktif di lingkungan tempat tinggalnya dan masyarakat (Sihite & Siregar, 2022). Oleh karena itu, kesehatan reproduksi wanita salah satu masalah prioritas dalam pembangunan kesehatan nasional.

Pengertian kesehatan reproduksi dijelaskan kembali oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2000 bahwa kesehatan reproduksi adalah kondisi sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental, serta kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi, dan proses reproduksi. Kondisi ini bukan hanya terbebas dari penyakit saja namun individu dapat mempunyai kehidupan seksual yang aman dan memuaskan baik sebelum dan setelah menikah (Harnani dkk, 2015).

Pemerintah Republik Indonesia melakukan langkah penanggulangan dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi sejak tahun 1996 dan berlangsung hingga saat ini. Langkah penanggulangan dan pencegahan yang dilakukan dengan mengeluarkan Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu yang terdiri dari Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Essensial (PKRE) dan Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). Tindakan prioritas dalam peningkatan kesehatan reproduksi berupa peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pelayanan pada Keluarga Berencana, upaya Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) (*premenstrual syndrome* dan HIV/AIDS), pelayanan pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi, pelayanan pada kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan infertilitas, kanker pada usia lanjut dan osteoporosis, dan masalah pada kesehatan reproduksi lainnya seperti kanker leher rahim, mutilasi genitalia, dan fistula (Nelwan, 2019).

4.2 Gangguan Menstruasi

Gangguan menstruasi menurut Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI) tahun 2013 merupakan gangguan yang terjadi pada periode menstruasi baik dalam hal jumlah ataupun lamanya perdarahan menstruasi terjadi. Gangguan menstruasi dapat disebut dengan Perdarahan Uterus Abnormal (PUA) (POGI, 2013). Manifestasi klinis PUA berupa jumlah pendarahan dengan jumlah yang banyak atau sedikit dan siklus pendarahan yang memanjang atau tidak beraturan (POGI, 2013). Menurut Prawirohardjo (2011), bahwa gangguan menstruasi berupa lama dan jumlah darah pada saat menstruasi, periode menstruasi,

pendarahan di luar periode menstruasi, serta kelainan lain yang yang dihubungkan dengan haid (Prawirohardjo, 2011). Gangguan haid yang sering dialami oleh wanita, yaitu amenorea, menoragia, metroragia, dan dismenorea (Kasdu, 2005).

4.2.1 Amenorea

Gangguan dimana seorang wanita tidak mengalami menstruasi disebut dengan Amenorea (Prawirohardjo, 2011). Amenorea dapat berupa siklus menstruasi yang memanjang atau tidak adanya pendarahan menstruasi dalam durasi waktu minimal tiga bulan berturut-turut (Hendrik, 2006). Klasifikasi amenorea terbagi menjadi dua kategori yaitu amenorea primer dan amenorea sekunder. Amenorea primer merupakan tidak terjadinya permulaan menstruasi dan amenorea sekunder merupakan tidak adanya menstruasi pada wanita yang sebelumnya menstruasi normal kurang lebih selama 6 bulan (Rundell et al, 2018). Prawirohardjo (2011) menjelaskan tanda dari Amenorea, yaitu menstruasi tidak terjadi hingga usia 14 tahun, disertai tidak adanya pertumbuhan atau perkembangan tanda kelamin sekunder. Menstruasi tidak terjadi hingga usia 16 tahun, disertai adanya pertumbuhan normal dan perkembangan tanda kelamin sekunder, dan tidak terjadinya menstruasi paling sedikit selama tiga bulan berturut-turut dimana wanita tersebut mengalami menstruasi sebelumnya (Prawirohardjo, 2011).

Menurut Prawirohardjo (2011) bahwa penyebab amenorea terbagi menjadi empat kompartemen, yaitu:

1. Kompartemen I

Amenorea yang disebabkan karena gangguan pada uterus dan patensi (*outflow tract*). Kelainan berupa *Asherman syndrom*, endometritis tuberkulosa, agensis duktus muller, dan sindrom insensitivitas androgen (Prawirohardjo, 2011).

2. Kompartemen II

Penyebab amenorea ini dikarenakan gangguan pada ovarium. Kasus dari kompartemen II berupa sindrom turner, *premature ovarian failure*, *sindroma ovarium resisten gonadotropin*, dan kelainan *sweyer*.

3. Kompartemen III

Amenorea yang disebabkan karena gangguan pada hipofisis. Kelainan pada kompartemen III berupa adenoma hipofisis sekresi prolaktin, *empty sella syndrome*, dan *sheehan sindrom*

4. Kompartemen IV

Penyebab amenorea dari gangguan Hipotalamus. Kelainan pada kompartemen IV berupa amenorea hipotalamus, Anoreksia dan bullimia, dan sindroma kallmann.

4.2.2 Menoragia

Menoragia atau dapat disebut dengan Hipermenorea adalah suatu kelainan berupa pendarahan menstruasi dimana volume darah lebih banyak, durasi lebih lama dibandingkan dengan siklus menstruasi normal (Prawirohardjo, 2011). Jumlah darah menstruasi yang melebihi dari 80 cc, disertai adanya gumpalan, dan frekuensi pemakaian pembalut >6kali/hari (Manuaba et al, 2006). Beberapa penyebab menoragia dapat disebabkan karena mioma uteri, polip endometrium, dan hiperplasia endometrium (penebalan dinding uterus) (Manuaba et al, 2006). Mioma uteri yang terbentuk akan mengganggu kontraktilitas otot rahim dan mengakibatkan permukaan endometrium menjadi lebih luas. Hal ini akan mengakibatkan pembuluh darah di uterus membesar dan berisiko terjadi nekrosis (Prawirohardjo, 2011).

Beberapa faktor risiko seperti obesitas dapat mengakibatkan kejadian menoragia dikarenakan estrogen yang tidak terlawan sehingga mengakibatkan sindrom ovarium polikistik. Selain itu, kelainan koagulopati seperti penyakit Von Willebrand juga dipercaya dapat menyebabkan menoragia (Nicholson et al, 2001). Penegakan diagnosis menoragia dapat ditegakkan dengan adanya hasil pemeriksaan *vaginal toucher*, *Ultrasonografi* (USG), serta hasil biopsi endometrium (Manuaba et al, 2006). Histeroskopi diagnostik dapat menjadi pilihan alternatif yang efektif dalam menentukan faktor penyebab menoragia pada intrauterin. Pemeriksaan ini dapat juga mengidentifikasi polip endometrium, fibroid submukosa, endometritis, serta karsinoma endometrium. Pemeriksaan ini dilakukan tanpa analgesia dipoliklinik (Kay & Sandhu, 2022).

Gambar 4.1 menunjukkan estimasi kehilangan darah berdasarkan Penilaian kehilangan darah Pictorial (PBAC).

Pembalut		
Nilai 1	Bercak pada pembalut	
Nilai 5	Memenuhi setengah dari pembalut	
Nilai 20	Memenuhi seluruh pembalut	
Tampon		
Nilai 1	Bercak pada tampon	
Nilai 5	Memenuhi setengah dari tampon	
Nilai 10	Memenuhi seluruh tampon	
Bekuan darah		
Nilai 1	Bekuan kecil darah (<i>Australian 5 cent coin</i>)	
Nilai 5	Bekuan besar darah (<i>Australian 50 cent coin</i>)	
Nilai 5	Setiap episode keluaran bekuan darah	

Gambar 4.1. Penilaian PBAC
(Sumber : (POGI, 2013))

4.2.3 Metroragia

Metroragia merupakan peningkatan durasi aliran menstruasi melebihi 7 hari dan terus menerus mengikuti siklus (Walker et al, 1990). POGI (2013) menyebutkan bahwa metroragia termasuk dalam kategori *intermenstrual bleeding*(pendarahan tengah). Pendarahan dapat terjadi diantara dua siklus menstruasi yang teratur dan terjadi kapan saja atau dapat terjadi di waktu yang sama dalam setiap siklus (POGI, 2013). Bentuk perdarahan pada metroragia berupa kontak berdarah, *spotting*, dan pendarahan disfungsional (Prawirohardjo, 2011).

Beberapa etiologi dari metroragia dapat disebabkan karena ketidakseimbangan hormon progesteron yang rendah atau hormon estrogen yang tinggi. Penyebab lain adanya Hipotiroid atau Hipertiroid yang dialami wanita dapat menjadi penyebab kejadian metroragia. Hal ini dihubungkan dengan fungsi adrenal yang rendah (Kasdu, 2005). Kerja Adrenal dihubungkan dengan stimulasi reseptor hormon *Luteinizing Hormon* (LHR) (Lasley *et al*, 2013).

Tabel 4.1. Pola Pendarahan secara klinik pada wanita usia 15-44 tahun

<i>Scheduled Bleeding</i>	Menstruasi atau pendarahan regular pada penggunaan kontrasepsi hormonalkombinasi (menggunakan pembalut)
<i>Unscheduled Bleeding:</i> <i>Frequent Bleeding</i> <i>Prolonged Bleeding</i> <i>Irregular Bleeding</i> <i>Breakthrough Bleeding</i>	Pendarahan diluar siklus menstruasi Pendarahan lebih dari lima episode ^a Satu atau lebih episode pendarahan yang berlangsung selama 14 hari atau lebih Pendarahan yang terjadi antara 3 dan 5 episode dengan kurang dari 3 hari <i>bleeding free interval</i> berlangsung selama 14 hari atau lebih Pendarahan diluar siklus menstruasi (<i>unscheduled bleeding</i>) pada wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal
Pendarahan Bercak	Pendarahan yang tidak memerlukan pembalut ^b

Sumber(POGI, 2013)

Ket:

a Episode pendarahan menggambarkan pola pendarahan dari waktu ke waktu, dari hari pertama menggunakan kontrasepsi dan berlangsung ± 90 hari

b pendarahan bercak (*spotting*) dan pendarahan sela (*Breakthrough bleeding*) yang digunakan dalam pedoman ini

4.2.4 Dismenore

Dismenore atau sering disebut dengan nyeri yang terjadi pada saat seorang wanita mengalami menstruasi (Wiknjosastro, 2005). Steele dan Andrews (2009) dalam Adytia (2020) menjelaskan bahwa dismenore adalah rasa nyeri yang sangat tinggi, yang dirasakan pada awitan menstruasi seorang wanita (Adytia, 2020).

Lowdermilk (2013) menambahkan bahwa nyeri dismenore akan terasa berat pada hari pertama hingga hari ketiga periode menstruasi (Lowdermilk et al, 2013). Nyeri dismenore digambarkan sebagai sensasi yang tajam, berupa kram/spasme, atau sensasi seperti diperas atau dapat berupa nyeri tumpul yang menetap (Lowdermilk et al, 2013). Dismenore adalah gangguan yang terjadi di periode menstruasi berupa rasa sakit pada bagian bawah perut yang disebabkan oleh aktifitas prostaglandin (Anurogo & Wulandari, 2011).

Peningkatan Prostaglandin seiring dengan banyaknya darah menstruasi yang keluar. Senyawa prostaglandin akan meningkatkan amplitudo dan frekuensi kontraksi uterus serta vasospasme pada pembuluh darah uterus. Akibat mekanisme ini akan terjadi spasme (iskemik) pada daerah abdomen dan sekitarnya (Lowdermilk et al, 2013). Spasme juga dapat terjadi pada area perut bagian bawah, menyebar ke daerah pinggang, panggul, paha hingga betis (Sinaga dkk, 2017). Kram ini juga dapat menjalar hingga punggung dan dapat menimbulkan sakit kepala, mual, hingga muntah (Agustin, 2018). Tidak jarang, *kram* ini membuat individu tidak dapat melakukan aktifitasnya sehari-hari (Agustin, 2018).

Jenis dismenore dibedakan menjadi dua jenis, yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder. Dismenore primer dihubungkan dengan siklus ovulasi, sedangkan dismenore sekunder

dikaitkan dengan gangguan panggul seperti adenomiosis, endometriosis, penyakit radang panggul, polip endometrium, mioma submukosum atau interstisial (Lowdermilk et al, 2013). Pembagian klinis dismenore terbagi menjadi 3 bagian, yaitu dismenore ringan, sedang, dan dismenore berat (Manuaba, 2001). Berikut tabel 4.2 penjelasan dari pembagian klinis dismenore.

Tabel 4.2. Pembagian Klinis Dismenore

Dismenore	Gejala
Ringan	Dapat berlangsung beberapa saat dan dapat melakukan aktifitas sehari-hari
Sedang	Diperlukan terapi medis berupa obat pengurang rasa nyeri (analgesik), dan masih dapat melakukan aktifitas sehari-hari
Berat	Perlu <i>bedrest</i> dan istirahat beberapa hari, disertai rasa nyeri pada pinggang, rasa tertekan, nyeri kepala, dan disertai diare

Sumber: (Manuaba, 2001)

4.3 Infertilitas

Infertilitas disebut juga dengan ketidaksuburan. Infertilitas dianggap sebagai suatu permasalahan publik yang memiliki dampak luas. Dampak yang terjadi berupa dampak psikososial pada pasangan yang infertil, namun juga berdampak pada pelayanan kesehatan dan lingkungan sosial (Djuwantono et al., 2012). Infertilitas menurut Kamel (2010) dan Cates *et al* (1985) dalam Djuwantono *dkk* (2012) adalah ketidakmampuan pasangan usia subur (PUS) dalam memperoleh keturunan setelah melakukan hubungan seksual secara alamiah, yang berlangsung selama satu tahun tanpa kontrasepsi (Djuwantono et al., 2012). Peluang PUS dalam mendapatkan kehamilan per siklus reproduksi salah satunya dipengaruhi oleh usia wanita , peluang terjadinya infertil pada wanita yang berusia 40 tahun sebesar 34,3 % dan sebesar 87% disaat wanita berusia 45 tahun walaupun tanpa kontrasepsi

(Djuwantono et al., 2012). Tabel 4.3 menjelaskan beberapa faktor penyebab infertilitas dan persentasenya.

Tabel 4.3. Faktor Penyebab Infertilitas dan Persentasenya

Penyebab Infertilitas	Persentase (%)
Faktor Wanita (Tunggal)	36
Faktor Tuba	14
Endometriosis	6
Disfungsional	6
Berkurangnya Cadangan Ovarium	9
Faktor Uterus	1
Faktor Pria (Tunggal)	17
Penyebab lain ^a	7
Penyebab yang tidak bisa dijelaskan ^b	10
<i>Multiple Factor</i> (wanita saja)	13
<i>Multiple Factor</i> (Wanita & Pria)	17

Sumber: (Djuwantono et al., 2012)

Ket:

a Masalah-masalah imunologis, abnormalitas kromosom, kemoterapi kanker, dan penyakit serius

b tidak ditemukan penyebab infertilitas pada kedua pasangan

Infertilitas dikelompokkan menjadi 2 jenis, yaitu:

1. Infertilitas Primer

Jenis Infertilitas ini merupakan suatu kondisi dimana PUS yang telah menikah selama satu tahun belum pernah hamil dan melahirkan padahal telah berhubungan seksual secara teratur tanpa kontrasepsi (Wiknjosastro, 2009).

2. Infertilitas Sekunder

Suatu kondisi dimana PUS mempunyai riwayat hamil dan melahirkan anak, namun sulit untuk hamil kembali meskipun telah melakukan hubungan seksual secara teratur tanpa kontrasepsi (Wiknjosastro, 2009).

Diagnosis infertilitas dapat ditegakkan dengan melakukan riwayat infertilitas dalam kurun waktu 12 bulan atau setelah 6 bulan berhubungan seksual aktif. Pengkajian dikategorikan untuk pasangan wanita dan pria. Kriteria pengkajian yang digunakan untuk merujuk PUS ke klinik infertilitas ditunjukkan pada tabel 4.4 di bawah ini.

Tabel 4.4. Kriteria Perujukan PUS ke Klinik Infertilitas

Wanita	Pria
1. Usia: • <35 tahun dengan lama infertilitas >18 bulan • ≥35 tahun dengan lama infertilitas >6 bulan	1. Riwayat Patologi Genital, seperti: • Pembedahan urogenital • Infeksi penyakit menular seksual • <i>Varicocele</i> • <i>Cryptorchidism</i> • Penyakit Sistemik • Kemoterapi/Radioterapi
2. Lama siklus menstruasi: • <21 hari • >35 hari	2. Abnormalitas hasil analisis semen, dengan hasil: • Jumlah sperma <20 juta/ml • Motilitas sperma <25% (grade-α)
3. Abnormalitas Menstruasi	• Motilitas sperma (50%)

Wanita	Pria
(Amenorea atau Oligomenorea) 4. Riwayat Kehamilan Ektopik dan Riwayat Infeksi Pelvik 5. Riwayat Endometriosis dan Riwayat <i>Ruptured Appendix</i> 6. Anomali Perkembangan 7. Hasil temuan P/V abnormal 8. Titer antibodi Chlamydia $\geq 1:256$ 9. Mid-luteal progesteron <20 nmol/l 10. FSH fase folikular awal >10 IU/l dan LH fase folikular >10 IU/l 11. Permintaan pasien atau kecemasan pasien	(grade-b) • Morfologi sperma $<15\%$ normal 3. Hasil temuan abnormal pada pemeriksaan genital 4. Permintaan pasien atau kecemasan pasien

Sumber: (Djuwantono et al., 2012)

4.4 Infeksi Menular Seksual

Sistem reproduksi merupakan salah satu komponen dari sistem tubuh yang penting karena termasuk dalam regenerasi atau menghasilkan keturunan baru bagi manusia (Abrori & Mahwar, 2017). Namun, dalam perjalanannya, sistem reproduksi dapat mengalami gangguan sehingga sistem reproduksi tidak dapat berfungsi dengan maksimal. Beberapa penyebab dapat terjadi diantaranya adalah infeksi menular seksual (IMS). Infeksi menular seksual atau disebut juga *Sexually Transmitted Infection* (STI) agar

menjangkau pada penderita asimtomatik (Abrori & Mahwar, 2017). IMS adalah penyakit-penyakit yang timbul dan ditularkan melalui hubungan seksual, dengan manifestasi klinisnya berupa munculnya kelainan-kelainan terutama pada alat kelamin (Abrori & Mahwar, 2017).

Etiologi infeksi menular seksual dari jenis mikroorganisme seperti bakteri merujuk pada *neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, dan *Nycoplasma hominis* (Manuaba et al, 2006). Kegagalan terapi dan deteksi awal infeksi menular seksual berdampak pada komplikasi berupa penyakit radang panggul (PRP), infertilitas, nyeri kronik, dan kehamilan ektopik. Ada delapan pembagian dari infeksi menular seksual yang paling umum menurut Garcia *et al* (2024) yaitu 4 infeksi yang dapat disembuhkan seperti klamidia, gonore, sifilis, dan trichomonas. Sedangkan, empat infeksi yang dapat diobati namun tidak dapat disembuhkan, yaitu Hepatitis B, virus Herpes Simplek, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), dan Human Papillomavirus (HPV) (Garcia et al, 2024).

4.4.1 Klamidia

Klamidia merupakan infeksi bakteri *Chlamydia trachomatis*, dimana infeksi ini yang paling sering terjadi (Heffner & Schust, 2010). *Chlamydia trachomatis* adalah bakteri yang unik, dimana sifatnya menyerupai virus berupa parasit obligat intrasel dan dapat diperbanyak pada kultur sel (Heffner & Schust, 2010). Klamidia berbentuk dua infeksi, yaitu infeksi badan elementer (EB) dan badan retikuler (RB). EB akan menyerang sel dan RB akan menghasilkan EB menular lainnya, sehingga akan menginfeksi bagian tubuh lainnya (Garcia et al, 2024).

Pada wanita, klamidia akan mengakibatkan servitisitis mukopurulen dan sindrom uretral, dimana penderita akan mengalami nyeri saat berkemih karena adanya sel darah putih dan tidak ada bakteri pada urin penderita (Heffner & Schust, 2010). Strain klamidia akan membentuk kelainan unik yang disebut dengan *Limfograduloma Venereum* (LGV). LGV akan mirip dengan sifilis dimana memiliki 3 stadium klinis berupa stadium primer, stadium sekunder, dan stadium akhir (Heffner & Schust, 2010).



Gambar 4.2. Klamidia pada mata
(Sumber : mymed.com, 2024)

Stadium primer berupa lesi dengan bentuk kecil, tidak terasa nyeri, dan papula yang tidak jelas pada genitalia, lesi dapat dengan cepat secara diam-diam menghilang (Heffner & Schust, 2010). Stadium sekunder ditandai dengan timbulnya demam, malaise, dan munculnya limfadenitis akut pada daerah inguinal dan atau pada daerah femoralis unilateral atau bilateral (disebut bubo) (Rawla et al, 2023) Stadium akhir berupa munculnya striktur, fibrosis, dan fistula di area genitalia (Rawla et al, 2023).

4.4.2 Gonore

Gonorea disebabkan karena *Neisseria gonorrhoeae* dari bakteri diplokokus gram negatif (Garcia et al, 2024). Infeksi yang termasuk urutan nomor dua dalam penyebab infeksi menular seksual setelah klamidia. Gonore menggunakan glukosa untuk menyerang sel epitel lendir dan bakteri ini dapat memodifikasi protein selular sehingga memungkinkan penetrasi ke organisme lain (Garcia et al, 2024). Tanda dan gejala biasanya berupa keputihan, disuria, atau nyeri panggul (Springer et al, 2023). Infeksi gonore pada kelenjar bartholin akan menginvasi introitus vagina sehingga terjadi pembengkakan pada jaringan lunak labial, terbentuknya abses, dan timbul nyeri (Springer et al, 2023). Komplikasi gonore berupa servitis, gonore pada faring, rektum, dan uretra perempuan berdampak timbulnya nyeri hingga

perdarahan serta keluarnya cairan dan proktitis (jaringan pelapis rektum mengalami peradangan). Selain itu, infeksi gonore berdampak pada *N. gonorrhoeae* bermanifestasi secara sistemik sebagai demam/septikemia, tenosinovitis, artritis, dan vaskulitis (Springer et al, 2023).



Gambar 4.3. Gonore
(Sumber : skinsight.com, 2024)

4.4.3 Sifilis

Infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri spirochete kecil, *Treponema pallidum* (Garcia et al, 2024). *T. pallidum* tumbuh sangat lambat dan tidak dapat dikultur atau dilihat dengan mikroskop cahaya standar. Respon imun awal tidak terdengar karena *T. pallidum* memiliki sedikit protein yang terpapar, dan membran luarnya kekurangan lipopolisakarida (Garcia et al, 2024). Masa inkubasi dari sifilis sejak terinfeksi dapat berlangsung sekitar 20 hingga 90 hari. Manifestasi klinis berupa munculnya kondiloma lata (erupsi papulosquamous), lesi pada tangan dan kaki, ruam makula, limfadenopati difus, sakit kepala, mialgia, arthralgia, faringitis, hepatosplenomegali, alopecia, dan malaise (Tudor et al, 2023). Komplikasi fatal dari sifilis adalah invasi bakteri dapat menyerang sistem saraf pusat walaupun gejala yang muncul dapat berlangsung terlambat (Tudor et al, 2023).



Gambar 4.4. Sifilis

(Sumber : emedicine.medscape.com, 2017)

4.4.4 Trikomoniasis

IMS yang disebabkan oleh protozoa flagellata anaerobik, *Trichomonas vaginalis* (Kandamuthan et al, 2014). Selain disebabkan karena aktifitas seksual, namun beberapa penularan *Trichomonas* nonseksual dapat terjadi melalui benda seperti handuk dan dudukan toilet serta dari kolam renang (Kandamuthan et al, 2014). Harahap (2017) dalam Situmeang (2023) menyebutkan bahwa *Trichomonas vaginalis* menjadi salah satu penyebab keputihan patologis pada wanita. Cairan keputihan yang keluar berwarna kuning atau kehijauan, sangat kental, berbuih dan memiliki bau yang tidak sedap. Vagina terasa sakit jika ditekan, tampak merah, seringkali terasa nyeri ketika berkemih (Situmeang, 2023).

Pada wanita, dapat ditemukan tanda klasik trikomoniasis berupa bercak makula eritema diffuse di serviks yang disebut colpitis macularis atau strawberry cervix. Tanda ini dapat lebih

terlihat jelas dengan pemeriksaan kolposkopi, tetapi tidak semua kasus trikomoniasis menunjukkan tanda klasik. Brooks *dkk* (2017) dalam Situmeang (2023) menyebutkan bahwa masa inkubasi trikomoniasis biasanya 4-20 hari (rata-rata selama 7 hari). *Trichomonas vaginalis* akan berkembangbiak dengan cepat dan menimbulkan degenerasi dan deskuamasi sel epitel vagina dan juga menyerang leukosit. Akibatnya, sekret vagina mengandung banyak leukosit dan parasit bercampur dengan sel epitel yang apabila sekret mengalir ke luar vagina akan menimbulkan gejala flour albus atau keputihan (leucorrhoea) (Situmeang, 2023). Trikomoniasis dapat juga menyebabkan kerusakan langsung pada epitel. Kerusakan tersebut menyebabkan mikroulserasi terutama pada vagina, leher rahim, uretra, dan kelenjar paraurethral (Garcia et al, 2024).



Gambar 4.5. Trikomoniasis, *Strawberry Cervix*
(Sumber : OPENI, 2014)

DAFTAR PUSTAKA

- Abrori & Mahwar. (2017). *Buku Ajar: Infeksi Menular Seksual*. UM Pontianak Press.
- Adytia. (2020). Pengaruh Pemberian Coklat Hitam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Haid (Dismenore Primer) Mahasiswi Keperawatan Tingkat IV Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun Kecamatan Taman Kota Madiun. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(1), 90–96.
<https://core.ac.uk/download/pdf/235085111.pdf>
<http://www.kemkes.go.id>
[http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2057%20Tahun%202013%20tentang%20PTRM.pdf)
https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/15242-profil-anak-indonesia_-2019.pdf
- Agustin, M. (2018). Hubungan Antara Tingkat Dismenore Dengan Tingkat Stres Pada Mahasiswi Akper As-Syafi'iyah Jakarta. *Afiat*, 4(02), 603–612.
<https://doi.org/10.34005/afiat.v4i02.710>
- Anurogo & Wulandari. (2011). *Cara Jitu Mengatasi Nyeri Haid*. CV. Andi Offset.
- BKKBN. (2019). Perkembangan Pelaksanaan SDGs 2030 Program Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga. *Agenda Pemaparan. Deputi ...*, 65.
<https://s3kesmas.fkm.unair.ac.id/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/Pencapaian-SDGs-2030-Program-KKBPK-Materi-Kuliah-Tamu-30-Sept-2019.pdf>
- BPK RI. (2009). UU Nomor 36 Tahun 2009. *Bifurcations*, 45(1), 1–19.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2017.07.010>
<http://coopist.cirad.fr>
<http://www.theses.fr/2014AIXM5048>
<http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-6-page-84.htm>
<http://www.cairn.info/bifurcations--9782707156006-page-349.htm>
<http://www.cairn.info/bifurcations--9782707156006-page-349.htm>
- Djuwantono, T., Bayuaji, H., & Permadi, W. (2012). *Buku Pengelolaan Infertilitas* (pp. 33–61).
- Garcia et al. (2024). Sexually Transmitted Infections. In *StatPearls [Internet]*.

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560808/>
- Harnani dkk. (2015). Teori Kesehatan Reproduksi. In *Buku Ajar*. Deepublish.
- Heffner & Schust. (2010). *At a Glance: Sistem Reproduksi ed 2*. Erlangga.
- Hendrik. (2006). *Problema haid: Tinjauan syariat Islam dan medis*. Tiga Serangkai.
- Kandamuthan et al. (2014). Trichomoniasis: Is it always sexually transmitted? *Indian J Sex Transm Dis AIDS*, 35, 166–167. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553853/>
- Kasdu. (2005). *Solusi Problem Wanita Dewasa*. Puspa Swara.
- Kay & Sandhu. (2022). *Crash Course Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier Health Sciences.
- Lowdermilk et al. (2013). *Keperawatan Maternitas, edisi 8, Buku 1*. Elsevier.
- Manuaba. (2001). *Kapita selekta penatalaksanaan rutin obstetri, ginekologi, dan KB*. EGC.
- Manuaba et al. (2006). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita, Ed 2*. EGC.
- Nelwan. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Deepublish.
- Nicholson et al. (2001). Patterns of ambulatory care use for gynecologic conditions: A national study. *Am J Obstet Gynecol*, 184(4), 523–530. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11262448/>
- POGI. (2013). Konsensus Tatalaksana Perdarahan Uterus Abnormal. *Konsensus Tatalaksana Pendarahan Uterus Abnormal Karena Efek Samping Kontrasepsi*, 30.
- Prawirohardjo. (2011). *Ilmu kandungan Edisi 3*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rawla et al. (2023). *Lymphogranuloma Venereum*. StatPearls [Internet]. <https://www.mymed.com/diseases-conditions/chlamydia>
- Rundell et al. (2018). Being Reproductive. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 45, 587–598. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2018.07.003>
- Sihite & Siregar. (2022). *Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*. NEM.

- Sinaga dkk. (2017). *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Universitas Nasional.
- Situmeang. (2023). Pemeriksaan Trichomonas vaginalis Pada Urin Penyebab Keputihan Pada Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Medan. *Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan*, 5, 1–14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558907/>
- Springer et al. (2023). *Gonorrhea*. StatPearls [Internet]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558903/#_NBK558903_dtls_%0A
- Tudor et al. (2023). *Syphilis*. StatPearls [Internet]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534780/#_NBK534780_dtls_
- Walker et al. (1990). *Clinical Methods, 3rd edition. The History, Physical, and Laboratory Examinations*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250045/>
- WHO. (2021). *SDG Target 3.7 Sexual and reproductive health. Women and Health*.
- Wiknjosastro. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

BAB 5

DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Megawati Sibulo

5.1 Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi terutama pada wanita, dimulai saat dalam kandungan, usia subur, dan menjadi pasien (Rokayah, Inayanti and Rusyanti, 2021). Kesehatan reproduksi dapat diartikan sebagai keadaan secara keseluruhan yang meliputi kondisi fisik, sosial, dan psikis yang terhubung secara selaras dan seimbang. Kesehatan reproduksi mencakup berbagai faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalani kehidupan bereproduksi secara sehat, menghadapi berbagai masalah kesehatan reproduksi, dan mempertahankan kemungkinan untuk memiliki keturunan sesuai dengan fitrah yang diinginkan (Dwi *et al.*, 2023).

Tujuan utama kesehatan reproduksi adalah untuk memperoleh dan mempertahankan kondisi jasmani dan rohani yang baik dalam setiap aspek kehidupannya melalui pendekatan yang menyeluruh terhadap masalah reproduksi, seperti siklus menstruasi, kesuburan, pencegahan penyakit menular seksual, persiapan yang sehat untuk hamil, dan pemilihan metode kontrasepsi yang tepat (Dwi *et al.*, 2023). Jika masalah kesehatan reproduksi tidak ditangani segera, maka akan berdampak pada kehidupan di masa depan karena berhubungan satu sama lain. Dari perspektif lebih luas, masalah kesehatan reproduksi dapat dikelompokkan menjadi masalah reproduksi, gender dan seksualitas, kekerasan dan pemerkosaan terhadap wanita, serta penyakit hubungan seksual menular (Hidayati, 2017).

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi kesehatan reproduksi termasuk faktor demografis, faktor budaya dan lingkungan, faktor psikologis, serta faktor biologis. Selain itu, pendidikan, usia harapan hidup, penghasilan, tingkat kesuburan, dan angka kematian pasien adalah indikator yang dapat menunjukkan status kesehatan reproduksi wanita (Akbar *et al.*, 2021). Wanita menjadi sasaran utama dalam komplikasi masalah kesehatan reproduksi, meskipun laki-laki juga berpotensi. Agar meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan reproduksi, peran aktif dari pemerintah diperlukan (Stellata *et al.*, 2023). Ada kepercayaan lama tentang kesehatan reproduksi, seperti bahwa membicarakan masalah kesehatan reproduksi adalah hal yang tidak menyenangkan, sensitif, dan hanya tanggung jawab wanita. Selain itu, budaya malu yang kuat dan kurangnya kesempatan untuk berbagi masalah kesehatan reproduksi dengan orang lain juga disebabkan oleh budaya kerja keras yang dilakukan setiap orang (Oktafia and Indriastuti, 2022).

5.2 Deteksi Dini Permasalahan Kesehatan Reproduksi

Salah satu upaya pencegahan penyakit, terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, adalah diagnosis dini atau deteksi dini, yaitu melakukan pemeriksaan untuk mengetahui status kesehatan seseorang sehingga dapat mengantisipasi untuk melakukan pengobatan jika kondisi kesehatan semakin membaik, sehingga mengurangi risiko keparahan penyakit (Akbar *et al.*, 2021). Skrining juga dikenal sebagai deteksi dini yaitu upaya mengidentifikasi individu yang menderita penyakit tertentu dengan memisahkan berdasarkan gejala yang dilaporkan atau dengan melakukan pemeriksaan darah lengkap untuk membedakan individu sehat dan sakit. Setelah itu, penentuan diagnosis penyakit dan pengobatan. Ada berbagai jenis pelaksanaan skrining antara lain (Pratiwi, 2021) :

1. Pemeriksaan massal, yang dilakukan secara massal untuk tujuan masyarakat tertentu.

2. Pemeriksaan selektif, yang dilakukan secara selektif berdasarkan karakteristik tertentu, seperti pemeriksaan kanker serviks bagi wanita yang sudah menikah.
3. Pemeriksaan penyakit tunggal, yang dilakukan secara khusus pada satu jenis penyakit.
4. Pemeriksaan multifaset, yang mencakup pemeriksaan dengan lebih dari satu jenis penyakit, seperti pada Infeksi Menular Seksual.

Melakukan deteksi atau skrining sedini mungkin bermanfaat karena pengobatan dapat dimulai segera, mencegah penyebaran penyakit, mendorong masyarakat pada umumnya untuk melakukan pemeriksaan, dan memberi tahu petugas kesehatan tentang suatu penyakit sehingga upaya preventif dan kuratif dapat segera dilakukan.

5.2.1 Jenis Skrining

Dalam hal kesehatan reproduksi, ada banyak skrining yang dapat dilakukan, terutama jika dilihat dari perspektif siklus kehidupan, yang dimulai dari tahap pra konsepsi hingga menopause.

1. Bayi: skrining genetik adalah salah satu jenis yang dapat dilakukan.
2. Masa Kanak-kanak: skrining untuk menilai tumbuh kembang anak, seperti dengan menggunakan tes tumbuh kembang *Denver Developmental Screening Test (DDST)* atau *Denver II* pada usia 0-6 tahun.
3. Masa Pubertas: dengan melakukan skrining pemeriksaan payudara sendiri atau SADARI.
4. Masa Reproduksi: Skrining dapat dilakukan dengan pap smear dan tes IVA.
5. Masa Menopause: Skrining dapat dilakukan dengan melihat perubahan dari gangguan ringan sampai berat. Wanita saat ini membutuhkan tenaga kesehatan untuk membantu mengurangi berbagai keluhan.

5.2.2 Syarat Skrining

Syarat-syarat melakukan skrining, yaitu (Pratiwi, 2021) :

1. Penyakit yang diperiksa harus menjadi masalah kesehatan masyarakat.
2. Terdapat metode pengobatan efektif.
3. Tersedia fasilitas layanan diagnostik dan pengobatan.
4. Telah ada informasi terkait stadium patogenesis dan prepatogenesis
5. Tes yang dilakukan sudah tepat, meskipun terdapat ketidaknyamanan.
6. Proses alamiah penyakit telah dipahami dan diterima oleh masyarakat.
7. Biaya skrining harus seimbang, dengan biaya yang kurang dari konsekuensi kesehatan.

5.2.3 Kriteria Skrining

Beberapa kecurigaan penyakit yang diindikasikan untuk penatalaksanaan skrining antara lain (Pratiwi, 2021) :

1. Penyakit serius
2. Pengobatan yang diberikan sebelum timbul gejala lebih baik dibanding pengobatan setelah munculnya gejala.
3. Dalam populasi yang di skrining, prevalensi penyakit preklinik harus tinggi.

5.2.4 Tanda dan Gejala Utama Penyakit pada Organ Reproduksi

Gejala dapat timbul bagi pasien dengan penyakit pada organ reproduksi, yaitu (Majdawati, Brahmana and Inayati, 2021) :

1. Kanker serviks dengan tanda dan gejala perdarahan jalan lahir, yang terus menerus, *contact bleeding*, terdapat keputihan dengan jumlah banyak, berwarna, berbau.
2. Pada pasien dengan kanker payudara, didapatkan payudara sakit, teraba benjolan, terdapat riwayat keluarga menderita tumor atau kanker payudara.

5.3 Deteksi Dini Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi

Ada beberapa penyakit yang menyebabkan gangguan kesehatan reproduksi, komplikasi yang dapat terjadi, dan cara mendeteksi sejak dini antara lain (Candra, 2017; Hidayati, 2017):

5.3.1 Pemeriksaan pada Kanker Serviks

Pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat atau IVA dan pap smear dapat digunakan untuk mendeteksi kanker serviks pada tahap awal. Dengan melihat sel-sel epitel serviks dengan bentuk yang tidak biasa, pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi dan menyaring adanya perubahan sel ke arah pra-kanker keganasan sedini mungkin, yang cepat dan tidak sakit. Tidak disarankan menggunakan obat-obatan ke dalam vagina dua hari sebelum dilakukan pemeriksaan. Penanganan kanker serviks pada umumnya menyebabkan kemungkinan tidak terjadi kehamilan. Meskipun kehamilan dapat terjadi, ada peningkatan risiko kelahiran prematur dan keguguran.

Pelaksanaan Skrining IVA (Kemenkes RI, 2015)

Beberapa yang perlu diperhatikan dalam skrining IVA adalah :

Alat-alat dan Bahan yang diperlukan :

1. Ruangan tertutup
2. Tempat tidur atau meja
3. Lampu sorot untuk melihat serviks
4. Spekulum
5. Kapas lidi
6. Sarung tangan
7. Larutan klorin untuk dekontaminasi peralatan
8. Larutan asam asetat sebanyak 3-5%
 - a. Menggunakan asam cuka 25% yang dijual di pasaran, lalu diencerkan menjadi 5% dengan perbandingan 1:4 (1 bagian asam cuka dicampur dengan 4 bagian air). Contoh: 10 ml asam cuka 25% dicampur dengan 40 ml air akan menghasilkan 50 ml asam asetat 5%, atau 20 ml asam cuka 25% dicampur dengan 80 ml air akan menghasilkan 100 ml asam asetat 5%.

- b. Jika menggunakan asam asetat 3%, asam cuka 25% diencerkan dengan air yaitu dengan perbandingan 1:7, yaitu
(1 bagian asam cuka dicampur 7 bagian air) contohnya: 10 ml asam cuka 25% dicampur dengan 70 ml air akan menghasilkan 80 ml asam asetat 3%.
- c. Campur asam asetat dengan baik.
- d. Buat asam asetat sesuai keperluan hari ini, asam asetat jangan disimpan untuk beberapa hari.

Prosedur Kerja :

- a. Melakukan pengecekan identitas dan *informed consent* pasien.
- b. Meminta pasien menanggalkan pakaiannya dari pinggang hingga lutut dan mengenakan kain yang telah disediakan.
- c. Menganjurkan pasien berbaring dengan dengkul ditekuk dan kaki melebar (posisi litotomi).
- d. Menutup dengan kain area pinggang hingga lutut pasien.
- e. Menggunakan sarung tangan.
- f. Mengambil air DTT dan membersihkan area genitalia eksterna.
- g. Memasukkan spekulum dan memperhatikan serviks hingga jelas terlihat.
- h. Membersihkan serviks dengan kapas lidi dari cairan, darah, dan sekret.
- i. Memeriksa serviks dengan langkah-langkah berikut :
 - 1) Kecurigaan kanker atau tidak
Apabila ya, pasien lahdirujuk, pemeriksaan IVA tidak dilanjutkan lagi. Melakukan biopsi apabila yang melakukan pemeriksaan adalah dokter ahli obstetri dan ginekologi.
 - 2) Apabila tidak dicurigai kanker, maka melakukan identifikasi pada Sambungan Skuamo Kolumnar (SSK). Apabila SSK tidak tampak, maka dilakukan pemeriksaan mata telanjang tanpa asam asetat, dan diberi kesimpulan sementara, misal hasil (-) namun SSK tidak tampak. Sehingga, pasien disarankan melakukan

pemeriksaan selanjutnya dengan lebih cepat atau melakukan pap smear maksimal 6 bulan kemudian.

- 3) Apabila SSK tampak, tahap selanjutnya adalah melakukan IVA dengan mengoleskan kapas lidi yang telah dicelup ke dalam asam asetat sebesar 3-5% pada seluruh permukaan serviks.
- 4) Menunggu hasil pemeriksaan IVA selama 1 menit, memperhatikan apakah ada bercak putih atau tidak. Apabila tidak, berarti IVA negatif, maka menjelaskan kepada pasien bahwa harus kembali untuk mengulangi pemeriksaan IVA. Apabila ada, berarti IVA positif, maka menentukan metode tata laksana yang akan dilakukan.
- j. Mengeluarkan spekulum
- k. Membuang kapas, sarung tangan, dan bahan sekali pakai lainnya pada tempat sampah, sedangkan untuk alat-alat yang digunakan kembali, maka lakukan perendaman dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.
- l. Menjelaskan hasil yang telah didapatkan kepada pasien, menjelaskan waktu untuk melakukan pemeriksaan lagi, serta rencana penatalaksanaan jika diperlukan.

Pelaksanaan Pap Smear (Kemenkes RI, 2015)

Alat dan Bahan :

Alat yang digunakan pasien :

1. Kapas dengan larutan *antiseptic*
2. Spatula ayre
3. Meja instrumen
4. Lampu sorot
5. *Cytobrush*
6. Ranjang ginekologi dengan penopang kaki
7. Spekulum cocor bebek (*Grave's speculum*)
8. Penjepit has
9. Spray atau wadah dengan etil alkohol 95%
10. Label nama

Alat yang digunakan pemeriksa :

1. Sarung tangan DTT
2. Apron dan baju periksa
3. Sabun dan air bersih
4. Handuk bersih dan kering

Prosedur Kerja :

1. Pemeriksa duduk di kursi yang telah disediakan.
2. Melakukan pemeriksaan pada daerah vulva dan perineum.
3. Mengambil spekulum dengan tangan kanan, masukkan ujung telunjuk kiri pada introitus (agar terbuka), memasukkan ujung spekulum dengan arah sejajar introitus (meyakinkan tidak ada bagian yang terjepit) lalu mendorong bilah ke dalam lumen vagina.
4. Apabila telah masuk setengah panjang bilah, maka putar speculum 90° sampai tangki ke arah bawah.
5. Mengatur bilah atas bawah dengan membuka kunci pengaturan bilah atas bawah (hingga masing-masing bila menyentuh dinding atas dan bawah vagina).
6. Menekan pengungkit bilah sehingga lumen vagina dan serviks tampak jelas. Setelah itu, memperhatikan dinding dan sekret vagina atau forniks, warna dan ukuran porsio.
7. Apabila sekret vagina banyak, maka bersihkan secara hati-hati dan perlahan agar pengambilan epitel tidak terganggu.
8. Sampel pertama kali dilakukan pada porsio. Sampel diambil dengan spatula ayre diputar 360° pada permukaan porsio.
9. Mengoleskan sampel di gelas objek.
10. Sampel endoserviks pada kanalis servikalis di ambil dengan menggunakan *cytobrush* lalu memutar 360° sebanyak satu atau dua putaran.
11. Mengoleskan sampel di gelas objek yang sama pada tempat berbeda dengan sampel yang pertama, upayakan untuk tidak tertumpuk.
12. Sebelum mengering, maka lakukan fiksasi terlebih dahulu. Apabila menggunakan spray usahakan menyemprot dari jarak 20-25 cm atau merendam pada wadah yang

- menggunakan etil alkohol 95% selama 15 menit, kemudian biarkan mengering lalu diberi label.
13. Apabila pemeriksaan telah selesai, maka lepaskan pengungkit dan pengaturan jarak bilah, keluarkan speculum.
 14. Meletakkan speculum pada tempat yang telah tersedia.
 15. Periksa berdiri lalu melakukan pemeriksaan bimanual untuk menentukan konsistensi porsio, keadaan parametrium, besar dan arah uterus.
 16. Mengangkat tangan kiri dari dinding perut, mengusap larutan antiseptik pada bekas sekret, vulva dan perineum.
 17. Memberitahukan pasien bahwa pemeriksaan telah selesai dan mempersilahkan pasien duduk.
 18. Merapikan alat
 19. Melakukan dekontaminasi sarung tangan.
 20. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

Pelaksanaan Terapi Nutrisi, Rehabilitasi Medik, dan Edukasi

1. Terapi Nutrisi

Pasien kanker serviks memerlukan terapi nutrisi yang lengkap karena berisiko mengalami malnutrisi dan kaheksi kanker. Penatalaksanaan dimulai dengan skrining gizi, dan jika hasilnya tidak normal, diagnosis dan terapi nutrisi menjadi penting. Tata laksana pemberian nutrisi umum seperti penentuan jalur pemberian nutrisi, farmakoterapi, aktivitas fisik, dan terapi nutrisi operatif. Pasien kanker serviks dengan gangguan saluran cerna akibat pembedahan, kemoterapi, atau radioterapi. Tata laksana nutrisi khusus seperti pelatihan gizi dan pemberian terapi medikamentosa yang berhubungan dengan masalah dan kondisi gizi pasien. Pasien disarankan memiliki berat badan ideal dan menerapkan pola makan sehat yang mengandung biji-bijian, buah, sayur, makanan rendah lemak, daging merah, dan lain-lain. Pasien juga disarankan melakukan aktivitas fisik secara teratur sesuai kemampuan dan menghindari gaya hidup yang kurang gerak (WHO, 2019).

2. Rehabilitasi Medik

Rehabilitasi medik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memperbaiki pengembalian kemampuan fungsi dan aktivitas sehari-hari secara efektif dan aman. Rehabilitasi medik dapat dilakukan pada tahapan penyakit dan disesuaikan dengan tujuan penanganan rehabilitasi yaitu, preventif, restorasi, suportif, dan paliatif (WHO, 2019).

3. Edukasi

Edukasi tentang nutrisi diberikan kepada pasien kanker serviks tentang jumlah nutrisi yang diperlukan, jenis nutrisi yang berbeda, dan cara pemberian nutrisi. Pasien diajarkan agar memiliki berat badan ideal dan menerapkan pola hidup sehat dan aktivitas fisik yang ideal. Pasien diberi edukasi agar lebih berhati-hati saat melakukan aktivitas atau mobilitas dengan menggunakan alat fiksasi eksternal sebagai alat bantu jalan dengan pembebanan bertahap pada kondisi metastasis pada tulang. Pasien juga dijelaskan tentang pengaturan pola hidup sehat dan kontrol rutin pasca pengobatan (WHO, 2019).

5.3.2 Pemeriksaan pada Kanker Payudara

Pemeriksaan SADARI atau Payudara Sendiri, SADANIS atau Pemeriksaan Payudara Klinis serta pemeriksaan mamografi menggunakan sinar-x dosis rendah untuk mendeteksi kanker payudara atau dilakukan sebelum adanya perubahan atau benjolan yang jelas. Penanganan kanker payudara yang tidak tepat dapat menyebabkan penyebaran kanker ke jaringan sekitar, seperti paru-paru, pleura, tulang, dan hati, melalui saluran limfa yang dikenal sebagai limfogen.

Pemeriksaan SADARI

Sebelum, selama, dan setelah pemeriksaan payudara, petugas harus memperhatikan perasaan pasien. Wanita mungkin malu atau tidak ingin diperiksa karena harus menunjukkan payudaranya. Pada awalnya, petugas kesehatan mungkin merasa tidak nyaman. Kepercayaan pasien dapat meningkat dengan sikap yang tenang dan perhatian.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan selama pemeriksaan adalah sebagai berikut :

1. Memeriksa kedua payudara dan puting untuk melihat apakah ada perubahan dalam bentuk dan ukuran, bintik-bintik pada kulit, dan keluarnya cairan dari puting.
2. Memeriksa kedua ketiak dan payudara untuk melihat apakah ada kista atau massa yang menebal dan berisi cairan (tumor).

Persiapan

Pada saat pemeriksaan payudara memerlukan persiapan seperti:

1. Memberi tahu pasien bahwa petugas akan memeriksanya. Hal ini menjadi saat yang tepat untuk menanyakan apakah pasien mengetahui adanya perubahan pada payudaranya dan apakah mereka telah melakukan pemeriksaan payudara sendiri secara teratur.
2. Memberitahu pasien bahwa petugas akan menjelaskan cara memeriksa payudara seseorang secara mandiri sebelum pasien membuka pakaian bagian atas dan memberitahu cara pemeriksaan yang dapat dilakukan sendiri oleh pasien.
3. Meminta agar pasien duduk di meja periksa dengan kedua lengan di sisi tubuhnya.

Inspeksi

1. Memperhatikan apakah bentuk, ukuran, puting, kerutan atau lekukan pada kulit berbeda. Ketidakberaturan atau perbedaan bentuk dan ukuran payudara dapat menunjukkan massa, meskipun beberapa perbedaan ini dianggap normal. Infeksi dapat menyebabkan pembengkakan, kehangatan, atau nyeri pada salah satu atau kedua payudara, terutama jika wanita tersebut sedang menyusui.
2. Memperhatikan ukuran, bentuk, dan arah jatuhnya puting susu. Mempertimbangkan apakah kedua payudara menggantung secara seimbang. Selain itu, memeriksa apakah keluar cairan dari puting dan apakah ada ruam atau nyeri pada kulit.

3. Menganjurkan pasien untuk mengangkat kedua tangan ke atas kepala, kemudian menekan kedua tangan di pinggang untuk mengencangkan otot dadanya. Memeriksa ukuran, bentuk, simetris, dan lekukan kulit payudara atau puting pada setiap posisi.

Palpasi

1. Meminta pasien berbaring di meja pemeriksaan
2. Untuk memudahkan pemeriksaan jaringan ikat payudara, letakkan bantal di bawah punggung sisi yang akan diperiksa.
3. Meletakkan kain bersih di atas perut pasien.
4. Meletakkan lengan kiri ke atas kepala dan memperhatikan payudara untuk melihat apakah sama dengan yang sebelah kanan atau apakah ada lipatan atau lekukan di dalamnya.
5. Melakukan palpasi payudara dengan permukaan tiga jari tengah dengan menggunakan teknik spiral. Memulai dengan bagian terluar payudara. Setelah menyelesaikan setiap putaran, menekan jaringan ikat payudara dengan kuat pada tulang rusuk. Memindahkan jari-jari secara bertahap menuju areola. Melanjutkan sampai semua komponen diperiksa. Memperhatikan adanya benjolan atau nyeri.
6. Menekan puting payudara dengan lembut menggunakan jari telunjuk dan jari pasien. Cairan keruh atau berdarah yang keluar dari puting harus dicatat dalam catatan pasien. Namun, cairan keruh dari salah satu atau kedua payudara dianggap normal sampai satu tahun setelah melahirkan atau berhenti menyusui. Hal ini jarang terjadi pada kasus kanker, infeksi, tumor, atau kista jinak.
7. Mengulangi langkah tersebut pada payudara sebelah kanan.
8. Menganjurkan pasien duduk dengan kedua tangan di sisi badannya jika ada keraguan pada tahapannya.
9. Menganjurkan pasien duduk dan mengangkat lengan kirinya setinggi bahu untuk mempalpasi pangkal payudara. Jika perlu, meminta agar pasien meletakkan tangannya di bahu petugas. Menekan sisi luar otot pektoralis dan menggerakkan jari-jari ke pangkal ketiak untuk melihat

- apakah ada kekenyalan atau pembesaran kelenjar bening tegah (*lymph nodes*). Sangat penting untuk melakukan palpasi pada pangkal payudara karena ini adalah lokasi yang paling sering ditemukan kanker.
10. Mengulangi prosedur ini untuk payudara sebelah kanan.
 11. Menjelaskan hasil kelainan, jika ada, dan tindakan yang diperlukan. Jika pemeriksaan sepenuhnya normal, katakan bahwa semua normal dan sehat, dan berikan waktu untuk kembali melakukannya (misalnya, setiap tahun atau jika pasien menemukan bahwa pemeriksaan payudaranya berubah). Minyak kelapa, minyak bayi, atau *lotion* dapat membantu pemeriksaan.
 12. Memberikan instruksi kepada pasien tentang cara melakukan pemeriksaan payudara secara mandiri.
 13. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan.

Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS)

Petugas medis yang memeriksa pasien harus memahami prosedur sensitif yang akan dilakukan. Untuk menghindari kesalahpahaman bagi pasien dan keluarganya, pasien diberitahu tentang prosedur apa yang akan dilakukan. Sebagai persiapan dan pelaksanaan yang baik untuk skrining tes ini, pasien dapat mengajak anggota keluarga terdekat mereka untuk mendampingi, dan perawat wanita dapat menjadi pendamping pemeriksaan.

Alat dan Bahan :

Baby oil/minyak zaitun

Tisu

Prosedur Kerja

Penilaian Pasien :

1. Menyambut pasien dengan sopan dan ramah
2. Memastikan bahwa pasien sudah memahami mengapa pemeriksaan SADANIS disarankan dan memastikan jika pasien tidak hamil atau menyusui lebih dari enam bulan.
3. Memastikan bahwa pasien telah memahami kemungkinan temuan, termasuk apa yang dihasilkan dan apa yang mungkin diperlukan untuk tindakan lanjut atau pengobatan.

Persiapan :

1. Mempersiapkan alat dan bahan.
2. Meminta pasien untuk melepaskan bra dan menggunakan kain yang telah disediakan.
3. Mencuci tangan.

Langkah-langkah :

1. Mengajarkan cara melakukan SADARI saat pemeriksaan.
2. Mmemperhatikan adanya perubahan pada payudara, seperti :
 - a) Puting atau kulit berlipat
 - b) Bentuk
 - c) Ukuran
 - d) Kulit cekung
3. Melakukan pemeriksaan apakah ada pembengkakan, suhu tubuh yang meningkat, atau rasa nyeri pada salah satu atau kedua payudara.
4. Melihat puting payudara dan memperhatikan ukuran, bentuk, dan arahnya untuk mengetahui apakah ada ruam, luka, atau cairan yang keluar dari putting payudara.
5. Menganjurkan pasien menaikkan kedua lengannya ke atas kepala untuk melihat kedua payudaranya. Memperhatikan apakah ada perbedaan. Memperhatikan pasien saat meletakkan kedua tangan di pinggangnya dan mengamati payudaranya.

Pemeriksaan Mammografi

1. Prosedur mammografi dijalankan oleh petugas khusus yang memiliki keahlian di bidang ini.
2. Pada hari pemeriksaan, pasien diminta untuk tidak memakai parfum, deodoran, atau bedak.
3. Pasien diminta untuk melepas pakaian hingga pinggang ke atas lalu memakai gaun khusus rumah sakit. Mayoritas petugas yang melakukan pemeriksaan adalah wanita.
4. Menganjurkan pasien berdiri di depan mesin sinar-x dengan telanjang dada. Plat plastik di mesin kemudian akan

- perlahan menekan payudara pasien hingga datar. Pasien mungkin merasa tidak nyaman saat payudara ditekan, tetapi proses ini singkat, hanya beberapa detik atau menit. Untuk mendapatkan hasil pencitraan se jelas mungkin dengan dosis radiasi yang paling rendah, maka diperlukan penekanan ini.
5. Untuk memastikan jaringan payudara yang cukup, pemeriksaan payudara dilakukan dalam berbagai posisi. Secara keseluruhan, proses berlangsung sekitar dua puluh hingga tiga puluh menit.
 6. Pemeriksaan mammografi sangat penting bagi wanita dengan latar belakang berikut:
 - a. Hamil pertama di atas usia 35 tahun.
 - b. Ada riwayat keluarga menderita kanker payudara.
 - c. Memiliki siklus haid yang panjang (artinya menstruasi di usia muda tapi menopause lambat).
 - d. Pernah menjalani terapi hormon dalam waktu yang lama.
 - e. Tidak pernah hamil.
 - f. Pernah menderita kanker ovarium atau endometrial
 - g. Pernah menerima radiasi untuk pengobatan keloid.

5.3.3 Pemeriksaan pada Infeksi Menular Seksual (IMS)

Untuk memastikan pengobatan segera dan menghindari penggunaan obat tanpa resep dokter, pemeriksaan medis dapat membantu mendeteksi infeksi menular seksual (IMS). Kemungkinan tertular berbagai penyakit, terutama masalah reproduksi, meningkat dengan frekuensi berganti pasangan. Infeksi menular seksual dapat menyebabkan HIV jika tidak diobati segera. Penyebaran virus HIV dapat melalui hubungan seksual, berbagai jarum suntik, produk darah dan organ tubuh, serta pasien hamil yang hasil tes HIV positif. Upaya untuk mencegah dan mengendalikan HIV-AIDS yaitu dengan menemukan kasus HIV, memastikan bahwa setiap orang yang terinfeksi HIV menerima pengobatan, dan menilai pengobatan. Kejadian infeksi menular seksual pada wanita lebih besar dibandingkan dengan laki-laki karena alat kelamin wanita

berhubungan langsung dengan area luar melalui liang senggama, saluran mulut rahim, rongga atau ruang rahim, dan saluran telur yang disebut *tuba fallopi*.
(Aisyaroh, 2016).

Pemeriksaan HIV

Sasaran Skrining HIV (Hapsari, 2021)

1. Pasien dengan Infeksi Menular Seksual.
2. Pengguna napza suntik atau menggunakan obat terlarang lainnya.
3. Ibu hamil direkomendasikan menjalani skrining HIV sebagai perawatan antenatal rutin. Hal ini dilakukan sebagai pencegahan penularan virus ibu ke bayi selama masa kehamilan, persalinan atau menyusui.
4. Transgender/waria.
5. Pasien TBC beresiko mengembangkan infeksi HIV dan kedua penyakit ini saling mempengaruhi. Infeksi HIV dapat memperburuk TBC menurunkan sistem kekebalan tubuh. Hal ini menyebabkan progresi penyakit lebih cepat dan meningkatkan resiko kematian.
6. Wanita Penjaja Seks (WPS).
7. Lelaki Seks lelaki (LSL).
8. Warga binaan pemasyarakatan.

Skrining HIV terbagi menjadi dua yaitu :

1. Skrining HIV Mandiri Langsung
Penapisan langsung dilakukan oleh pendamping yang sudah terlatih dalam menggunakan alat penapisan HIV mandiri, termasuk petugas di tempat kerja, petugas LSM, kader, dan pasangan tes indeks.
2. Skrining HIV Mandiri Daring
Penapisan secara daring melalui situs web yang dikelola oleh fasyankes swasta dan LSM.

Pelaksanaan Skrining HIV

Alat dan Bahan :

- a. Stetoskop
- b. Tensimeter
- c. Thermometer
- d. Alat pelindung diri

Prosedur Kerja :

1. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan.
2. Menggunakan alat pelindung diri.
3. Melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik pada pasien.
4. Menganjurkan pasien untuk konseling dengan konselor HIV.
5. Konselor merujuk pasien ke laboratorium untuk pemeriksaan darah HIV.
6. Petugas laboratorium membawa hasil pemeriksaan darah ke konselor.
7. Apabila pasien didiagnosis HIV, maka pasien dirujuk ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut.

Orang-orang yang menderita HIV harus mengetahui cara menjaga kesehatan mental agar mereka tetap optimis dan semangat dalam menjalani pengobatan. Berikut ini adalah beberapa panduan untuk merawat kesehatan mental (Yatim & Atmosukarto, 2022) :

1. Berpikir positif

Berpikir positif berarti menerima semua hal dalam hidup kita yang baik atau buruk dan mencoba melihatnya dengan cara berbeda, percaya bahwa pada akhirnya semua akan baik-baik saja.

2. Merawat diri

Ada beberapa cara untuk tetap sehat secara jasmani dan rohani, seperti mencari teman untuk berbicara dan curhat, mendapatkan dukungan sosial, berpikir positif, bersantai dan mensyukuri hidup, dan berpartisipasi dalam berbagai acara, seperti peringatan hari AIDS sedunia.

3. *Grounding*

Grounding menjelaskan agar kita lebih membumi, membuat kita bersyukur atas apa yang telah terjadi. Dalam latihan ini, disebut sebagai metode 5-4-3-2-1, memperhatikan lima hal yang kita lihat, empat hal yang kita sentuh atau raba, tiga hal yang kita dengar, empat hal yang kita cium, dan seterusnya. Kemudian, setiap hari, ganti urutan indera.

Indra peraba: menutup badan kita dengan kain atau selimut yang lembut. Memastikan kain dan selimut menyentuh kulit kita. Berjalan tanpa sepatu di rumput. Menyentuh cangkir minuman panas. Mengambil tangan teman atau keluarga Anda. Bersentuhan dengan pakaian. Mengetahui bagaimana rasanya kulit menyentuh pakaian kita merasa seperti angin bertiup di kulit Anda.

Indra penglihatan: Memperhatikan warna-warni di sekitar Anda. memperlihatkan foto-foto kenangan indah. Memperhatikan setiap detail dan perhatikan pohon dan tanaman yang digambarkan. Perhatikan angin yang menerobos daun.

Indra pendengaran: dengarkan bunyi-bunyian yang sebelumnya tidak kita sadari. Merasakan hembusan nafas kita. Ketika Anda mendengarkan lagu, perhatikan suara instrumen musik. Mendengarkan suara burung berkicau dan suara lain.

Indra pengecap: Kita dapat merasakan tekstur makanan dan minuman ketika menyentuh lidah kita, dan kita dapat merasakan setiap rasa yang berbeda.

Indra penciuman: mencium berbagai aroma di sekitar Anda.

4. Teknik Relaksasi (Menyantarkan Diri)

Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan termasuk yoga, mandi air hangat, bernyanyi, menulis buku harian, di rumah, berjalan-jalan pagi dan sore di sekitar rumah, melakukan pijatan, membaca novel, belajar keterampilan baru, mempelajari olahraga baru, bermain video game, menonton film-film baru, menelpon teman lama, mencari konten bermanfaat di media sosial, merawat tanaman, menata kamar, berbelanja, dan sebagainya.

5. Mengelola Hubungan Keluarga

Apabila HIV menyerang salah satu anggota keluarga, maka akan berdampak pada semua anggota keluarga lainnya. Mengajak keluarga mengikuti aktivitas yang terkait dengan HIV, seperti menonton penjelasan tentang HIV di media sosial, menghadiri seminar atau diskusi, menemani ke dokter, dan melakukan pemeriksaan rutin. Hal ini diharapkan keluarga akan memberikan dukungan yang lebih baik dan mereka lebih memahami kondisi HIV anggota keluarga mereka.

6. Menghadapi Rasa Kehilangan

Bertahan setelah kehilangan sesuatu adalah proses. Terdapat lima tahapan kehilangan, menurut ahli kedokteran jiwa: penyangkalan, amarah, depresi, tawar-menawar, dan penerimaan.

7. Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah jenis perawatan medis khusus yang digunakan untuk mengobati penyakit terminal seperti HIV/AIDS. Tujuan perawatan ini adalah untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengelola gejala dan efek samping pengobatan, meluangkan waktu untuk membantu menyesuaikan pilihan perawatan dan mendukung keluarga untuk tetap hidup dengan kualitas hidup yang baik.

8. Melibatkan Diri dalam Penanggulangan HIV

Orang dengan HIV harus berkonsultasi dengan dokter dan menerima perawatan kesehatan mental secara teratur untuk tetap konsisten dan semangat menjalani pengobatan. Bergabung komunitas peduli HIV yang memungkinkan mereka bertemu dengan sesama orang dengan HIV dan berbagi cerita dan pengalaman mereka.

Kesehatan reproduksi dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang maupun masyarakat pada umumnya. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dapat membantu orang menjalani kehidupan seksual secara tepat, yang diharapkan dapat mengurangi komplikasi selama kehamilan atau persalinan, serta

kesehatan anak yang baru dilahirkan. Dalam hal ini, pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, dan layanan kesehatan reproduksi sangat penting untuk membantu orang memahami perubahan yang terjadi dalam siklus kehidupan dan perawatannya. Ini juga membantu orang menjadi lebih sadar akan menjalani gaya hidup yang sehat dan bertanggung jawab, serta mengembangkan kesadaran untuk melakukan pemeriksaan rutin, konseling, memilih metode kontrasepsi, mengelola masalah kesehatan reproduksi, dan mendapatkan perawatan selama masa *antenatal care*, *intranatal care*, dan *postnatal care* (Dwi et al., 2023). Hasil penelitian menjelaskan bahwa upaya yang dapat dilakukan untuk mendeteksi masalah kesehatan reproduksi secara dini yaitu membentuk staf fasyankes untuk melacak kasus wanita yang berisiko mengalami penyakit reproduksi. Wanita harus melakukan pemeriksaan khusus atau rutin untuk mengidentifikasi masalah sistem reproduksi sejak dini (Majdawati, Brahmana & Inayati, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyaroh, N. (2016) 'Upaya Preventif Permasalahan Kesehatan Reproduksi Wanita Lapas', *Majalah Ilmiah Sultan Agung*, 49(123), pp. 71–84.
- Akbar, H. *et al.* (2021) *Teori Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Edited by H. Marlina. Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Candra, W. (2017) *Kesehatan Reproduksi dan keluarga Berencana*. 1st edn. Edited by S. Press. Jawa Timur: TIM STRADA PRESS.
- Dwi, D. *et al.* (2023) 'Penyuluhan dan Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi pada Wanita Usia Subur Di Gereja Toraja Jemaat Buntu Limbong Kecamatan Kesu' Tahun 2023', *Jurnal Pengabdian Kesehatan Promotif* [Preprint].
- Hapsari, R.B. (2021) *Skrining HIV Mandiri*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Hidayati, E. (2017) *Buku Ajar Kesehatan Wanita dan Perencanaan Keluarga*. 1st edn. Jakarta: Fakultas Kedokteran & Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Majdawati, A., Brahmana, I.B. and Inayati, I. (2021) 'Pengkaderan Kelompok Peduli Kesehatan Reproduksi Wanita Sebagai Upaya Deteksi Dini Penyakit Reproduksi', *Prosiding Seminar Nasional Program Pengabdian Masyarakat*, pp. 370–384. Available at: <https://doi.org/10.18196/ppm.22.454>.
- Oktafia, R. and Indriastuti, N.A. (2022) 'Gerakan Peduli Sehat Reproduksi Wanita (Gelis P-San) Sebagai Upaya Pemberdayaan Deteksi Dini Kesehatan Reproduksi Wanita di Wilayah Bantul Yogyakarta', *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 5(5), pp. 1443–1449. Available at: <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i5.5840>.
- Pratiwi, A. (2021) *Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi*. Palembang.

- Rokayah, Y., Inayanti, E. and Rusyanti, S. (2021) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana (KB)*. 1st edn. Edited by M. Nasrudin. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management (Penerbit NEM-Anggota IKAPI).
- Stellata, A.G. *et al.* (2023) *Kesehatan Wanita dan Perencanaan Keluarga*. 1st edn. Edited by Rosmawati. Bandung: Kaizen Media Publishing.
- WHO (2019) *Panduan Pelaksanaan Kanker Serviks*. 1st edn, *Angsamerah.com Klinik Kesehatan Pria dan Wanita*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: <http://blog.angsamerah.com/kanker-serviks/>.
- Yatim, D.I. & Atmosukarto, I.I. (2022) *HIV dan Kesehatan Mental*. 1st edn. Edited by D. Marguari *et al.* Jakarta Pusat: Spiritia. Available at: www.spiritia.or.id.

BAB 6

PSIKOLOGI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN

Oleh Abd. Rahman

6.1 Pendahuluan

Perempuan memiliki siklus hidup yang menarik, mulai dari pubertas sampai dengan lanjut usia. Pendekatan ini mungkin tampak komprehensif, namun pertumbuhan dan perkembangan perempuan sering kali berasal dari perspektif biomedis. Representasi ini mendekonstruksi tubuh perempuan menjadi bagian-bagian biologis dan proses fisiologis. Meskipun pendekatan seperti ini memungkinkan kuantifikasi pertumbuhan, dan hal ini juga memungkinkan untuk mengetahui aspek kualitatif kehidupan perempuan yang juga mempengaruhi pertumbuhan mereka.

Sebagai langkah pertama dalam mempertimbangkan perkembangan perempuan (perilaku kognitif, psikososial, dan fungsional), penting untuk diketahui bahwa model tradisional yang digunakan dikembangkan dari penelitian tentang laki-laki. Dalam psikoanalisis Erick Erikson (1950) yang memperluas teori perkembangan melampaui masa remaja untuk menawarkan teori besar tentang pembangunan manusia. Bab ini membahas pertumbuhan dan perkembangan perempuan yang dimulai dari masa remaja sampai dengan masa lanjut usia dengan melihat perkembangan biologis dan fisiologis, psikososial dan aplikasi klinis.

6.2 Masa Remaja

Masa remaja umumnya digambarkan secara biologis sebagai permulaan pubertas dan berlanjut delapan hingga 10 tahun setelah titik terjadinya pubertas (Murray & Zentner, 1997). Periode ini seringkali digambarkan sebagai tahun-tahun “badai” yaitu sebuah julukan mencerminkan stress yang terjadi di masa pubertas karena disertai perubahan tubuh. Namun, bagi sebagian besar remaja masa

transisi ini dapat berjalan lancar terlepas dari banyaknya perubahan fisik, perkembangan emosional, dan kognitif yang terjadi selama periode tersebut (Lewis & Bernstein, 1996).

Tahapan remaja umumnya dikategorikan ke dalam masa remaja awal dimulai pada usia 11-13 tahun, masa remaja pertengahan usia 14-17 tahun, dan masa remaja akhir usia 17-21 tahun (Lewis & Bernstein; Slap, 1986). Dalam konteks biologi dan fisiologi, penting untuk diingat bahwa dari sudut pandang layanan kesehatan aspek kualitatif harus diperhatikan dan dipertimbangkan. Misalnya, perasaan seorang remaja perempuan terhadap citra tubuh akibat perubahan berat badan (Leight, 2003).

6.2.1 Biologi dan Fisiologi

Perubahan fisik yang signifikan terjadi pada perempuan selama masa remaja. Tinggi badan dan berat badan orang dewasa biasanya dicapai pada periode ini, dan mungkin yang paling signifikan bagi remaja perempuan adalah perubahan yang terkait dengan perkembangan ciri-ciri seks sekunder. Rangkaian peristiwa tersebut menunjukkan pubertas wanita biasanya dimulai dengan lonjakan pertumbuhan yang terjadi di sekitar usia 11–12 tahun. Percepatan pertumbuhan ini diikuti oleh *thelarche* (perkembangan payudara), *adrenarche* (pertumbuhan rambut kemaluan akibat rangsangan androgen), dan *menarche* (Skillman-Hull, 2003). Puncak perkembangan biasanya terjadi sekitar dua tahun setelah payudara mulai membesar dan sekitar satu tahun sebelum menarche (Fritz & Speroff, 2011). Rata-rata percepatan pertumbuhan dimulai pada anak perempuan sekitar usia 10 tahun, mencapai tingkat maksimum pada usia 12 tahun, dan normal kembali sekitar usia 16 tahun (Basse, Sayer, & Cooper, 2002).

Anak perempuan mencapai pubertas lebih awal dibandingkan anak laki-laki. Masa pubertas dan permulaan menstruasi dikendalikan oleh sistem neuroendokrin (Lewis & Bernstein, 1996) dan faktor genetik, meskipun diyakini juga dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti kesehatan umum dan status gizi, ras, faktor geografis, jumlah paparan cahaya, dan faktor psikologis (Skillman-Hull, 2003). Anak perempuan yang menganggap dirinya “tepat waktu” untuk pubertas cenderung

memiliki citra diri yang lebih baik dan lebih cenderung memandang diri mereka menarik dibandingkan anak perempuan yang percaya bahwa dirinya mengalami pubertas dini atau terlambat (Woods, 1995). Meskipun perubahan pubertas memicu persepsi tentang pubertas, persepsi ini juga dibentuk oleh budaya yang lebih dominan. Pengamatan yang dilakukan Lee (1998) bahwa perempuan sering kali mengatakan pendapat dimana tubuh mereka menjadi masalah saat *menarche*, misalnya perempuan mungkin menyatakan bahwa payudara mereka terlalu besar atau terlalu kecil, dan pinggul mereka juga menjadi masalah karena lemak yang menumpuk.

Awal pubertas bergantung pada perubahan akumulasi jaringan adiposa dalam tubuh. Sebagai Akibatnya, peristiwa ini menandai dimulainya ketegangan antara perkembangan biologis dan konteks sosial di mana hal itu terjadi. Faktor budaya saat ini menuntut kesempurnaan, itulah yang menyebabkan banyak remaja putri menderita kecemasan berat tentang tubuh mereka. Tantangan yang ada bagi remaja putri bervariasi berdasarkan etnis, harga diri, lingkungan sosial, dan perbedaan antara perasaan remaja terhadap dirinya sendiri dan standar yang dirasakan masyarakat untuk kecantikan. Selain itu, banyak perubahan pada masa pubertas ditingkatkan dalam konteks sosial terhadap perkembangan seksual. Sebagai ciri-ciri perkembangan fisik dan seksual, banyak di kalangan perempuan muda ditantang oleh potensi ketidaksesuaian antara kedua perkembangan seksual yang mereka rasakan secara sosial dan tingkat kematangan serta perkembangan interpersonal. Dokter menjadi sumber informasi dan dukungan yang penting selama proses perkembangan tersebut terjadi.

6.2.2 Perkembangan Psikososial

Masa remaja, seperti dijelaskan sebelumnya, berfokus pada perubahan yang terkait dengan pubertas yang dikombinasikan dengan persiapan masa depan (Goldharber, 1986). Perkembangan tradisional merupakan tugas remaja dalam mengembangkan identitas dan otonomi sebelum masuk ke tahapan dewasa. Ada kecenderungan untuk mencoba berbagai peran ketika remaja bergaul dengan siapa yang diinginkannya dan bagaimana mereka

ingin hidup (Crain, 1980). Peran teman sebaya menjadi penting dalam proses ini, dan biasanya terjadi jarak dari orang tua dan orang dewasa lainnya. Di hampir semua budaya terdapat pengakuan bahwa kegagalan negosiasi dari tugas perkembangan masa remaja membatasi kemampuan individu untuk berfungsi secara produktif sebagai orang dewasa (Musick, 1993). Interaksi antara perilaku dan peran remaja dapat meningkatkan atau bahkan membingungkan identitasnya karena bergantung pada konteks sosial di mana hal itu terjadi. Melalui proses eksperimen, individu dapat mengembangkan nilai-nilai dan kepercayaan diri ketika mereka memformalkan atau berkomitmen terhadap identitas mereka sendiri. Inisiasi aktivitas seksual, kehamilan, melahirkan anak, dan mengasuh anak merupakan peran dan pengalaman berdasarkan gender yang pengaruhnya berbeda-beda terhadap siapapun individu remaja berdasarkan definisi sosial, budaya, dan sejarah yang dikaitkan dengan perilaku dan peran tersebut, serta persepsi teman sebaya dan keluarga terhadap kejadian tersebut.

Sebaliknya, perspektif feminis tentang perkembangan remaja perempuan menekankan hal tersebut pada hubungan perempuan muda dengan orang lain. Beberapa ahli berpendapat bahwa ciri pengembangan identitas yang sehat adalah pengembangan rasa keterhubungan dengan orang lain, dengan tugas utama adalah kemampuan untuk berpartisipasi dalam hubungan timbal balik di mana individu merasa aktif dan efektif, dan tidak tersesat dalam hubungannya (Kaplan et al., 1991). Model hubungan perkembangan diri remaja yang dikemukakan oleh Baker Miller dkk (1991) di *Wellesley College Stone Center* mendefinisikan perasaan diri seorang perempuan sebagai sesuatu yang baru muncul dari pengalaman dengan proses relasional yang dimulai pada masa bayi. Dari interaksi awal dengan pengasuh, teori hubungan diri menjelaskan bahwa perempuan disosialisasikan untuk semakin peduli terhadap perkembangan hubungan. Hal ini ditegaskan oleh Kaplan (1991) bahwa hubungan diri dimulai dari interaksi ibu dan anak yang paling awal, perasaan relasional tentang diri berkembang dari keterlibatan perempuan dalam hubungan yang semakin kompleks, yang ditandai dengan identifikasi timbal

balik, perhatian terhadap interaksi antara emosi satu dengan yang lain, dan kepedulian tentang proses dan aktivitas hubungan.

Anak perempuan biasanya berinteraksi dekat dengan ibu mereka, suatu hubungan yang berarti bagi anak perempuan, dibandingkan dengan anak laki-laki, lebih cenderung belajar dan menghargai pentingnya empati. Woods (1995) menunjukkan bahwa poin perkembangan ini dapat memperkuat rasa keterhubungan dan keberadaan anak perempuan secara emosional, yang pada gilirannya memberikan keuntungan bagi anak perempuan yang tumbuh dalam budaya mereka karena menambahkan berbagai aspek pengalamannya, termasuk emosionalitas, kerentanan, dan juga dapat mendorong pertumbuhan.

Tipe ini mempengaruhi pemikiran dan menjelaskan perilaku pengambilan risiko remaja. Strauss dan Clark menunjukkan bahwa remaja perempuan tersebut mungkin tidak dapat memahami urutan logis dari sebuah peristiwa-peristiwa, seperti kehamilan setelah tindakan hubungan seksual. Kematangan dalam berpikir tingkah laku adalah didukung oleh pengertian anggota keluarga, lingkungan emosional yang stabil, disiplin orang tua, dan pengalaman hidup yang positif.

6.2.3 Aplikasi Klinis

Sebagian besar perempuan sejak lahir disosialisasikan untuk memiliki orientasi yang tinggi terhadap orang lain, sehingga tidak mengherankan jika perilaku dan kondisi berisiko, seperti depresi atau aktivitas seksual dini, lebih banyak terjadi, kemungkinan besar dipengaruhi oleh sifat pengalaman relasional remaja perempuan dengan orang lain yang signifikan termasuk keluarga dan teman sebaya (Baker Miller, 1991). Padahal, masalah kesehatan utama remaja adalah berkaitan dengan perilaku pengambilan risiko. Berbeda dengan laki-laki, perilaku remaja perempuan ini lebih sering dipengaruhi oleh keinginan untuk mempertahankan hubungan yang serius dibandingkan keinginan untuk mengambil perilaku orang dewasa. Dampaknya kemungkinan besar terjadi morbiditas termasuk kehamilan, infeksi menular seksual, mengasingkan diri, dan bahkan bunuh diri (Lee, 1998).

Sherwin (1998) menyarankan penggunaan pendekatan relasional ketika memberikan informasi kepada remaja perempuan tentang layanan kesehatan. Pendekatan ini mempertimbangkan keseluruhan hubungan antarmanusia yang mempengaruhi cara remaja perempuan mendefinisikan kesehatan mereka. Misalnya, "Katakan padaku tentang teman-temanmu atau dengan siapa kamu bergaul?" dan "Bagaimana kamu mendeskripsikan hubungan dirimu dengan temanmu?" kedua pertanyaan tersebut dapat diajukan kepada remaja selama kunjungan ke layanan kesehatan untuk menilai siapa yang mempengaruhi remaja tersebut dan bagaimana dia memandang dirinya sendiri serta hubungan dengan orang lain. Tujuannya bukan untuk mengisolasi perilaku dari konteks relasional bagaimana hal itu terjadi, namun lebih kepada mengakui implikasi perilaku terhadap kesehatan. Hal ini memungkinkan pendekatan yang lebih afektif terhadap pengurangan risiko karena perilaku tersebut ditangani bersamaan dengan konteks di mana hal itu terjadi. Model relasional ini dapat diperluas seiring dengan kemajuan kebutuhan perempuan dalam perawatan kesehatannya sepanjang rentang hidup.

6.3 Masa dewasa muda

Masa dewasa muda secara umum diterima sebagai rentang waktu dari masa remaja akhir (usia 18 tahun) hingga awal tahun perimenopause (usia 35-50). Periode ini sering disebut sebagai "tahun-tahun reproduksi," yang mencerminkan penilaian masyarakat terhadap perempuan terutama karena kapasitas reproduksi mereka (Olshansky, 1996). Pelayanan kesehatan pada masa dewasa muda secara tradisional berfokus pada promosi dan pemeliharaan kesehatan, dengan penekanan utama pada kapasitas reproduksi.

6.3.1 Biologi dan Fisiologi

Usia antara 18 dan 35 tahun secara biomedis dianggap optimal untuk reproduksi. Umumnya, sebagian besar wanita mengalami siklus menstruasi teratur yang bersifat ovulasi. Pada masa ini peluang besar untuk hamil jika terjadi hubungan seksual tanpa pengaman. Perubahan biologis menyertai kehamilan dan

memengaruhi peran sebagai ibu dan juga penuaan mempunyai pengaruh psikologis berdampak pada budaya yang berorientasi pada remaja (Blakenship, 2003). Kontrasepsi merupakan hal yang penting untuk pertimbangan kesehatan pasangan usia subur. Kesehatan fisik pada masa dewasa muda ditingkatkan dengan konsumsi makanan yang cukup, olahraga, dan pemantauan kesejahteraan secara keseluruhan. Kebutuhan akan promosi dan pemeliharaan kesehatan ini paling baik dipenuhi ketika seorang perempuan hidup dalam konteks sosial yang kondusif bagi kesehatannya (Olshansky, 1996).

Kesehatan yang optimal lebih mudah dicapai ketika seorang wanita tidak perlu melakukan hal tersebut menghadapi rasisme, seksisme, atau klasisme, namun malah memiliki akses terhadap layanan kesehatan berkualitas, stabilitas ekonomi, dan sumber daya lainnya. Namun kenyataannya, sebagian besar perempuan memiliki kehidupan seperti itu dengan menggabungkan berbagai tuntutan terkait dengan pekerjaan, ekonomi, melahirkan anak, dan mengasuh anak.

Perubahan peran perempuan khususnya transisi dari ibu rumah tangga tradisional menjadi ibu rumah tangga bekerja di luar rumah cenderung merugikan kesehatan mereka. Hal ini mungkin terjadi karena perempuan bekerja di luar rumah tetap memiliki tanggung jawab yang signifikan di dalam rumah. Menyeimbangkan tuntutan-tuntutan kebutuhan lain dalam keluarga dapat meningkatkan stres pada mayoritas perempuan (Condon, 2004). Ketika stres meningkat, banyak perempuan mengatasinya dengan mengembangkan perilaku tidak sehat seperti merokok, kurang olahraga, dan gizi buruk. Akibatnya, risiko kesehatan perempuan untuk beberapa penyakit sekarang mirip dengan penyakit pria. Misalnya, penyakit jantung yang kini menjadi penyakit pembunuh nomor satu perempuan di Amerika Serikat, padahal dua dekade lalu pembunuh utama penyebab penyakit dan risiko kesehatan bagi perempuan adalah terkait dengan reproduksi. Masalah kesehatan yang sering terjadi pada tahap kehidupan ini antara lain penyakit jantung, radang sendi, cedera akibat pekerjaan dan penyakit seperti kanker, infeksi (menular secara seksual dan lainnya), dan gangguan reproduksi (Olshansky, 1996).

6.3.2 Perkembangan psikososial

Model Erikson (1968) mengidentifikasi dua krisis yang terjadi pada masa dewasa awal. Yang pertama adalah pengembangan keintiman versus isolasi merupakan proses memasuki kemitraan hidup dengan individu lain. Pada fase perkembangan inilah asumsi gender muncul tentang perilaku menjadi lebih umum didefinisikan. Seperti disebutkan sebelumnya, perempuan diasumsikan membutuhkan keintiman sebagai prasyarat selesainya perkembangan identitasnya, sedangkan laki-laki dapat masuk ke fase ini tanpa perkembangan sebelumnya, terkait kemampuan mereka berpartisipasi dalam hubungan.

Selama masa dewasa muda, perkembangan psikososial perempuan mungkin melibatkan berbagai faktor seperti menerima tanggung jawab (mengasuh anak, merawat orang lain), menciptakan karir, membentuk hubungan yang langgeng, merawat orang tua yang lanjut usia. Meskipun semua faktor ini mempengaruhi perkembangan psikososial perempuan, faktor-faktor tersebut tidak dapat dipahami sebagai faktor umum yang berlaku untuk semua perempuan, dan juga tidak boleh dipahami dan masing-masing dinilai secara terpisah. Sebaliknya, hubungan masing-masing perempuan dengan faktor-faktor ini dengan dirinya sendiri dan orang lain, sebagai proses sosial kehidupannya, dan pengalaman hidupnya yang dapat memberikan wawasan tentang hal tersebut terhadap tingkat perkembangan psikososialnya.

6.3.3 Aplikasi klinis

Seorang perempuan melewati banyak masa transisi dari usia 18 hingga 35 tahun. Bagi wanita yang memiliki kehamilan berisiko, keputusan kontrasepsi adalah hal yang sangat penting dan menerima informasi dan pendidikan tentang pilihan kontrasepsi. Keputusan terkait dengan melahirkan anak atau tidak juga merupakan hal yang menonjol dan merupakan bagian dari sebagian besar layanan kesehatan yang biasanya diterima perempuan pada fase kehidupan mereka. Penyalahgunaan zat, kekerasan pasangan intim, dan stres yang berkaitan dengan kehidupannya atau orang-orang yang disayangi dapat memberikan dampak negatif terhadap kondisi kesehatan seorang perempuan. Penyakit kejiwaan yang

terjadi termasuk gangguan bipolar, skizofrenia, dan psikosis, yang mungkin saja berhubungan atau tidak dengan melahirkan anak. Meskipun sebagian besar perempuan dewasa muda adalah orang-orang yang sehat, terbukti bahwa ada banyak peluang bagi kejadian-kejadian dalam hidup yang berdampak negatif terhadap kesehatan mereka. Promosi dan pemeliharaan kesehatan selama periode ini sangat penting untuk memastikan kesehatan yang optimal di tahun-tahun terakhir kehidupannya.

6.4 Paruh baya

Usia paruh baya bagi perempuan mencakup tahun-tahun perimenopause (usia 35-50) hingga menopause (usia 50-65) (Davis & Huber, 2004). Paruh baya sebenarnya lebih merupakan transisi dari sebuah fase siklus hidup manusia, dan pada masa ini banyak perempuan menyadari bahwa hidup mereka sedang berubah dan tidak dapat ditarik kembali. Beberapa perempuan akan mengejar tujuan dan impian mereka dan ada juga yang mungkin menunda-nunda ketika menghadapi tuntutan hidup yang lebih besar yang dihadapi di masa muda dan masa dewasa. Jika mereka mengasuh anak pada masa dewasa awal, maka akan bertransisi ke masa dewasa lainnya dalam aspek kehidupan yang mungkin dipicu oleh anak-anak mereka yang meninggalkan rumah serta ebagian yang lain terjadi pada proses pengasuhan anak.

6.4.1 Biologi dan Fisiologi

Perimenopause dan menopause merupakan penanda biologis sebagai transisi dari dewasa muda ke dewasa paruh baya, bukan suatu sindrom atau penyakit, melainkan menunjukkan kematangan alami sistem reproduksi. Selama tahun-tahun perimenopause, perempuan mungkin mengalami perubahan fisik terkait dengan penurunan kadar estrogen, seperti gejala *vasomotor* berupa *hot flashes* dan *flushes*. Perubahan lain yang terkait dengan penuaan termasuk penurunan ukuran alat kelamin, perubahan struktur payudara, dan penurunan elastisitas kulit.

Meskipun selama bertahun-tahun diyakini lebih banyak diderita oleh wanita paruh baya, perubahan suasana hati yang disebabkan oleh kekurangan estrogen selama masa hidup tersebut.

Penelitian yang lebih baru menunjukkan bahwa faktor psikososial memiliki pengaruh yang jauh lebih besar terhadap suasana hati perempuan paruh baya dibandingkan transisi fisiologis menopause. Faktanya, perubahan mood dilaporkan oleh perempuan yang mengalami menopause dapat disebabkan oleh berbagai faktor termasuk perubahan hormonal, proses penuaan normal, transisi psikologis, serta keyakinan dan ekspektasi budaya (Fogel & Woods, 1995).

6.4.2 Perkembangan Psikososial

Paruh baya adalah periode perkembangan yang dinamis dimana banyak perubahan kompleks terjadi (Fogel & Woods, 1995). Perempuan pada masa ini sering kali mengalami ledakan energi baru disebut semangat menopause. Kondisi ini terjadi dimana perempuan mengejar minat baru, memperoleh keterampilan baru, dan menikmati lebih banyak waktu bersama teman dan keluarga (Davis & Huber, 2004). Sebaliknya, Gilligan (1982) berpendapat bahwa usia paruh baya bisa saja menjadi saat yang penuh risiko bagi perempuan, justru karena keterikatan mereka dalam hubungan, orientasi terhadap saling ketergantungan, kemampuan untuk menempatkan prestasi di bawah perhatian, dan konflik mengenai hal-hal lain termasuk kesuksesan yang didapat secara kompetitif. Perempuan menghadapi usia paruh baya dengan memahami pengalaman mereka berdasarkan hubungan.

6.4.3 Aplikasi Klinis

Mitos yang umum adalah bahwa perempuan kehilangan minat terhadap seks ketika mereka mencapai usia paruh baya. Meskipun penuaan menurunkan pelumasan vagina, penggunaan pelumas vagina membantu kenyamanan hubungan intim. Wanita yang melakukan hubungan seksual dengan pria dan berada pada masa perimenopause harus diberikan informasi tentang kontrasepsi jika mereka ingin menghindari kehamilan.

Beberapa wanita mengalami perubahan dalam memori dan kognisi saat mereka memasuki usia paruh baya. Meskipun beberapa penelitian menunjukkan penurunan estrogen sebagai kemungkinan penyebabnya (Phillips & Sherwin, 1992). Ageisme dan bias karena

usia adalah hal biasa di masyarakat Barat. Ini penting untuk memberikan perawatan suportif sepanjang masa hidup seorang perempuan dan tidak mengasumsikan kesehatan mereka sebagai kekhawatiran terkait dengan usianya.

6.5 Masa Lanjut Usia

Istilah perempuan lanjut usia mengacu pada perempuan yang telah menyelesaikan masa menopause. Banyak perempuan hidup dalam kemiskinan dan mempunyai masalah kesehatan karena mereka tidak lagi mendapat sistem dukungan (Davis & Huber). Permasalahan layanan kesehatan yang berkaitan dengan penuaan merupakan permasalahan perempuan, karena jumlah perempuan yang lebih tua jauh lebih banyak dibandingkan laki-laki yang lebih tua (Davis & Huber).

6.5.1 Biologi dan Fisiologi

Perubahan penuaan disebabkan oleh penurunan atau hilangnya fungsi pada tingkat sel atau jaringan, berkurangnya kapasitas suatu organ atau sistem, dan berkurangnya kemampuan tubuh (Pfister & Dougherty, 1996). Banyak teori tentang penyebab penuaan termasuk faktor biologis dan fisiologis sebagai dampak penuaan, namun penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menghasilkan temuan yang pasti. Secara khusus, perbedaan terkait gender memerlukan studi lebih lanjut. Hilangnya massa otot, berkurangnya fungsi kekebalan tubuh, peningkatan masalah kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan hipertensi), serta osteoporosis dan pengeroposan tulang adalah penyebab utama penyakit ini, semua diamati pada usia lanjut (Dimond, 1995).

6.5.2 Perkembangan Psikososial

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang lebih tua sering kali menjadi pengasuh pasangan prianya yang sakit, dan banyak yang akhirnya hidup sendiri (karena mereka hidup lebih lama dari pasangan prianya), namun mereka tetap melanjutkan hidup untuk menjaga keterhubungan dengan anggota keluarga lainnya. Kemampuan kognitif melibatkan berbagai kapasitas termasuk motivasi, memori jangka pendek dan jangka panjang,

kecerdasan, pembelajaran dan retensi, dan banyak faktor yang memfasilitasi atau menghambat fungsi kognitif. Tidak secara pasti mengaitkan perubahan fungsi kognitif dengan penuaan karena hanya sedikit penelitian yang melakukan pengukuran berulang dari waktu ke waktu dengan subjek yang sama. Teori-teori menunjukkan bahwa seiring bertambahnya usia, perempuan mulai melepaskan diri dari masyarakat, dan itulah yang terjadi sehingga perlu melakukan penyesuaian berdasarkan pola, kesukaan, dan ketidaksukaan dalam hidupnya.

6.5.3 Aplikasi Klinis

Masalah kesehatan pada perempuan lanjut usia merupakan hal yang penting. Perempuan lanjut usia umumnya dianggap lemah dan kelompok rentan yang menghabiskan banyak waktu, ruang, dan biaya perawatan kesehatan (Pfister & Dougherty, 1996). Ageisme yaitu, stereotip dan diskriminasi terhadap seseorang berdasarkan usia bahkan lebih umum terjadi pada tahap kehidupan tersebut. Perempuan lanjut usia tidak boleh membantah hanya dengan ageisme, tetapi juga dengan seksisme. remaja dan kecantikan sangat dihargai di Amerika Amerika, meskipun laki-laki yang lebih tua mungkin dianggap menarik, wanita yang lebih tua sering kali dipaksa untuk melakukannya untuk menangkal penuaan (Pfister & Dougherty). Pohl dan Boyd (1993) mengemukakan bahwa area utama di mana dokter mungkin mulai menghubungkan teori feminis dengan perempuan lanjut usia dalam kebijakan kesehatan dan ketidakadilan yang melekat pada diri mereka. Untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pada perempuan yang lebih tua, dokter harus memberi mereka informasi yang memadai tentang status kesehatan, risiko, dan cara meningkatkan kesehatan melalui pola makan dan olah raga yang sesuai dengan usia dan kemampuan.

6.6 Kesimpulan

Bab ini memberikan gambaran pertumbuhan dan perkembangan dalam tahap linier perempuan mulai dari masa remaja hingga lanjut usia dengan menggunakan pendekatan aspek biologis dan fisiologis, psikososial dan aplikasi klinis. Berbagai siklus

kehidupan yang dilalui serta permasalahan yang terjadi menyertai proses perkembangan perempuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Baker Miller, J. (1991). The development of women's sense of self. In J. Jordan, A. Kaplan, J. Miller, I. Stiver, & J. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 11–34). New York: Guilford Press
- Bassey, J., Sayer, A., & Cooper, C. (2002). A life course approach to musculoskeletal aging: Muscle strength, osteoporosis, and osteoarthritis. In D. Kuh & R. Hardy (Eds.), *A life course approach to women's health* (pp. 141–160). Oxford, UK: University Press
- Blakenship, V. (2003). Psychosocial development of women. In E. Breslin & V. Lucas (Eds.), *Women's health nursing: Toward evidence-based practice* (pp. 133–169). St. Louis, MO: Saunders
- Condon, M. (Ed.). (2004). *Women's health*. New Jersey: Pearson Education.
- Davis, R., & Huber, K. (2004). Class, ethnicity, age, physical status, and sexual orientation: Implications for health and healthcare. In M. Condon (Ed.), *Women's health* (pp. 21–40). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Dimond, M. (1995). Older women's health. In C. Fogel & N. Woods (Eds.), *Women's health care* (pp. 101–110). London: Sage
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton
- Fogel, C., & Woods, N. (1995). Midlife women's health. In N. Fogel (Ed.), *Women's health* (pp. 79–100). London: Sage
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Goldharber, D. (1986). *Lifespan and human development*. New York: Harcourt Brace Jovanovich Crain,
- Kaplan, A., Gleason, N., & Klein, R. (1991). Women's self-development in late adolescence. In J. Jordan, A. Kaplan, J. Miller, I. Stiver, & J. Surrey (Eds.), *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center* (pp. 122–140).

New York: Guilford Press

- Lee, J. (1998). Menarche and the (hetero) sexualization of the female body. In R. Weitz (Ed.), *The politics of women's bodies. Sexuality, appearance and behavior* (pp. 82–99). New York: Oxford University Press
- Leight, S. (2003). Health history. In E. Breslin & V. Lucas (Eds.), *Women's health nursing: Toward evidencebased practice* (pp. 251–274). Baltimore: Saunders
- Lewis, J., & Bernstein, J. (1996). *Women's health*. Boston: Jones and Bartlett
- Murray, R., & Zentner, J. (1997). *Nursing assessment and health promotion* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- Musick, J. (1993). *Young, poor and pregnant: The psychology of teenage motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Olshansky, E. (1996). The reproductive years. In J. Lewis & J. Bernstein (Eds.), *Women's health* (pp. 105–143). Boston: Jones and Bartlett
- Pfister, S., & Dougherty, M. (1996). Growing older. In J. Lewis & J. Bernstein (Eds.), *Women's health: A relational perspective across the life cycle* (pp. 192–236). Boston: Jones and Bartlett
- Phillips, S., & Sherwin, B. (1992). Effects of estrogen on memory function in surgically menopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 17, 485–495
- Pohl, J., & Boyd, C. (1993). Ageism within feminism. *Image*, 25, 200–203
- Sherwin, S. (1998). A relational approach to autonomy in health care. In S. Sherwin, F. Baylis, M. Bell, M. DeKonick, J. Downie, & A. Lippmann (Eds.), *The politics of women's health: Exploring agency and autonomy* (pp. 19–47). Philadelphia: Temple University
- Skillman-Hull, L. (2003). Adolescent women's health care. In E. Breslin & V. Lucas (Eds.), *Women's health nursing: Toward evidence-based practice* (pp. 432– 552). Baltimore: Saunders.
- Slap, G. (1986). Normal physiological and psychological growth in the adolescent. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 13S–23S

- Strauss, S., & Clark, B. (1996). Adolescence. In J. Lewis & J. Bernstein (Eds.), *Women's health: A relational perspective across the lifespan* (pp. 65–106). Boston: Jones and Bartlett
- Woods, N. (1995). Young women's health. In C. Fogel & N. Woods (Eds.), *Women's health care* (pp. 61–78). London: Sage.

BAB 7

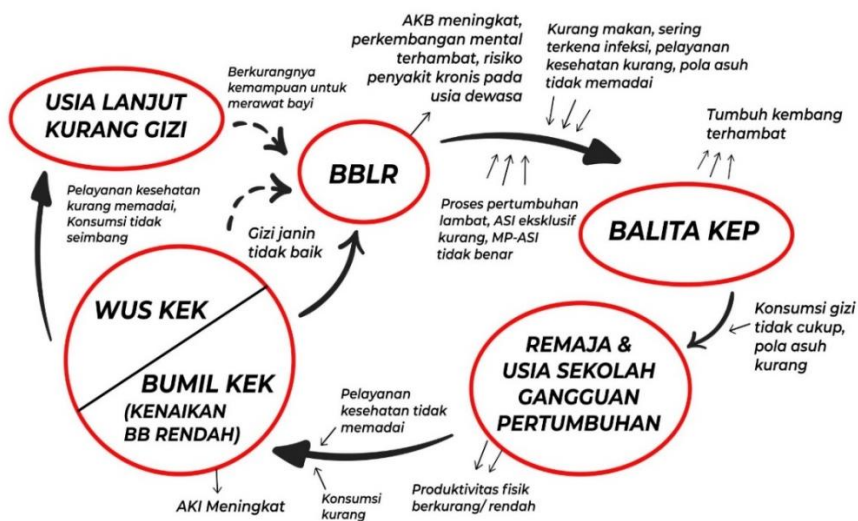
GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN

Oleh Didien Ika Setyarini

7.1 Pendahuluan

Siklus kehidupan manusia berkaitan erat dengan proses tumbuh kembang yang dimulai dari proses pembuahan (fertilisasi) yang berlanjut pada masa bayi dan anak-anak, remaja, dewasa hingga lansia. Pertumbuhan merupakan suatu proses bertambahnya jumlah dan ukuran sel dalam tubuh manusia sedangkan perkembangan berarti peningkatan fungsi sel, jaringan, dan organ tubuh dalam bentuk yang kompleks (Almatsier, 2011). Proses pertumbuhan dan perkembangan ini terjadi secara bersamaan dan menjadi satu kesatuan pada setiap tahapan dalam siklus kehidupan manusia.

Zat gizi memiliki peran yang sangat penting dalam proses pertumbuhan dan perkembangan di setiap tahapan dalam siklus kehidupan. Apabila terjadi kondisi malnutrisi di satu tahapan dalam siklus kehidupan, hal ini akan berdampak pada tahapan kehidupan selanjutnya. Sebagai contoh, berbagai penelitian ilmiah menunjukkan bahwa kondisi anemia dan kurang energi kronik (KEK) pada ibu hamil merupakan salah satu faktor risiko kejadian bayi lahir dengan berat badan rendah (kurang dari 2,500 gram) serta kejadian *stunting* dan *underweight* pada anak usia dua tahun (Figueiredo, et al, 2019). Apabila balita dengan kondisi *stunting* dan atau *underweight* tersebut tidak mendapatkan penanganan yang tepat, maka akan berdampak pada kondisi gizi dan kesehatan mendatang yakni pada masa anak-anak, remaja, dewasa dan lansia. Hal ini secara umum digambarkan pada Gambar 7.1. (Brown et al, 2017)



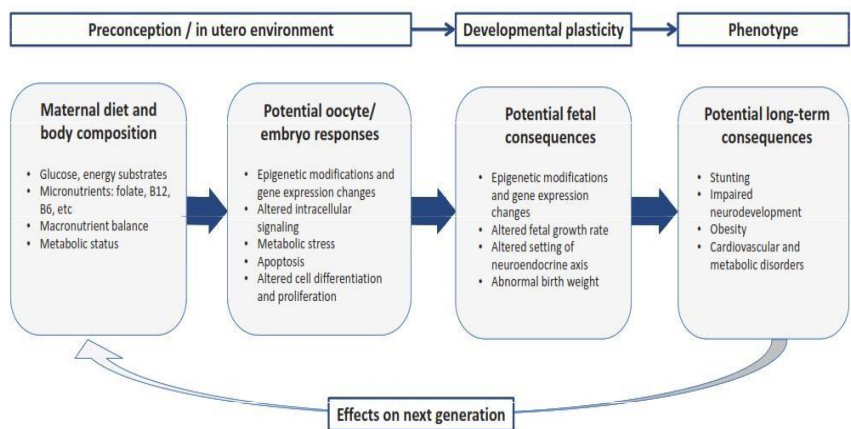
Gambar 7.1. Keterkaitan Masalah Gizi dalam Siklus Kehidupan
(Sumber: Rajagopalan, S., 2003 dalam Pritasari et al., 2017)

7.2 Masa Pra-Konsepsi

7.2.1 Gizi Pra-Konsepsi

Proses kehamilan yang sukses dimulai sejak masa prakonsepsi. Nutrisi yang berkualitas menjadi pondasi penting bagi kesehatan yang optimal. Menjaga asupan gizi yang cukup pada seorang ibu merupakan tantangan yang signifikan dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat. Hal ini tidak hanya mempengaruhi kesejahteraan wanita itu sendiri, tetapi juga berdampak pada kesehatan generasi yang akan datang. Kekurangan gizi pada remaja perempuan dan wanita muda dapat berpotensi merugikan kesehatan reproduksi dan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan yang selanjutnya dapat membahayakan nyawa ibu dan anak. Oleh karena itu, penting untuk memperbaiki pola makan dan memberikan pendidikan tentang kebiasaan makan yang sehat, terutama pada kelompok remaja dan wanita muda. Melalui tindakan ini diharapkan dapat meningkatkan kesehatan sebelum kehamilan terjadi, mengurangi risiko pertumbuhan yang terhambat, obesitas, dan penyakit degeneratif, bahkan kelainan jiwa. Pemenuhan gizi yang optimal, lingkungan pertumbuhan yang kondusif pada masa janin dan bayi, serta

imunisasi selama periode ini akan memberikan kesempatan hidup lebih lama, lebih sehat, lebih produktif dengan kualitas yang lebih baik serta risiko lebih rendah terhadap penyakit kronis dan degeneratif. Selain itu, juga diharapkan dapat mencegah berbagai kondisi atopik seperti asma, penyakit tulang dan sendi, serta berbagai masalah kesehatan mental dan perkembangan kognitif. Langkah- langkah ini akan membawa dampak positif pada perilaku dan kesejahteraan di masa depan seperti terlihat pada gambar 7.2. di bawah ini (Hanson et al., 2015):



Gambar 7.2. Efek Nutrisi Prakonsepsi terhadap Generasi Berikutnya

Dalam periode prakonsepsi, kekurangan gizi dapat memiliki konsekuensi serius terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak serta daya tahan tubuh, yang pada akhirnya meningkatkan risiko penyakit dan kematian. Periode ini memainkan peran krusial dalam menentukan keberhasilan kehamilan yang sehat dan kualitas bayi yang dilahirkan. Kesehatan bayi yang lahir dipengaruhi oleh kondisi gizi pada periode prakonsepsi. Seorang ibu dengan status gizi yang baik memiliki peluang yang lebih tinggi untuk mencapai fungsi optimal pada alat-alat reproduksinya. Hal ini termasuk proses pematangan telur yang tepat waktu, produksi sel telur dengan kualitas yang baik, dan pembuahan yang optimal. Dalam konteks ini, gizi

prakonsepsi menjadi fokus penting. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang diperlukan dalam persiapan kehamilan melibatkan semua jenis vitamin, mineral, dan makronutrien yang menghasilkan energi. Dalam bab ini, akan dibahas secara rinci mengenai pentingnya pemenuhan zat gizi yang diperlukan seiring dengan implikasinya terhadap kehamilan yang sukses dan perkembangan bayi yang sehat (Doloksaribu and Simatupang, 2019; Sri Sumarmi, 2019).

Wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang telah mencapai kematangan organ reproduksi dengan rentang usia antara 20 hingga 45 tahun. Definisi menurut BKKBN (2011), WUS meliputi wanita dalam rentang usia 15 hingga 49 tahun, baik yang telah menikah, belum menikah, atau janda. Puncak masa subur biasanya terjadi pada usia 20 hingga 29 tahun, dengan peluang hamil sekitar 95%, namun peluang tersebut kemudian menurun menjadi sekitar 90% pada usia 30-an dan terus berkurang hingga mencapai 40% pada usia 40 tahun ke atas (Sianturi et al., 2019).

Fase prakonsepsi merupakan periode di mana kesuburan dan fungsi organ reproduksi mencapai puncaknya. Asupan zat gizi yang memadai selama masa prakonsepsi memiliki peran penting dalam mempersiapkan generasi yang sehat dan sejahtera. Calon ibu yang termasuk dalam kategori WUS pada masa prakonsepsi memerlukan perhatian khusus terhadap kebutuhan gizi mereka. Masa prakonsepsi merupakan waktu terbaik sebelum memasuki pernikahan dan mempersiapkan periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang meliputi 270 hari (9 bulan) kehamilan dan 730 hari (2 tahun) pertama kehidupan bayi setelah lahir. Pemenuhan gizi selama periode 1000 HPK menjadi sangat penting, sehingga masa prakonsepsi menjadi masa persiapan utama untuk mencegah masalah gizi di masa depan dan dampaknya terhadap generasi berikutnya (Sri Sumarmi, 2019).

7.2.2 Kebutuhan Gizi Prakonsepsi

1. Karbohidrat

Salah satu komponen penting dalam gizi seimbang adalah karbohidrat. Karbohidrat merupakan sumber utama energi bagi tubuh dan seharusnya menyumbang 50-60% dari total kebutuhan energi harian. Selama masa prakonsepsi, wanita usia subur disarankan untuk mengonsumsi sekitar 130 gram karbohidrat per hari. Karbohidrat bukan hanya berperan sebagai sumber energi utama, tetapi juga penting bagi fungsi organ dan otot dalam tubuh. Dalam prakonsepsi, disarankan untuk mengonsumsi karbohidrat kompleks seperti nasi, jagung, sereal, dan umbi-umbian, 66erran mengurangi asupan karbohidrat sederhana seperti gula, sirup, makanan manis, dan minuman yang mengandung gula tinggi (Hanson et al., 2015; Hardinsyah dan Supariasa, 2021; Mutiah, 2022).

2. Protein

Protein juga memiliki peran penting dalam masa prakonsepsi karena berfungsi dalam pembentukan struktur dan komponen fungsional sel tubuh. Setiap gram protein menghasilkan energi sebanyak 4 kalori. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) merekomendasikan asupan protein sebanyak 60 gram per hari sebelum kehamilan. Sumber protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti telur, daging, ikan, kerang, tempe, dan tahu, karena memiliki komposisi asam amino esensial yang lebih baik daripada protein nabati baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Kekurangan protein secara signifikan dapat menghambat perkembangan hormon endokrin. Jika kekurangan protein berlangsung dalam jangka waktu yang lama, dapat menyebabkan kekurangan energi dan protein (KEP) atau malnutrisi (Hanson et al., 2015; Hardinsyah dan Supariasa, 2021; Mutiah, 2022; Ningtyias et al., 2020).

3. Lemak

Berdasarkan rekomendasi FIGO (Federasi Internasional Obstetri dan Ginekologi), asupan lemak

bagi perempuan pada masa prakonsepsi sebaiknya sebesar 15-30% dari total energi yang dikonsumsi. Penting untuk diingat bahwa konsumsi lemak yang berlebihan dapat menyebabkan penumpukan lemak yang berisiko bagi kesehatan jantung. Sebaliknya, konsumsi lemak yang kurang dari kebutuhan dapat mengakibatkan kekurangan energi. Terlalu banyak membatasi asupan lemak hewani juga dapat menyebabkan rendahnya asupan zat besi dan seng, karena bahan makanan hewani merupakan sumber mineral-mineral tersebut. Oleh karena itu, perlu diperhatikan dengan baik untuk memastikan asupan lemak yang tepat bagi tubuh. (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020)

4. Vitamin dan Mineral

Selain lemak, vitamin dan mineral juga memiliki peran penting dalam masa prakonsepsi. Defisiensi vitamin dan mineral pada awal kehamilan dapat mengganggu proses implantasi, menyebabkan risiko aborsi, gangguan pada plasenta, remodeling pembuluh darah arteri spiralis, eklampsia/pre-eklampsia, serta prematuritas. (Sri Sumarmi, 2019).

Salah satu vitamin yang sangat penting adalah asam folat. Pada masa prakonsepsi, disarankan agar perempuan mengkonsumsi asam folat sebesar 400 mikrogram per hari melalui suplementasi atau makanan yang telah difortifikasi. Suplementasi asam folat telah terbukti efektif dalam mencegah kecacatan, mortalitas, dan morbiditas pada bayi.

Vitamin A juga penting dalam penglihatan, imunitas, proses pertumbuhan, pembentukan sel darah merah, dan perkembangan organ. Rekomendasi pemberian vitamin A pada masa prakonsepsi sebesar 700 mikrogram. Vitamin E dan C juga direkomendasikan. Vitamin E berperan dalam sistem kekebalan tubuh dengan kebutuhan sebesar 15 miligram per hari, sedangkan vitamin C memiliki peran penting dalam sistem kekebalan tubuh, absorpsi zat besi, metabolisme asam folat, dan meningkatkan kekebalan tubuh. Konsumsi vitamin C sebanyak 75 miligram per hari

direkomendasikan bagi wanita pada masa prakonsepsi (Arisman, 2010; Hanson et al.,2015; Kementrian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020).

Vitamin D juga memegang peran penting dalam sistem imunitas tubuh, keseimbangan kalsium dan fosfor, pembentukan tulang, serta pengaturan tekanan darah. Rekomendasi konsumsi vitamin D bagi perempuan prakonsepsi adalah sebanyak 400 IU per hari, yang dapat diperoleh melalui paparan sinar matahari dan beberapa sumber makanan seperti susu, telur, mentega, keju, minyak ikan, ikan tuna, dan ikan salmon (Arisman, 2010; Hanson et al.,2015; Kementrian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020).

Vitamin B, terutama B6 dan B12, juga berperan penting dalam perkembangan saraf, otak, dan pembentukan sel darah merah. Kebutuhan kolin pada masa prakonsepsi sebesar 400-425 miligram, vitamin B6 sebanyak 1,3 milligram per hari, dan vitamin B12 sebanyak 2,4 mikrogram per hari. Sumber vitamin B6 dapat ditemukan dalam ayam, ikan, ginjal, beras merah, kacang kedelai, kacang tanah, pisang, dan kol. Selama prakonsepsi, perempuan juga rentan terkena anemia. Oleh karena itu, penting untuk memperhatikan asupan zat besi yang disarankan sebanyak 15-18 miligram per hari.

Tabel 7.1. Sumber Nutrisi Penting Masa Prakonsepsi

Sumber Nutrisi Penting	
Karbohidrat	Beras merah, ubi jalar, kentang rebus, sagu, singkong, roti gandum, jagung, kacang polong, buah apel, pasta, oatmeal
Protein	Kacang kedelai, ikan, dada ayam, daging sapi, daging domba muda, ikan tuna, telur ayam, keju, gandum susu kambing, dan susu sapi
Lemak	Daging ayam/bebek, ikan air tawar, ikan bawal, kepiting, udang, kerang, siput, belut, sosis daging

Sumber Nutrisi Penting	
Asam Folat	Sayuran hijau, telur, ikan, kacang hijau, hati, daging
Vitamin A	Produk dari susu (susu, mentega, keju, dsb), telur, minyak ikan, sayuran berwarna hijau, dan kuning, Wortel, tomat, labu, bayam, kangkung, hati ayam/sapi, ikan.
Vitamin B1	Semua jenis beras atau gandum, ragi, kacang-kacangan, biji-bijian, dan sayuran daun-daunan hijau
Vitamin B 2	Semua jenis beras atau gandum, sayuran hijau, dan telur
Vitamin B 6	Susu, telur, ikan, gandum, kembang kol, kubis, sereal
Vitamin B 12	Hati sapi/ayam, daging, susu, rumput laut
Vitamin C	Jambu biji, nanas, jeruk, mangga, sirsak, tomat, sayur bayam, brokoli, cabe, kentang
Vitamin D	Minyak ikan, minyak nabati
Vitamin E	Kecambah, sayuran hijau, kedelai, kuning telur, biji-bijian, kacang-kacangan, mentega
Zat Besi (Fe)	Daging merah, ikan, kuning telur, sayuran daun hijau, hati ayam
Seng	Kerang, tiram, ikan, daging merah, kacang-kacangan, gandum
Kalsium	Brokoli, susu dan olahannya
Selenium	Bawang, tomat, brokoli, kubis, gandum dan ikan tuna

7.3 Gizi Ibu Hamil

7.3.1 Penilaian Status Gizi Pada Ibu Hamil

Terdapat Dua faktor penilaian status gizi pada ibu hamil yaitu:

1. Peningkatan Berat Badan

Tabel 7.2. Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan

No	Nilai IMT	Penambahan (Kg)
1	Berat Badan Kurang (<18,5)	12,5 - 18
2	Normal (18,5 – 24,9)	11,5 -16
3	Berat Badan Lebih (25-29,9)	7 – 1,5
4	Obesitas (≥30)	7
5	Kembar dua (tanpa	16- 20
6	Kembar tiga tanpa	23

*tanpa memperhatikan IMT

Dikutip dari Brown., JE Carlson, M Nutrition and Multiteral Pregnancy., J.Am Diet Assoc, 2000: 100: 343-348 dalam Arisman MB, 2010.

2. Lingkar Lengan Atas (LILA)

Penilaian antropometri pengukuran LILA digunakan untuk menilai status gizi ibu hamil. Tujuannya untuk menentukan risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) saat kehamilan dan melahirkan. Pengukuran ini menggunakan pita LILA yang dinyatakan dalam sentimeter (cm). Minimal ukuran LILA untuk calon ibu dianggap tidak mengalami KEK adalah > 23,5 cm (Ningtyias *et al*, 2020

7.3.2 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil dan Janin

1. **Energi**

Metabolisme berubah dan meningkat sebesar 15% selama kehamilan, terutama pada trimester ketiga. Peningkatan kebutuhan energi selama masa kehamilan adalah 180 kkal pada trimester pertama dan 300 kkal pada trimester kedua dan ketiga (Paramitha, 2019)

2. **Protein**

Selama kehamilan protein membutuhkan penambahan trimester pertama (1gr), trimester kedua (10 gr) dan trimester ketiga (30gr). Konsumsi protein ini berkontribusi

terhadap produksi jaringan janin dan ibu hamil. Seperlima dari protein yang dikonsumsi bersumber hewani seperti daging, ikan, telur, susu dan yogurt, sedangkan sepertiga sisanya bersumber nabati seperti tahu, tempe, kacang – kacang dan lain – lain (Paramitha, 2019)

3. Karbohidrat

Sumber energi utama untuk pertumbuhan adalah glukosa, yang dihasilkan saat karbohidrat dipecah. Untuk mempertahankan pertumbuhannya, janin membutuhkan jumlah glukosa yang cukup. Sekitar 50-60% dari total energi yang dikonsumsi selama kehamilan harus berasal dari karbohidrat. Menurut AKG 2019 meminta tambahan 25 gram karbohidrat pada trimester pertama dan 40 pada trimester kedua dan ketiga (Paramitha, 2019)

4. Lemak

AKG 2019 menyatakan bahwa sebesar 2,3 gram lemak ekstra dibutuhkan selama tiap semesternya. Konsumsi DHA dan AA, dua asam lemak esensial ini sangat disarankan selama kehamilan. Janin membutuhkan DHA dan AA untuk perkembangan otak dan sistem sarafnya terutama menjelang akhir kehamilan. Minyak ikan adalah sumber DHA terbaik (Paramitha, 2019)

5. Vitamin dan Mineral

a. Vitamin A

Pertumbuhan dan perkembangan janin selama kehamilan dibantu oleh vitamin A. Diferensiasi sel, perkembangan mata, sistem kekebalan dan perkembangan paru-paru adalah fungsi dari vitamin A. setiap trimester, kebutuhan vitamin A meningkat sebesar 300 RE. Sumber vitamin A dapat dari produk hewani maupun non-hewani. Selain itu sumber vitamin A adalah susu, sayuran berdaun hijau dan buah-buahan berwarna orange dan kuning. (Purwanto dan Sumaningsih, 2019)

b. Thiamin (Vitamin B1), Riboflavin (Vitamin B2) dan Asam Folat

Thiamin atau Vitamin B1 dan Riboflavin atau vitamin B2 berfungsi dalam metabolisme energi. Menurut AKG kebutuhan thiamin dan riboflavin setiap semester meningkat sebesar 0,3 mg sedangkan asam folat kebutuhannya 200 pertrimester. Riboflavin yang dapat ditemukan dalam susu, sereal, daging serta sayuran hijau sangat disarankan untuk dikonsumsi oleh ibu hamil. Anemia megaloblastik dapat dihindari dengan mengonsumsi suplemen asam folat sebelum hamil. Sayuran hijau, hati, sereal almond dan jeruk adalah beberapa contoh makanan yang merupakan pemasok asam folat yang baik (Purwanto dan Sumaningsih, 2019)

c. Vitamin C

10 mg vitamin C setiap trimester diperlukan sebagai tambahan selama kehamilan. Peningkatan penyerapan zat besi non – heme adalah salah satu manfaat vitamin C. Oleh karena itu, ibu hamil disarankan mengonsumsi vitamin C bersama makanan kaya zat besi untuk membantu penyerapan. Buah – buahan seperti jeruk, pepaya, stawberi dan lainnya merupakan sumber vitamin C (Purwanto dan Sumaningsih, 2019)

d. Vitamin D

Pertumbuhan dan perkembangan tulang dibantu oleh vitamin D. Selain itu, vitamin D membantu penyerapan dan penggunaan kalsium.

e. Kalsium

Peningkatan kebutuhan kalsium selama kehamilan adalah 200 mg menurut AKG 2019. Kalsium diperlukan untuk pemberian makan janin dan mineralisasi tulang. IUGR dan preeklampsia dapat meningkatkan risiko asupan kalsium yang tidak memadai. Fungsi tubuh lain yang dipengaruhi oleh kalsium termasuk pembekuan darah, proteolisis intraseluler, pembentukan oksida nitrat dan kontrol kontraksi uterus (Paramitha, 2019)

f. Zat Besi

AKG 2019 menyatakan bahwa tambahan 9 mg zat besi diperlukan selama trimester dua dan ketiga. Suplemen zat besi wajib dikonsumsi selama masa kehamilan. Daging merah, telur, produk ikan, sereal dan sayuran hijau adalah beberapa makanan sumber zat besi. Sangat disarankan untuk mengonsumsi vitamin C selain sumber zat besi nabati untuk meningkatkan penyerapan zat besi (Purwanto dan Sumaningsih, 2019)

Tabel 7.3. Jumlah Peningkatan Kebutuhan Zat Gizi selama kehamilan berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (2019)

Zat Gizi	Trimester		
	1	2	3
Energi (Kal)	180	300	300
Protein (g)	1	10	30
Lemak (g)	2,3	2,3	2,3
Omega 3	0,3	0,3	0,3
Omega 6	2	2	2
Karbohidrat (g)	25	40	40
Serat	3	4	4
Air	300	300	300
Vitamin A (mcg)	300	300	300
Vitamin D (mcg)	0	0	0
Vitamin E (mg)	0	0	0
Vitamin K (mcg)	0	0	0
Vitamin B1 (mg)	0,3	0,3	0,3
Vitamin B2 (mg)	0,3	0,3	0,3
Vitamin B3 (mg)	4	4	4
Vitamin B5 (mg)	1	1	1
Vitamin B6 (mg)	0,6	0,6	0,6
Folat (mcg)	200	200	200
Vitamin B12 (mcg)	0,5	0,5	0,5
Biotin (mcg)	0	0	0
Kolin (mg)	25	25	25
Vitamin C (mg)	10	10	10

Zat Gizi	Trimester		
	1	2	3
Kalsium (mg)	200	200	200
Fosfor (mg)	0	0	0
Magnesium (mg)	0	0	0
Besi (mg)	0	9	9
Iodium (mcg)	70	70	70
Seng (mg)	2	4	4
Selenium (mcg)	5	5	5
Mangan (mg)	2	2	2
Flour (mg)	0	0	0
Kromium (mcg)	5	5	5
Kalium (mg)	0	0	0
Natrium (mg)	0	0	0
Klor (mg)	0	0	0
Tembaga (mcg)	100	100	100

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan RI, No. 28 Tahun 2019.

7.4 Gizi Ibu Menyusui

Dalam memenuhi kebutuhan energi, protein, dan mikronutrien (vitamin dan mineral), ibu dianjurkan makan lebih banyak variasi makanan untuk menjaga Kesehatan ibu dan produksi ASI. Terdapat peningkatan kebutuhan gizi saat menyusui daripada ibu yang tidak menyusui dan selama hamil (Kemenkes RI, 2014). Menurut Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2019 tentang Anjuran Kecukupan Gizi Bagi Penduduk Indonesia, kecukupan gizi yang dianjurkan untuk ibu menyusui adalah:

1. Penambahan energi sebesar 330 kilo kalori per hari pada 6 bulan pertama dan 400 kilo kalori per hari selama 6 bulan kedua
2. Karbohidrat tambahan 45 gr/hari untuk enam bulan pertama dan 55 gr/hari untuk enam bulan kedua
3. Tambahan proteinnya adalah 20 gr/hari untuk enam bulan pertama dan 15 gr/hari untuk enam bulan kedua.
4. Lemak ekstra 2,2 gram per hari untuk enam bulan pertama dan 2,2 gram per hari untuk enam bulan kedua

5. Penambahan konsumsi serat sebanyak 5 gram per hari selama enam bulan pertama dan 6 gram per hari selama enam bulan kedua
6. Penambahan konsumsi air 800 ml/hari selama enam bulan pertama dan 650 ml/hari selama enam bulan kedua

Tabel 7.4. Angka Kecukupan Vitamin pada Ibu Menyusui

Zat gizi	Tambahan	
	6 Bulan Pertama	6 Bulan Kedua
Vitamin A (RE)	350	350
Vitamin E (mcg)	4	4
Vitamin B1 (mg)	0,4	0,4
Vitamin B2 (mg)	0,5	0,5
Vitamin B3 (mg)	3	3
Vitamin B5 (mg)	2	2
Vitamin B6 (mg)	0,6	0,6
Folat (mcg)	100	100
Vitamin B12 (mcg)	1,0	1,0
Biotin (mcg)	5	5
Kolin (mcg)	125	125
Vitamin C (mcg)	45	45

Tabel 7.5. Angka Kecukupan Mineral pada Ibu Menyusui

Zat gizi	Tambahan	
	6 Bulan Pertama	6 Bulan Kedua
Kalsium (mg)	200	200
Iodium (mcg)	140	140
Seng (mg)	5	5
Selenium (mcg)	10	10
Mangan (mg)	0,8	0,8
Kromium (mg)	20	20
Kalium (mg)	400	400
Tembaga (mcg)	40	40
Kolin (mcg)	125	125
Vitamin C (mcg)	45	45

7.5 Gizi Bayi dan Balita

Pemberian MP-ASI diberikan pada anak usia 6 bulan, hal ini dikarenakan bahwa ASI dapat memenuhi kebutuhan dua pertiga bayi usia 6-9 bulan dan setengah dari kebutuhan bayi usia 9-12 bulan (Sekartini and Tikoalu, 2013). Anak yang diberi ASI dan berusia 6-8 bulan dapat memenuhi kebutuhan sebesar 60,8%, 6-11 bulan sebesar 46,9%, dan 12-23 bulan sebesar 23,2%. Hal ini menggambarkan bahwa semakin meningkatnya usia anak maka semakin rendah energi yang diperoleh anak dari ASI, sehingga diharapkan semakin bertambahnya usia anak maka frekuensi dan porsi makan anak dari MP-ASI semakin meningkat (Dewey, 2001; Peraturan Menteri Kesehatan, 2019)

Tabel 7.6. Angka Kecukupan Zat Gizi pada Anak

Usia anak	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)	Air
0-5 bulan	550	9	31	59	700
6-11 bulan	800	15	35	105	900
1-3 tahun	1350	20	45	215	1150
4-6 tahun	1400	25	50	220	1450
Usia	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Kalsium (mg)	Zat Besi (mg)	Seng (mg)
0-5 bulan	375	10	200	0,3	1,1
6-11 bulan	400	10	270	11	3
1-3 tahun	400	15	650	7	3
4-6 tahun	450	15	1000	10	5

Sumber: (Peraturan Menteri Kesehatan, 2019)

Orang tua sangat penting untuk memperhatikan konsistensi MP-ASI yang akan diberikan ke anak dan disesuaikan dengan kemampuan anak. Semakin meningkat konsistensi MP-ASI pada anak dari setiap anak maka densitas energi yang diperoleh oleh anak semakin baik. Adapun hal-hal yang perlu diketahui oleh orang tua terkait kesiapan anak dalam menerima MP-ASI seperti kekuatan kepala ditandai dengan anak dapat menahan kepala dalam posisi yang tegak dan stabil meskipun masih adanya penopang untuk bersandar. Selain itu, anak mulai

tertarik dengan makanan, berhenti menggunakan lidah untuk mengeluarkan makanan dari mulut, dan sebagian besar bayi terlihat kelaparan meskipun telah diberikan ASI maupun susu formula (Rahmatia, 2017; Kemenkes RI, 2020a). Berikut merupakan pola pemberian MP-ASI yang disajikan pada Tabel 8.7

Tabel 7.7. Pola Pemberian MP ASI

Usia	Konsistensi	Frekuensi	Jumlah Pemberian
6-8 bulan	Makanan lumat	2-3 kali makan utama dan ditambahkan dengan ASI 1-2 kali makanan selingan	2-3 sendok makan penuh setiapkali makan Pemberian dilakukan secara bertahap hingga ½ mangkuk yang berukuran 250 ml
9-11 bulan	Makanan lembek	3-4 kali makan utama dan ditambahkan dengan ASI 1-2 kali makanan selingan	½ hingga ¾ mangkuk yang berukuran 250 ml
12-23 bulan	Makanan keluarga	3-4 kali makan utama dan ditambahkan dengan ASI 1-2 kali makanan selingan	¾ hingga 1 mangkuk yang berukuran 250 ml
< 24 bulan tidak diberi ASI	Tetap disesuaikan kategori usia anak	Penambahan 1-2 kali makan ekstra	Sama denga di atas berdasarkan kelompok usia

Sumber: (Kemenkes RI, 2020a)

7.6 Gizi Anak Usia Pra-Sekolah

Berdasarkan Pedoman Gizi Seimbang tahun 2014, terdapat anjuran porsi dari setiap jenis makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi sehari anak usia sekolah (6-17 tahun) seperti pada tabel berikut:

Tabel 7.8. Anjuran Porsi Usia 7-9 Tahun dengan Kebutuhan Gizi 1850 kkal

Bahan Makanan	Anjuran Porsi	Contoh Satuan Porsi
Nasi / makanan pokok lainnya	4 ½ p	1 porsi nasi 100 gram setara dengan 2 buah kentang 210 gram atau 50 gram mie kering.
Sayuran	3 p	1 porsi sayur setara dengan 100 gram atau 1 mangkuk sayur tanpa kuah
Buah	3 p	1 porsi buah setara dengan 100 gram jeruk, 50 gram pisang, atau 15 gram kurma.
Tempe/ protein nabati lainnya	3 p	1 porsi protein nabati setara dengan 1 potong tahu (100 gram) atau 2 potong tempe (50 g)
Daging/ protein hewani lainnya	2 p	1 porsi protein hewani setara dengan 1 buah hati ayam (30 gram) atau 1 butir telur, atau 1 potong ayam.
Susu	1 p	1 porsi susu setara dengan 1 gelas susu sapi (200 g) *susu bisa diganti dengan porsi protein hewani
Minyak/ sumber lemak tambahan lainnya	1 p	1 porsi minyak setara dengan 1 sdt minyak kelapa atau 40 gram santan
Gula	5 p	1 porsi gula setara dengan 1 sendok makan gula (12 gram) *jika tidak konsumsi gula bisa dialokasikan kalorinya ke buah

Sumber: (Kemenkes, 2014b)

Tabel 7.9. Anjuran Porsi Usia 10-12 Tahun

Bahan Makanan	Anjuran Porsi Laki-laki 2100 kkal	Anjuran Porsi Perempuan 2000 kkal
Nasi / makanan pokok lainnya	5 p	4 p
Sayuran	3 p	3 p
Buah	4 p	4 p
Tempe/ protein nabati lainnya	3 p	3 p
Daging/ protein hewani lainnya	2 ½ p	2 p
Susu	1 p	1 p
Minyak/ sumber lemak tambahan lainnya	5 p	5 p
Gula	2 p	2 p

Sumber: (Kemenkes, 2014b)

Tabel 7.10. Anjuran Porsi Usia 13-15 Tahun

Bahan Makanan	Anjuran Porsi Laki-laki 2100 kkal	Anjuran Porsi Perempuan 2000 kkal
Nasi / makanan pokok lainnya	6½ p	4½ p
Sayuran	3 p	3 p
Buah	4 p	4 p
Tempe/ protein nabati lainnya	3 p	3 p
Daging/ protein hewani lainnya	3 p	3 p
Susu	1 p	1 p
Minyak/ sumber lemak tambahan lainnya	6 p	5 p
Gula	2 p	2 p

Sumber: (Kemenkes, 2014b)

Tabel 7.11. Anjuran Porsi Usia 16-18 Tahun

Bahan Makanan	Anjuran Porsi Laki-laki 2100 kkal	Anjuran Porsi Perempuan 2000 kkal
Nasi / makanan pokok lainnya	8 p	5 p
Sayuran	3 p	3 p
Buah	4 p	4 p
Tempe/ protein nabati lainnya	3 p	3 p
Daging/ protein hewani lainnya	3 p	3 p
Minyak/ sumber lemak tambahan lainnya	6 p	5 p
Gula	2 p	2 p

Sumber: (Kemenkes, 2014b)

Pada table di atas dapat dilihat anjuran porsi yang harus dikonsumsi setiap harinya. Anjuran porsi tersebut kemudian dibagi ke 5 waktu makan diantaranya makan pagi, selingan pagi, makan siang, selingan sore dan makan malam. Misalnya, anjuran porsi makanan pokok sehari adalah 5 porsi maka dapat dibagi menjadi 1.5 porsi untuk makan pagi, 2 porsi untuk makan siang dan 1.5 porsi untuk makan malam. Contoh lainnya seperti anjuran porsi buah sehari adalah 5 porsi maka dibagi menjadi 1 porsi setiap makan pagi, siang dan malam dan 1 porsi sisanya dialokasikan ke menu selingan misalnya dibuat jus buah, salad buah ataupun olahan buah lainnya.

7.7 Gizi Dewasa

Dietary Guidelines for Americans (DGA) 2005 adalah pedoman diet yang didasarkan pada Pedoman Diet untuk orang Amerika. Pedoman ini mencakup Prinsip Diet untuk Menghentikan Hipertensi (DASH) dan Rencana Makan Sehat, serta memberikan berbagai panduan umum. Salah satu kelanjutannya adalah *MyPyramid*. Pada usia dewasa, penggunaan Internet

merupakan alat yang berguna untuk mencari informasi dasar yang disediakan dalam DGA dan *MyPyramid*. Ahli gizi dapat memberikan saran gizi berdasarkan pedoman tersebut, namun sebaiknya mereka juga memberikan saran yang lebih khusus dan komprehensif.

Kepatuhan terhadap DGA dapat diukur menggunakan USDA *Healthy Eating Index* (HEI). Dalam sistem penilaian kualitas diet ini, pedoman diet diperlukan agar dapat memberikan saran yang lebih komprehensif. Rekomendasi yang lebih spesifik meliputi manfaat kesehatan dari minyak tak jenuh dan manfaat sayuran dan buah-buahan yang tinggi.

Beberapa rekomendasi dalam DGA 2005 antara lain:

1. Karbohidrat: Sebaiknya 45-65% dari total kalori berasal dari karbohidrat kompleks seperti biji-bijian, buah-buahan, dan sayuran. Asupan serat sebaiknya mencapai 14 gram per 1.000 kalori.
2. Buah dan sayuran: Disarankan untuk memilih beragam jenis buah dan sayuran setiap hari. Perhatikan juga untuk memilih dari masing-masing sub kelompok sayuran (hijau tua, sayuran) setiap minggu.
3. Lemak: Asupan lemak sebaiknya mencapai 25-35% dari total kalori. Hindari asupan lemak jenuh lebih dari 10% kalori dan usahakan mengonsumsi sedikit lemak trans. Batasi asupan kolesterol hingga kurang dari 300 mg per hari.
4. Protein: Asupan protein sebaiknya mencapai 10-35% dari total kalori. Pilih sumber protein tanpa lemak seperti daging tanpa lemak, daging putih, unggas tanpa kulit, ikan, kerang, kacang-kacangan, biji-bijian, buncis, kedelai, dan tahu. Juga disarankan untuk mengonsumsi susu dan produk susu rendah lemak, sekitar 3 cangkir per hari.
5. Batasi asupan natrium hingga kurang dari 2.300 miligram perhari.
6. Batasi asupan kalori tambahan (kalori rahasia) yang berasal dari gula, tambahan lemak dan minyak, alkohol, serta makanan dalam jumlah yang lebih banyak dari yang direkomendasikan dalam *MyPyramid*

- Lakukan aktivitas fisik secara teratur, termasuk 30 menit olahraga intens setiap hari dan 60-90 menit aktivitas fisik intens dengan asupan kalori yang cukup dan seimbang untuk menjaga berat badan

7.8 Gizi Menopause

Setiap penduduk Indonesia, yang memandang usia, jenis kelamin, tingkat aktivitas fisik, atau kondisi fisiologis, memiliki kebutuhan rata-rata harian untuk zat gizi yang dikenal dengan Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan (AKG) pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun dan Anjuran Jumlah Porsi Menurut Kecukupan Energi pada Wanita Umur 30 - > 65 Tahun (Menkes, 2019).

Tabel 7.12. Angka Kecukupan Energi, Protein, Lemak, Karbohidrat, Serat, dan Air Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)

Kelompok Umur (tahun)	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kcal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega 3	Omega 6			
30 - 49	56	158	2150	60	60	1.1	12	340	30	2350
50 - 64	56	158	1800	60	50	1.1	11	280	25	2350
65 - 80	53	157	1550	58	45	1.1	11	230	22	1550
>80	53	157	1400	58	40	1.1	11	200	20	1400

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Tabel 7.13. Angka Kecukupan Vitamin Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)

Kelompok Umur (tahun)	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)
30 -49	600	15	15	55	1.1	1.1	14
50 -64	600	15	15	55	1.1	1.1	14
65 -80	600	20	20	55	1.1	1.1	14
>80	6000	20	20	55	1.1	1.1	14

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Tabel 7.14. Angka Kecukupan Vitamin Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)

Kelompok Umur (tahun)	Vit B5 (mg)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
30 -49	5.0	1.3	400	4.0	30	425	75
50 -64	5.0	1.5	400	4.0	30	425	75
65 -80	5.0	1.5	400	4.0	30	425	75
>80	5.0	1.5	400	4.0	30	425	75

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Tabel 7.15. Angka Kecukupan Mineral Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)

Kelompok Umur (tahun)	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi ² (mg)	Iodium (mcg)	Seng ³ (mg)	Selenium (mcg)
30 -49	1000	700	340	18	150	8	25
50 -64	1200	700	340	8	150	8	25
65 -80	1200	700	320	8	150	8	24
>80	1200	700	320	8	150	8	24

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Tabel 7.16. Angka Kecukupan Mineral Pada Wanita Umur 30 - > 80 Tahun (per Orang/Hari)

Kelompok Umur (tahun)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	Kromium (mcg)	Kalium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
30 -49	1.8	3.0	29	4700	1500	2250	900
50 -64	1.8	3.0	24	4700	1400	2100	900
65 -80	1.8	3.0	21	4700	1200	1900	900
>80	1.8	3.0	19	4700	1000	1600	900

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Tabel 7.17. Anjuran Jumlah Porsi Menurut Kecukupan Energi pada Wanita Umur 30 - > 65 Tahun (Per Orang Per Hari)

Bahan Makanan	Perempuan 30-49 tahun (2125 kkal)	Perempuan 50-64 tahun (1900 kkal)	Perempuan > 65 tahun (1550 kkal)
Nasi	4 ½ p	4 ½ p	3 ½ p
Sayuran	3 p	4 p	4 p
Buah	5 p	5 p	4 p

Bahan Makanan	Perempuan 30-49 tahun (2125 kkal)	Perempuan 50-64 tahun (1900 kkal)	Perempuan > 65 tahun (1550 kkal)
Tempe	3 p	3 p	3 p
Daging/ ikan segar	3 p/-	3 p/-	-/3 p
Susu/ susu rendah lemak	-	1 p/-	-/1 p
Minyak	6 p	4 p	4 p
Gula	2 p	2 p	2 p

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2019)

Keterangan:

- Nasi 1 porsi = $\frac{3}{4}$ gelas = 100 gr = 175 kkal
- Sayuran 1 porsi = 1 gelas = 100 gr = 25 kkal
- Buah 1 porsi = 1 buah pisang ambon = 50 gr = 50 kkal
- Tempe 1 porsi = 2 potong sedang = 50 gr = 80 kkal
- Daging 1 porsi = 1 potong sedang = 35 gr = 50 kkal
- Ikan segar 1 porsi = $\frac{1}{3}$ ekor = 45 gr = 50 kkal
- Susu sapi cair 1 porsi = 1 gelas = 200 gr = 50 kkal
- Susu rendah lemak 1 porsi = 4 sdm = 20 gr = 75 kkal
- Minyak 1 porsi = 1 sdt = 5 gr = 50 kkal
- Gula = 1 sdm = 20 gr = 50 kkal

*) sdm: sendok makan **) sdt: sendok teh P: porsi

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S. 2011. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Arisman, 2010. Gizi dalam daur hidup kehidupan, 2nd ed. EGC, Jakarta.
- Black, Robert E, Prof et al. 2013. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* (British edition), 382(9890), pp.427–451.
- Brown, J.E. & Lechtenberg, E. 2017. Nutrition through the life cycle 6th ed., Boston, MA: Cengage Learning.
- Dewey, K.G. (2001) 'Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant', *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), pp. 87–104. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70287-X](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70287-X).
- Doloksaribu, L.G., Simatupang, A.M., 2019. Pengaruh konseling gizi prakonsepsi terhadap pengetahuan dan sikap wanita pranikah di kecamatan batang kuis.
- Figueiredo, Ana Claudia Morais Godoy et al. 2019. Maternal anemia and birth weight: A prospective cohort study. *PloS one*, 14(3), p.e0212817.
- Hanson, M.A., Bardsley, A., De-Regil, L.M., Moore, S.E., Oken, E., Poston, L., Ma, R.C., McAuliffe, F.M., Maleta, K., Purandare, C.N., Yajnik, C.S., Rushwan, H., Morris, J.L., 2015. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First." *Int J Gynaecol Obstet* 131 Suppl4, S213-253. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(15\)30034-](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(15)30034-)
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Permenkes No. 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi.

- Nattaya, L., 2020. Ensiklopedia Mini Gizi Dan Nutrisi : Panduan Serba Tahu Tentang Gizi Dan Nutrisi. Desa Pustaka Indonesia, Temanggung.
- Ningtyias, F.W., Sulistiyani, Yusi, L., Rohmawati, N., 2020. Gizi dalam daur kehidupan. UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember, Jember.
- Paramitha, Farah (2019) Gizi Pada Kehamilan. Malang : Wineka Media
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia.
- Purwanto, Sumaningsih (2020) Modul Ajar Gizi Ibu dan ANak Jilid 8. Magetan : Poltekkes Kemenkes Surabaya
- Sekartini and Tikoalu (2013) Buku Bedah ASI IDAI. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Shanklin, D.R., 2000. *Maternal nutrition and child health* 2nd ed., Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- Sri Sumarmi, M., 2019. Gizi prakonsepsi: mencegah stunting sejak menjadi calon pengantin.

BAB 8

PROMOTIVE DAN PREVENTIF DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Adhar Arifuddin

8.1 Pendahuluan

Latar belakang pentingnya pendekatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi dapat ditemukan dalam upaya global untuk meningkatkan kesejahteraan dan keselamatan ibu dan anak. Kesehatan reproduksi yang optimal bukan hanya menjadi hak dasar setiap individu, tetapi juga merupakan fondasi untuk pembangunan berkelanjutan suatu masyarakat. Kondisi kesehatan reproduksi yang baik berkontribusi pada pengurangan angka kematian ibu dan bayi, peningkatan kualitas hidup, serta pencegahan dampak negatif terhadap perkembangan ekonomi dan sosial.

Pendekatan promotif fokus pada pemberdayaan individu dan masyarakat melalui pendidikan kesehatan reproduksi, memberikan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan reproduksi. Sementara itu, pendekatan preventif menekankan pada langkah-langkah proaktif untuk mencegah risiko dan penyakit yang terkait dengan reproduksi, seperti melalui imunisasi, pencegahan penyakit menular seksual, dan manajemen kehamilan yang aman. Dengan menggabungkan kedua pendekatan ini, kita dapat menciptakan lingkungan yang mendukung pemahaman yang lebih baik tentang kesehatan reproduksi dan memberikan perlindungan yang lebih besar terhadap risiko potensial.

Selain itu, melihat perkembangan demografi global yang terus berubah dan tantangan kesehatan masyarakat yang semakin kompleks, pendekatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi menjadi krusial dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi di berbagai tingkat. Dengan adanya peningkatan

mobilitas global, urbanisasi, dan perubahan gaya hidup, risiko terhadap penyakit menular seksual, komplikasi kehamilan, serta isu-isu kesehatan reproduksi lainnya menjadi lebih menonjol. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan promosi kesehatan reproduksi tidak hanya menjadi tanggung jawab individu, tetapi juga memerlukan dukungan dari sektor kesehatan, pemerintah, lembaga non-pemerintah, dan masyarakat secara keseluruhan. Dengan memahami latar belakang ini, langkah-langkah yang diambil dalam pendekatan ini dapat lebih terarah dan efektif dalam meningkatkan kualitas hidup serta menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan berkelanjutan.

Pentingnya pendekatan promotif dan preventif dalam kesehatan reproduksi tidak hanya terletak pada manfaat individu, tetapi juga berkontribusi secara signifikan terhadap pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan. Dengan memberdayakan individu untuk membuat keputusan informasional dan mengurangi risiko melalui langkah-langkah preventif, masyarakat dapat mencapai peningkatan kesejahteraan yang berkelanjutan. Selain itu, penekanan pada pencegahan dan promosi kesehatan reproduksi juga dapat mengurangi beban sistem kesehatan dengan menghindarkan kejadian-kejadian yang dapat dicegah, sehingga sumber daya dapat dialokasikan secara lebih efisien. Dengan terus mengembangkan dan menerapkan pendekatan holistik ini, diharapkan kita dapat mencapai tingkat kesehatan reproduksi yang optimal bagi seluruh masyarakat, menciptakan lingkungan yang mendukung, serta mendorong transformasi positif dalam kesehatan dan kesejahteraan global.

Promosi kesehatan prakonsepsi, sebuah strategi pencegahan, telah terbukti berdampak positif pada hasil reproduksi (Moos, 2004). Namun, implementasinya menghadapi tantangan, termasuk kurangnya kesadaran dan layanan skrining yang tidak memadai (Vernon and Foreit, 1999). Hal ini menyoroti perlunya intervensi komprehensif yang mengatasi faktor sosial dan komunitas, menyediakan layanan kesehatan seksual dan reproduksi, dan menekankan pada pendidikan (Dean, 2014). Intervensi tersebut dapat mencegah kehamilan remaja pertama dan kedua, memperbaiki jarak kelahiran, dan menurunkan angka

kematian ibu dan bayi. Oleh karena itu, kombinasi strategi promotif dan preventif sangat penting dalam kesehatan reproduksi, dengan fokus pada perawatan prakonsepsi dan perencanaan reproduksi.

8.2 Promotif dalam Kesehatan Reproduksi

Promosi kesehatan reproduksi melalui pendekatan yang promotif membawa dampak positif dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman individu serta masyarakat terkait kesehatan reproduksi. Pendidikan Kesehatan Reproduksi menjadi pilar utama dalam upaya ini, dengan memberikan informasi yang akurat dan menyeluruh mengenai aspek-aspek kesehatan reproduksi. Dengan pengetahuan yang diperoleh, individu dapat membuat keputusan yang lebih bijak terkait perawatan diri, kehamilan, dan perencanaan keluarga.

Selain itu, Pelayanan Kesehatan Praconsepsi juga menjadi langkah proaktif dalam mendorong kesehatan reproduksi yang optimal. Melalui layanan ini, kondisi kesehatan ibu dan ayah potensial dinilai dan diperbaiki sebelum kehamilan terjadi. Hal ini mencakup pemeriksaan kesehatan menyeluruh, pemberian suplemen, dan saran gaya hidup sehat untuk memastikan bahwa lingkungan janin mendukung perkembangan yang baik.

Keduanya, baik Pendidikan Kesehatan Reproduksi maupun Pelayanan Kesehatan Praconsepsi, bersinergi untuk menciptakan masyarakat yang lebih sadar akan pentingnya kesehatan reproduksi dan mampu mengambil langkah-langkah preventif secara mandiri. Dengan demikian, upaya ini tidak hanya memberikan manfaat individu, tetapi juga mendukung visi global untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pemahaman yang lebih baik terhadap kesehatan reproduksi.

8.2.1 Pendidikan Kesehatan Reproduksi:

Memberikan informasi yang tepat dan komprehensif mengenai kesehatan reproduksi kepada individu dan masyarakat agar mereka dapat membuat keputusan yang bijak terkait kesehatan reproduksi mereka. Pendidikan Kesehatan Reproduksi melibatkan berbagai upaya dan strategi untuk memberikan informasi yang komprehensif dan membentuk perilaku yang sehat

terkait dengan aspek-aspek kesehatan reproduksi. Beberapa upaya dan strategi yang umumnya diterapkan dalam pendidikan kesehatan reproduksi melibatkan:

1. **Kampanye Pendidikan Kesehatan Reproduksi**
Penyelenggaraan kampanye yang melibatkan media massa, brosur, dan papan pengumuman untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang isu-isu kesehatan reproduksi.
2. **Pelatihan dan Bimbingan**
Menyelenggarakan sesi pelatihan dan bimbingan untuk individu, terutama remaja, yang mencakup informasi tentang perkembangan tubuh, kesehatan seksual, dan keterampilan berhubungan.
3. **Kelas Pendidikan Kesehatan Reproduksi di Sekolah**
Menyisipkan kurikulum kesehatan reproduksi di dalam pendidikan formal untuk memberikan pengetahuan kepada siswa sejak dini.
4. **Diskusi Kelompok dan Seminar**
Mengorganisir diskusi kelompok dan seminar yang melibatkan ahli kesehatan reproduksi untuk mendiskusikan topik-topik kesehatan reproduksi dan menyediakan platform bagi pertanyaan dan diskusi terbuka.
5. **Penggunaan Teknologi Informasi**
Memanfaatkan teknologi informasi, seperti situs web, aplikasi, dan media sosial, untuk menyediakan informasi yang mudah diakses dan terkini tentang kesehatan reproduksi.
6. **Konseling Kesehatan Reproduksi**
Menyediakan layanan konseling individu untuk membantu individu atau pasangan dalam pengambilan keputusan terkait perencanaan keluarga, kehamilan, dan masalah kesehatan reproduksi lainnya.
7. **Kemitraan dengan Komunitas Lokal**
Berkolaborasi dengan organisasi masyarakat, lembaga pendidikan, dan lembaga kesehatan untuk menyelenggarakan program kesehatan reproduksi yang bersifat inklusif dan terjangkau.

8. Materi Pendidikan Kesehatan Reproduksi yang Beragam
Menyediakan materi edukatif yang beragam dan disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik audiens, termasuk materi yang dapat diakses oleh kelompok berisiko tinggi.

Upaya dan strategi ini membantu membangun pemahaman yang lebih baik, meningkatkan literasi kesehatan reproduksi, dan merangsang perilaku yang lebih sehat dalam masyarakat. Dengan pendekatan yang holistik dan terintegrasi, Pendidikan Kesehatan Reproduksi dapat memberikan dampak positif yang signifikan terhadap kesejahteraan reproduksi individu dan masyarakat secara keseluruhan.

8.2.2 Pelayanan Kesehatan Praconsepsi:

Memberikan layanan kesehatan sebelum kehamilan untuk memastikan bahwa kondisi kesehatan ibu dan ayah potensial optimal sebelum kehamilan. Pelayanan Kesehatan Praconsepsi adalah bagian penting dari upaya pencegahan dan perbaikan kesehatan reproduksi sebelum kehamilan terjadi (Widiasih, 2018). Berikut adalah beberapa upaya dan strategi dalam Pelayanan Kesehatan Praconsepsi:

1. Pemeriksaan Kesehatan Praconsepsi
Menyediakan pemeriksaan kesehatan menyeluruh untuk calon ibu dan ayah sebelum mereka berencana hamil, termasuk pemeriksaan fisik, pemantauan kondisi kronis, dan penilaian risiko kesehatan.
2. Pemberian Suplemen dan Nutrisi
Memberikan suplemen nutrisi, seperti asam folat, kepada calon ibu untuk mendukung kesehatan janin dan mencegah cacat lahir.
3. Konseling Praconsepsi
Menyediakan konseling individual atau bersama pasangan untuk membahas risiko dan perawatan kesehatan praconsepsi, memberikan informasi tentang perencanaan keluarga, dan menjawab pertanyaan terkait kesehatan reproduksi.
4. Promosi Gaya Hidup Sehat

Mendorong adopsi gaya hidup sehat, termasuk diet seimbang, olahraga teratur, dan menghindari kebiasaan buruk seperti merokok dan konsumsi alkohol.

5. Manajemen Penyakit Kronis

Memantau dan mengelola kondisi kesehatan kronis seperti diabetes, hipertensi, atau penyakit autoimun yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin.

6. Konseling Genetik

Menyediakan konseling genetik bagi pasangan yang memiliki riwayat keluarga atau risiko genetik tertentu untuk memberikan informasi mengenai risiko kelahiran cacat atau gangguan genetik pada keturunan.

7. Pelayanan Kontrasepsi Reversibel Jangka Panjang (LARC)

Menawarkan pilihan kontrasepsi yang dapat dibalikkan, seperti implant hormonal atau spiral, untuk memberikan kontrol yang lebih baik terhadap perencanaan keluarga.

8. Pelayanan Pengobatan Infertilitas

Memberikan pelayanan bagi pasangan yang mengalami kesulitan untuk hamil, termasuk diagnosis dan pengobatan infertilitas.

9. Edukasi Seksual Praconsepsi

Menyediakan informasi mengenai hubungan seksual yang sehat, waktu ovulasi, dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi konsepsi.

10. Pelatihan untuk Penyedia Layanan Kesehatan

Melakukan pelatihan bagi penyedia layanan kesehatan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan praconsepsi yang komprehensif dan memahami kebutuhan khusus setiap pasien.

Pelayanan Kesehatan Praconsepsi bertujuan untuk memastikan bahwa setiap kehamilan dimulai dalam kondisi kesehatan yang optimal, membantu mencegah komplikasi, dan mendukung perkembangan janin yang sehat. Upaya ini berfokus pada pendekatan preventif dan memastikan bahwa calon orangtua memiliki pengetahuan dan dukungan yang cukup untuk merencanakan kehamilan dengan aman.

8.3 Preventif dalam Kesehatan Reproduksi

8.3.1 Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS)

Melalui promosi penggunaan kondom dan tes PMS, serta penyuluhan mengenai perilaku seksual yang aman untuk mencegah penularan penyakit menular seksual. Pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) memerlukan serangkaian upaya dan strategi yang holistik untuk mengurangi penularan dan dampak negatifnya. Berikut adalah beberapa upaya dan strategi dalam pencegahan PMS:

1. **Pendidikan Seksual Komprehensif**
Menyediakan pendidikan seksual komprehensif kepada individu sejak dini, dengan fokus pada praktik seks yang aman, penggunaan kondom, dan pengertian tentang risiko PMS.
2. **Kampanye Kesadaran**
Mengorganisir kampanye kesadaran melalui media massa dan sosial untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang PMS, risiko penularan, dan langkah-langkah pencegahan.
3. **Dukungan Konseling**
Menyediakan layanan konseling dan dukungan bagi individu yang berisiko tinggi atau yang telah terpapar PMS, untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan mengurangi penularan.
4. **Penggunaan Kondom**
Mendorong penggunaan kondom sebagai metode pencegahan yang efektif terhadap PMS, baik melalui kampanye promosi maupun distribusi kondom secara gratis atau terjangkau.
5. **Vaksinasi**
Menyediakan vaksinasi terhadap penyakit menular seksual tertentu, seperti vaksin HPV untuk mencegah kanker serviks.
6. **Tes dan Pelayanan Kesehatan Seksual Rutin**
Mendorong individu untuk menjalani tes PMS secara rutin dan menyediakan layanan kesehatan seksual untuk mendeteksi dini, mengobati, dan mencegah penularan lebih lanjut.
7. **Pelayanan Kesehatan Terpadu**
Menyediakan layanan kesehatan terpadu yang mencakup pencegahan, pengujian, konseling, dan pengobatan PMS, agar dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat.

8. Partisipasi Komunitas

Melibatkan komunitas dalam program pencegahan PMS, seperti melalui kelompok pendukung, penyuluhan komunitas, dan kampanye berbasis masyarakat.

9. Intervensi pada Kelompok Berisiko Tinggi

Mengidentifikasi dan menyediakan program pencegahan khusus untuk kelompok berisiko tinggi, seperti pekerja seks, pengguna narkoba, dan remaja.

10. Kemitraan Antar Sektor

Membangun kemitraan antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, lembaga pendidikan, dan sektor swasta untuk mendukung program pencegahan PMS secara terintegrasi.

Melalui integrasi strategi yang terencana dan komprehensif, upaya pencegahan penyakit menular seksual (PMS) dapat ditingkatkan, menghasilkan pengurangan yang signifikan pada insidensi penyakit dan peningkatan kesehatan seksual masyarakat secara menyeluruh (Marwoto *et al.*, 2020). Pendekatan holistik ini tidak hanya memberikan penekanan pada individu, melainkan juga melibatkan partisipasi aktif masyarakat dan institusi kesehatan guna meraih dampak yang lebih luas dan berkelanjutan. Implementasi program edukasi seksual yang menyeluruh dan kampanye kesadaran secara efisien menyediakan basis pengetahuan yang mendalam mengenai risiko PMS, cara penularan, dan tindakan pencegahan yang dapat diambil. Dukungan konseling yang diselenggarakan secara profesional menjadi kunci untuk meningkatkan tingkat kepatuhan individu terhadap langkah-langkah pencegahan dan pengobatan. Penggunaan kondom sebagai metode perlindungan fisik terhadap PMS diperkuat melalui kampanye promosi dan distribusi yang dilakukan oleh berbagai pihak. Relevansi vaksinasi dalam pencegahan penyakit tertentu, seperti Human Papillomavirus (HPV), dipertegas melalui program vaksinasi yang terarah dan terfokus. Gabungan tes rutin, layanan kesehatan seksual yang terintegrasi, dan intervensi pada kelompok berisiko tinggi menjadi strategi tambahan yang bersifat proaktif dalam mendeteksi, mengobati, dan mencegah penularan lebih lanjut. Kolaborasi lintas sektor, melibatkan pemerintah, organisasi

non-pemerintah, institusi pendidikan, dan sektor swasta, membentuk suatu kerangka kerja yang efektif untuk memaksimalkan dampak pencegahan PMS secara menyeluruh dan berkelanjutan dalam masyarakat. Sebagai bagian dari pendekatan pencegahan yang holistik ini, partisipasi aktif masyarakat turut berperan dalam membentuk lingkungan yang mendukung dan mempromosikan kesehatan seksual yang optimal.

8.3.2 Program Imunisasi

Memberikan vaksinasi kepada perempuan dan pria yang berencana untuk memiliki anak guna mencegah penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Upaya dan strategi dalam Program Imunisasi untuk mencegah penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi melibatkan serangkaian langkah yang terencana dan terkoordinasi. Berikut adalah beberapa upaya dan strategi yang dapat diterapkan:

1. Identifikasi Penyakit Target

Melakukan penelitian dan analisis epidemiologi untuk mengidentifikasi penyakit tertentu yang memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan reproduksi, seperti rubella atau hepatitis B.

2. Penyuluhan dan Edukasi

Melakukan kampanye penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat, terutama kepada pasangan yang berencana untuk memiliki anak, untuk memberikan pemahaman tentang pentingnya vaksinasi dalam melindungi kesehatan reproduksi.

3. Penyediaan Akses Mudah ke Imunisasi

Membuat program imunisasi mudah diakses bagi pasangan yang berencana untuk memiliki anak, termasuk penyediaan vaksin di fasilitas kesehatan, pusat imunisasi, atau melalui kampanye imunisasi terpadu.

4. Pemeriksaan Kesehatan Praconsepsi

Mengintegrasikan pemberian vaksin dalam pemeriksaan kesehatan praconsepsi, sehingga pasangan yang berencana hamil dapat menerima vaksinasi sesuai dengan kebutuhan mereka.

5. **Penilaian Risiko Kesehatan Reproduksi**
Melakukan penilaian risiko kesehatan reproduksi secara komprehensif untuk menentukan vaksinasi yang paling relevan dan efektif bagi setiap individu, dengan mempertimbangkan riwayat kesehatan dan lingkungan sosial.
6. **Program Vaksinasi Rutin**
Membangun program vaksinasi rutin untuk perempuan dan pria dalam rentang usia yang sesuai, untuk memastikan bahwa mereka tetap dilindungi dari penyakit tertentu sepanjang hidup reproduksi mereka.
7. **Monitoring dan Evaluasi**
Menetapkan sistem pemantauan dan evaluasi yang kuat untuk melacak cakupan vaksinasi, efektivitas, dan keamanan vaksin yang diberikan.
8. **Kemitraan dengan Pihak Terkait**
Membangun kemitraan dengan lembaga kesehatan, pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta untuk mendukung penyediaan vaksinasi dan meningkatkan kesadaran masyarakat.
9. **Penelitian Lanjutan**
Melakukan penelitian lanjutan untuk mengidentifikasi perkembangan vaksin baru atau meningkatkan keefektifan vaksinasi dalam melindungi kesehatan reproduksi.
10. **Kampanye Kesadaran Publik**
Mengorganisir kampanye kesadaran publik untuk menghilangkan mitos atau ketakutan terkait vaksinasi dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program imunisasi.

Dengan penerapan strategi ini, Program Imunisasi dapat menjadi landasan penting dalam perlindungan kesehatan reproduksi, memastikan bahwa individu yang berencana untuk memiliki anak memiliki perlindungan optimal terhadap penyakit yang dapat mempengaruhi proses kehamilan dan kesehatan reproduksi secara keseluruhan.

8.3.3 Pengelolaan Kehamilan yang Aman

Menyediakan pelayanan antenatal yang komprehensif dan pemantauan kesehatan ibu hamil untuk mencegah komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Upaya dan strategi dalam Pengelolaan Kehamilan yang Aman bertujuan untuk memberikan pelayanan antenatal yang komprehensif dan memantau kesehatan ibu hamil dengan tujuan mencegah komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Berikut adalah beberapa upaya dan strategi yang dapat diterapkan:

1. **Pelayanan Antenatal Terpadu**
Menyelenggarakan pelayanan antenatal yang terpadu, mencakup pemeriksaan fisik, tes laboratorium, konseling, dan edukasi mengenai perubahan tubuh dan persiapan untuk persalinan.
2. **Konseling dan Edukasi Kesehatan Reproduksi**
Memberikan konseling dan edukasi secara rutin mengenai nutrisi, perubahan emosional selama kehamilan, serta informasi mengenai tanda dan gejala yang perlu diwaspadai.
3. **Monitoring Rutin Kesehatan Ibu dan Janin**
Rutin memantau kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin melalui pemeriksaan antenatal berkala, termasuk pemeriksaan tekanan darah, detak jantung janin, dan ukuran fundus uteri.
4. **Intervensi untuk Faktor Risiko**
Mengidentifikasi dan mengelola faktor risiko seperti tekanan darah tinggi, diabetes gestasional, atau penyakit lainnya dengan memberikan intervensi dan pengelolaan yang diperlukan.
5. **Program Kesehatan Gigi dan Mulut**
Melibatkan program kesehatan gigi dan mulut untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan oral yang dapat memengaruhi kesehatan ibu hamil dan janin.
6. **Pemantauan Gizi dan Suplementasi**
Memantau status gizi ibu hamil dan memberikan suplementasi yang dibutuhkan, seperti asam folat dan zat besi, untuk mendukung kesehatan ibu dan perkembangan janin.
7. **Kolaborasi dengan Ahli Kesehatan**

Membangun kolaborasi yang erat dengan berbagai ahli kesehatan, termasuk bidan, dokter kandungan, dan perawat, untuk memastikan koordinasi pelayanan yang efektif.

8. Pengelolaan Stres dan Kesehatan Mental

Menyediakan dukungan psikologis dan informasi mengenai manajemen stres serta kesehatan mental selama kehamilan.

9. Pelatihan Persalinan dan Persiapan Paska Melahirkan

Menyelenggarakan program pelatihan persalinan dan memberikan informasi mengenai perawatan paska melahirkan, termasuk pemberian ASI dan perawatan bayi.

10. Rencana Persalinan yang Komprehensif

Membuat rencana persalinan bersama ibu hamil dan tim kesehatan untuk memastikan pemahaman yang jelas mengenai preferensi, keinginan, dan langkah-langkah medis yang diinginkan selama persalinan.

Dengan penerapan upaya dan strategi tersebut, Pengelolaan Kehamilan yang Aman dapat berhasil menciptakan lingkungan yang mendukung, mengurangi risiko komplikasi, dan memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan perawatan optimal untuk kesehatan mereka dan perkembangan janin. Tujuan utama dari pendekatan ini adalah mencapai kelahiran yang aman dan sehat, di mana ibu hamil dan bayi dapat melewati proses persalinan dengan keamanan dan kesehatan yang terjaga. Pelayanan antenatal terpadu, pemantauan rutin kesehatan, dan intervensi terhadap faktor risiko secara dini bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola potensi komplikasi sejak dini (Ulfah *et al.*, 2021). Konseling dan edukasi yang diberikan membantu ibu hamil dalam memahami perubahan fisik dan emosional yang terkait dengan kehamilan, memberikan pengetahuan tentang tanda bahaya, dan mempersiapkan mereka secara mental dan fisik untuk persalinan. Kolaborasi yang erat antara tim kesehatan, termasuk bidan, dokter kandungan, dan perawat, memberikan pendekatan terpadu yang mengoptimalkan perawatan ibu hamil. Dukungan psikologis dan perhatian terhadap kesehatan mental juga menjadi bagian integral untuk memastikan kesejahteraan emosional selama kehamilan. Selain itu, program gizi, pelatihan persalinan, dan persiapan paska melahirkan memberikan

fondasi yang kokoh untuk memberikan perawatan holistik dan mempersiapkan ibu hamil untuk peran baru sebagai orangtua. Rencana persalinan yang komprehensif memastikan bahwa preferensi dan keinginan ibu hamil dihormati, menciptakan pengalaman kelahiran yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhan individu. Dengan demikian, melalui pendekatan ini, Pengelolaan Kehamilan yang Aman bukan hanya mengarah pada kelahiran yang aman dan sehat, tetapi juga menciptakan pengalaman kehamilan yang positif dan mendukung bagi ibu hamil serta memberikan fondasi yang kokoh untuk kesehatan dan perkembangan janin.

8.3.4 Perencanaan Keluarga

Mendorong penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif sesuai dengan kebutuhan individu dan pasangan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Dalam konteks Perencanaan Keluarga, upaya dan strategi dilakukan untuk mendorong penggunaan metode kontrasepsi yang aman dan efektif sesuai dengan kebutuhan individu dan pasangan. Berikut adalah beberapa upaya dan strategi yang dapat diterapkan:

1. Pendidikan dan Kampanye Kesadaran

Menyelenggarakan program pendidikan dan kampanye kesadaran melalui media massa, seminar, dan kampanye online untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, manfaat, dan cara penggunaannya.

2. Akses dan Ketersediaan

Meningkatkan akses dan ketersediaan metode kontrasepsi dengan menyediakan informasi yang mudah diakses dan memastikan distribusi metode kontrasepsi yang aman dan sesuai dengan kebutuhan di fasilitas kesehatan dan pusat pelayanan masyarakat.

3. Konseling Individual dan Pasangan

Menyelenggarakan layanan konseling individual dan untuk pasangan untuk membantu mereka memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan situasi kesehatan, kebutuhan, dan preferensi mereka.

4. **Pelatihan Tenaga Kesehatan**
Melatih tenaga kesehatan, termasuk bidan dan petugas kesehatan masyarakat, agar dapat memberikan informasi dan konseling yang akurat kepada individu dan pasangan terkait dengan metode kontrasepsi.
5. **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu**
Menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang mencakup informasi, konseling, dan penyediaan metode kontrasepsi, sehingga dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat.
6. **Program Subsidi atau Diskon**
Mengimplementasikan program subsidi atau diskon untuk membuat metode kontrasepsi lebih terjangkau, terutama bagi kelompok ekonomi lemah yang mungkin mengalami keterbatasan finansial.
7. **Kemitraan dengan LSM dan Swasta**
Membangun kemitraan dengan LSM dan sektor swasta untuk mendukung distribusi dan penyebarluasan metode kontrasepsi serta penyelenggaraan program edukasi.
8. **Teknologi dan Inovasi**
Memanfaatkan teknologi dan inovasi, seperti aplikasi seluler atau telemedicine, untuk memberikan informasi dan dukungan terkait dengan kontrasepsi kepada individu di wilayah yang sulit dijangkau.
9. **Kampanye Destigmatization**
Melakukan kampanye untuk mengurangi stigma terkait dengan penggunaan kontrasepsi, sehingga individu dan pasangan merasa lebih nyaman dan percaya diri dalam mengambil keputusan terkait dengan perencanaan keluarga.
10. **Penelitian dan Evaluasi**
Melakukan penelitian dan evaluasi secara rutin untuk menilai efektivitas program perencanaan keluarga serta untuk mengetahui lebih lanjut kebutuhan dan preferensi masyarakat terkait dengan metode kontrasepsi.

Dengan implementasi bersama upaya dan strategi ini, diharapkan masyarakat dapat membuat keputusan yang lebih baik

terkait perencanaan keluarga mereka. Peningkatan akses terhadap metode kontrasepsi yang aman diharapkan akan memberikan individu dan pasangan lebih banyak pilihan untuk mengelola keluarga mereka sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masing-masing. Melalui langkah-langkah ini, tujuan akhirnya adalah mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Pendidikan, kampanye kesadaran, dan konseling membantu memberikan informasi yang akurat dan komprehensif kepada masyarakat, memungkinkan mereka membuat keputusan yang berlandaskan pengetahuan dan pemahaman yang baik (Yuniarti *et al.*, 2017). Dukungan pelayanan kesehatan yang terpadu dan pemberian metode kontrasepsi yang terjangkau dan mudah diakses akan menjadi kunci dalam memastikan implementasi yang efektif. Kemitraan dengan berbagai pihak, termasuk LSM, sektor swasta, dan pemerintah, juga dapat memperluas jangkauan program perencanaan keluarga, memastikan bahwa pesan dan layanan dapat mencapai berbagai lapisan masyarakat. Melalui kampanye destigmatization, diharapkan pandangan negatif terhadap perencanaan keluarga dan penggunaan kontrasepsi dapat dikurangi, menciptakan lingkungan yang lebih mendukung dan terbuka. Penerapan teknologi dan inovasi di bidang kesehatan, seperti aplikasi seluler atau telemedicine, dapat memberikan aksesibilitas yang lebih besar terhadap informasi dan layanan kontrasepsi. Penelitian dan evaluasi yang berkelanjutan akan membantu mengidentifikasi keberhasilan program dan menyesuaikan strategi sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan preferensi masyarakat. Dengan cara ini, diharapkan bahwa masyarakat dapat menjalani perencanaan keluarga yang lebih sadar dan terinformasi, mengurangi angka kehamilan yang tidak diinginkan, serta meningkatkan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

8.4 Pengembangan Keterampilan Hidup Sehat

8.4.1 Pendidikan Seksual

Memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada individu, terutama remaja, tentang pentingnya perilaku seksual yang sehat, hubungan yang aman, serta tanggung jawab terkait dengan kehidupan seksual. Pengembangan keterampilan hidup

sehat melalui pendidikan seksual memerlukan serangkaian upaya dan strategi yang holistik untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada individu, khususnya remaja, terkait dengan perilaku seksual yang sehat, hubungan yang aman, dan tanggung jawab terkait kehidupan seksual. Berikut adalah beberapa upaya dan strategi yang dapat diterapkan:

1. **Kurikulum Pendidikan Seksual Komprehensif**
Mengintegrasikan kurikulum pendidikan seksual yang komprehensif dan terstruktur dalam sistem pendidikan formal untuk memberikan pengetahuan dasar, mengatasi mitos, dan membahas isu-isu kesehatan reproduksi.
2. **Pelatihan Guru dan Pembimbing**
Memberikan pelatihan kepada guru dan pembimbing untuk meningkatkan keterampilan mereka dalam menyampaikan materi pendidikan seksual dengan sensitif, terbuka, dan sesuai dengan perkembangan usia.
3. **Konseling dan Dukungan Emosional**
Menyediakan layanan konseling dan dukungan emosional kepada remaja untuk membantu mereka mengatasi pertanyaan, kekhawatiran, dan tantangan terkait dengan kehidupan seksual mereka.
4. **Pendidikan Orang Tua**
Melibatkan orang tua dalam program pendidikan seksual dengan menyelenggarakan sesi informasi dan membekali mereka dengan keterampilan untuk berbicara terbuka dan mendukung anak-anak mereka dalam mengelola kehidupan seksual.
5. **Media Sosial dan Teknologi**
Memanfaatkan media sosial dan teknologi untuk menyampaikan informasi pendidikan seksual yang akurat dan membangun kampanye positif terkait perilaku seksual yang sehat.
6. **Kampanye Kesadaran dan Destigmatization**
Mengorganisir kampanye kesadaran untuk mengurangi stigma seputar pendidikan seksual dan menciptakan lingkungan yang mendukung pertukaran informasi dan pembelajaran terbuka.
7. **Kelompok Diskusi dan Pelatihan Interaktif**

- Menyelenggarakan kelompok diskusi dan pelatihan interaktif yang melibatkan remaja secara aktif untuk mendiskusikan isu-isu seksual, membangun keterampilan interpersonal, dan meningkatkan kesadaran diri.
8. Akses Pelayanan Kesehatan Reproduksi
Meningkatkan akses remaja ke layanan kesehatan reproduksi yang aman dan terpercaya, termasuk informasi tentang kontrasepsi, pemeriksaan kesehatan reproduksi, dan konseling.
 9. Partisipasi Komunitas
Melibatkan komunitas dalam pengembangan dan implementasi program pendidikan seksual, memastikan relevansi budaya dan nilai-nilai lokal dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan reproduksi.
 10. Pengembangan Materi Pendidikan Seksual Interaktif
Mengembangkan materi pendidikan seksual yang interaktif, seperti permainan edukatif, simulasi, atau aplikasi belajar yang dapat meningkatkan keterampilan hidup sehat secara menyenangkan dan menarik.

Dengan penerapan kombinasi upaya dan strategi ini, diharapkan individu, terutama remaja, dapat membentuk sikap dan perilaku yang positif terkait dengan kehidupan seksual mereka. Program pendidikan seksual komprehensif dan terstruktur diharapkan mampu memberikan pemahaman yang akurat, mengurangi stigma, dan membuka ruang untuk diskusi terbuka. Pelatihan guru, konseling, dan dukungan emosional diharapkan dapat menciptakan lingkungan belajar yang mendukung pertumbuhan positif dan pengembangan keterampilan hidup sehat. Partisipasi orang tua dalam pendidikan seksual anak-anak mereka juga dianggap sebagai elemen kunci dalam membentuk pemahaman dan nilai-nilai yang positif terkait dengan seksualitas. Melalui kampanye kesadaran dan destigmatization, diharapkan masyarakat dapat lebih terbuka terhadap topik pendidikan seksual, menciptakan lingkungan yang mendukung pertukaran informasi positif dan mendukung. Interaksi remaja dalam kelompok diskusi dan pelatihan interaktif diharapkan dapat membangun keterampilan interpersonal, memungkinkan mereka untuk

membuat keputusan yang informasional dan bertanggung jawab terkait dengan kehidupan seksual mereka. Akses yang lebih baik ke layanan kesehatan reproduksi dan penggunaan media sosial dan teknologi juga diharapkan dapat membantu remaja mengelola aspek-aspek kesehatan reproduksi mereka secara holistik. Pengembangan materi pendidikan seksual yang interaktif dan menarik diharapkan dapat meningkatkan minat dan partisipasi remaja dalam memahami dan mengembangkan keterampilan hidup sehat. Dengan demikian, melalui pendekatan ini, diharapkan remaja dapat membangun hubungan yang aman dan bertanggung jawab, serta mengelola kesehatan reproduksinya secara holistik untuk masa depan yang lebih baik.

8.4.2 Manajemen Stres dan Kesehatan Mental

Pengembangan keterampilan hidup sehat melalui manajemen stres dan kesehatan mental merupakan aspek penting dalam mendukung kesejahteraan umum, termasuk kesehatan reproduksi. Mengajarkan cara mengelola stres dan mendukung kesehatan mental, karena faktor-faktor ini dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa upaya dan strategi yang dapat diterapkan:

1. **Pendidikan Kesehatan Mental**

Mengintegrasikan pendidikan kesehatan mental ke dalam kurikulum sekolah dan program pendidikan formal untuk meningkatkan pemahaman individu tentang kesehatan mental dan cara mengelolanya.

2. **Program Pelatihan Manajemen Stres**

Menyelenggarakan program pelatihan yang fokus pada teknik-teknik manajemen stres, seperti meditasi, relaksasi, dan olahraga, untuk memberikan keterampilan praktis dalam menghadapi tekanan dan kecemasan.

3. **Konseling dan Terapi**

Menyediakan layanan konseling dan terapi psikologis untuk individu yang mengalami tingkat stres dan tekanan mental yang tinggi, serta membangun mekanisme adaptif dalam mengatasi masalah tersebut.

4. **Kampanye Kesadaran Kesehatan Mental**
Meluncurkan kampanye kesadaran kesehatan mental untuk mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman masyarakat terkait dengan pentingnya perawatan kesehatan mental.
5. **Kolaborasi dengan Pusat Kesehatan Mental**
Mengembangkan kolaborasi dengan pusat kesehatan mental dan organisasi non-pemerintah yang berfokus pada kesehatan mental untuk menyediakan sumber daya dan dukungan tambahan.
6. **Akses Pelayanan Kesehatan Mental**
Memastikan akses yang mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan mental, termasuk konseling, terapi, dan dukungan melalui penyediaan layanan di fasilitas kesehatan atau secara daring.
7. **Pengembangan Keterampilan Koping**
Mengajarkan keterampilan koping yang konstruktif, termasuk komunikasi efektif, manajemen waktu, dan penyelesaian masalah, agar individu dapat menghadapi tantangan hidup dengan lebih baik.
8. **Program Kesejahteraan Karyawan**
Menyelenggarakan program kesejahteraan karyawan di lingkungan kerja yang mencakup dukungan untuk manajemen stres dan promosi kesehatan mental.
9. **Pelatihan Guru dan Orang Tua**
Memberikan pelatihan kepada guru dan orang tua dalam mendeteksi tanda-tanda stres dan masalah kesehatan mental pada remaja, serta memberikan dukungan yang diperlukan.
10. **Pembentukan Komunitas Dukungan**
Mendorong pembentukan kelompok atau komunitas dukungan yang memungkinkan individu untuk berbagi pengalaman, mendapatkan dukungan sosial, dan belajar dari satu sama lain.
11. **Ruang Diskusi Terbuka**
Menyelenggarakan ruang diskusi terbuka tentang kesehatan mental di sekolah, tempat kerja, atau masyarakat, untuk meningkatkan pemahaman kolektif dan mendukung pembicaraan terbuka.

Dengan menerapkan kombinasi upaya dan strategi ini, diharapkan individu dapat memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk efektif mengelola stres, memberdayakan kesehatan mental mereka, dan akhirnya, meminimalkan dampak negatifnya terhadap kesehatan reproduksi. Program pendidikan kesehatan mental, termasuk pelatihan manajemen stres, diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan praktis yang memungkinkan individu mengenali, merespons, dan mengatasi tantangan kehidupan dengan cara yang sehat dan adaptif. Layanan konseling dan terapi tidak hanya bertujuan untuk memberikan dukungan bagi mereka yang mengalami stres tinggi atau masalah kesehatan mental, tetapi juga untuk membantu individu memahami bagaimana pengaruh emosional dan psikologis dapat berdampak pada kesehatan reproduksi mereka. Dengan menangani faktor-faktor stres dan kecemasan secara lebih efektif, diharapkan individu dapat menciptakan lingkungan yang lebih kondusif untuk kesehatan reproduksi yang optimal. Kampanye kesadaran kesehatan mental berfungsi sebagai langkah penting dalam mengurangi stigma seputar isu ini, menciptakan atmosfer di mana individu merasa nyaman membicarakan dan mencari bantuan terkait dengan kesehatan mental mereka. Akses mudah ke layanan kesehatan mental dan pengembangan keterampilan koping yang positif dapat berperan besar dalam mengurangi dampak negatif stres dan kecemasan terhadap kesehatan reproduksi. Pentingnya pelatihan guru, orang tua, dan pembentukan komunitas dukungan juga menciptakan jaringan pendukung yang kuat untuk individu, terutama remaja. Dengan adanya ruang diskusi terbuka, baik di sekolah maupun dalam komunitas, diharapkan dapat terbentuk lingkungan yang mendukung pertukaran pengalaman, pengetahuan, dan dukungan sosial yang dapat membantu mengurangi tekanan dan meningkatkan kesejahteraan mental. Dengan demikian, melalui pendekatan ini, diharapkan individu dapat menghadapi tantangan kesehatan mental dengan lebih baik, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi secara keseluruhan, dan menghasilkan dampak positif pada kualitas hidup mereka.

8.5 Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Akses Mudah ke Pelayanan Kesehatan Memastikan bahwa individu memiliki akses mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, termasuk pelayanan prakonsepsi, antenatal, dan pasca melahirkan.

Untuk memastikan akses mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, terutama pelayanan prakonsepsi, antenatal, dan pasca melahirkan, diperlukan berbagai upaya dan strategi. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat diambil:

1. **Pendidikan dan Kesadaran Masyarakat**
Melakukan kampanye pendidikan dan kesadaran masyarakat untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya perawatan kesehatan reproduksi. Informasi harus mencakup manfaat pelayanan prakonsepsi, antenatal, dan pasca melahirkan.
2. **Fasilitas Kesehatan di Dekat Lokasi Tinggal**
Membangun atau meningkatkan fasilitas kesehatan reproduksi di dekat tempat tinggal masyarakat. Pelayanan ini harus mudah diakses dan dapat dicapai dengan transportasi umum atau berkendara.
3. **Pelayanan Kesehatan Mobile**
Mengimplementasikan layanan kesehatan mobile untuk mencapai komunitas yang sulit dijangkau. Unit kesehatan mobile dapat memberikan layanan prakonsepsi, antenatal, dan pasca melahirkan langsung ke daerah terpencil.
4. **Subsidi atau Program Diskon**
Menyediakan subsidi atau program diskon untuk pelayanan kesehatan reproduksi, terutama bagi kelompok ekonomi lemah yang mungkin mengalami keterbatasan finansial.
5. **Pelatihan Tenaga Kesehatan**
Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan, termasuk bidan dan perawat, untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka dalam memberikan pelayanan prakonsepsi, antenatal, dan pasca melahirkan.

6. **Konseling dan Pendidikan Individu**
Menyediakan layanan konseling dan pendidikan individu untuk memastikan bahwa individu memahami pentingnya perawatan kesehatan reproduksi dan dapat membuat keputusan yang terinformasi.
7. **Telemedicine dan Konsultasi Jarak Jauh**
Mengintegrasikan telemedicine dan konsultasi jarak jauh untuk memberikan akses ke layanan kesehatan reproduksi, terutama bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki keterbatasan mobilitas.
8. **Sistem Informasi Kesehatan**
Mengembangkan dan meningkatkan sistem informasi kesehatan untuk melacak dan memantau pelayanan kesehatan reproduksi, membantu perencanaan dan evaluasi program.
9. **Partnership dengan LSM dan Sektor Swasta**
Membangun kemitraan dengan LSM dan sektor swasta untuk meningkatkan dukungan finansial dan teknis, serta memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi.
10. **Ruang Diskusi dan Partisipasi Komunitas**
Membuka ruang diskusi dan mengikutsertakan partisipasi komunitas dalam perencanaan dan implementasi program pelayanan kesehatan reproduksi untuk memastikan relevansi dan penerimaan oleh masyarakat.
11. **Pemberdayaan Perempuan**
Melibatkan pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi, memastikan bahwa perempuan memiliki pengetahuan dan hak untuk mengakses layanan yang mereka butuhkan.

Dengan penerapan kombinasi upaya dan strategi ini, diharapkan akan terbentuk sistem kesehatan reproduksi yang mudah diakses dan terjangkau oleh semua individu. Kampanye pendidikan dan kesadaran masyarakat diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya perawatan kesehatan reproduksi, merinci manfaat layanan prakonsepsi, antenatal, dan pasca melahirkan. Fasilitas kesehatan yang diperluas, baik yang terletak dekat dengan lokasi tinggal

maupun melalui unit kesehatan mobile, diharapkan dapat memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dengan lebih merata, termasuk di daerah-daerah terpencil. Subsidi atau program diskon diharapkan dapat membantu mengatasi hambatan finansial yang mungkin dihadapi oleh kelompok ekonomi lemah. Pelatihan tenaga kesehatan dan penggunaan teknologi, seperti telemedicine, diharapkan dapat meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan. Layanan konseling dan pendidikan individu diharapkan dapat memberikan informasi yang personal dan mendalam, sehingga individu dapat membuat keputusan yang terinformasi. Melalui sistem informasi kesehatan yang baik, program dapat dipantau dan dievaluasi dengan lebih efektif, memastikan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi benar-benar mencapai sasaran dan memberikan manfaat maksimal kepada masyarakat. Kolaborasi dengan LSM, sektor swasta, dan partisipasi komunitas diharapkan dapat memberikan dukungan tambahan, baik dari segi finansial maupun dukungan teknis. Pemberdayaan perempuan dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan reproduksi menjadi bagian integral dari upaya ini, memastikan bahwa perempuan memiliki kontrol dan akses penuh terhadap layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Dengan terciptanya sistem kesehatan reproduksi yang mudah diakses dan terjangkau, diharapkan akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, menciptakan dampak positif pada kesehatan dan perkembangan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Marwoto, J. *et al.* (2020) 'Upaya promotif peningkatan kesadaran kesehatan reproduksi: metode penyuluhan pada komunitas yang terpapar gas buang karbon', *Jurnal Pengabdian Masyarakat: Humanity and Medicine*, 1(1), pp. 18–24. Available at: <https://doi.org/10.32539/Hummed.V1i1.9>.
- Moos, M.-K. (2004) 'Preconceptional Health Promotion'.
- Ulfah, N.P. *et al.* (2021) 'PENGARUH BAHAN AJAR PROMOTIF DAN PREVENTIF KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA MENGGUNAKAN PBL TERHADAP KOMPETENSI PENGETAHUAN SISWA SMA', *Jurnal Ilmiah Edukasia*, 1(1), pp. 51–60. Available at: <https://doi.org/10.26877/jie.v1i1.7964>.
- Vernon, R. and Foreit, J. (1999) 'How to Help Clients Obtain More Preventive Reproductive Health Care', *International Family Planning Perspectives*, 25(4), p. 200. Available at: <https://doi.org/10.2307/2991886>.
- Widiasih, R. (2018) 'UPAYA PROMOSI DAN PREVENSI KESEHATAN REPRODUKSI WANITA OLEH PETUGAS KESEHATAN', (1).
- Yuniarti, E. *et al.* (2017) 'Analisis Upaya Preventif Kesehatan Reproduksi Remaja dalam Materi Sistem Reproduksi pada Buku IPA Terpadu SMP'.

BAB 9

KONSEP DASAR PRIMARY HEALTH CARE (PHC)

Oleh Fenty Agustini

9.1 Perubahan Bidang Kesehatan

Menteri Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan 6 jenis perubahan bidang kesehatan diantaranya adalah perubahan pelayanan primer, pelayanan rujukan, sistem ketahanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) serta teknologi kesehatan. Dalam perubahan bidang kesehatan tersebut, perubahan layanan primer merupakan pilar yang pertama, dalam penerapannya memiliki fokus tujuan untuk menguatkan upaya promotif dan pencegahan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, memperbaiki proses skrining masalahn kesehatan serta meningkatkan layanan primer. Fokus utama pelaksanaan transformasi layanan primer ini mencakup 4 hal yaitu : 1) Memberikan pendidikan kepada masyarakat melalui peran kader serta memanfaatkan platform digital dan pendekatan terhadap tokoh masyarakat, 2) Upaya pencegahan primer yaitu dengan memperluas cakupan imunisasi serta penambahan imunisasi rutin menjadi 14 antigen, 3) Upaya pencegahan sekunder yaitu upaya pencegahan melalui penilaian terhadap 14 penyakit penyebab kematian tertinggi di setiap sasaran usia, skrining stunting dan peningkatan pelayanan kehamilan (ANC) meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, dan 4) Meningkatkan kapasitas dan kompetensi layanan primer, dengan melakukan perbaikan dan standarisasi layanan di Puskesmas, Posyandu dan Kunjungan Rumah (Kementerian Kesehatan, 2023).

9.2 Konsep Dasar *Primary Health Care* (PHC)

9.2.1 Definisi *Primary Health Care* (PHC)

Berdasarkan deklarasi Alma Atta yang dilaksanakan pada tahun 1978 dalam (Muqouwis, 2017) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan strategi untuk mencapai kesehatan semua pada tahun 2000. Pemerintah, petugas kesehatan dan komunitas di dunia berperan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan untuk seluruh masyarakat (Supriyanto, 2023). Pelayanan Kesehatan Primer merupakan pelayanan kesehatan utama yang dapat diterima oleh masyarakat dengan biaya yang terjangkau dengan tujuan untuk memelihara pemberdayaan masyarakat.

Primary Health Care (PHC) merupakan upaya untuk meningkatkan usaha promotif dan preventif dengan memperhatikan perkembangan teknologi melalui inovasi terbaru serta pemanfaatan teknologi terkini. *World Health Organization* (WHO) memberikan rekomendasi bahwa untuk pendekatan *Primary Health Care* (PHC) dilakukan melalui 3 (tiga) strategi yaitu 1) mengintegrasikan pelayanan kesehatan primer perorangan dan masyarakat 2) melakukan pemberdayaan individu dan masyarakat, dan 3) membuat kebijakan dan aksi multi sektor (Kementerian Kesehatan, 2023).

Strategi pelayanan kesehatan berfokus kepada individu untuk mewujudkan pelayanan yang lebih komprehensif, responsive dan terjangkau untuk mengatasi keberagaman kebutuhan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan primer penting untuk dilakukan karena capaian standar pelayanan minimal bidang kesehatan masih jauh dari target yang ditetapkan.

Transformasi *Primary Health Care* (PHC) dilaksanakan melalui pemberian pendidikan kesehatan bagi masyarakat, memberikan pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas serta meningkatkan kapabilitas pelayanan kesehatan primer (Kementerian Kesehatan, 2023)

9.2.2 Tujuan dan Fungsi Primary Health Care (PHC)

Menurut (Kristina, 2021) tujuan Primary Health Care (PHC) meliputi :

1. Tujuan Umum

Primary Health Care (PHC) memiliki tujuan untuk melaksanakan identifikasi terhadap kebutuhan masyarakat mencakup pelayanan yang diselenggarakan, sehingga pelayanan yang diberikan tepat sasaran dan akan meningkatkan kepuasan masyarakat.

2. Tujuan Khusus

- a. Layanan mencakup seluruh penduduk yang dilayani
- b. Layanan yang diberikan dapat diterima oleh seluruh penduduk yang dilayani
- c. Layanan diberikan berdasarkan kebutuhan medis penduduk yang dilayani
- d. Layanan yang diberikan menggunakan tenaga dan sumber daya secara maksimal

9.2.3 Unsur dan Prinsip Primary Health Care (PHC)

WHO merekomendasikan pendekatan *Primary Health Care* (PHC) melalui 3 (tiga) strategi utama yaitu sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2023):

1. Mengintegrasikan pelayanan kesehatan primer perorangan yang diberikan serta pelayanan kesehatan masyarakat
2. Pemberdayaan individu serta masyarakat
3. Kebijakan dan aksi multi sektor (melibatkan berbagai sektor)

Sesuai dengan konferensi Alma Ata, prinsip *Primary Health Care* (PHC) antara lain :

1. Pemerataan upaya kesehatan;

Primary Health Care (PHC) menekankan pada pentingnya akses yang adil terhadap kesehatan individu dan masyarakat. Pelayanan kesehatan harus diberikan kepada semua orang yang memerlukan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak membedakan status sosial, ekonomi serta budaya.

Menurut (Supriyanto, 2023) bahwa kesetaraan (*sosial, access, cost, transportation, no discrimination*), *universal coverage of the population, with care provided according to need*.

2. Penekanan upaya pencegahan;
Upaya pencegahan (*preventif*) merupakan suatu upaya kesehatan yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan melalui peran serta individu untuk terciptanya perilaku sehat dan mencegah terjadinya suatu penyakit.
3. Penggunaan teknologi tepat guna;
Seiring dengan perkembangan teknologi saat ini, penggunaan teknologi tepat guna juga diterapkan dalam pelayanan kesehatan. Tujuan penggunaan teknologi tepat guna dalam pelayanan kesehatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan layanan kesehatan yang menyeluruh bagi semua masyarakat. Teknologi tepat guna yang dimanfaatkan dalam pelayanan kesehatan harus dapat diakses, dapat dijangkau serta tidak bertentangan dengan budaya masyarakat setempat.
4. Melibatkan peran serta masyarakat;
Keterlibatan masyarakat sangat penting dalam upaya pemeliharaan kesehatan. Setiap individu harus memiliki kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri serta lingkungan sekitar dan dapat memberikan kontribusi bagi pembangunan kesehatan.
Menurut (Supriyanto, 2023) keterlibatan masyarakat (*community involvement to promote self-reliance and community participation*); *to solve problems and needs, developing and implementing, and evaluating programs*.
Tujuan dari pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan adalah untuk meningkatkan *knowledge*, sikap dan *behavior* masyarakat agar memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah kesehatan. (Vera *et al.*, 2019)
5. Melibatkan kerjasama lintas sektoral.
Kerjasama lintas sektoral perlu dilakukan untuk promosi kesehatan dan mendukung upaya kesehatan, sektor yang

terkait meliputi sektor pendidikan, pertanian, komunikasi, pembangunan desam industri dan lain-lain. Menurut (Supriyanto, 2023) *Multi sectoral approach, inter sectoral coordination, suport mechanism made available. Service should be effective, culturally accepted, affordable, and manageable shaping public policy.*

9.2.4 Elemen Primary Health Care (PHC)

Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer meliputi ruang lingkup sebagai berikut (Marjes, 2019) :

1. Pelayanan kesehatan primer meliputi pendidikan masalah kesehatan, cara pencegahan serta pengendalian masalah kesehatan
2. Pelayanan kesehatan primer meliputi penyediaan makanan serta upaya perbaikan gizi
3. Pelayanan kesehatan primer meliputi Penyediaan air bersih serta sanitasi lingkungan
4. Pelayanan kesehatan primer mencakup Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk Keluarga Berencana (KB)
5. Pelayanan kesehatan primer meliputi imunisasi sebagai upaya pencegahan terhadap penyakit infeksi utama
6. Pelayanan kesehatan primer meliputi upaya mencegah dan mengendalikan penyakit endemik setempat
7. Pelayanan kesehatan primer mencakup pengobatan penyakit umum
8. Pelayanan kesehatan primer mencakup penyediaan obat-obat esensial

9.2.5 Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan dalam *Primary Health Care* (PHC)

Tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan, diantaranya (Kristina, 2021):

1. Tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk mendorong masyarakat agar lebih aktif dalam mengembangkan dan menerapkan pelayanan kesehatan serta program pendidikan kesehatan

2. Tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk menjalin kerja sama dengan masyarakat, keluarga dan individu.
3. Tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk memberikan informasi mengenai konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan pada masyarakat
4. Tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk memberikan bimbingan serta dukungan bagi petugas pelayanan kesehatan dan masyarakat
5. Tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

9.3 Pusat Kesehatan Masyarakat

9.3.1 Definisi PUSKESMAS

Puskesmas yaitu fasilitas pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif dalam menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan (Kementerian Kesehatan, 2019).

Puskesmas berperan sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Puskesmas memberikan pelayanan *kuratif* (pengobatan), *preventif* (pencegahan), *promotif* (peningkatan kesehatan) serta *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan) (Liviah, 2019).

9.3.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Penyelenggaraan puskesmas harus memenuhi prinsip sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2019):

1. Paradigma Sehat
Puskesmas harus dapat meningkatkan partisipasi para pemangku kepentingan untuk melakukan upaya pencegahan serta mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi baik oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
2. Pertanggungjawaban Wilayah
Puskesmas memiliki wilayah kerja masing-masing dan harus mampu menggerakkan serta memiliki tanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan sesuai dengan wilayah kerjanya.

3. Kemandirian Masyarakat
Puskesmas harus dapat mendorong kemandirian kelompok, masyarakat, keluarga dan individu
4. Tersedianya Akses Pelayanan Kesehatan
Prinsip pelayanan kesehatan harus dapat diakses oleh seluruh masyarakat serta dapat dijangkau. Pelayanan yang diberikan harus memenuhi prinsip adil tanpa membedakan agama, kepercayaan, budaya dan status social ekonomi.
5. Teknologi Tepat Guna
Perkembangan teknologi terkini dapat diadaptasi dalam memberikan Pelayanan Kesehatan. Teknologi yang diadaptasi tidak memiliki dampak buruk terhadap lingkungan, dapat dimanfaatkan dengan mudah dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
6. Berkesinambungan dan terpadu
Menggabungkan dan melakukan koordinasi antara UKM dan UKP, baik lintas program maupun lintas sektor dan menjalankan Sistem Rujukan.

9.3.3 Fungsi Puskesmas

Menurut (Kementerian Kesehatan, 2019) dalam menjalankan tugasnya puskesmas memiliki fungsi :

1. Puskesmas sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama di wilayah kerjanya memiliki kewenangan untuk :
 - a. Puskesmas memiliki kewenangan untuk membuat perencanaan kegiatan dengan terlebih dahulu melakukan analisis masalah kesehatan masyarakat serta mengidentifikasi kebutuhan pelayanan yang diperlukan
 - b. Puskesmas memiliki kewenangan untuk melakukan sosialisasi terhadap kebijakan kesehatan serta melaksanakan advokasi
 - c. Puskesmas berwenang untuk memberikan KIE serta pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan
 - d. Puskesmas berwenang untuk menggerakkan masyarakat dalam melakukan identifikasi dan

- mengatasi masalah kesehatan di masyarakat dan melaksanakan kerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain yang terkait
- e. Puskesmas berwenang untuk membina jaringan pelayanan Puskesmas
 - f. Puskesmas berwenang untuk menganalisis kebutuhan sumber daya manusia (SDM) dan melakukan upaya peningkatan kompetensi SDM
 - g. Puskesmas memiliki kewenangan untuk melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan pembangunan agar memiliki wawasan kesehatan
 - h. Puskesmas memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan orientasi kepada keluarga, kelompok, serta masyarakat dengan selalu mempertimbangkan biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual
 - i. Puskesmas memiliki kewenangan untuk mencatat, melaporkan, dan melakukan evaluasi terhadap akses, mutu, serta cakupan Pelayanan Kesehatan
 - j. Puskesmas berwenang untuk memberikan rekomendasi masalah kesehatan masyarakat kepada pihak terkait.
 - k. Puskesmas memiliki kewenangan untuk melaksanakan kegiatan pendekatan kepada keluarga
 - l. Puskesmas berwenang untuk berkolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang berada di wilayah kerjanya diantaranya dengan FASKES tingkat pertama dan rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya
2. Puskesmas sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya memiliki kewenangan untuk :
- a. Puskesmas berwenang untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar secara menyeluruh (komprehensif), bermutu berkesinambungan dan menyeluruh yang mengintegrasikan berbagai faktor diantaranya faktor social budaya, psikologi dan faktor biologis.
 - b. Puskesmas memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan fokus

kepada upaya preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan)

- c. Puskesmas berwenang untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang lebih berfokus kepada kelompok, keluarga dan individu.
- d. Puskesmas memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kesehatan, keamanan dan keselamatan pasien. Serta memperhatikan keselamatan petugas kesehatan, pengunjung serta lingkungan kerja.
- e. Puskesmas memiliki kewenangan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan berdasarkan prinsip koordinasi dan kerja sama inter maupun antar profesi
- f. Puskesmas memiliki kewenangan untuk melaksanakan penyelenggaraan rekam medis untuk setiap layanan yang diberikan
- g. Puskesmas memiliki kewenangan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan akses Pelayanan Kesehatan dengan mencatat, melaporkan dan mengevaluasi
- h. Puskesmas memiliki kewenangan untuk melakukan analisis terhadap kebutuhan SDM serta memiliki kewenangan untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia (SDM)
- i. Puskesmas memiliki kewenangan untuk melaksanakan screening terhadap proses rujukan sesuai dengan Sistem Rujukan yang berlaku
- j. Puskesmas berwenang untuk berkolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang berada di wilayah kerjanya serta berkoordinasi dengan baik FASKES lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan (2019) *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Kementerian Kesehatan (2023) *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.01.07/Menkes/2015/2023 Tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*. Indonesia.
- Kristina, A. (2021) *Buku Ajar Keperawatan Komunitas I*. Pekalongan: Nasya Expanding Management.
- Liviah (2019) 'Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Kecamatan Uluweng Kabupaten Bone', *Skripsi Administrasi Negara Universitas Hasanuddin*, 1, pp. 105–112.
- Muqouwis, M. (2017) *Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Konsep dan Aplikasi : Dari PKMD Hingga Desa Siaga*. Bandar Lampung: Yayasan Bina Masyarakat Mandiri.
- Supriyanto, S. (2023) *Primary Health Care Health For All*. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- Vera, A. *et al.* (2019) 'Upaya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan menuju desa siaga oleh KKN UAD di Watu Gajah dan Mertelu , Gendangsari , Gunung Kidul', 3(1), pp. 79–90.

BAB 10

KONSELING PRA NIKAH DAN MENOPAUSE

Oleh Amalia Rizqi Sholihah

10.1 Konseling Pra Nikah

10.1.1 Pendahuluan

Keharmonisan pernikahan merupakan suatu kebutuhan untuk mewujudkan fungsi-fungsi keluarga. Memiliki pernikahan yang harmonis adalah dambaan bagi setiap pasangan suami istri dalam kehidupan rumah tangga mereka. Sebuah rumah tangga yang harmonis bisa menjaga kelanggengan cinta pasangan sampai akhir hidup. Meski keharmonisan pernikahan bukan hal yang mustahil untuk diwujudkan, tetap saja membutuhkan usaha dan pemahaman yang besar satu sama lain (Samad, Kenedi, & Mustqim, 2016). Pasangan yang ingin mengawali pernikahan memiliki perasaan, konsep, cita-cita, ilusi, keinginan, harapan yang disadari dan tidak disadari dalam pernikahannya. Pasangan yang memiliki gambaran pernikahan terlalu idealis akan lebih rentan mengalami frustrasi dalam pernikahan dibandingkan pasangan yang tidak terlalu idealis. Hal tersebut dikarenakan ketika menikah pasangan harus berinteraksi dan beradaptasi dengan keluarga, kepercayaan, tradisi, dan lainnya. Hasil studi menunjukkan bahwa salah satu faktor paling berbahaya yang akan merusak kepuasan dalam stabilisasi pernikahan adalah harapan dan keyakinan orang-orang yang tidak rasional, idealis dan kurang romantis dalam pernikahan (Rajabi & Abbasi, 2020).

Pasangan memanfaatkan program konseling dan pendidikan pranikah untuk mempersiapkan diri sebelum menikah (Sullivan, Pasch, Cornelius, & Cirigliano, 2004). Pendidikan pra nikah dan konseling pranikah menjelaskan program agar mudah menjalani pernikahan. Tujuan dari program tersebut adalah sebagai pendekatan dan peningkatan hubungan, serta pencegahan dalam

menghadapi tekanan dalam perkawinan agar tidak terjadi perceraian di masa depan (Tambling & Glebova, 2013). Target dalam program pranikah bukan hanya untuk jangka pendek tetapi dapat membantu menjaga hubungan pasangan dalam jangka yang panjang (Carroll & Doherty, 2003; Hawkins, Blanchard, Baldwin, & Fawcett, 2008; Renick, Blumberg, & Markman, 1992). Konseling pranikah memiliki banyak manfaat bagi pasangan sebelum dan selama menjalani pernikahan diantaranya memiliki hubungan yang stabil, mencegah terjadinya perceraian serta mengurangi risiko terjadinya tindakan kekerasan kepada anak-anak dan pasangan (Williamson, Trail, Bradbury, & Karney, 2014). Oleh karena itu, hasil yang diharapkan ketika pasangan mengikuti konseling pranikah bukan hanya tingkat kepuasan terhadap pasangan saja tetapi juga komitmen terhadap pasangannya (Stanley, Amato, Johnson, & Markman, 2006).

10.1.2 Pengertian

Konseling pranikah merupakan sebuah proses pemberian bantuan berupa informasi/nasihat/bimbingan/arahan/pemahaman tentang kehidupan berumah tangga dari konselor kepada individu/pasangan calon pengantin untuk menyelesaikan atau memecahkan masalah yang sedang dihadapi, mempersiapkan diri pada kondisi kehidupan sosial, ekonomi, ilmu agama, fisiologis, psikologis, serta hak dan kewajiban suami istri (Devianti & Rahima, 2021). Konseling pranikah adalah pemberian intervensi berupa komunikasi terapeutik yang dilakukan kepada pasangan yang berencana menikah. Sedangkan pendidikan pranikah merupakan pemberian keterampilan berupa pelatihan yang bertujuan untuk membekali pasangan untuk meningkatkan hubungan setelah mereka menikah. Pasangan yang ikut berpartisipasi dalam konseling pranikah menunjukkan kesehatan psikologis yang positif dan tidak memiliki masalah yang serius (Murray & Murray Jr, 2004).

Konseling Pranikah merupakan sebuah *trend* yang sedang berkembang di seluruh dunia. Calon pasangan mencari layanan tersebut agar mendapatkan pernikahan yang aman, terbebas dari masalah pernikahan dan mendapatkan masa depan yang baik (Sonia Puri, Anupama Dhiman, & Sagar Bansal, 2016). Selain itu

konseling pranikah digunakan sebagai salah satu cara untuk mendeteksi terjadinya penyakit keturunan pada pasangan, kelainan bawaan dan kelainan genetik. Calon pasangan dapat langsung diberikan intervensi sesuai dengan risiko yang teridentifikasi dari hasil pemeriksaan, melakukan vaksinasi, melanjutkan ke konsultasi genetik, pemberian nutrisi dan diberikan edukasi mengenai penggunaan alat kontrasepsi (Al-Qahtani et al., 2019). Konseling pranikah dapat diberikan oleh praktisi dari berbagai profesi kesehatan, seperti psikolog, dokter, perawat dan bidan. Bukan hanya itu, pemberian konseling pranikah dapat dilakukan oleh tokoh agama, seperti ustad dan pendeta. Program yang diberikan dalam konseling pranikah diberikan sangat singkat rata-rata berdurasi sekitar 4 jam.

10.1.3 Tujuan

Menurut (Murray & Murray Jr, 2004) tujuan dilakukannya konseling pranikah, yaitu:

1. Meningkatkan hubungan setelah pernikahan sehingga dapat berkembang menjadi hubungan pernikahan yang memuaskan dan stabil.
2. Memberikan informasi kepada pasangan tentang kehidupan pernikahan
3. Meningkatkan komunikasi pada pasangan
4. Memberi keterampilan kepada pasangan untuk mengembangkan resolusi konflik
5. Memungkinkan pasangan untuk berbicara tentang hal-hal sensitif seperti hubungan seks dan pengaturan keuangan dalam keluarga

10.2 Menopause

10.2.1 Pendahuluan

Menopause adalah suatu peralihan dari kehidupan reproduktif ke pasca reproduksi yang terjadi pada wanita. Proses tersebut merupakan transisi dan menjadi tonggak penting dalam siklus hidup perempuan. Hal yang paling mendasar dari proses menopause yaitu berhubungan langsung dengan penuaan ovarium (Santoro, Roeca, Peters, & Neal-Perry, 2021). Penuaan ini ditandai

dengan adanya penurunan jumlah folikel di dalam ovarium yaitu hilangnya sel germinal dan sel penghasil hormon yang mendukung fungsi menstruasi pada wanita. Namun, penuaan ini terjadi secara bertahap, dimulai jauh lebih awal dibandingkan periode menstruasi terakhir, dan dapat dikonseptualisasikan sebagai : (1) periode awal di mana perubahan pada hipotalamus, hipofisis dan ovarium membantu menjaga sekresi hormon gonadotropin; (2) suatu periode yang ditandai dengan variabilitas dalam perkembangan folikel, sekresi ovarium dan gejala-gejala yang mengarah ke periode menstruasi terakhir; dan (3) sekresi hormon ovarium yang rendah. Perubahan fungsi siklus reproduksi tersebut terjadi di semua tingkatan reproduksi seiring bertambahnya usia (Hall, 2015).

10.2.2 Pengertian

Menopause adalah peristiwa yang ditandai dengan adanya penghentian permanen fungsi ovarium, didiagnosis setelah tidak terjadi menstruasi selama 12 bulan. Penghentian menstruasi ini bersifat fisiologis ditandai dengan periode menstruasi tidak teratur dan ketidakstabilan hormon. Proses penghentian ini ditandai dengan hilangnya aktivitas folikel dalam rentang usia 42 – 45 tahun. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan *Council of Affiliated Menopause Societies* (CAMS) membagi fase menopause menjadi premenopause, perimenopause, transisi menopause dan klimakterium. Premenopause adalah peralihan antara status reproduktif menuju nonreproduksi yang biasanya berlangsung antara 4 sampai 10 tahun sebelum periode menstruasi terakhir. Dalam siklus menstruasi, premenopause dini ditandai dengan variabilitas siklus yang terus meningkat dan premenopause terlambat ditandai dengan timbulnya amenore selama minimal 60 hari (Greendale, Karlamangla, & Maki, 2020; Harlow et al., 2012). Perimenopause adalah masa transisi terjadinya menstruasi terakhir dalam reproduksi wanita. Perimenopause ditandai dengan adanya amenorea dan berhentinya aktivitas folikel pada ovarium selama 12 bulan. Durasi rata-rata masa perimenopause adalah 5 tahun, tetapi gejalanya mulai muncul pada usia 8 tahun atau lebih sebelum periode menstruasi terakhir (McNamara, Batur, & DeSapri, 2015). Transisi menopause adalah peralihan dari kehidupan reproduktif ke

pascareproduksi yang terjadi pada wanita. Transisi menopause secara kasar dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase awal dan fase akhir. Transisi awal ditandai dengan peningkatan prevalensi gejala menopause yang umum dan adanya gangguan siklus menstruasi minimal selama 1 siklus menstruasi. Selama fase ini, terjadi berbagai mekanisme endokrin, seperti peningkatan *follicle stimulating hormone* (FSH) yang bekerja untuk mempertahankan siklus dari semakin rendahnya jumlah folikel ovarium yang tersisa. Sedangkan pada fase akhir dikaitkan dengan mulai terdeteksinya peningkatan gejala dan kehilangan mineral pada tulang (Santoro et al., 2021).

10.2.3 Epidemiologi dan Fisiologi Menopause

Menstruasi berhenti ketika ovarium tidak memiliki folikel yang cukup untuk merespons dan mempertahankan fungsi hipotalamus. Permulaan transisi sudah ditandai oleh adanya perubahan menstruasi dan perkembangan gejala hipoestrogenik seperti rasa panas, perubahan suasana hati, gangguan konsentrasi dan penurunan daya ingat, gangguan tidur, kelelahan, penurunan libido, nyeri sendi dan peningkatan adipositas sentral. Rata-rata usia terjadinya menopause adalah 51 tahun, tetapi beberapa perempuan mengalami menopause dini antara usia 40 dan 45. Perbedaan ras dan etnis dapat mempengaruhi terjadinya menopause karena adanya transisi biologis dan mekanisme budaya. Beberapa budaya memiliki sudut pandang bahwa masa menopause dianggap sebagai hilangnya masa muda, sedangkan budaya lainnya menganggap bahwa menopause adalah bagian alami dari penuaan yang akan dialami oleh perempuan sehingga memeriksakan untuk mendapatkan pengobatan medis. Banyak faktor penyebab perempuan membutuhkan pengobatan medis ketika menopause, diantaranya memiliki tingkat keparahan saat menopause, pemilihan kontrasepsi saat fase perimenopause, mengalami menopause dini dan memiliki penyakit penyerta (Duralde, Sobel, & Manson, 2023).

10.2.4 Ciri-Ciri Menopause

Menopause yaitu berakhirnya masa reproduksi wanita yang ditandai dengan adanya periode perubahan keseimbangan hormonal yang sangat cepat. Perubahan ini berkaitan dengan perubahan gejala seperti panas yang dapat mengakibatkan ketidaknyamanan ringan pada tubuh (*hot flashes*) dan hilangnya kepadatan mineral pada tulang (Hill, 1996). Transisi wanita mengalami menopause yaitu terjadinya perubahan jumlah dan durasi aliran menstruasi. Wanita berusia 50 tahun mengeluarkan darah sekitar 6 ml lebih banyak dibandingkan wanita berusia 20 hingga 45 tahun, sedangkan wanita yang mendekati periode menstruasi terakhir paling banyak mengalami perdarahan hebat dengan kehilangan darah menstruasi menjadi 133 ml pada wanita berusia 50 tahun, dibandingkan 86 hingga 88 mL untuk wanita berusia 30 hingga 45 tahun (Harlow & Paramsothy, 2011).

10.2.5 Tanda dan Gejala

Menurut (Kaunitz & Manson, 2015) gejala paling sering muncul ketika menopause yaitu gejala vasomotor yang ditandai dengan sering merasakan panas atau selalu berkeringat ketika malam hari, hal ini terjadi karena gejala vasomotor berhubungan dengan sensasi panas yang terjadi tiba-tiba di bagian wajah, leher dan dada. Gejala lainnya yaitu timbulnya kemerahan di bagian kulit, menggigil, gelisah, gangguan tidur dan jantung berdebar. Saat merasakan kepanasan, suhu pada tubuh meningkat akibat adanya vasodilatasi perifer, khususnya pada jari tangan dan kaki. Gejala-gejala tersebut disebabkan karena adanya penarikan hormon estrogen yang mengakibatkan kenaikan suhu tubuh inti. Selain itu gejala vasomotor berhubungan dengan peningkatan pelepasan norepinefrin, serotonin dan neuroregulator lainnya. Neurotransmitter menurunkan titik di hipotalamus sehingga menekan termoregulasi dan memicu tidak tepat kehilangan panas.

10.2.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis terjadinya *hot flashes* biasanya dimulai sebagai sensasi panas tiba-tiba yang berpusat di dada bagian atas. *Hot flashes* terjadi mulai dari tingkat sedang yang dapat mereda

dengan cepat. *Hot flashes* bersifat umum dan berlangsung sangat cepat dari 2 hingga 4 menit, disertai dengan adanya keringat berlebih, jantung berdebar dan kecemasan. Pemicu terjadinya *hot flashes* antara lain terlalu banyak mengkonsumsi makanan pedas atau minuman beralkohol. Penyebab *hot flashes* dikarenakan adanya perubahan sistem termoregulasi sekitar 0,4°C yang terjadi secara mekanis. Temperatur inti pada awalnya masih dalam kisaran normal, tetapi kemudian terjadi vasodilatasi perifer yang tidak tepat sehingga terjadi peningkatan aliran darah dan menyebabkan hilangnya suhu panas sehingga dapat mengakibatkan menggigil hal ini dikarenakan adanya pemulihkan suhu tubuh sebelumnya. (Stuenkel et al., 2015)

10.2.7 Terapi Hormon

Terapi hormon menopause sistemik adalah pengobatan paling efektif untuk gejala yang ditimbulkan oleh rendahnya estrogen dan fluktuasi hormon. Terapi estrogen meringankan gejala vasomotor yaitu untuk mengurangi risiko hiperplasia endometrium dan keganasan pada uterus. Penggunaan terapi ini digunakan apabila terdapat indikasi untuk mengatasi sindrom menopause genitourinari dan untuk mencegah osteoporosis. Apabila terjadi menopause dini harus diobati dengan terapi pemberian hormon sampai usia rata-rata menstruasi berhenti pada wanita.

1. Kontraindikasi terapi hormon

Menurut (Duralde et al., 2023) kontraindikasi penggunaan terapi hormon ketika menopause dapat mengakibatkan :

- a. Kanker payudara
- b. Kanker endometrium (hormonal stadium lanjut atau non-hormonal)
- c. Hiperplasia atau kanker endometrium yang tidak diobati
- d. Perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya
- e. Infark miokard, stroke, atau serangan iskemik transien
- f. Hipertensi yang tidak terkontrol
- g. Penyakit arteri perifer
- h. Tromboemboli vena
- i. Kelainan pembekuan darah

- j. Sirosis
- k. Hepatitis aktif

2. Penyakit Penyerta Menopause

Menurut (Duralde et al., 2023) beberapa penyakit penyerta yang menjadi perhatian ketika akan melakukan terapi hormon selama menopause:

- a. Hipertensi
- b. Hiperlipidemia
- c. Diabetes Mellitus
- d. Tromboemboli vena
- e. Peradangan kronis
- f. HIV
- g. Penyakit kandung empedu
- h. Kanker ovarium atau serviks yang diduga responsif terhadap hormon

10.2.8 Pengobatan

Menurut (Duralde et al., 2023) pengobatan menopause dapat dibedakan berdasarkan fase yaitu :

1. Menopause dini

Wanita dengan menopause dini disebabkan karena adanya insufisiensi ovarium primer, bilateral ooforektomi, radiasi/kemoterapi dianjurkan mendapatkan pengobatan terapi hormon untuk mendukung sistem kardiovaskular, genitourinari, tulang, dan kesehatan kognitif sampai usia rata-rata berhentinya fase menstruasi. Sedangkan wanita dengan menopause dini yang tidak mendapat terapi hormonal yaitu demensia, parkinsonisme, penyakit kardiovaskular, osteoporosis dan disfungsi seksual.

2. Perimenopause

Pada fase perimenopause penggunaan terapi hormon tidak boleh digunakan sebagai kontrasepsi, karena tidak menekan ovulasi dan dapat mengubah lendir serviks secara substansial. Bagi wanita yang tidak merokok dan tidak memiliki riwayat tromboemboli vena atau stroke, penggunaan pil *combined*

hormonal contraceptives (CHC) dengan dosis rendah merupakan pilihan yang tepat.

3. Pascamenopause

Saat terapi hormon baru diresepkan, penggunaannya dimulai dalam 10 tahun setelah menopause dan dianjurkan sampai usia lebih dari 60 tahun. Penggunaan terapi hormon menggunakan dosis yang paling rendah dan memiliki risiko yang juga rendah melalui transdermal dan rute intravaginal (jika memungkinkan).

4. *Genitourinary syndrome*

Menurut (Stuenkel et al., 2015) terdapat tiga terapi yang dapat digunakan untuk wanita menopause dengan *Genitourinary syndrome*, yaitu :

a. Penggunaan pelembab

Wanita pascamenopause yang memiliki gejala atrofi vulva vagina dapat menggunakan pelembab vagina. Pelembab ini memiliki bahan dasar polikarbofil, asam hialuronat, dan pektin yang apabila digunakan secara teratur (minimal dua kali dalam 1 minggu), dapat memberikan terapi non-hormonal yang efektif untuk meringankan gejala atrofi vagina.

b. Penggunaan Pelumas Vagina

Pada wanita yang produksi sekresi vaginanya tidak mencukupi untuk aktivitas seksual disarankan untuk menggunakan pelumas vagina. Pelumas vagina digunakan untuk meningkatkan aktivitas seksual pada wanita dengan gejala atrofi vagina. Penggunaan pelumas ini dapat meringankan terjadinya kekeringan pada vagina dan mencegah terjadinya dispareunia. Namun pelumas ini tidak mengatasi masalah yang mendasari dan hanya sebentar dalam meringankan gejala yang terjadi.

c. Terapi Hormon Estrogen

Bagi wanita yang tidak memiliki riwayat kanker dan tidak bergantung pada hormon (estrogen), penggunaan terapi estrogen dosis rendah dapat direkomendasikan.

Penggunaan terapi ini dikategorikan menjadi tiga, yaitu : 1) dosis rendah, 2) sedang dan 3) dosis sistemik. Dengan menggunakan dosis terendah efektivitas penyerapan sangat minimal. Namun selama pemberian terapi dapat meningkatkan penyerapan sistemik pada kasus atrofi vagina.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qahtani, F. S., Alfahad, M. I., Alshahrani, A. M. M., Almalih, H. S., Al-Malki, A. S. Q., Alshehri, T. K., . . . Alasmari, R. F. A. (2019). Perception of premarital counseling among King Khalid University students. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(8), 2607.
- Carroll, J. S., & Doherty, W. J. (2003). Evaluating the effectiveness of premarital prevention programs: A meta-analytic review of outcome research. *Family relations*, 52(2), 105-118.
- Devianti, R., & Rahima, R. (2021). Konseling Pra-Nikah menuju Keluarga Samara. *Educational Guidance and Counseling Development Journal*, 4(2), 73-79.
- Duralde, E. R., Sobel, T. H., & Manson, J. E. (2023). Management of perimenopausal and menopausal symptoms. *bmj*, 382.
- Greendale, G. A., Karlamangla, A. S., & Maki, P. M. (2020). The menopause transition and cognition. *Jama*, 323(15), 1495-1496.
- Hall, J. E. (2015). Endocrinology of the menopause. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 44(3), 485-496.
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., . . . Group, S. C. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, 15(2), 105-114.
- Harlow, S. D., & Paramsothy, P. (2011). Menstruation and the menopausal transition. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 38(3), 595-607.
- Hawkins, A. J., Blanchard, V. L., Baldwin, S. A., & Fawcett, E. B. (2008). Does marriage and relationship education work? A meta-analytic study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(5), 723.
- Hill, K. (1996). The demography of menopause. *Maturitas*, 23(2), 113-127.
- Kaunitz, A. M., & Manson, J. E. (2015). Management of menopausal symptoms. *Obstetrics and gynecology*, 126(4), 859.

- McNamara, M., Batur, P., & DeSapri, K. T. (2015). Perimenopause. *Annals of internal medicine*, 162(3), ITC1-ITC16.
- Murray, C. E., & Murray Jr, T. L. (2004). Solution-focused premarital counseling: helping couples build a vision for their marriage. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(3), 349-358.
- Rajabi, G., & Abbasi, G. (2020). The effectiveness of premarital counseling based on a relationship education program on the idealistic expectations of single young adults. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(4), 384-395.
- Renick, M. J., Blumberg, S. L., & Markman, H. J. (1992). The Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP): An empirically based preventive intervention program for couples. *Family relations*, 141-147.
- Samad, D., Kenedi, G., & Mustqim, M. (2016). The effectiveness of premarital counseling service on the harmony of marriage in family resilience. *Al-Ta lim Journal*, 23(3), 214-223.
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The menopause transition: signs, symptoms, and management options. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), 1-15.
- Sonia Puri, S. P., Anupama Dhiman, A. D., & Sagar Bansal, S. B. (2016). Premarital health counseling: a must.
- Stanley, S. M., Amato, P. R., Johnson, C. A., & Markman, H. J. (2006). Premarital education, marital quality, and marital stability: findings from a large, random household survey. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 117.
- Stuenkel, C. A., Davis, S. R., Gompel, A., Lumsden, M. A., Murad, M. H., Pinkerton, J. V., & Santen, R. J. (2015). Treatment of symptoms of the menopause: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(11), 3975-4011.
- Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Cornelius, T., & Cirigliano, E. (2004). Predicting participation in premarital prevention programs: The health belief model and social norms. *Family Process*, 43(2), 175-193.

- Tambling, R. B., & Glebova, T. (2013). Preferences of individuals in committed relationships about premarital counseling. *The American Journal of Family Therapy*, 41(4), 330-340.
- Williamson, H. C., Trail, T. E., Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2014). Does premarital education decrease or increase couples' later help-seeking? *Journal of Family Psychology*, 28(1), 112.

BAB 11

KEPENDUDUKAN DI INDONESIA

Oleh Maryuni

11.1 Konsep Demografi Demografi

Demografi (*demography*) berasal dari dua kata dalam bahasa Yunani, yaitu *demos* yang berarti rakyat atau penduduk dan *grafein* yang berarti menggambar atau menulis. Jadi, secara harfiah demografi berarti tulisan atau gambaran tentang penduduk. Istilah ini pertama kali digunakan oleh Achille Guillard pada tahun 1855 dalam karyanya berjudul *“Elements de Statistique Humaine, ou Demographie Comparee”* atau *Elements of Human Statistics or Comparative Demography*. Pengertian tentang demografi berkembang seiring dengan perkembangan keadaan penduduk serta penggunaan statistik kependudukan yang dialami oleh para tokoh demografi pada zamannya. Pada abad 20, pengertian demografi sudah memasukkan migrasi serta keterkaitan antara jumlah, distribusi, komposisi, komponen utama pertumbuhan penduduk (fertilitas, mortalitas, dan migrasi), dan determinan dan konsekuensi dari perubahan penduduk. (Bappenas, 2023)

11.2 Teori Kependudukan

Kependudukan mengacu pada jumlah dan karakteristik penduduk suatu wilayah atau Negara pada suatu waktu tertentu . Hal ini mencakup informasi tentang jumlah dan distribusi penduduk, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan berbagai aspek lainnya yang berkaitan dengan populasi suatu daerah. (Omas Bulan Samosir; Rihlah Romdoniah; Israul Hasanah, 2020)

Pemahaman tentang kependudukan penting dalam perencanaan pembangunan, kebijakan sosial, dan sumber daya. Data kependudukan di gunakan oleh pemerintah, organisasi internasional, dan peneliti untuk mengidentifikasi trend, mengembangkan kebijakan publik, dan merancang program

program yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakat. (BKKBN, 2020)

Selain itu, studi kependudukan juga melibatkan analisis terhadap perubahan-perubahan dalam struktur penduduk, seperti pertumbuhan penduduk, migrasi, dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi dinamika populasi. Informasi ini menjadi dasar untuk perencanaan pembangunan berkelanjutan dan upaya-upaya lainnya yang berkaitan dengan kesejahteraan masyarakat. Teori kependudukan adalah kumpulan konsep yang digunakan untuk memahami dan menjelaskan dinamika populasi suatu wilayah atau Negara. (Omas Bulan Samosir; Rihlah Romdoniah; Israul Hasanah, 2020)

Beberapa teori kependudukan antara lain:

1. Teori Malthusianisme

Dikemukakan oleh Thomas Malthus pada akhir abad ke 18, menyatakan bahwa pertumbuhan populasi akan melampaui kapasitas produksi pangan, sehingga masyarakat akan mengalami kelaparan dan kemiskinan.

Malthusialisme memiliki pendekatan pesimistis terhadap pertumbuhan populasi dan menekankan pentingnya kontrol kebijakan keluarga.

2. Teori Demografi Transisi

Dikembangkan oleh Frank Notestein pada pertengahan abad ke 20.

Menjelaskan perubahan tahap pertumbuhan populasi suatu masyarakat seiring waktu. Tahap awal memiliki tingkat kelahiran dan kematian yang tinggi, kemudian diikuti oleh penurunan tingkat kematian, menuju stabilitas populasi. Teori ini memandang modernisasi dan perubahan sosial ekonomi sebagai faktor utama yang mempengaruhi perubahan tingkat kematian.

3. Teori Ekspansi Kependudukan

Dikembangkan oleh Julian Simon pada abad ke 20, menyatakan bahwa pertumbuhan populasi manusia bukanlah ancaman, tetapi dapat dianggap sebagai sumber daya yang memacu inovasi dan perkembangan ekonomi.

Simon mengkritik pandangan Malthusian dan menekankan potensi kreativitas dan adaptabilitas manusia untuk menyelesaikan masalah.

4. Teori Optimum Populasi

Dikemukakan oleh Michael Kremer, menyatakan bahwa ada tingkat optimal populasi yang dapat memberikan manfaat maksimum bagi pembangunan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat.

5. Teori Reproduksi Sosial

Dikembangkan oleh ahli demografi Kingsley Davis dan Judith Biake.

Menekankan bahwa keputusan keluarga tentang berapa banyak anak dan akan mereka miliki di pengaruhi oleh faktor sosial, ekonomi, dan budaya.

11.3 Penduduk Indonesia

Teori kependudukan ini membantu menganalisis dan memahami perubahan pola kelahiran, kematian, migrasi, dan struktur usia dalam suatu populasi. Penerapan teori ini dapat membantu perumusan kebijakan dan program pemerintah dalam bidang demografi dan pembangunan. (BKKBN, 2020)

Pada tahun 2022, Indonesia memiliki jumlah populasi yang sangat besar dan beragam. Berdasarkan data badan Pusat Statistik Indonesia (BPS) pada tahun 2020, jumlah penduduk Indonesia mencapai lebih dari 270 juta jiwa. Hal ini menjadikan Negara dengan populasi keempat terbanyak di dunia setelah Tiongkok, India, dan Amerika Serikat. (Bappenas, 2023)

Penduduk Indonesia terdiri dari berbagai suku, etnis, dan kelompok budaya. Suku besar di Indonesia antara lain Jawa, Sunda, Madura, Batak, Minangkabau, Bugis, dan banyak lainnya. Bahasa Indonesia adalah bahasa resmi yang digunakan sebagai bahasa persatuan, meskipun terdapat berbagai bahasa daerah yang berbeda di seluruh nusantara. (Agung Marhaeni, 2018)

Indonesia memiliki keberagaman agama, antara lain Islam, Kristen, Hindu, Budha, dan kepercayaan-kepercayaan tradisional lainnya, mayoritas penduduk Indonesia adalah muslim, dengan

mayoritas penganut Islam berada di pulau Jawa. (Agung Marhaeni, 2018)

Pertumbuhan ekonomi dan urbanisasi telah mengubah pola pemukiman di Indonesia, sebagian besar penduduk kini tinggal di kota Jakarta. Ibu kota Indonesia adalah salah satu kota terpadat dan pusat keuangan dan bisnis utama di Negara ini. (Bappenas, 2023)

11.4 Perubahan Jumlah dan Struktur Penduduk Indonesia

Jumlah penduduk Indonesia terus bertambah, namun pertumbuhan yang terus melambat. Dalam kurun waktu enam dasawarsa, jumlah penduduk Indonesia telah bertambah hampir tiga kali lipat dari 97 juta jiwa pada tahun 1961, menjadi 270 juta jiwa pada tahun 2020. Sementara itu, laju pertumbuhan penduduk Indonesia melambat dari 2,31 persen tahun 1971 menjadi 1,25 persen tahun 2022. (Kemenkes RI, 2022; Bappenas, 2023)

Perlambatan laju pertumbuhan penduduk sebagai bagian dari keberhasilan penurunan tingkat fertilitas. Angka Kelahiran Total (TFR) terus menurun dan mencapai angka 2,18 pada tahun 2020 yang berarti seorang perempuan melahirkan sekitar dua anak selama masa reproduksinya. Nilai ini menurun dalam 30 tahun terakhir dari 3,33 di tahun 1990. Penurunan tingkat fertilitas ini menunjukkan keberhasilan program keluarga berencana dan pembangunan di sektor-sektor lainnya yang berkontribusi dalam meningkatkan usia perkawinan pertama/usia kawin pertama perempuan, tingkat pendidikan perempuan, dan berkurangnya jumlah anak yang dimiliki setiap perempuan. (Kemenkes RI, 2022; Bappenas, 2023)

Pada umumnya, data mengenai jumlah dan struktur penduduk Indonesia terus berubah seiring berjalannya waktu karena berbagai faktor seperti kelahiran, kematian, migrasi, dan faktor faktor demografis lainnya. Untuk mendapatkan data yang paling akurat dan terkini, disarankan untuk merujuk pada sumber data resmi seperti Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia atau lembaga statistik lainnya. (Kemenkes RI, 2022)

Beberapa trend umum yang dapat mempengaruhi perubahan jumlah dan struktur penduduk Indonesia meliputi:

1. Pertumbuhan Penduduk

Pertumbuhan penduduk dapat dipengaruhi oleh tingkat kelahiran dan kematian. Program keluarga berencana, perubahan gaya hidup, dan faktor ekonomi dapat mempengaruhi trend pertumbuhan penduduk.

2. Struktur Usia Penduduk

Pola usia penduduk dapat berubah seiring waktu. Peningkatan harapan hidup dan perubahan kebijakan keluarga dapat menyebabkan peningkatan jumlah penduduk di kelompok usia lanjut usia.

3. Urbanisasi

Perubahan pola migrasi dari pedesaan ke perkotaan dapat mempengaruhi distribusi geografis dan struktur penduduk. Proses urbanisasi dapat menyebabkan pertumbuhan populasi di kota-kota besar.

4. Pendidikan dan Kesehatan

Peningkatan akses pendidikan dan pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi perilaku reproduksi dan kesejahteraan masyarakat, yang pada gilirannya mempengaruhi jumlah dan struktur penduduk.

5. Migrasi

Pergerakan penduduk dari satu wilayah ke wilayah lainnya juga dapat mempengaruhi distribusi penduduk dan struktur demografis di berbagai daerah. Penting untuk mencatat bahwa sumber daya resmi dan data terkini diperlukan untuk memahami perubahan ini dengan lebih rinci. BPS Indonesia secara rutin menyediakan laporan dan statistik terkait penduduk, sehingga dapat digunakan sebagai sumber informasi yang lebih akurat dan terkini.

11.5 Mobilitas dan Sebaran Penduduk

Pertumbuhan penduduk di suatu negara dapat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu mobilitas, mortalitas dan fertilitas penduduk. Peranan mobilitas penduduk terhadap laju pertumbuhan penduduk antara wilayah yang satu dengan wilayah yang lainnya berbeda-

beda. Istilah mobilitas penduduk diartikan sebagai semua gerak penduduk dalam waktu tertentu seperti batas Provinsi, Kabupaten, Kecamatan dan lain-lain. (Suharto and Mulawarman, 2020)

Mobilitas dan sebaran penduduk adalah dua konsep yang erat kaitannya dengan pergerakan dan penyebaran manusia di suatu wilayah berikut penjelasannya :

1. Mobilitas Penduduk

Mobilitas penduduk mengacu pada pergerakan manusia dari satu tempat ke tempat lain. Mobilitas dapat bersifat internal (di dalam suatu negara atau wilayah) atau eksternal (antar Negara).

Jenis mobilitas:

- a. *Mobilitas internal* : perpindahan penduduk di dalam suatu wilayah, misalnya dari desa ke kota atau antar kota di dalam Negara.
- b. *Mobilitas eksternal* : perpindahan penduduk antar wilayah atau antarnegara.

2. Sebaran Penduduk

Sebaran penduduk mencakup penyebaran populasi manusia di suatu wilayah atau Negara. Ini mencakup distribusi geografis jumlah penduduk dan karakteristik demografis di berbagai wilayah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi sebaran penduduk:

1. Topografi dan iklim: beberapa daerah mungkin lebih sesuai untuk pemukiman manusia berdasarkan kondisi geografis dan iklim.
2. Sumber daya alam: ketersediaan sumber daya alam seperti air, tanah yang subur, dan keberadaan bahan tambang dapat mempengaruhi penyebaran penduduk.
3. Pembangunan infrastruktur: ketersediaan infrastruktur seperti jalan, rel, dan fasilitas transportasi lainnya dapat mempengaruhi sebaran penduduk.
4. Faktor ekonomi: pekerjaan dan aktivitas ekonomi dapat menarik suatu daerah tertentu.

Pemahaman yang baik tentang mobilitas dan sebaran penduduk penting dalam perencanaan pembangunan dan kebijakan populasi faktor-faktor ini dapat berubah seiring waktu karena perubahan ekonomi, sosial, dan lingkungan, dan oleh karena itu, perlu untuk terus memantau dan menyesuaikan kebijakan yang relevan. (Bappenas, 2023)

11.6 Kualitas Penduduk Indonesia

Kependudukan mempunyai dua dimensi utama yaitu kuantitas dan kualitas penduduk. Salah satu upaya pembangunan kependudukan dilakukan dengan cara mengatur dan mengendalikan jumlah penduduk pada sisi kuantitas. Sedangkan, sisi kualitas penduduk saat ini masih menjadi konsep yang relatif abstrak yang hendaknya diturunkan ke dalam indikator-indikator yang terukur (*tangibel*). (BKKBN, 2022)

Kualitas penduduk Indonesia dapat diukur dengan beberapa indikator, termasuk pendidikan, kesehatan, ekonomi, dan partisipasi dalam pembangunan. Berikut adalah beberapa aspek yang dapat memberikan gambaran mengenai kualitas penduduk Indonesia :

11.6.1 Pendidikan

1. Rata-rata Lama Sekolah

Sekolah menunjukkan berapa lama penduduk mengikuti pendidikan. Semakin tinggi rata-rata lama sekolah, semakin baik kualitas pendidikan penduduk.

2. Tingkat Lulusan

Persentase penduduk yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi atau memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat menjadi indikator kualitas pendidikan.

11.6.2 kesehatan

1. Angka Harapan Hidup

Menunjukkan rata-rata berapa tahun seseorang diharapkan hidup. Semakin tinggi angka harapan hidup, semakin baik pelayanan kesehatan dan kondisi hidup penduduk.

2. Angka Kematian Bayi dan Ibu

Menunjukkan kesehatan ibu dan anak, angka kematian ibu dan bayi yang rendah menandakan sistem kesehatan yang baik.

11.6.3 Ekonomi

1. Pendapatan Perkapita

Mengukur pendapatan rata-rata individu. Pertumbuhan ekonomi yang sehat dapat memperbaiki kesejahteraan penduduk.

2. Angka Pengangguran

Tingkat pengangguran yang rendah dapat mencerminkan keberhasilan dalam menciptakan lapangan kerja.

3. Partisipasi dalam Pembangunan

Tingkat partisipasi dalam pemilihan umum atau kegiatan politik lainnya dapat mencerminkan kualitas partisipasi masyarakat dalam pembangunan. Melibatkan masyarakat dalam program sosial kemanusiaan dapat mencerminkan kesadaran sosial dan kepedulian terhadap sesama.

Kualitas penduduk tidak dapat diukur secara tunggal dan harus dipahami dalam konteks holistik. Selain itu indikator tersebut dapat bervariasi dari satu wilayah ke wilayah lain di Indonesia. Program pembangunan dan kebijakan pemerintah memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas penduduk melalui pendidikan, kesehatan, dan pembangunan ekonomi. (Bappenas, 2023)

11.7 Arah Pembangunan Kependudukan

Penduduk merupakan salah satu faktor utama keberhasilan Pembangunan. Penduduk yang berkualitas mendorong pembangunan untuk mendapatkan dampak yang lebih baik. Oleh sebab itu, pembangunan Indonesia harus berpusat pada penduduk. Untuk mencapai keselarasan pembangunan dengan terwujudnya penduduk yang sejahtera tanpa ada yang tertinggal, terdapat beberapa kondisi yang harus tercapai dan dijaga. (Bappenas, 2023)

Arah pembangunan kependudukan merujuk pada tujuan dan strategi yang diambil oleh suatu negara atau wilayah untuk mengelola pertumbuhan dan struktur pendudukannya. Pembangunan kependudukan melibatkan berbagai aspek, termasuk pertumbuhan penduduk, distribusi penduduk, mobilitas penduduk dan kesejahteraan masyarakat. Beberapa arah pembangunan kependudukan yang umumnya dikejar oleh suatu Negara termasuk:

1. Pengendalian Pertumbuhan Penduduk: banyak Negara yang berusaha mengendalikan laju pertumbuhan penduduknya agar sesuai dengan daya dukung lingkungan dan sumber daya yang tersedia, program keluarga berencana dan edukasi reproduksi seringkali menjadi bagian dari strategi ini.
2. Perbaikan Kualitas Hidup: fokus pada peningkatan kesejahteraan dan kualitas hidup penduduk. Hal ini melibatkan penyediaan akses pendidikan, layanan kesehatan, perubahan, dan lapangan kerja yang layak.
3. Distribusi penduduk: mengelola distribusi geografis penduduk agar merata dan sesuai dengan kebijakan pembangunan regional. Ini dapat melibatkan stimulasi pertumbuhan ekonomi di daerah tertentu atau pengaturan migrasi penduduk.
4. Penanganan Perubahan Struktur Usia: beberapa Negara menghadapi masalah perubahan struktur usia, seperti peningkatan jumlah penduduk yang berusia lanjut. Arah pembangunan kependudukan mungkin termasuk strategi untuk menghadapi dampak ekonomi dan sosial dari perubahan ini, seperti penyesuaian dalam sistem pensiun dan layanan kesehatan.
5. Pemberdayaan Perempuan: meningkatkan peran dan status perempuan dalam masyarakat. Pendidikan dan kesetaraan gender seringkali menjadi fokus untuk memberdayakan perempuan, yang dapat berpengaruh pada tingkat kelahiran dan kesejahteraan keluarga.
6. Manajemen Migrasi: membangun kebijakan yang memandu dan mengelola migrasi penduduk, baik yang bersifat

internal maupun internasional. Ini mencakup perlindungan hak migran, integrasi sosial, dan manfaat ekonomi bagi negara pengirim dan penerima.

7. Penanganan Masalah Demografis tertentu: beberapa negara mungkin memiliki masalah demografis khusus, seperti ketidakseimbangan gender, urbanisasi cepat, atau migrasi besar-besaran. Arah pembangunan kependudukan dapat dirancang untuk menanggapi masalah-masalah ini.

11.8 Bonus Demografi

Bonus demografi merujuk pada suatu periode dimana sejumlah besar penduduk suatu negara atau wilayah berada dalam rentang usia produktif yang relatif tinggi. Bonus demografi terjadi ketika jumlah penduduk usia produktif (biasanya dalam rentang usia 15-64 tahun) lebih besar daripada jumlah penduduk yang tidak produktif (anak-anak di bawah 15 tahun dan lanjut usia di atas 64 tahun). (Agung Marhaeni, 2018) Fenomena ini dapat memberikan keuntungan ekonomi jika pemerintah dan sektor swasta dapat memanfaatkannya dengan baik. Beberapa manfaat bonus demografi meliputi:

1. Peningkatan Tenaga Kerja: dengan adanya lebih banyak orang usia produktif, potensi tenaga kerja meningkat, yang dapat menghasilkan pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi.
2. Peningkatan Produktivitas: jika pendidikan dan pelatihan tenaga kerja dikelola dengan baik, bonus demografi dapat meningkatkan tingkat produktivitas masyarakat.
3. Peningkatan Konsumsi: orang usia produktif cenderung memiliki tingkat konsumsi yang lebih tinggi, yang dapat menggerakkan sektor konsumsi dan meningkatkan permintaan barang dan jasa.
4. Investasi Infrastruktur: dengan adanya bonus demografi, pemerintah dapat lebih mudah mengalokasikan sumber daya untuk investasi infrastruktur yang mendukung pertumbuhan ekonomi.

Namun, bonus demografi bukanlah jaminan kesuksesan ekonomi. Untuk meraih manfaatnya, suatu negara harus memiliki kebijakan yang mendukung seperti pendidikan yang baik, pelatihan tenaga kerja, penciptaan lapangan kerja, dan sistem ekonomi yang efisien. Jika tidak dikelola dengan baik, bonus demografi dapat berubah menjadi beban ekonomi jika tidak ada cukup lapangan kerja atau layanan sosial untuk mendukung jumlah penduduk yang meningkat.

11.9 Mewujudkan Pertumbuhan Penduduk Yang Seimbang

Pemerintah Indonesia perlu mempertahankan jumlah penduduk yang seimbang agar potensi pertumbuhan ekonomi dari sisi demografi dapat terjaga. Terdapat empat strategi yang dapat dijalankan oleh pemerintah untuk mempertahankan pertumbuhan penduduk seimbang. Strategi pertama yang dapat diterapkan oleh pemerintah adalah meningkatkan peserta Keluarga Berencana (KB) aktif, menurunkan *drop out*, dan mengurangi kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmeet need KB*). Kedua, pemerintah juga perlu memastikan kebijakan pengendalian kelahiran berencana berdasarkan wilayah dan kelompok sasarannya. Ketiga, pemerintah perlu memperkuat strategi komunikasi, informasi, dan edukasi prinsip-prinsip pembangunan keluarga dan menghasilkan anak yang berkualitas dengan intervensi sejak dini sesuai kondisi wilayah. Strategi kedua dan ketiga diterapkan untuk merespons kondisi *Total Fertility Rate* (TFR) dari provinsi-provinsi di Indonesia yang berada pada level yang berbeda. Selanjutnya, strategi keempat adalah meningkatkan pendampingan pembangunan keluarga. (Bappenas, 2023)

Selain empat strategi diatas, beberapa langkah yang dapat diambil untuk mencapai pertumbuhan penduduk yang seimbang antara lain:

1. Pendidikan dan Kesadaran Keluarga
 - a. Memberikan pendidikan seksual yang komprehensif untuk meningkatkan kesadaran akan perencanaan keluarga.

- b. Mendorong kesadaran tentang dampak pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali.
- 2. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan
 - a. Meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.
 - b. Memberikan informasi dan dukungan untuk penggunaan metode kontrasepsi.
- 3. Pemberdayaan Perempuan
 - a. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, termasuk akses pendidikan dan pekerjaan.
 - b. Memberikan akses perempuan terhadap layanan kesehatan reproduksi.
- 4. Pengembangan Ekonomi
 - a. Menciptakan lapangan kerja dan peluang ekonomi untuk mengurangi tekanan pada pertumbuhan penduduk.
 - b. Memfasilitasi investasi dan pengembangan sektor-sektor ekonomi yang berkelanjutan.
- 5. Perencanaan Kota dan Pengelolaan Sumber Daya Alam
 - a. Mengembangkan perencanaan kota yang berkelanjutan untuk mengatasi dampak pertumbuhan penduduk di area perkotaan.
 - b. Memastikan pengelolaan yang bijak terhadap sumber daya alam untuk mendukung pertumbuhan populasi.
- 6. Pendidikan dan Informasi Masyarakat
 - a. Memberikan pendidikan dan informasi kepada masyarakat tentang pentingnya pertumbuhan penduduk yang seimbang.
 - b. Mengkampanyekan nilai-nilai keluarga kecil dan kesejahteraan anak.
- 7. Kebijakan Demografis
 - a. Menetapkan kebijakan demografis yang mendukung pertumbuhan populasi yang seimbang.
 - b. Mendorong kebijakan perencanaan keluarga yang bersifat sukarela dan terinformasi.

8. Kolaborasi Internasional

- a. Berkolaborasi dengan negara-negara lain untuk pertukaran pengetahuan dan pengalaman terbaik dalam mengelola pertumbuhan penduduk.
- b. Mendukung inisiatif internasional untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan terkait populasi dan kesejahteraan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung Marhaeni (2018) *Buku Pegangan Pengantar Kependudukan, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Udayana*. Denpasar: CV. Sastra Utama.
- Bappenas (2023) *Penduduk Berkualitas menuju Indonesia Emas*. Jakarta: Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (PPN)/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas).
- BKKBN (2020) *Konsep dan Dasar Kependudukan*. Edited by N.K.M.T.H.A. Isyanah. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BKKBN.
- BKKBN (2022) *Pembangunan Keluarga*. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kependudukan dan Keluarga Berencana, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Kemenkes RI (2022) *Profil Kesehatan Indonesia, Pusdatin.Kemenkes.Go.Id.* Available at: <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>.
- Omas Bulan Samosir; Rihlah Romdoniah; Israul Hasanah (2020) *Dinamika Kependudukan, Pembangunan, dan Program KB*. Lembaga Demografi FEB Universitas Indonesia.
- Suharto, R.B. and Mulawarman, U. (2020) *Buku Teori Kependudukan*. RV Pustaka Horizon.

BAB 12

PERKEMBANGAN KB DI INDONESIA

Oleh A Fahira Nur

12.1 Sejarah KB di Indonesia

Perkembangan awal Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia melibatkan berbagai inisiatif dari tokoh masyarakat serta dukungan dari pemerintah. Salah satu tokoh yang memiliki peran penting dalam memperkenalkan KB di Indonesia adalah Sarwono Prawirohardjo. Beliau merupakan seorang dokter dan akademisi yang aktif memperjuangkan isu kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Sarwono Prawirohardjo bersama dengan sejumlah tokoh lainnya, seperti Dr. R. Soeharto, merupakan pionir dalam memperkenalkan konsep KB di Indonesia pada awal tahun 1950-an.

Pada tanggal 23 Desember 1957, upaya mereka membuahkan hasil dengan didirikannya Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Pendirian PKBI menjadi tonggak penting dalam sejarah KB di Indonesia, karena merupakan lembaga pertama yang secara resmi mengkoordinasikan upaya-upaya KB di tanah air. Dr. R. Soeharto, seorang dokter yang juga aktif dalam bidang kesehatan reproduksi, ditunjuk sebagai ketua PKBI. Langkah ini menandai komitmen serius para tokoh terkemuka Indonesia dalam menghadapi tantangan kependudukan dan kesehatan reproduksi, serta memperjuangkan peran penting KB dalam pembangunan nasional.

Pendirian PKBI juga mencerminkan dorongan awal dari pemerintah Indonesia untuk mengadopsi program KB sebagai bagian dari upaya pembangunan nasional. Meskipun pada awalnya program ini dijalankan secara terbatas dan tanpa dukungan terbuka dari pemerintah, namun langkah pendirian PKBI menunjukkan bahwa ada pengakuan awal terhadap pentingnya KB dalam mengatasi masalah kependudukan dan kesehatan reproduksi di Indonesia. Dengan demikian, perkembangan awal KB di Indonesia mencerminkan kerjasama antara tokoh masyarakat dan pemerintah

dalam menghadapi tantangan sosial yang kompleks (Bongaarts, 2019).

Sejarah Keluarga Berencana (KB) di Indonesia mencerminkan perjalanan panjang dari pengenalan konsep awal hingga integrasi yang lebih luas dalam program pembangunan nasional. Pada tahun 1950-an, konsep KB mulai diperkenalkan oleh sekelompok ahli kesehatan, bidan, dan pemuka masyarakat yang prihatin dengan tingginya angka kematian ibu dan bayi serta masalah kependudukan yang terkait. Upaya awal ini dilakukan dengan cara-cara yang terbatas dan seringkali didorong oleh inisiatif masyarakat dan lembaga non-pemerintah (Smyth, 1991).

Pada tanggal 23 Desember 1957, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) didirikan oleh sekelompok tokoh kesehatan dan masyarakat. PKBI bertujuan untuk mengkoordinasikan upaya-upaya KB di Indonesia dan memberikan bantuan kepada masyarakat yang memerlukan. Namun, tantangan-tantangan tidak berhenti di sini. Selama periode Orde Lama, Gerakan KB seringkali harus beroperasi secara diam-diam karena ketidaksetujuan pimpinan negara terhadap konsep KB.

Perubahan besar terjadi pada masa Orde Baru di bawah kepemimpinan Presiden Soeharto. Pada tahun 1967, pengakuan resmi terhadap PKBI sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman menandai langkah penting dalam pengakuan KB sebagai bagian dari agenda pembangunan nasional. Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) didirikan pada tahun 1968 dan kemudian berganti nama menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 1970. BKKBN menjadi entitas resmi pemerintah yang bertanggung jawab penuh atas pelaksanaan program KB di Indonesia. Selama bertahun-tahun, program KB terus mengalami perkembangan dan perubahan strategi untuk mengatasi berbagai tantangan demografi dan kesehatan reproduksi, melibatkan berbagai pihak termasuk pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta. Sejarah KB di Indonesia mencerminkan komitmen berkelanjutan dalam mengatasi masalah kependudukan dan meningkatkan kesejahteraan keluarga serta pembangunan nasional secara menyeluruh (Tsui et al., 2010).

Seiring berjalannya waktu, program KB di Indonesia juga mengalami perubahan yang signifikan dalam hal pendekatan dan strategi. Dari awal yang didorong oleh upaya sukarela dan kerjasama antara lembaga non-pemerintah dan masyarakat, KB kemudian menjadi bagian integral dari kebijakan pembangunan nasional. Pada tahun 1970-an dan 1980-an, kampanye penyuluhan KB merajalela di seluruh negeri, mendukung penggunaan metode kontrasepsi modern dan edukasi tentang perencanaan keluarga. Program-program ini diterapkan melalui berbagai saluran, termasuk posyandu, sekolah, dan media massa.

Selain itu, pemerintah Indonesia juga mengeluarkan kebijakan-kebijakan yang mendukung program KB, seperti pemberian insentif kepada keluarga yang membatasi jumlah anak dan penyediaan layanan KB secara gratis di fasilitas kesehatan. Namun, upaya pemerintah tidak selalu berjalan mulus, dan sering kali menghadapi tantangan budaya, agama, dan sosial di berbagai wilayah di Indonesia.

Meskipun demikian, kesadaran akan pentingnya KB terus meningkat di antara masyarakat, dan program-program tersebut terus berkembang hingga saat ini. Pada abad ke-21, upaya dilakukan untuk mengatasi masalah baru yang muncul, seperti kesenjangan akses KB antara perkotaan dan pedesaan, peningkatan penggunaan teknologi informasi untuk edukasi KB, dan integrasi KB dalam kerangka pembangunan berkelanjutan.

Dengan demikian, sejarah KB di Indonesia tidak hanya mencerminkan evolusi program dan kebijakan, tetapi juga perjuangan masyarakat dan pemerintah untuk mencapai tujuan kesejahteraan keluarga dan pembangunan yang berkelanjutan (Ginting, 2020).

12.2 Transformasi Program KB di Indonesia

Sejarah Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia mencerminkan transformasi yang signifikan dari fase-fase awal hingga saat ini. Awalnya, program KB diinisiasi oleh sejumlah tokoh masyarakat dan tenaga medis yang menyadari pentingnya pengaturan kelahiran untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan. Peran pemerintah dalam

mengakui urgensi program KB menjadi terlihat ketika pada tahun 1957, Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) didirikan sebagai wahana untuk mengkoordinasikan upaya-upaya tersebut. Pada masa awal ini, upaya dilakukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang KB dan memberikan akses terhadap metode kontrasepsi.

Seiring berjalannya waktu, pemerintah Indonesia semakin mengakui pentingnya program KB sebagai salah satu strategi dalam pembangunan nasional. Hal ini tercermin dalam penetapan hari 29 Juni sebagai Hari Keluarga Nasional (Harganas), yang menandai dimulainya gerakan kesadaran akan pentingnya keluarga kecil melalui program KB. Pemerintah juga terus melakukan upaya untuk meningkatkan aksesibilitas terhadap program KB, termasuk melalui penyediaan layanan kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat di berbagai daerah.

Selain itu, pemerintah juga berperan dalam meningkatkan kualitas program KB dengan menyediakan layanan yang bermutu dan sesuai dengan standar profesi serta etika. Upaya ini meliputi pelatihan tenaga kesehatan, penyediaan alat kontrasepsi yang berkualitas, serta pemantauan dan evaluasi secara terus-menerus terhadap pelaksanaan program KB.

Dalam menghadapi tantangan penerimaan masyarakat terhadap program KB, pemerintah juga terus melakukan upaya sosialisasi dan advokasi untuk meningkatkan kesadaran akan manfaat program KB bagi kesejahteraan keluarga dan masyarakat. Ini mencakup kampanye-kampanye pendidikan, penyuluhan, dan komunikasi yang bertujuan untuk merubah stigma dan persepsi negatif terhadap KB.

Secara keseluruhan, transformasi program KB di Indonesia mencakup peran serta pemerintah dalam mengakui pentingnya program tersebut, upaya meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan, serta usaha sosialisasi untuk meningkatkan penerimaan masyarakat. Langkah-langkah ini merupakan bagian integral dari evolusi program KB menuju program yang lebih inklusif, berkualitas, dan berkelanjutan dalam mendukung kesejahteraan keluarga dan masyarakat Indonesia.

12.3 Aspek Kebijakan KB di Indonesia

Dalam konteks sejarah Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia, aspek kebijakan memainkan peran penting dalam pembentukan dan pengembangan program tersebut. Pembahasan mengenai kebijakan seputar KB mencakup berbagai regulasi, undang-undang, dan keputusan pemerintah yang telah dibuat untuk mengatur, mendukung, dan mengarahkan implementasi program KB di tingkat nasional.

Salah satu undang-undang utama yang berkaitan dengan KB adalah Undang-Undang Kesehatan. Undang-Undang ini menjadi landasan bagi penyelenggaraan program KB dengan mengatur berbagai aspek terkait pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan KB. Hal ini menggarisbawahi pentingnya kesehatan reproduksi sebagai bagian integral dari sistem kesehatan nasional, serta memberikan pijakan hukum bagi pemerintah dalam menyelenggarakan program KB.

Selain itu, Undang-Undang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga juga memiliki peran signifikan dalam konteks kebijakan KB di Indonesia. Undang-undang ini menetapkan berbagai ketentuan dan kebijakan terkait dengan pengaturan kelahiran, hak reproduksi, dan pembangunan keluarga. Melalui undang-undang ini, pemerintah menetapkan kerangka kebijakan yang mengatur pelaksanaan program KB, termasuk dalam hal penyediaan akses, promosi, dan edukasi mengenai KB di masyarakat.

Selain undang-undang, kebijakan KB juga mencakup peraturan-peraturan teknis yang dikeluarkan oleh kementerian terkait, seperti Kementerian Kesehatan. Peraturan-peraturan ini mengatur berbagai aspek praktis terkait dengan pelaksanaan program KB, termasuk standar pelayanan, penyediaan alat kontrasepsi, pelatihan tenaga kesehatan, dan monitoring serta evaluasi program.

Dengan demikian, aspek kebijakan yang berkaitan dengan KB di Indonesia mencakup berbagai regulasi, undang-undang, dan keputusan pemerintah yang bertujuan untuk menyelenggarakan program KB secara terarah, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Upaya pembentukan dan implementasi kebijakan ini

merupakan bagian integral dari upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat Indonesia melalui pengaturan kelahiran yang terkendali dan berkelanjutan.

12.4 Perkembangan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) telah mengalami perkembangan yang signifikan sejak pendiriannya. BKKBN didirikan pada tahun 1968 sebagai Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN), dengan tujuan menjadi entitas yang bertanggung jawab atas pelaksanaan program KB di Indonesia. Pada tahun 1970, LKBN berganti nama menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), menunjukkan peningkatan statusnya menjadi badan yang lebih terkoordinasi dan terfokus dalam mengelola program KB.

Perkembangan BKKBN selanjutnya tercermin dalam transformasi perannya dalam mengelola dan mengkoordinasikan program KB di seluruh Indonesia. Seiring dengan pertumbuhan populasi dan perubahan sosial di Indonesia, BKKBN terus memperluas jangkauan programnya untuk mencapai lebih banyak keluarga dan komunitas. BKKBN mengembangkan berbagai strategi dan inovasi dalam upaya meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan penerimaan masyarakat terhadap program KB.

Selain itu, BKKBN juga aktif dalam melakukan advokasi dan penyuluhan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perencanaan keluarga dan kesehatan reproduksi. Hal ini mencakup kerjasama dengan pemerintah daerah, organisasi non-pemerintah, dan sektor swasta untuk menciptakan lingkungan yang mendukung implementasi program KB di berbagai tingkatan.

Perkembangan terbaru BKKBN juga mencakup integrasi program KB dengan program-program kesehatan lainnya, seperti program kesehatan ibu dan anak, serta program pembangunan keluarga berencana yang berkelanjutan. Selain itu, BKKBN juga terus berupaya meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam perencanaan keluarga dan kesehatan reproduksi, dengan memberikan pendidikan dan informasi yang komprehensif serta akses yang lebih mudah terhadap layanan KB. Dengan demikian,

perkembangan BKKBN mencerminkan komitmen yang terus-menerus dalam memajukan program KB di Indonesia untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan (Isnaini, 2018).

12.5 Program-program BKKBN

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), sejalan dengan perubahan paradigma masyarakat terkait pengelolaan Keluarga Berencana (KB) nasional, berupaya menyesuaikan diri dengan dinamika lingkungan sekitarnya. Proses pembangunan di Indonesia sejak awal reformasi hingga era desentralisasi dan globalisasi, serta konsep pemerintahan yang baik (*good governance*), menjadi faktor penentu dalam perjalanan program KB di masa depan. Merespons dinamika ini, BKKBN merumuskan strategi untuk menetapkan kembali visi dan misi, yaitu "Seluruh keluarga berpartisipasi dalam program KB dan mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera." Pendekatan ini mencerminkan kesadaran terhadap perubahan lingkungan sosial dan kebutuhan masyarakat, serta upaya untuk mencapai tujuan program KB yang lebih luas dan relevan dengan perkembangan zaman. Meski pada periode tahun 1980-1990 BKKBN berhasil mencapai kesuksesan dalam pelaksanaan programnya dengan prestasi Indonesia sebagai kiblat dunia internasional dalam pengelolaan KB, belakangan terjadi penurunan citra dan keberadaan BKKBN nyaris tidak terdengar lagi dalam kancah publik, disebabkan oleh munculnya demokrasi dan kebebasan dalam menentukan jumlah anak, yang mengubah paradigma masyarakat terhadap KB. Oleh karena itu, BKKBN mengambil langkah untuk mengatasi penurunan citra tersebut dengan melakukan rebranding, dengan tujuan agar masyarakat dapat mengenali dan menilai BKKBN seperti pada masa kejayaannya di tahun 1980-1990, melalui pencitraan yang melibatkan berbagai aspek untuk membangun kembali persepsi positif terhadap BKKBN dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program KB (Susanti, 2015).

Perubahan signifikan dalam aspek lembaga dari ketiadaan menjadi keberadaan yang kuat menandai transformasi BKKBN. Sebagai badan yang ditugaskan oleh pemerintah, BKKBN kini memiliki tugas dan tanggung jawab yang lebih berat daripada sebelumnya. Perjalanan ini menciptakan kesan yang kuat tentang eksistensi BKKBN sebagai entitas yang berperan penting dalam implementasi dan pengembangan program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia.

Fokus kedua dari transformasi ini adalah pada program. BKKBN telah menciptakan citra baru melalui pengembangan program-program inovatif yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Dengan memperkenalkan program-program yang lebih efektif dan relevan, BKKBN mampu memperluas dampaknya dan meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap program KB.

Aspek manajemen menjadi poin ketiga dalam transformasi BKKBN. Peserta yang telah mengadopsi program KB Lestari diakui sebagai pahlawan karena kontribusinya yang besar kepada negara dalam memajukan bangsa. Pengelola program merasa bangga menjadi bagian dari BKKBN, sementara kader-kader di masyarakat juga merasa bangga menjadi bagian dari jaringan kader KB, menunjukkan adanya rasa kepemilikan dan komitmen yang kuat terhadap program KB.

Terakhir, terdapat aspek pencitraan bersama-sama yang menekankan bahwa program KB adalah inisiatif negara, bukan hanya dari satu provinsi atau kabupaten. Isu mengenai pertumbuhan penduduk dianggap sebagai masalah nasional yang harus diselesaikan melalui musyawarah dan kerja sama antara semua pihak. Hal ini mencerminkan semangat kolaboratif dan kesadaran akan tanggung jawab bersama dalam menangani isu penting ini bagi masa depan negara.

Keempat, ketahanan tersebut dijadikan sebagai panduan yang akan dimaksimalkan dalam proses rebranding BKKBN. Selain fokus pada program-program yang telah disebutkan sebelumnya, pada tahun 2009, BKKBN berusaha untuk menghidupkan kembali semangat dan identitasnya. Ini melibatkan perubahan paradigma serta pergeseran mindset dalam pelaksanaan program. Sebagai

langkah nyata dalam upaya perubahan citra, BKKBN juga membuat logo baru yang mencerminkan semangat baru dan visi yang diperbarui. Perubahan ini bertujuan untuk memberikan kesan yang lebih positif, menarik, dan sesuai dengan tuntutan zaman, sehingga masyarakat dapat memahami dan meresapi nilai-nilai serta tujuan program KB yang diusung oleh BKKBN.



Gambar 12.1. Logo BKKBN

Perubahan logo BKKBN mencerminkan transformasi identitasnya dari gambar klasik yang terlalu formal menjadi citra yang lebih modern, menekankan bahwa keputusan dalam keluarga diambil bersama-sama oleh semua anggota, bukan hanya oleh salah satu orang tua. Identitas baru ini dirancang untuk menjadi tujuan bersama yang melibatkan semua anggota keluarga, dengan fokus pada Keputusan Bersama sebagai fondasinya. Langkah ini juga ditujukan untuk menarik perhatian generasi muda, khususnya mereka yang akan menikah, untuk memahami program KB sebagai bagian integral dari persiapan pernikahan, bukan sekadar mencegah kehamilan. Upaya ini bertujuan untuk memastikan partisipasi aktif kedua belah pihak dalam program KB, mengubah persepsi bahwa hanya perempuan yang bertanggung jawab atas penggunaan kontrasepsi, serta mempromosikan kesadaran dan partisipasi aktif generasi muda dalam perencanaan keluarga mereka. Melalui kegiatan penyuluhan kesehatan dan sosialisasi langsung kepada kelompok generasi muda, diharapkan informasi yang lebih baik tentang KB dapat mendorong pengambilan keputusan bersama yang bertanggung jawab, mencerminkan

kesadaran dan partisipasi aktif dari kedua belah pihak dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

12.6 Sejarah hari Keluarga Berencana

Tanggal 29 Juni merupakan momen penting bagi Indonesia karena diresmikan sebagai Hari Keluarga Nasional (Harganas). Perayaan ini mengandung nilai sejarah karena menandai dimulainya gerakan kesadaran keluarga Indonesia dalam membangun pola keluarga kecil melalui Program Keluarga Berencana (KB). Hari ini menjadi titik puncak dari semangat pejuang KB dalam memperkuat dan memperluas program KB di seluruh Indonesia. Sejak dimulainya gerakan ini, program KB telah mengalami pertumbuhan pesat dan bertransformasi menjadi suatu "Gerakan Masyarakat" yang kuat, memberikan dampak positif yang nyata bagi masyarakat.

Dampak positif tersebut tercermin dalam peningkatan jumlah keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Program KB telah membantu mengubah pola pikir dan praktek keluarga di Indonesia, mengarahkan mereka untuk mengambil keputusan yang bertanggung jawab terkait perencanaan keluarga. Pengakuan akan perjalanan dan pencapaian ini tercermin dalam penetapan tanggal 29 Juni sebagai Hari Keluarga Nasional, mengingat awal dimulainya Gerakan KB Nasional pada tahun 1970. Presiden Soeharto secara resmi mencanangkan perayaan Harganas pertama kali di Lampung pada 29 Juni 1993, dan sejak itu, perayaan Harganas diadakan secara rutin setiap tahun untuk memperingati dan merayakan kemajuan dalam membangun keluarga kecil yang berkualitas di Indonesia. Harganas menjadi waktu untuk menghargai peran KB dalam membentuk masa depan keluarga Indonesia yang lebih baik, serta untuk merayakan komitmen bersama dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Isnaini, 2018).

12.7 Tujuan Gerakan Keluarga Berencana

Pada tahap awal, Program Keluarga Berencana Nasional memiliki tujuan ganda, baik secara filosofis maupun demografis. Filosofisnya, program ini bertujuan menurunkan tingkat kelahiran sekitar 50% dari angka kelahiran pada tahun 1970, dengan target

pencapaian pada tahun 2000. Secara demografis, tujuannya adalah menurunkan tingkat kelahiran yang ada pada tahun 1970 agar dapat tercapai pada tahun 2000, dengan upaya percepatan untuk mencapainya pada tahun 1990. Beberapa tujuan dari program Gerakan Keluarga Berencana antara lain adalah menurunkan tingkat kelahiran dengan melibatkan seluruh segmen masyarakat dan memanfaatkan potensi yang ada, meningkatkan partisipasi peserta KB dengan distribusi yang merata dan meningkatkan kualitas peserta KB yang menggunakan alat kontrasepsi efektif, pengembangan upaya untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, serta peningkatan kesadaran masyarakat terhadap norma keluarga kecil yang Bahagia dan Sejahtera. Pencapaian tujuan tersebut juga melibatkan peningkatan peran dan tanggung jawab keluarga serta partisipasi masyarakat dalam implementasi Gerakan KB, pengembangan sumber daya manusia, pemerataan pelaksanaan Gerakan KB di seluruh wilayah dan lapisan masyarakat, dan peningkatan jumlah serta kualitas tenaga atau pengelola Gerakan KB.

Dalam era modernisasi, Program Keluarga Berencana (KB) telah menjadi salah satu pilar utama dalam upaya menurunkan angka kematian ibu, sejalan dengan konsep *Save Motherhood*. Program KB memiliki dampak positif yang signifikan dalam penurunan angka kematian ibu dengan melalui dua mekanisme utama. Pertama, program KB mengurangi jumlah kelahiran, yang pada gilirannya meminimalkan risiko kematian ibu, sesuai dengan filosofi "tidak ada kelahiran, maka tidak ada kematian ibu." Kedua, dengan mengurangi kehamilan risiko tinggi, program KB juga secara langsung menurunkan risiko kematian ibu. Tanggung jawab pemerintah dalam menyediakan layanan KB yang aman, bermutu, dan terjangkau mencerminkan komitmen untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak, dan keluarga secara keseluruhan. Dasar hukum yang komprehensif, seperti Undang-Undang Kesehatan dan Undang-Undang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, menjadi landasan untuk mendukung pelaksanaan program KB di Indonesia.

Dalam implementasinya, Program KB tidak melarang kehamilan, tetapi bertujuan untuk mengatur agar kehamilan terjadi

hanya ketika ibu telah siap secara fisik, mental, dan sosial. Melalui dua jalur strategi yang terkait, yaitu meningkatkan permintaan KB dari masyarakat pasangan usia subur dan memenuhi permintaan KB melalui pelayanan kontrasepsi, program ini berupaya untuk memberikan pemahaman yang lebih baik kepada masyarakat tentang pentingnya perencanaan keluarga yang bertanggung jawab. Dengan BKKBN dan Kemenkes sebagai leading agency, didukung oleh pemerintah daerah, sektor/mitra terkait, swasta, dan masyarakat, kelembagaan program KB bekerja secara bersinergi untuk memastikan manajemen penyelenggaraan program dan pelayanan KB dapat dilakukan secara transparan dan akuntabel, seiring dengan semakin meningkatnya kesadaran akan pentingnya kesehatan ibu dan keluarga di Indonesia.

12.8 Dampak dan Pencapaian KB di Indonesia

Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia telah memberikan dampak yang signifikan dalam berbagai aspek kesehatan dan sosial, serta mencapai sejumlah pencapaian yang patut diapresiasi. Salah satu dampak utama dari program KB adalah penurunan angka kematian ibu (AKI) secara signifikan. Dengan adanya program KB yang menyediakan akses yang lebih baik terhadap layanan kontrasepsi, jumlah kehamilan yang tidak direncanakan dapat dikurangi, sehingga risiko komplikasi dan kematian ibu akibat kehamilan yang tidak diinginkan dapat diminimalkan. Penurunan AKI merupakan indikator penting dari keberhasilan program KB dalam melindungi kesehatan ibu dan mengurangi angka kematian yang terkait dengan kehamilan dan persalinan.

Selain itu, program KB juga telah memberikan dampak positif terhadap kesehatan ibu dan anak secara keseluruhan. Dengan adanya akses yang lebih mudah terhadap pelayanan KB, ibu dapat memilih untuk menunda atau membatasi jumlah kehamilan dengan lebih baik, sehingga dapat memberikan perhatian dan perawatan yang lebih baik kepada anak-anak yang sudah ada. Hal ini berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan, dengan memungkinkan keluarga untuk memberikan

pendidikan, nutrisi, dan perawatan kesehatan yang lebih baik kepada anak-anak mereka.

Selain dampak kesehatan, program KB juga telah membawa perubahan dalam pola keluarga dan kesadaran masyarakat terhadap perencanaan keluarga yang bertanggung jawab. Dengan meningkatnya kesadaran akan pentingnya merencanakan jumlah dan jarak kelahiran, masyarakat Indonesia menjadi lebih terbuka terhadap penggunaan kontrasepsi dan pengaturan keluarga. Hal ini tercermin dalam peningkatan jumlah pasangan yang menggunakan metode kontrasepsi untuk merencanakan kehamilan, serta perubahan dalam pandangan masyarakat terhadap ukuran ideal keluarga. Pencapaian ini menunjukkan bahwa program KB telah berhasil mengubah paradigma dan perilaku masyarakat terkait dengan pengendalian kelahiran, menuju pola keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera.

12.9 Tantangan dan Perkembangan KB di Indonesia

Meskipun Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia telah mencapai sejumlah pencapaian, namun masih dihadapkan pada sejumlah tantangan dan perubahan terkini yang memengaruhi pelaksanaannya. Salah satu tantangan utama adalah perubahan sosial, budaya, dan ekonomi yang terus berlangsung di Indonesia. Perubahan ini dapat mencakup pergeseran nilai-nilai budaya terkait dengan keluarga dan peran gender, serta perubahan dalam struktur sosial dan ekonomi masyarakat. Misalnya, urbanisasi yang pesat dan peningkatan mobilitas penduduk dapat memengaruhi pola keluarga dan persepsi terhadap KB, sehingga menimbulkan tantangan dalam menyediakan layanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang beragam.

Selain itu, faktor-faktor ekonomi juga memengaruhi penerimaan dan keberlanjutan program KB. Ketidaksetaraan ekonomi antara kelompok masyarakat dapat memengaruhi aksesibilitas terhadap layanan KB, dengan kelompok yang lebih miskin mungkin menghadapi hambatan finansial dalam mendapatkan kontrasepsi dan layanan kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, perlu adanya strategi yang memperhitungkan

ketimpangan ekonomi ini untuk memastikan bahwa program KB dapat diakses oleh semua lapisan masyarakat.

Perkembangan terkini dalam teknologi dan informasi juga menjadi tantangan tersendiri bagi pelaksanaan program KB. Meskipun teknologi dapat menjadi alat yang sangat berguna dalam meningkatkan aksesibilitas dan efisiensi layanan KB, namun juga memunculkan tantangan baru terkait privasi, keamanan data, dan penyebaran informasi yang tidak akurat. Oleh karena itu, pemerintah dan mitra program KB perlu terus berinovasi dan mengadaptasi strategi mereka untuk menghadapi perubahan ini.

Di tengah tantangan tersebut, terjadi perkembangan terkini dalam upaya meningkatkan pelaksanaan program KB di Indonesia. Pemerintah dan mitra program terus berupaya untuk meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan penerimaan masyarakat terhadap program KB melalui berbagai inisiatif, seperti peningkatan infrastruktur kesehatan reproduksi, penyuluhan dan sosialisasi di tingkat masyarakat, serta kampanye untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya KB bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Dengan mengakui dan mengatasi tantangan yang ada serta terus mengembangkan strategi yang sesuai dengan perkembangan terkini, diharapkan Program Keluarga Berencana di Indonesia dapat terus memberikan manfaat yang besar bagi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Bongaarts, J. (2019). The Evolution of Family Planning Programs. *Studies in Family Planning*, 50(4). <https://doi.org/10.1111/sifp.12056>
- Ginting, K. (2020). *Faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan untuk ber-KB* [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/k87ub>
- Isnaini, D. (2018). *PERKEMBANGAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA (KB) DI KOTAMADYA YOGYAKARTA TAHUN 1970-1998*. 3(3), 389–403.
- Smyth, I. (1991). The Indonesian Family Planning Programme: A Success Story for Women? *Development and Change*, 22(4), 781–805. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.1991.tb00434.x>
- Susanti, H. A. (2015). Strategi Komunikasi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). *Jurnal ASPIKOM*, 2(4), 243. <https://doi.org/10.24329/aspikom.v2i4.75>
- Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R., & Burke, A. E. (2010). Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. *Epidemiologic Reviews*, 32(1), 152–174. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxq012>

BAB 13

METODE KONTRASEPSI

Oleh Martini

13.1 Pendahuluan

Kontrasepsi merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan preventif yang mendasar dan utama dalam menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi. Kontrasepsi sangat berperan terutama dalam menurunkan resiko kematian melalui pencegahan kehamilan, penundaan kehamilan, menjarangkan serta membatasi kehamilan (Pinem, 2009). Upaya mengoptimalkan manfaat Kontrasepsi bagi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat maka pelayanannya harus disatukan dengan pelayanan kesehatan reproduksi yang telah tersedia. Hal tersebut dilakukan karena penggunaan kontrasepsi harus mempertimbangkan berbagai faktor seperti status kesehatan, efek samping potensial, konsekuensi kegagalan serta resiko komplikasi yang terkait pada kesehatan reproduksi. (Rokayah, 2021)

13.2 Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi atau jenis kontrasepsi dibagi atas tiga jenis antara lain berdasarkan kandungan, masa atau waktu perlindungan, cara modern dan tradisional. Sampai saat ini belum ada satu cara kontrasepsi yang ideal. Kontrasepsi yang ideal setidaknya memiliki ciri-ciri sebagai berikut: Berdaya guna, Aman, Murah, Estetik, Mudah didapatkan Tidak memerlukan motivasi yang terus-menerus Efek samping minimal.

13.2.1 Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana adalah Metode kontrasepsi yang dibagi terbagi menjadi KB alamiah tanpa alat dan dengan alat. Metode kontrasepsi alamiah tanpa alat ini dibagi menjadi metode kalender, pantang berkala, metode suhu basal, metode

lendir serviks, metode symptothermal, dan senggama terputus. Sedangkan metode sederhana dengan alat dibagi menjadi beberapa jenis kondom, barrier intravagina dan spermasida

1. Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu:

a. Kontrasepsi Kondom

Kontrasepsi Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

b. Kontrasepsi Diafragma,

Pengertian kontrasepsi Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, diapragma terbuat dari lateks (karet) yang di insersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.

Jenis kontrasepsi sederhana diafragma :

- 1) Kontrasepsi diapragma Jenis Flat spring (*flat metal band*)
- 2) Kontrasepsi diapragma Jenis Coil spring (*coiled wire*)
- 3) Kontrasepsi diapragma Jenis Arching spring)

Manfaat kontrasepsi diafragma :

- 1) Efektif bila digunakan dengan tepat dan benar
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
- 4) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 5) Tidak mengganggu kesehatan sistemik

c. Diafragma

Kontrasepsi Diafragma adalah alat kontrasepsi berbentuk kubah dangkal yang terbuat dari bahan karet atau silicon dan memiliki pegas logam fleksibel pada bingkai diafragma pegas tersebut memungkinkan penekanan ketika dimasukkan kedalam vagina sehingga diafragma dapat kembali

kebentuk semuladan mengikuti bentuk dalam vagina. Ketika berada dalam posisi yang benar, dengan posisi kubah berada dibawah dan bingkai diafragma menempel ketat pada dinding vagina anterior dan lateral, diafragma secara keseluruhan dapat menutupi serviks.

Penggunaan kontraspsi diafragma apabila dikombinasikan dengan jelly atau dengan krim spermisida yang dioles mengelilingi bingkai diafragma dan didalam kuba. Jenis-jenis diafragma antara lain diafragma jenis pegas datar (*flat spring*), diafragma pegas kumpalan (*coil spring*), diafragma pegas jenis lengkung (*arching spring*).

d. Spermisida

Pengertian dari Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) yang digunakan untuk menon-aktifkan atau membunuh sperma. Jenis kontrasepsi spermasida : Aerosol, Tablet vaginal, suppositoria, atau dissolvablefilm, Krim.

Cara kerja dari kontrasepsi spermisida adalah dengan cara memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

Manfaat kontrasepsi spermisida antara lain :

- 1) Efektif seketika penggunaan (busa dan krim)
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI ibu menyusui
- 3) Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
- 4) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik pada tubuh
- 6) Lebih Mudah digunakan
- 7) Dapat Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual

2. Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

a. Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL),

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah salah satu kontrasepsi alami yang menggunakan prinsip menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh

tanpa tambahan makanan dan minuman apapun. Selama ini banyak informasi yang memaparkan tentang ASI eksklusif dan berbagai pilihan jenis kontrasepsi, sementara ibu masih begitu asing dengan kontrasepsi MAL. (Ernawati, 2022)

Kontrasepsi jenis MAL memiliki efektivitas 98% bagi ibu yang menyusui secara eksklusif. Pemakaian metode kontrasepsi MAL tidak mempengaruhi kualitas dan kuantitas ASI. ASI amat sangat penting bagi pertumbuhan bayi, selain mendapatkan kekebalan pasif ASI juga merupakan asupan gizi terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal. Metode Amenorhoe laktasi adalah metode kontrasepsi yang dipakai dengan mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif artinya hanya di berikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan ataupun minuman apapun. Angka Efektifitas metode Amenorhoe laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pertama setelah persalinan). Mekanisme kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya Ovulasi. Ssaat ibu menyusui, hormon yang berperan adalah hormone prolaktin dan oksitosin. (Ernawati, 2022)

b. Coitus Interruptus

Coitus interruptus Merupakan cara kontrasepsi yang paling tua. Hubungan suami istri atau Senggama dilakukan sebagaimana biasa, tetapi pada puncak senggama, alat kemaluan pria dikeluarkan dari liang vagina dan sperma dikeluarkan di luar vagina. Metode ini tidak dianjurkan karena sering gagal, karena suami belum tentu tahu kapan spermanya keluar. menghentikan senggama dengan mencabut penis dari vagina pada saat suami menjelang ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan bahwa pria harus menyadari sebelum akan terjadi nya ejakulasi dalam waktu kira-kira 1 detik sebelum ejakulasi

digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina sehingga tidak terjadi kehamilan. (Ernawati, 2022)

c. Metode Kalender

Metode kontrasepsi Sistem kalender (pantang berkala) merupakan metode kontrasepsi yang dipakai dengan istilah Keluarga Berencana Alamiah (KBA) yang paling tua. Sistem kalender atau (pantang berkala) adalah cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan coitus atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. Pencetus KBA sistem kalender adalah dr. Knaus (ahli kebidanan dari Vienna) dan dr. Ogino (ahli ginekologi dari Jepang). Sistem kalender ini berdasarkan pada siklus haid atau menstruasi wanita yang diamati selama 6 bulan. (Sugihartati, 2019)

Ada beberapa manfaat dari sistem kalender (pantang berkala) adalah sebagai berikut:

Manfaat kontraseptif, digunakan sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan. Manfaat konsepsi, yaitu dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur/ ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil.

Keuntungan dari sistem kalender (pantang berkala) adalah:

Metode ini lebih sederhana dalam artian metode ini bisa digunakan oleh setiap wanita yang sehat. Metode ini tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya. Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual. Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi. Tidak memerlukan biaya. Metode kontrasepsi yang sederhana dan alami ini yaitu, sistem kalender atau pantang

berkala ini juga memiliki keterbatasan, yaitu antara lain diperlukan kerjasama yang baik antara suami istri.

Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya. Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.

Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur. Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 (enam) kali siklus. Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).

Metode ini akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

Besarnya penyebab kegagalan penggunaan sistem kalender adalah sebesar 14 per 100 wanita per tahun. Hal yang dapat menyebabkan metode kalender menjadi tidak efektif adalah:

Penentuan dari masa tidak subur berdasarkan pada kemampuan hidup sel sperma dalam saluran reproduksi bahwa sel sperma mampu bertahan selama 3 hari.

Adapula pendapat bahwa perdarahan yang datang bersamaan dengan ovulasi, diinterpretasikan sebagai menstruasi. Hal ini menyebabkan perhitungan masa tidak subur sebelum dan setelah ovulasi menjadi tidak tepat. Penentuan masa tidak subur tidak didasarkan pada siklus menstruasi sendiri.

Kurangnya pemahaman tentang hubungan masa subur/ovulasi dengan perubahan jenis mukus/lendir serviks yang menyertainya. Anggapan bahwa hari pertama menstruasi dihitung dari berakhirnya perdarahan menstruasi. Hal ini menyebabkan penentuan masa tidak subur menjadi tidak tepat.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada siklus haid wanita sehat yaitu:

Masa tidak subur sebelum ovulasi atau istilahnya (*pre ovulatory infertility phase*). masa subur (*fertility phase*). masa tidak subur setelah ovulasi (*post ovulatory infertility phase*).

Perhitungan masa subur ini akan efektif apabila siklus haid Wanita berkisar yaitu antara 21-35 hari. Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal 6 (enam) kali siklus berturut-turut, kemudian periode masa subur

dihitung dengan melihat data yang telah dicatat. Bila haid teratur (28 hari) Hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagai hari ke-1 dan masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke- 16 dalam siklus haid.

Contoh: Seorang wanita mendapat haid mulai tanggal 10 Maret. Tanggal 10 Maret ini dihitung sebagai hari ke-1. Maka hari ke-12 jatuh pada tanggal 21 Maret dan hari ke 16 jatuh pada tanggal 25 Maret. Jadi masa subur yaitu sejak tanggal 21 Maret hingga tanggal 25 Maret. Sehingga pada masa ini merupakan masa pantang untuk melakukan senggama. Apabila ingin melakukan hubungan seksual harus menggunakan kontrasepsi. Bila haid tidak teratur Jumlah hari terpendek dalam 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

Rumus:

Menentukan Hari pertama masa subur dengan cara = Jumlah hari terpendek siklus haid -18

Menentukan Hari terakhir masa subur = Jumlah hari terpanjang siklus haid - 11

Contoh: Seorang wanita mendapat haid dengan siklus terpendek 26 hari dan siklus terpanjang 30 hari (mulai hari pertama haid sampai haid berikutnya).

Langkah 1 : $26-18 = 8$

Langkah 2 : $31-11 = 20$

Jadi masa suburnya adalah mulai hari ke-8 sampai hari ke-20. Sehingga masa ini, suami istri tidak boleh melakukan senggama. Apabila ingin melakukan senggama harus menggunakan kontrasepsi Metode Lendir Serviks,

Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik.

13.2.2 Metode Kontrasepsi Modern

1. Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah alat atau obat yang berisi hormone sintetik bertujuan mencegah terjadinya kehamilan dengan menggunakan preparat estrogen dan progesteron. Beberapa cara kontrasepsi metode hormonal, yaitu suntik, pil, dan implan. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2022 menunjukkan bahwa kontrasepsi suntik hormonal merupakan pilihan terbanyak yang diambil oleh para wanita.

Kontrasepsi hormonal adalah kontrasepsi yang menggunakan bahan dasar dari hormon sintesis, digunakan untuk mengatur kehamilan. Kontrasepsi hormonal terdapat beberapa jenis penggunaan yaitu: diberikan dengan suntikan tiap tiga bulan, suntikan tiap satu bulan, pil KB yang dikonsumsi selama satu bulan tiap paket, dan dalam bentuk susuk atau implant. (Ernawati, 2022)

Dari semua penggunaan alat kontrasepsi hormonal tersebut, yang paling banyak digunakan adalah KB suntik tiap tiga bulan yaitu sebanyak 46,84 %. Pilihan terbanyak kedua adalah kontrasepsi pil yaitu sebanyak 25,13%. KB suntik 3 bulan adalah DMPA merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif yang saat ini banyak digunakan.

DMPA mengandung hormon progestogen sintetik (progestin) yang digunakan oleh jutaan wanita di 90 negara lebih di seluruh dunia sejak tahun 1967 dan mempunyai struktur kimia seperti progesteron.

Pengaruh korpus luteum yang menghambat ovulasi telah diketahui sejak awal abad ke-20. sejarah mencatat bahwa pada tahun 1960 pil kombinasi estrogen-progesteron mulai digunakan. Kemudian Tahun 1963 pil sekuensial diperkenalkan.

Sejak dimulai tahun 1965 hingga sekarang banyak dilakukan penyesuaian dari jumlah dosis, penggunaan progesteron saja, dan telah ditemukan pula pil mini.

Perkembangan ini pada umumnya untuk mencari kontrasepsi hormonal dengan daya guna tinggi, efek samping minimal serta keluhan pasien sekecil-kecilnya.

2. Mekanisme Kerja Estrogen

Mekanisme Kerja hormone Estrogen antara lain memengaruhi ovulasi, perjalanan ovum, dan implantasi. Ovulasi dihambat melalui pengaruh estrogen terhadap hipotalamus dan selanjutnya menghambat follicle stimulating hormone (FSH) dan luteinizing hormone (LH).¹³⁻¹⁴ Ovulasi tidak selalu dihambat oleh pil kombinasi mengandung estrogen 50 mcg atau kurang, tapi juga dipengaruhi oleh progesteron.

Implantasi telur yang sudah dibuahi dihambat oleh estrogen dosis tinggi (etinil estradiol) yang diberikan pada pertengahan siklus haid. Jarak waktu antara konsepsi dan implantasi rata-rata 6 hari.

3. Mekanisme Kerja Progestin

Mekanisme kerja dari hormon Progesteron secara alamiah adalah mempersiapkan endometrium untuk implantasi dan mempertahankan kehamilan. (Mandira et al., 2020)

Mekanisme kerja kontrasepsi progestin antara lain mencegah terjadinya ovulasi, lendir serviks akan lebih pekat atau kental, sehingga transportasi sperma lebih sulit, kapasitas sperma untuk membuahi sel telur dan menembus rintangan di sekeliling ovum akan dihambat oleh progesteron; apabila pemberian progesteron diberikan sebelum konsepsi maka perjalanan ovum ke tuba akan terhambat, begitu juga implantasi akan dihambat; penghambatan ovulasi melalui mekanisme hipotalamus-hipofisis-ovarium.

4. Jenis Jenis Kontrasepsi Hormonal Progestin

a. Mini Pil

Mini pil adalah Pil progestin ini bekerja dengan cara menghambat pembentukan jaringan endometrium dalam rahim yang disiapkan sebagai tempat bagi sel telur yang telah dibuahi sperma hingga terjadi kehamilan. Jika pembuahan sel telur itu tidak terjadi, jaringan endometrium di dalam rahim itu akan meluruh tiap bulannya hingga menjadi darah menstruasi. (Dwi Retna, 2023)

b. Suntik Progestin

Kontrasepsi suntikan progestin ini terdiri dari dua jenis yaitu : Depo Medroksiprogesteron asetat (DMPA) yang diberikan setiap 3 bulan dan Noristerat yang diberikan setiap dua bulan (Handayani, 2010). Namun kontrasepsi progesterone yang beredar di masyarakat Indonesia adalah jenis yang diberikan tiap 3 bulan. Isi dari DMPA adalah gestagen yang merupakan turunan dari progesteron. Gestagen akan disimpan dalam tubuh pada jaringan lemak.

Beberapa Sumber lain mengatakan keuntungan yang diperoleh dari Wanita yang menggunakan kontrasepsi DMPA antara lain: efektif dalam pencegahan kehamilan jangka panjang, progestin tidak mengganggu dalam hubungan suami istri, mencegah terjadinya kanker endometrium dan kehamilan ektopik, mencegah terjadinya penyakit radang panggul, menurunkan resiko penyakit anemia bulan sabit, dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause. Selain itu DMPA meningkatkan kuantitas air susu pada ibu yang menyusui, hal ini sangat berbeda terhadap efek dari kontrasepsi oral kombinasi.

Kontrasepsi hormone progestin ini mempunyai keterbatasan dalam hal penggunaannya yaitu: terjadinya perubahan atau berubahnya perdarahan haid (perdarahan bercak tak beraturan sering terjadi diawal pemakaian

untuk sebagian besar perempuan), adanya penambahan berat badan, jika terjadi kehamilan maka kemungkinan besar terjadi kehamilan ektopik, pemulihan kesuburan berlangsung rata-rata 7-9 bulan setelah penghentian (Handayani, 2010).

Beberapa Keterbatasan penggunaan kontrasepsi DMPA menurut Speroff and Fritz, (2005) antara lain tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual (hepatitis B dan HIV), terjadinya perubahan lipid serum, penurunan kepadatan tulang (densitas), terjadinya kekeringan vagina, terjadinya penurunan libido, keluhan sakit kepala dan jerawat jika digunakan dalam jangka panjang. Berdasarkan hasil penelitian WHO dalam Speroff and Darney (2005) alasan medis yang banyak dilaporkan untuk penghentian DMPA pada dua tahun pertama adalah nyeri kepala, terjadinya peningkatan berat badan, pusing, nyeri abdomen dan cemas.

Kontrasepsi yang mengandung DMPA memiliki pengaruh terhadap metabolisme lemak, khususnya lipoprotein. Perubahan yang terjadi pada metabolisme lemak ini menyebabkan gangguan keseimbangan fraksi lemak darah (naik – turunnya kadar HDL, LDL dan total kolesterol) karena adanya pengaruh hormonal yang terkandung dalam kontrasepsi suntikan (Baziad, 2008).

c. Kontrasepsi Hormonal Kombinasi

Pil Oral Kombinasi

Jenis Pil Oral Kombinasi (POK)

- 1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbesa dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

- 2) Bifasik: kontrasepsi pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda dengan 7 tablet hormon aktif.
- 3) Trifasik: kontrasepsi pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK) yang disediakan Pemerintah :

Pil kontrasepsi Monofasik yang mengandung hormone aktif estrogen/ progestin dalam dosis yang sama yaitu 21 pil mengandung 30 µg Ethynil Estradiol (EE)/150 µg Levonorgestrel (LNG) dan 7 pil tanpa hormon.(Mandira et al., 2020)



Gambar 13.1. Kontrasepsi Pil Kombinasi

Cara kerja Pil Oral Kombinasi (POK)

- 1) Menekan ovulasi, mencegah pelepasan telur dari ovarium
- 2) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

- 3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma .

d. Suntik Kombinasi

Kandungan Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon – yaitu progestin dan estrogen – seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh Perempuan. (Kemenkes RI, 2021)

Jenis Kontrasepsi Suntik Kombinasi

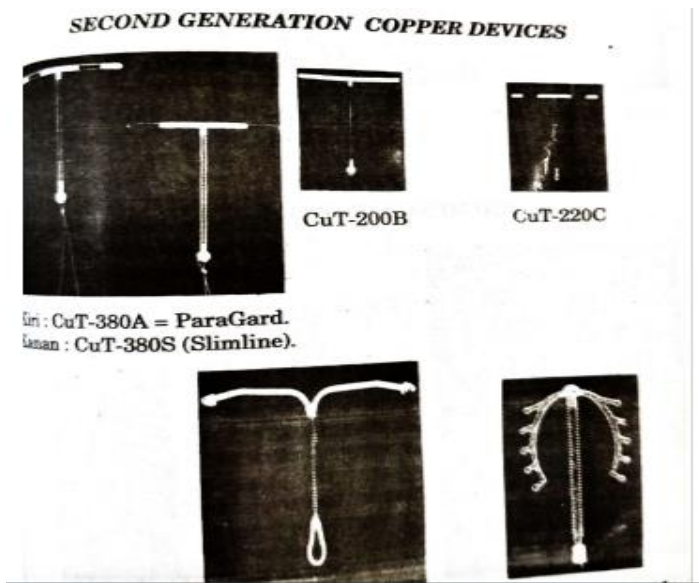
Kontrasepsi Suntik Kombinasi yang mengandung 2 hormon yaitu Medroxyprogesterone Acetate (MPA) / Estradiol Cypionate yang disediakan antaralain :

- 1) Kontrasepsi Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.
- 2) Kontrasepsi Suntikan 2 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 60 mg/ml, dan estradiol cypionate 7,5 mg/ml.
- 3) kontrasepsi Suntikan 3 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 120 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

Kontrasepsi Modern Non Hormonal

- 1) Kontrasepsi IUD

Metode kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau IUD merupakan kontrasepsi yang ditempatkan ke dalam rahim dalam berbagai bentuk dan ukuran. Fungsi utama IUD adalah untuk menghentikan beberapa sperma dan telur dari implantasi. Pemasangan IUD di lakukan saat sedang menstruasi, atau tepat setelah induksi menstruasi atau aborsi spontan, segera setelah melahirkan, kapan pun Anda yakin Anda tidak hamil, segera setelah keguguran, dan 1-5 hari setelah hubungan seksual tanpa kondom adalah waktu yang tepat untuk memasang IUD. Contoh gambar beberapa jenis IUD.

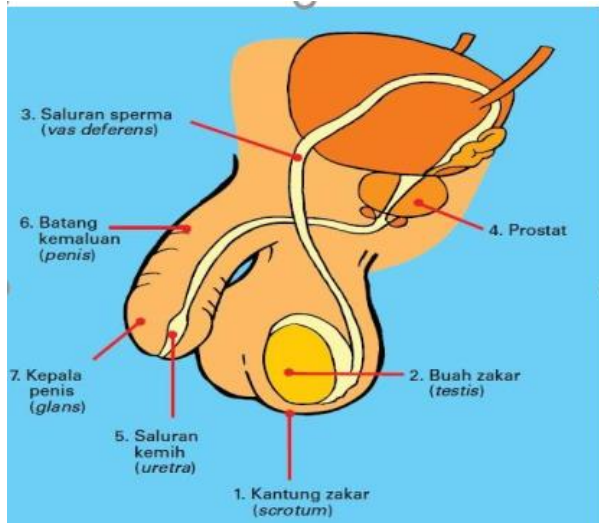


2) Kontrasepsi Mantap

Pengertian Kontrasepsi mantap merupakan metode kontrasepsi dengan tindakan pembedahan atau pemotongan/pengikatan kedua saluran telur wanita (Tubektomi) atau kedua saluran sperma laki-laki (Vasektomi).

3) (MOP) Metode Operasi Pria (Vasektomi)

Istilah vasektomi di gunakan untuk Metode Operasi Pria (MOP). Pengertian Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa defrensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan ovum dengan sperma) tidak terjadi. MOP atau Vasektomi adalah salah satu cara KB yang permanen bagi pria yang sudah memutuskan tidak ingin mempunyai anak lagi. Calon akseptor harus mempertimbangkan secara matang sebelum mengambil keputusan untuk menggunakan alat kontrasepsi ini.



Gambar 13.2. Organ Reproduksi Pria

- 4) (MOW) Metode Operasi Wanita (Tubektomi)
 Istilah MOW atau sterilisasi pada wanita adalah suatu cara atau metode kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan tindakan dengan cara mengikat dan atau memotong pada kedua saluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sperma.

Pelaksanaan sterilsasi MOW dapat dilaksanakan pada waktu : a) kapan saja atau Setiap waktu selama siklus haid, bila diyakini akseptor tidak hamil. b) bisa juga Hari ke-6 hingga hari ke-13 siklus haid (fase proliferasi). c) Pascapersalinan : minilap, dalam 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu. Sedangkan laparoskopi, tidak tepat untuk akseptor pascapersalinan. d) Pascakeguguran : triwulan pertama dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ditemukan infeksi pelvis untuk minilap dan laparoskopi, triwulan kedua dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvis (untuk minilap saja). (Wiwin, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Ernawati, Susanti, Prijatni, I., Iskandar, F. N., Wahidah, N. J., Rohmah, A. N., Primindari, R. S., Hidayati, U. N., Putri, F. A., Kholifah, S. N., Rahmaningtyas, I., Agustasari, K. I., Syarifah, A. S., Siantar, R. L., Aritonang, T. R., Ratnaningsih, T., Septiasari, R. M., Lailiyah, S. R., Rahmawati, E. I., ... Isnaini, F. (2022). *Perkembangan Metode Kontrasepsi Masa Kini*. Rena Cipta Mandiri.
- M.Kep, H., S. Kep. ., Ns. ., (2023). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Lembaga Chakra Brahmana Lentera.
- M.Psi., S. W., S. ST. ., M. Keb. ., & Wiwin Rohmawati, S.ST., M.Keb. (2022). *Modul Pembelajaran Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*. CV. Mitra Cendekia Media.
- M.Si.Med., D. R. P., S. SiT. ., Paryono, S.Kep. Ns., M.Kes., & M.Keb., W. R., S. ST. ., (2022). *Kontrasepsi hormonal*. CV. Mitra Cendekia Media.
- Rokayah, Y., Inayanti, E., & Rusyanti, S. (2021). *Buku ajar kesehatan reproduksi & keluarga berencana (KB)*. Penerbit NEM.
- Sugiharti, M.Kes, R. M., S. KM. ., M. A. ., M. Kes, Fitriana Putri Utami, S. KM. ., M. Kes, Ir. Sri. (2019). *Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Ilmu.

BAB 14

KONSELING PELAYANAN KB

Oleh Ari Kusmiwiyati

14.1 Pendahuluan

Kualitas dan kuantitas komunikasi antara pasien dengan penyedia layanan kesehatan sangat penting untuk meningkatkan kemampuan keduanya dalam mengelola kondisi kronis suatu penyakit. Demikian pula dengan klien KB yang juga menghadapi tuntutan serupa untuk memilih metode kontrasepsi dari sekian banyak pilihan, dan harus bertanggung jawab atas penggunaan metode yang efektif, memantau efek samping, kunjungan ulang sesuai jadwal dan pemasangan kontrasepsi kembali apabila diperlukan.

Banyak studi telah membuktikan bahwa klien yang menyampaikan kebutuhan, kekhawatiran, dan gejala mereka selama pelaksanaan konseling akan lebih mungkin memberikan informasi yang dibutuhkan penyedia layanan dalam membuat diagnosis yang akurat, memilih terapi yang efektif, dan menawarkan nasihat yang tepat. Klien yang meminta informasi, klarifikasi, dan meminta pendapat dari penyedia layanan juga akan mendapatkan pemahaman yang lebih baik mengenai situasi mereka sehingga dapat mengambil keputusan yang terbaik. Hasilnya, mereka akan lebih percaya diri dan memiliki komitmen lebih besar terhadap asuhan yang diberikan (Nelson HD et al, 2022).

Konseling kontrasepsi yang berkualitas telah diidentifikasi sebagai cara potensial untuk mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan dan meningkatkan kelanjutan dan kepuasan kontrasepsi. Pendekatan masa lalu yang berfokus pada pengambilan keputusan otonom dan konseling direktif belum terbukti mencapai tujuan tersebut secara konsisten. Organisasi kesehatan reproduksi perempuan di seluruh dunia telah menyerukan peningkatan konseling melalui diskusi yang lebih menyeluruh mengenai efek

samping kontrasepsi dan perubahan yang terjadi, serta memperbarui fokus pada pengambilan keputusan bersama dan perawatan yang berpusat pada klien. Pendekatan yang berpusat pada klien dengan menggunakan pengambilan keputusan bersama, membangun kepercayaan, dan memunculkan pendapat dari sudut pandang klien telah terbukti meningkatkan kepuasan dan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi. Pilihan klien yang sangat bervariasi lebih cenderung memprioritaskan efektivitas kontrasepsi yang sangat tinggi atau tidak. Oleh karena itu, sangat dibutuhkan alat pendukung pengambilan keputusan dalam pelaksanaan konseling sehingga dapat membantu meningkatkan proses pemilihan metode kontrasepsi secara signifikan. Bidan sebagai penyedia layanan harus mengupayakan hubungan yang baik dengan klien sehingga bisa mengetahui kecenderungan pilihan klien serta mampu menyesuaikan metode konseling dengan kebutuhan masing-masing individu. Bagaimanapun, pengambilan keputusan bersama berdasarkan masukan dari kedua belah pihak (bidan dan klien) akan dirasa lebih memuaskan dan disukai oleh banyak perempuan (Cavallaro FL et al, 2020).

14.2 Definisi

Konseling kontrasepsi didefinisikan sebagai pertukaran informasi tentang metode kontrasepsi berdasarkan penilaian kebutuhan klien, hak kecenderungan memilih kontrasepsi dan gaya hidup untuk mendukung pengambilan keputusan sesuai niat klien, termasuk pemilihan, penghentian atau peralihan dari suatu metode kontrasepsi. Konseling adalah proses komunikasi yang dibangun oleh penyedia layanan dan ditujukan kepada klien atau pasangan suami istri dengan kebutuhan ber-KB. Komunikasi memberikan informasi kepada klien membantu mereka memahami kebutuhan membatasi fertilitas, berbagai pilihan kontrasepsi, dan kondisi kesehatan (BKKBN, 2022).

Prinsip utama konseling didasarkan pada prinsip bebas paksaan dan pilihan berdasarkan informasi, netral, dapat dimengerti, berdasarkan bukti terkini, memegang prinsip kolaboratif, bersifat rahasia. menjadi bagian dalam proses

pengambilan keputusan; memastikan perawatan penuh hormat, dan menjaga martabat serta pilihan klien (Rita Kabra, 2021).

14.3 Tujuan Konseling Kontrasepsi

Tujuan konseling kontrasepsi menurut BKKBN (2022) adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan penerimaan
Penerimaan klien terhadap proses konseling KB akan lebih baik ketika informasi disampaikan dengan benar, terdapat diskusi bebas dan komunikasi non verbal
2. Menjamin pilihan yang sesuai
Konseling yang benar dapat membantu petugas dan klien dalam menentukan pilihan terbaik metode KB sesuai dengan kebutuhan dan kondisi klien
3. Menjamin efektivitas penggunaan kontrasepsi
4. Konseling yang efektif dapat membantu klien mengatasi isu-isu yang keliru mengenai penggunaan kontrasepsi
5. Menjamin durasi pemakaian yang lebih lama
Durasi pemakaian KB dapat ditingkatkan dengan melibatkan klien dalam memilih metode KB, memberikan pengetahuan klien tentang cara kerja dan efek samping penggunaan KB dan memberitahu klien kapan harus melakukan kunjungan ulang.

14.4 Keuntungan dalam Konseling Kontrasepsi

Secara garis besar, pemberian pelayanan kontrasepsi dirancang untuk membantu individu mencapai tujuan reproduksinya. Namun, data menunjukkan bahwa pelayanan keluarga berencana tidak hanya memiliki fokus tunggal untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, tetapi juga harus berfokus pada upaya masyarakat untuk mencapai hasil reproduksi sesuai dengan keinginan masing-masing. Oleh karena itu, Bidan dituntut untuk mampu memberdayakan setiap perempuan dalam membuat keputusan yang tepat mengenai kesuburan dan penggunaan kontrasepsi yang selaras dengan preferensi dan tujuan reproduksinya.

Schivone GB, Glish LL (2017) mengungkapkan bahwa peran konseling kontrasepsi adalah untuk mendukung perempuan dan pasangan dalam memilih metode kontrasepsi yang paling cocok dan mendukung dalam menyelesaikan permasalahan apa pun yang mungkin timbul dari penggunaan metode kontrasepsi tersebut. Bidan bisa memberikan konseling kontrasepsi bagi perempuan dan pasangan yang tentunya relevan dengan berbagai kemungkinan tujuan dalam penggunaan kontrasepsi itu sendiri, seperti:

1. Pengaturan jarak kehamilan, bagi pasangan yang menghendaki untuk memiliki anak lebih dari 1;
2. Membatasi jumlah anak, bagi pasangan yang memiliki jumlah anak yang dirasa sudah cukup atau sesuai dengan keinginan; dan
3. Peralihan metode, bagi perempuan dengan kondisi kesehatan khusus yang mengharuskan untuk berganti metode namun masih tetap ingin menjadi akseptor aktif yang secara tidak langsung diharapkan bisa menurunkan angka drop out dalam penggunaan kontrasepsi

Keuntungan pelaksanaan konseling kontrasepsi menurut Zieman M, Hatcher RA, et al (2010) antara lain:

1. Mengurangi angka kehamilan yang tidak diinginkan, yang saat ini dilaporkan 4 dari 10 kehamilan, dengan resiko kematian perinatal 50% lebih tinggi pada bayi yang lahir dari ibu usia remaja
2. Melibatkan pasien dalam perawatannya sendiri dan menghilangkan kesalahpahaman akibat adanya mitos dan rumor negatif terkait penggunaan kontrasepsi
3. Meningkatkan keberhasilan walaupun dengan aturan penggunaan metode kontrasepsi yang cukup rumit
4. Menyarankan perubahan perilaku yang diketahui berisiko
5. Memfasilitasi proses pengambilan keputusan mengenai kontrasepsi dan pencegahan IMS
6. Menjelaskan kemungkinan efek samping yang bisa menurunkan tingkat kecemasan, meningkatkan keberhasilan metode, mendorong klien untuk menghubungi

- Bidan jika terjadi masalah dan mengurangi munculnya resiko komplikasi yang parah
7. Memperkuat hubungan kepercayaan antara bidan dan pasien
 8. Mendorong tanggung jawab pasien atas keputusan kesehatan yang telah diambil
 9. Memastikan dan menjaga kerahasiaan

14.5 Unsur dalam Konseling

Pelaksanaan konseling kontrasepsi bisa berjalan dengan baik bila memperhatikan tiga unsur utama menurut Rita Kabra (2021), yaitu:

1. Prinsip dalam panduan konseling (*Guiding counselling*)
 - a. *Self reflection*
 - b. *Empathy and respect*
 - c. *Encouraging interaction*
 - d. *Building skills and knowledge*
 - e. *Shared problem-Solving*
 - f. *Tailoring to specific needs*
2. Ketrampilan konseling (*Counselling skills*)
 - a. *Two way communication*
 - b. *Forming an alliance*
 - c. *Active listening*
 - d. *Open-ended questioning*
 - e. *Providing information*
 - f. *Facilitation*
3. Proses pelaksanaan konseling (*Counselling process*)
 - a. *Asses situation*
 - b. *Define problems, needs and information gaps*
 - c. *Generate alternatives*
 - d. *Prioritize solutions*
 - e. *Develop a plan*
 - f. *Review and evaluate*

Prinsip dalam panduan konseling dan ketrampilan konseling harus digunakan secara tepat dan selaras selama proses konseling kontrasepsi berlangsung. Adanya ketepatan dalam penggunaan

suatu teknik keterampilan konseling pada saat yang dibutuhkan, akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan proses pelaksanaan konseling sehingga bisa diperoleh hasil optimal sesuai tujuan yang disepakati. Tidak lupa dalam proses konseling ini, bidan harus tetap memperhatikan faktor kondisi sosial ekonomi klien, norma dan sosial budaya yang berlaku di lingkungan klien, peran serta gender dan peran dalam pengambilan keputusan berkaitan dengan fungsi reproduksi klien. Hal ini tergambar dalam diagram berikut:



Gambar 14.1. Keterlibatan *guiding principles*, *counselling skills* dan *counselling process* dalam *counselling context*, dengan tetap memperhatikan kondisi *sosio-economic*, *social and culture*, *gender role*, dan *decision-making process* (Rita Kabra, 2021)

Kehadiran bidan sebagai konselor kontrasepsi yang sangat diharapkan keberadaannya oleh klien, diharapkan mampu memfasilitasi proses konseling secara tepat dengan menggunakan

berbagai teknik ketrampilan konseling sesuai kebutuhan klien terkini. Tabel 14.1 dibawah ini memberikan gambaran tentang teknik/ metode ketrampilan konseling yang bisa diterapkan oleh penyedia layanan pada kondisi-kondisi tertentu:

GUIDING PRINCIPLE		COUNSELLING SKILL
Self Reflection		Two-Way Communication
Empathy and Respect		Forming an Alliance
Encouraging Interaction		Active Listening
Building Skills and Knowledge		Questioning
Shared Problem-Solving		Providing Information
Tailoring to Specific Needs		Facilitation

Tabel 14.1. Keterkaitan penggunaan telnik/ metode *counselling skills* dalam tahapan situasi berbeda sesuai *guiding principles* pada proses konseling kontrasepsi (Rita Kabra, 2021)

Oleh karena itu, dalam proses pemberian konseling kontrasepsi yang baik dan tepat yang dilakukan oleh bidan, setidaknya harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Fokus pada kebutuhan perempuan
2. Analisis konteks permasalahan dilakukan secara bersama-sama antara bidan dan klien
3. Mendengarkan dan belajar secara aktif dari klien
4. Terlibat dalam diskusi interaktif
5. Gunakan pertanyaan-pertanyaan terampil untuk bertanya

6. Identifikasi pengalaman dan keyakinan klien tentang kontrasepsi
7. Jangan menghakimi
8. Bangun kepercayaan
9. Identifikasi kemungkinan pilihan bersama
10. Fasilitasi pemecahan masalah
11. Buat rencana aksi bersama
12. Mendorong dan memperkuat tindakan
13. Evaluasi rencana tindakan secara bersama-sama

Perlu menjadi perhatian Bidan bahwa konseling kontrasepsi dilakukan BUKAN untuk:

1. Memecahkan masalah klien secara sepihak
2. Memberi tahu klien apa yang harus dilakukan atau mengambil keputusan untuk klien
3. Menilai dan menyalahkan keterbatasan klien
4. Menginterogasi klien
5. Memaksakan keyakinan bidan atau tenaga kesehatan
6. Menekan klien untuk menggunakan suatu metode yang spesifik
7. Berbohong atau menyesatkan klien

Zieman M, Hatcher RA et al (2010) juga merangkum beberapa prinsip yang harus diperhatikan bidan sebagai konselor dalam pelaksanaan konseling kontrasepsi yang tepat, sebagai berikut:

1. Ketahuilah dengan baik, apa yang sedang kita bicarakan
2. Dengarkan, lihat dan biarkan klie berbicara dengan bebas, lalu parafrasekan apa yang kita dengar dengan Bahasa yang mudah dimengerti
3. Ingat selalu: DENGARKAN dan DIAM, dengan penekanan kepentingan yang sama
4. Menghormati, mengenali dan menerima situasi unik setiap individu
5. Menerima dan mengantisipasi bahwa perubahan perilaku terjadi secara perlahan dan bertahap.

6. Tetap sensitive, mengakui bahwa seks/seksualitas adalah hal yang sangat pribadi
7. Tidak menghakimi dan mendorong penentuan nasib dari pendapat kita sendiri
8. Menginisiasi klien untuk mengetahui status resiko terhadap penularan IMS/HIV/AIDS, karena setiap kontak seksual memiliki peluang yang sama
9. Mendalami tentang masalah yang mungkin dialami klien dengan rekomendasi medis sebelumnya
10. Menyadari bahwa klien hanya akan mengingat 1-4 poin dari setiap kunjungan, jadi hindari pemberian informasi yang berlebihan
11. Berikan informasi tertulis pada tingkat bacaan yang sesuai untuk referensi nanti, apabila diperlukan

Metode *GATHER* dari Gallen dan Leitenmaier (1987) dianggap cukup tepat untuk dilaksanakan bidan dalam mencapai tujuan konseling kontrasepsi yang efektif (Rinehart W, Rudy S et al (1998) dan Zieman M, Hatcher RA et al (2010;). Berikut adalah langkah yang harus dilakukan:

1. ***Greet client***: Menyapa klien dengan sabar, hangat dan ramah serta bantu klien merasa nyaman mungkin
2. ***Ask client about themself***: Tanyakan tentang kebutuhan dan tujuan reproduksinya dan tanyakan juga tentang risiko IMS
3. ***Tell client about choices***: Beritahu pasien tentang pilihannya, jelaskan kelebihan dan kekurangan semua pilihan
4. ***Help client make an informed choices***: Bantu pasien untuk memilih metode kontrasepsi
5. ***Explain fully how to use the choosen method***: Jelaskan penggunaan yang benar dari metode atau obat yang diresepkan
6. ***Refer or Return visits should be welcomed***: Ulangi instruksi penting kepada pasien, jelaskan waktu dan kondisi kunjungan ulang, dan berikan instruksi tertulis kepada pasien untuk dipelajari nanti

14.6 Tahapan dalam Konseling

Tujuan umum pelaksanaan konseling kontrasepsi adalah untuk membantu klien dalam menentukan jumlah anak yang ingin mereka miliki dan menentukan waktu yang tepat untuk memiliki anak. Bidan dapat membantu dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai secara pribadi dan medis. Melalui sesi konseling dengan klien, bidan akan memastikan bahwa klien memahami cara menggunakan metode pilihan mereka dengan benar, untuk memastikan perlindungan kontrasepsi yang aman dan efektif.

Tahapan konseling kontrasepsi yang bisa dilakukan oleh bidan menurut Rita Kabra (2021) adalah :

1. Membangun hubungan dan menilai kebutuhan serta kekhawatiran klien
2. Memberikan informasi yang ditujukan untuk mengatasi setiap kebutuhan dan kekhawatiran klien
3. Membantu klien dalam pengambilan keputusan atau mengatasi suatu masalah
4. Membantu melaksanakan keputusan klien

Berikut adalah uraian dari tahapan konseling kontrasepsi tersebut:

14.6.1 Menilai Kebutuhan dan Kekhawatiran Klien

1. Sapa klien dengan ramah
2. Memastikan privasi, kerahasiaan, dan kenyamanan klien
3. Tanyakan alasan kunjungan klien
4. Tanyakan tentang riwayat kesehatan, pasangan, kehidupan rumah tangga, keluarga, perilaku seksual dan status HIV
5. Tanyakan rencana mempunyai anak dan keinginan untuk ber-KB
6. Identifikasi adanya kemungkinan resiko IMS dan upaya yang dilakukan klien untuk menghindari IMS

Pertanyaan yang harus disampaikan kepada klien adalah terkait: berapa jumlah anak ideal yang dikehendaki, kehidupan rumah tangga, pasangan, riwayat kesehatan, perilaku seksual dan status HIV/AIDS.

14.6.2 Memberikan Informasi sesuai dengan Kebutuhan dan Kekhawatiran Klien

1. Beritahukan kepada klien untuk menyatakan kebutuhan atau kekhawatiran yang diluar kemampuan petugas kesehatan
2. Memberi nasihat tentang cara pencegahan IMS
3. Memberi nasihat tentang cara memiliki kehamilan yang sehat (jika klien menghendaki kehamilan kembali).

Bidan sebagai penyedia layanan memberikan dukungan terkait pemilihan metode kontrasepsi dengan menginformasikan pilihan dari masing-masing metode kontrasepsi berupa: efektifitasnya, lama perlindungan terhadap kehamilan, kemudahan dalam penggunaan, keuntungan terhadap kesehatan dan kemungkinan adanya efek samping serta keamanan selama menjadi akseptor (Mack Lipkin, 1996).

14.6.3 Membantu Klien dalam Pengambilan Keputusan

1. Tanyakan kepada klien apakah memiliki pertanyaan tentang metode yang sedang di diskusikan
2. Minta klien untuk memilih salah satu metode kontrasepsi
3. Gunakan daftar pemeriksaan kehamilan atau metode *screening* terhadap calon akseptor untuk menentukan apakah klien dapat menggunakan metode yang dimaksud
4. Menyepakati keputusan yang telah diambil bersama klien dan merencanakan asuhan bersama klien

Semua klien mempunyai hak untuk menentukan pilihan berdasarkan informasi yang telah diberikan oleh petugas kesehatan (*informed choice*). Dalam hal ini klien mendapatkan peluang untuk:

1. Mendapatkan kesempatan untuk bebas memilih di antara pilihan yang tersedia
2. Memperoleh informasi yang lengkap dan akurat tentang semua metode yang sesuai dan semua pilihan yang tersedia

Oleh karena itu, seharusnya semua klien juga memahami bahwa mereka memiliki hak untuk bebas menentukan pilihan

dalam hal: a) Mempunyai anak dan berapa banyak yang ingin dimiliki; b) Menggunakan salah satu metode kontrasepsi atau tidak; c) Melakukan tes IMS/HIV; d) Menggunakan kondom; e) Membicarakan dengan pasangan tentang kondom atau metode kontrasepsi; dan f) Mengungkapkan status HIV yang dimiliki (Mannava P et al, 2015).

14.6.4 Membantu Klien dalam Melaksanakan Keputusan yang Telah Diambil

1. Bermain peran atau latihan keterampilan negosiasi
2. Berikan alat KB dan kondom jika diperlukan
3. Menjelaskan/ mendemonstrasikan penggunaan metode kontrasepsi yang benar
4. Minta klien untuk menjelaskan/ mendemonstrasikan penggunaan metode kontrasepsi untuk memperkuat pemahaman yang tepat terkait metode kontrasepsi yang digunakan
5. Ingatkan klien tentang efek samping dan berbagai alasan untuk melakukan kunjungan ulang
6. Atur rencana tindak lanjut, kunjungan ulang, atau kebutuhan rujukan sesuai kebutuhan klien

14.7 Konseling Kontrasepsi Menggunakan ABPK (Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB)

Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) adalah alat bantu kerja interaktif bagi penyedia layanan (dokter atau bidan) dalam membantu klien memilih dan menggunakan metode KB yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan klien, memberikan informasi yang diperlukan dalam pelayanan KB yang berkualitas, serta menawarkan saran atau panduan cara membangun komunikasi dan konseling yang efektif (BKKBN, 2022).

Bidan sebagai penyedia layanan harus memperhatikan lima prinsip dalam penggunaan ABPK sebelum melakukan konseling, yaitu:

1. Klien bertanggung jawab dalam mengambil keputusan
2. Penyedia layanan membantu klien dalam pengambilan keputusan, terutama saat memilih jenis kontrasepsi yang

- sesuai dengan kebutuhan fertilitas dan kondisi kesehatan klien
3. Penghargaan terhadap keinginan klien
 4. Penyedia layanan menanggapi pernyataan, pertanyaan, serta kebutuhan klien.
 5. Penyedia layanan harus dapat mendengarkan dengan baik apa yang disampaikan klien, sehingga dapat melayani dengan baik dan membantu langkah tindak lanjut yang sesuai.

Secara umum, terdapat tiga ragam klien yang memperoleh manfaat dari penggunaan ABPK ini, yaitu:

1. Klien baru, yang memerlukan bantuan memilih metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan fertilitas dan kondisi kesehatan klien
2. Klien dengan kebutuhan khusus, yang membutuhkan KB khusus atau nasehat khusus sesuai kondisi kesehatan yang dimiliki
3. Klien kunjungan ulang, yang memiliki masalah dengan metode kontrasepsi yang digunakan atau hanya ingin mendapatkan alat kontrasepsi ulang

Konseling dengan menggunakan ABPK mengacu pada prinsip SATU TUJU yang harus dilakukan secara berurutan dan sesuai dengan kebutuhan klien (BKKBN, 2022).

1. SA: Sapa dan Salam

Proses konseling KB harus dimulai dengan menyapa dan mengucapkan salam secara terbuka dan sopan serta menjelaskan mengenai kerahasiaan data klien yang terjamin dalam proses konseling KB. Sapaan terhadap klien juga disertai dengan pertanyaan mengenai informasi keadaan klien saat ini, seperti kondisi kesehatannya, keluhan yang dialami, pemikiran mengenai alat kontrasepsi yang hendak digunakan, dan berbagai pertimbangan yang dimiliki klien saat ini.

2. T: Tanyakan

Kenali kebutuhan klien dengan bertanya. Ajak klien untuk mendiskusikan terkait kondisi kesehatan saat ini, pengalaman

ber-KB, pengetahuan mengenai program KB, rencana memiliki anak, kesehatan reproduksi, pemahaman mengenai HIV/AIDS dan Infeksi Menular Seksual (IMS) lainnya, sikap pasangan mengenai rencana ber-KB, dan ragam pertimbangan yang dimiliki oleh klien.

3. U: Uraikan

Dalam proses ini, penyedia layanan telah memiliki satu atau dua metode KB yang dapat ditawarkan kepada klien. Penyedia layanan harus menguraikan metode KB yang hendak ditawarkan tersebut dengan mengaitkannya pada berbagai pertimbangan klien yang dimilikinya saat ini, termasuk mengenai kriteria kelayakan medis, efek samping, dan hal-hal lain yang perlu diperhatikan oleh klien.

4. Tu: Bantu

Penyedia layanan membantu klien untuk membuat keputusan dengan mempertimbangkan kondisi medis, karakteristik klien, efektivitas, efek samping, dan durasi penggunaan metode KB. Oleh karena itu, penyedia layanan perlu memastikan bahwa klien telah memiliki pengetahuan yang cukup mengenai metode KB yang menjadi pilihannya.

5. J: Jelaskan

Setelah klien memutuskan alat kontrasepsi yang akan digunakan, penyedia layanan harus menjelaskan secara lengkap mengenai cara menggunakan alat kontrasepsi tersebut dan bisa menggunakan ABPK untuk membantu klien lebih memahami cara penggunaan alat kontrasepsi.

6. U: Kunjungan Ulang

Penyedia layanan perlu mendorong klien untuk kembali apabila ia memiliki pertanyaan, pertimbangan, maupun permasalahan saat menjalankan program KB yang telah dipilih.

Dalam pelaksanaannya, konseling KB dengan ABPK dilakukan dengan prosedur berikut:

1. Persiapan

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Penyedia layanan (dokter atau bidan) merupakan aspek SDM utama dalam pemberian konseling KB di fasilitas

kesehatan. Dalam hal ini, penyedia layanan harus memiliki kesiapan informasi tentang KB dan metode pelaksanaannya serta kesiapan psikologis saat berhadapan dengan klien

- b. Sarana penunjang
Konseling KB yang berkualitas perlu didukung dengan sarana penunjang. Hal ini dapat membantu proses komunikasi antara penyedia layanan dan klien agar berjalan dengan baik. Sarana penunjang tersebut meliputi: ruangan atau tempat konseling yang kondusif dan dapat dijangkau klien dan alat bantu konseling KB berupa lembar balik ABPK
- c. Kriteria klien khusus
Pemberian konseling dengan prosedur ABPK dibedakan berdasarkan empat kriteria khusus, yaitu laki-laki, perempuan yang mendekati masa menopause, klien dengan disabilitas mental dan/atau intelektual, dan klien dari pernikahan usia dini

2. Pelaksanaan
ABPK merupakan panduan ideal yang berisi bahan pertimbangan dalam memilih metode KB. ABPK disusun berdasarkan empat kriteria kondisi klien, yaitu klien baru, klien yang membutuhkan perlindungan terhadap IMS, klien dengan kebutuhan khusus, dan klien dengan kunjungan ulang. Berikut gambaran konseling sesuai kondisi klien:

Tabel 14.1. Gambaran Konseling Kontrasepsi dengan ABPK
Berdasarkan Kriteria Kondisi Klien

Kondisi Klien	Gambaran Penyedia Layanan dalam Konseling
Klien yang kembali tanpa masalah	Melakukan pemeriksaan rutin sebagai bentuk follow-up kondisi klien. - Memeriksa kondisi klien dengan pemakaian metode KB yang telah dipilih - Memeriksa dampak dari pemakaian metode yang dipilih terhadap diri klien

Kondisi Klien	Gambaran Penyedia Layanan dalam Konseling
	dan hubungannya dengan pasangan
Klien yang kembali dengan masalah	Memeriksa kondisi klien dengan pemakaian metode KB yang telah dipilih. - Pemeriksaan terhadap dampak dari pemakaian metode yang dipilih terhadap diri klien dan hubungannya dengan pasangan - Identifikasi masalah yang dihadapi oleh klien dengan tujuan membantu mengatasi masalah tersebut
Klien baru yang telah memiliki pilihan metode	Pembahasan dalam sesi konseling dapat fokus pada metode yang telah menjadi pilihan dari klien. - Diskusikan metode pilihan klien untuk memastikan pemahamannya terhadap metode tersebut - Pastikan bahwa klien memahami dampak dari pilihannya - Periksa kembali keputusan klien, apakah keputusan ini telah didiskusikan dengan pasangan - Berikan dukungan kepada pilihan klien, sembari meluruskan beberapa pemahaman informasi yang kurang tepat - Diskusikan tantangan yang mungkin muncul dalam penggunaan metode tersebut. Bersama dengan klien, susunlah rencana yang matang agar pilihan klien ini dapat berjalan dengan baik dan optimal
Klien baru yang belum memiliki pilihan metode	- Menggali kondisi klien saat ini, rencana-rencananya, serta hal-hal yang penting bagi dirinya maupun pasangan - Mengenalkan berbagai metode KB yang

Kondisi Klien	Gambaran Penyedia Layanan dalam Konseling
	dapat digunakan kepada klien - Diskusikan bersama dengan klien metode KB yang sesuai dengan kondisi, situasi, dan hal-hal penting yang diutamakan baginya. Dalam hal ini, ajak klien untuk masuk ke tahapan memfokuskan masalah (focusing) dan membangkitkan motivasi (evoking) - Berikan dukungan dalam bentuk afirmasi mengenai pemahaman dan pertimbangan klien dalam pengambilan keputusannya. Usahakan untuk tidak memberikan instruksi atau mengerucutkan klien pada satu pilihan metode sebelum klien mempertimbangkan jenis pilihan lainnya yang sesuai dengan kondisinya saat ini - Diskusikan dengan klien hal-hal yang menjadi kekhawatiran dan hambatannya dalam memilih ataupun melaksanakan metode KB. Dalam hal ini, ajak klien untuk memikirkan langkah-langkah yang dapat digunakan untuk mengatasi hambatan tersebut - Jika diperlukan, minta klien untuk membuat catatan mengenai hal-hal penting yang didiskusikan dalam sesi konseling tersebut. Catatan ini dapat menjadi pegangan maupun arahan bagi klien dalam melaksanakan keputusannya ketika sesi konseling telah selesai.

Sumber: BKKBN, 2022

3. Evaluasi

a. Evaluasi kegiatan konseling KB

Evaluasi penyedia layanan dalam memberikan konseling KB kepada klien di fasilitas kesehatan dapat dilakukan dengan menanyakan:

- 1) Tingkat kenyamanan klien untuk membicarakan masalahnya dengan penyedia layanan
- 2) Tingkat pemahaman klien tentang program KB berdasarkan informasi penyedia layanan
- 3) Tingkat pemahaman penyedia layanan terhadap kebutuhan klien, dan
- 4) Tingkat efektivitas konseling dalam membantu klien mengambil keputusan

b. Pemantauan kepatuhan klien dalam menggunakan KB

Kesiapan klien dan pasangan sangat mempengaruhi kepatuhan klien dalam menggunakan KB. Kesiapan tersebut dapat di nilai dari upaya klien mencari informasi mengenai kondisi dirinya; mencari informasi mengenai metode KB dan karakteristiknya; memulai proses pemilihan metode KB dengan pendampingan profesional dari penyedia layanan; dan mengubah gaya hidup agar lebih sesuai dengan metode KB yang dipilih (Lee JK et al, 2011).

14.8 Penapisan Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi dengan RODA KLOP

Kriteria Kelayakan Medis Penggunaan Kontrasepsi (*Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (MEC) pertama kali diterbitkan oleh WHO tahun 1996. Kriteria ini digunakan sebagai panduan dan rekomendasi terhadap tingkat keamanan suatu metode kontrasepsi berdasarkan kondisi medis dan karakteristik khusus. Dengan mengetahui kondisi medis klien, maka penyedia layanan diharapkan mampu melakukan konseling dengan lebih tepat sesuai kebutuhan dan riwayat medis klien terkini. Penapisan medis klien dan pelaksanaan konseling merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pra pelayanan kontrasepsi sesuai dengan

Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana (Kementerian Kesehatan RI, 2021 dan WHO, 2022).

MEC Wheel milik WHO ini kemudian diadaptasi di Indonesia dalam bentuk Diagram Lingkaran dan Aplikasi Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi atau dikenal dengan RODA KLOP. Berikut adalah pedoman penggunaan RODA KLOP menurut BKKBN (2022):

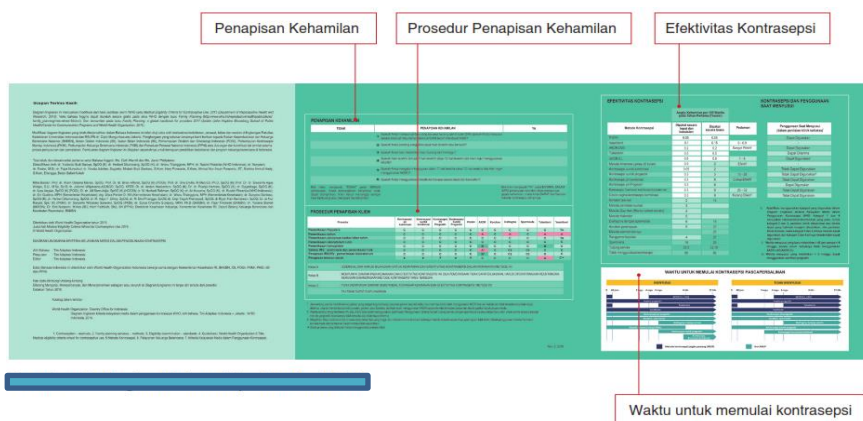
Kategori kondisi klien yang memerlukan penapisan kriteria kelayakan medis:

1. Kategori 1: Kondisi yang tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi
2. Kategori 2: Suatu kondisi di mana keuntungan menggunakan metode umumnya lebih besar dari resiko, baik secara teoritis maupun terbukti
3. Kategori 3: Suatu kondisi di mana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode ini
4. Kategori 4: Suatu kondisi yang memiliki risiko kesehatan yang tidak dapat diterima, jika metode kontrasepsi tersebut digunakan

Penapisan kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi dengan Roda KLOP bertujuan untuk:

1. Mengidentifikasi kondisi klien yang memerlukan perhatian khusus sebelum menggunakan suatu metode KB, misalnya: merokok, diabetes melitus, hipertensi, HIV, dan lain-lain
2. Menawarkan panduan tentang keamanan dan penggunaan metode yang berbeda untuk perempuan dan laki-laki dengan karakteristik atau kondisi medis tertentu
3. Meningkatkan pemahaman penyedia layanan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus klien
4. Meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi yang dapat memenuhi kebutuhan klien sesuai kondisi dan karakteristik khusus yang dimiliki
5. Meningkatkan angka dan durasi penggunaan kontrasepsi

1. Bagian Dalam Lipat RODA KLOP, yang berisi:
 - a. Tabel Penapisan Kehamilan, untuk mengetahui klien dalam kondisi hamil atau tidak
 - b. Tabel Prosedur Penapisan Klien sebelum menggunakan suatu metode kontrasepsi
 - c. Tabel Efektivitas Metode Kontrasepsi jika digunakan secara konsisten dan jika dipakai secara biasa
 - d. Waktu untuk Memulai Kontrasepsi Pasca Persalinan



Gambar 14.4. Bagian Dalam Lipat RODA KLOP

2. Bagian Luar Lipat RODA KLOP, yang berisi:
 - a. Keterangan Mengenai Diagram Lingkaran
 Diagram lingkaran ini berisi kriteria persyaratan medis untuk memulai penggunaan metode kontrasepsi tertentu, berdasarkan *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5th edition 2015*, salah satu pedoman WHO berdasarkan bukti ilmiah (*evidence based*). Pedoman ini memberikan informasi kepada provider pelayanan Keluarga Berencana dalam memberi rekomendasi mengenai metode kontrasepsi yang aman untuk calon akseptor dengan kondisi medis atau karakteristik medis tertentu.
 Diagram lingkaran ini mencakup rekomendasi-rekomendasi untuk memulai penggunaan sebelas tipe metode kontrasepsi yang umum:

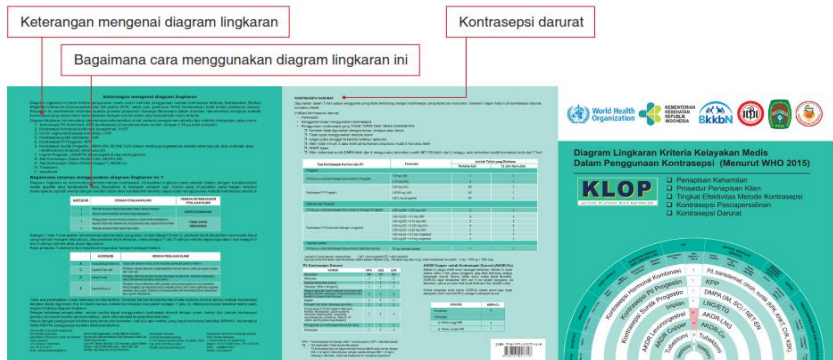
- 1) Pil oral kombinasi atau kontrasepsi oral kombinasi rendah, yang mengandung ≤ 35 μg etinil estradiol (KOK)
- 2) Koyo (patch) kontrasepsi kombinasi (P)
- 3) Cincin vagina kontrasepsi kombinasi (CVK)
- 4) Kontrasepsi injeksi kombinasi (KIK)
- 5) Pil progesteron (PP)
- 6) Injeksi progesteron, depo medroxyprogesterone acetate intramuskular atau subkutuan (DMP IM, SC) atau norethisterone enanthate intramuskular (NET-EN)
- 7) Implant progesterone, LNG/ETG
- 8) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim-Copper (AKDR Cu)
- 9) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim-LNG (AKDR LNG)
- 10) Tubektomi
- 11) Vasektomi

b. Cara Penggunaan Diagram Lingkaran

Diagram lingkaran ini mencocokkan metode-metode kontrasepsi, ditunjukkan lingkaran yang sebelah dalam, dengan kondisi-kondisi medis spesifik atau karakteristik yang ditunjukkan lingkaran sebelah luar. Nomor yang ditunjukkan pada bagian tersebut menunjukkan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat memulai menggunakan metode kontrasepsi tersebut.

c. Kontrasepsi Darurat

Pada bagian kontrasepsi darurat terdapat indikasi untuk penggunaan kontrasepsi, tabel tipe kontrasepsi hormonal, tabel pil kontrasepsi darurat dan AKDR Copper untuk tujuan kontrasepsi darurat.



Gambar 14.5. Bagian Luar Lipat RODA KLOP

Prosedur Penggunaan RODA KLOP:

1. Tanyakan kondisi dan masalah kesehatan klien dengan menggali riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu
2. Cocokkan kondisi-kondisi medis atau karakteristik khusus dengan menggunakan RODA KLOP, antara yang dimiliki klien (ditunjukkan pada diagram lingkaran sisi luar) dengan metode-metode kontrasepsi (ditunjukkan pada diagram lingkaran sisi dalam)
3. Lihatlah rekomendasi penggunaan metode-metode kontrasepsi yang ditunjukkan dengan nomor atau huruf.
4. Nomor atau huruf ini merupakan kategori yang menunjukkan apakah klien dapat mulai menggunakan suatu metode kontrasepsi.
5. Selain terdapat pada diagram lingkaran sisi luar, beberapa kondisi medis atau karakteristik khusus tertentu juga dapat dilihat pada diagram sisi belakang. Seluruh kondisi medis atau karakteristik khusus yang terdapat pada diagram lingkaran sisi belakang memiliki Kategori 1 dan 2, artinya setiap metode kontrasepsi non-sterilisasi dapat digunakan
6. Lihatlah deskripsi nomor dan huruf untuk rekomendasi penggunaan kontrasepsi. Kategori ini dibedakan untuk metode kontrasepsi non-sterilisasi (No. 1-9) dan metode kontrasepsi sterilisasi (No. 10-11).

7. Jika nomor atau huruf diikuti kode tertentu misal (3^A, C^b), lihatlah keterangan kode tersebut pada diagram lingkaran sisi belakang
8. Jika diperlukan, buatlah tabel bantu untuk mempermudah penapisan kelayakan medis.
9. Pada kolom “Kondisi”, isilah dengan kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien.
10. Pada kolom “Metode” isilah dengan nomor atau kode rekomendasi yang tertera pada diagram lingkaran
11. Berikanlah informasi kepada klien tentang hasil penapisan kelayakan medis sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus yang dimiliki klien.
12. Bila klien SETUJU dengan hasil penapisan, lanjutkanlah dengan permintaan *informed consent* dan pemberian pelayanan kontrasepsi sesuai standar
13. Bila klien TIDAK SETUJU dengan hasil penapisan, lakukanlah konseling ulang pada kunjungan berikutnya atau berikanlah kesempatan kepada klien untuk berdiskusi bersama pasangan. Sementara itu, anjurkan klien dan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi metode barier/kondom
14. Lakukan pencatatan hasil penapisan dan keputusan klien pada rekam medis dan buku KIA.

Selain dalam bentuk Cetakan, RODA KLOP juga tersedia dalam bentuk aplikasi untuk telepon genggam dan tablet dengan sistem operasi Android & iOS. Aplikasi tersebut dapat diunduh secara gratis melalui *Play Store* (Android) atau *App Store* (iOS).

14.9 Persetujuan Tindakan Medis (*Informed Choice dan Informed Consent*)

Informed Choice berarti membuat pilihan setelah mendapatkan penjelasan tentang alternatif asuhan yang akan dialami klien, pilihan (*choice*) harus dibedakan dari persetujuan (*consent*).

Informed Choice adalah suatu kondisi peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup

setelah mendapat informasi yang lengkap melalui Komunikasi Inter Personal/Konseling (KIP/K). Dalam hal ini petugas kesehatan dapat menggunakan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) ber-KB (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Tujuan *Informed Choice* adalah untuk mendorong wanita memilih asuhan yang tepat baginya. Peran bidan tidak hanya membuat asuhan dalam manajemen asuhan kebidanan tetapi juga menjamin bahwa hak wanita untuk memilih asuhan dan keinginannya bisa terpenuhi.

Rekomendasi untuk pemberian *informed choice*, yaitu:

1. Bidan harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam berbagai aspek agar dapat membantu klien membuat keputusan klinis dan secara teoritis agar dapat memberikan pelayanan yang aman dan memuaskan bagi klien.
2. Bidan wajib memberikan informasi secara rinci dan jujur dalam bentuk yang dapat dimengerti oleh wanita dengan menggunakan media alternatif atau dalam bentuk tatap muka secara langsung.
3. Bidan dan petugas kesehatan lainnya perlu belajar untuk membantu wanita melatih diri dalam menggunakan haknya dan menerima tanggung jawab untuk keputusan yang mereka ambil sendiri.
4. Dengan berfokus pada asuhan yang berpusat pada wanita dan berdasarkan fakta, diharapkan bahwa konflik dapat ditekan serendah mungkin.
5. Tidak perlu takut akan konflik tapi menganggapnya sebagai suatu kesempatan untuk saling memberi dan mengevaluasi secara objektif tentang pentingnya memiliki kemampuan bermitra dengan perempuan lain.

Adapun perbedaan antara pilihan (*choice*) dengan persetujuan (*consent*), yaitu:

1. Persetujuan atau *consent* penting dari sudut pandang bidan, karena berkaitan dengan aspek hukum yang memberikan otoritas untuk semua prosedur yang akan dilakukan bidan.

2. Pilihan atau *choice* penting dari sudut pandang klien sebagai penerima jasa asuhan kebidanan, yang memberikan gambaran pemahaman masalah yang sesungguhnya dan merupakan aspek otonomi pribadi dalam menentukan pilihannya sendiri.
3. *Choice* berarti ada alternatif lain, ada lebih dari satu pilihan dan klien mengerti perbedaannya, sehingga dia dapat menentukan mana yang disukai atau sesuai dengan kebutuhannya

Informed consent berasal dari kata “*informed*” yang berarti telah mendapat penjelasan, dan kata “*consent*” yang berarti telah memberikan persetujuan. *Informed Consent* adalah persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien tersebut. Informasi yang diberikan harus disampaikan selengkap-lengkapnyanya, jujur dan benar tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh calon akseptor/klien KB. Setiap tindakan medis yang mengandung risiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, yaitu klien yang bersangkutan dalam keadaan sadar dan sehat mental (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Informed consent adalah bukti tertulis tentang persetujuan terhadap prosedur klinik suatu metode kontrasepsi yang akan dilakukan pada klien. Dokumen ini harus ditandatangani oleh klien sendiri atau walinya, apabila akibat kondisi tertentu klien tidak dapat melakukan hal tersebut. Persetujuan harus diminta apabila prosedur klinik mengandung risiko terhadap keselamatan klien (baik yang terduga atau tak terduga sebelumnya).

Komponen dalam *informed consent* adalah:

1. Pemberian Informasi Yang Lengkap
Informasi yang diberikan kepada calon/klien KB harus disampaikan selengkap-lengkapnyanya, jujur dan benar tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh calon/klien KB tersebut. Dalam memberikan informasi penting sekali adanya komunikasi verbal antara dokter dan klien. Ada anggapan bahwa banyak klien sering melupakan informasi

- lisan yang telah diberikan oleh dokter atau bidan. Maka dari itu untuk mencegah hal tersebut perlu diberikan pula informasi tertulis (Kim YM et al, 2001).
2. **Pengertian terkait Persetujuan Tindakan Medis**
Jika kontrasepsi yang dipilih klien memerlukan tindakan medis, Surat Persetujuan Tindakan Medis (*informed consent*) sangat diperlukan. Informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien. Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang di tandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, yaitu klien yang bersangkutan dalam keadaan sadar dan sehat mental
 3. **Persetujuan Tindakan Medis oleh Pasangan Suami Istri**
Dengan dilakukannya tindakan medis termasuk kontrasepsi mantap, maka sangat diperlukan izin dari kedua belah pihak. Berbeda dengan tindakan medis lainnya yang hanya memerlukan izin dari pihak yang akan mengalami tindakan tersebut (Hancock H et al, 2023).
 4. **Daftar Tilik untuk Petugas**
Pada halaman belakang lembar persetujuan tindakan medis terdapat daftar tilik untuk petugas yang digunakan untuk mengingatkan petugas adanya beberapa aspek yang harus dijelaskan beberapa klien melalui pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan metode kontrasepsi Metode Operasi Pria/Wanita, implan, dan AKDR (cara kerja, kontra indikasi, efek samping, komplikasi, kegagalan, keuntungan atau kerugian, jadwal atau tempat kunjungan ulang, persyaratan MOP/WOW dan rekanalisasi serta keberhasilannya, resiko pencabutan AKDR atau implan dan jadwal pencabutannya, serta kategori pencabutan AKDR/Implan).

14.10 Konseling dalam Kelompok Khusus

1. **Konseling Kontrasepsi pada Remaja**
Kaum muda berhak mendapatkan sikap yang tidak menghakimi dan penuh rasa hormat dan peduli. Bidan seharusnya bisa

menunjukkan sikap mampu bekerjasama dengan baik dan sesekali menggunakan istilah yang sesuai dan cukup familiar di kalangan generasi muda. Bidan harus cukup memiliki keyakinan bahwa remaja sudah memiliki kemampuan untuk melakukan pilihan dan kewajiban bidan untuk memastikan bahwa pilihan remaja putri tersebut sudah tepat (Dehlendorf C et al, 2014).

Upayakan untuk bisa berkomunikasi dengan lancar di semua situasi dan berbicara tanpa mengungkapkan penilaian terlebih dahulu dan luangkan waktu untuk sepenuhnya menjawab pertanyaan, ketakutan, dan penjelasan yang salah dimengerti.

2. Konseling Kontrasepsi pada Pasca Abortus

Jelaskan kepada klien bahwa pada kondisi pasca abortus, kesuburan dapat kembali dengan cepat dan diskusikan kemungkinan pilihan KB yang sudah direncanakan.

Dukung wanita & pasangannya dalam memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Jika seorang perempuan tidak mengalami komplikasi atau infeksi pasca-aborsi, maka boleh menggunakan metode KB apa pun dengan aman dan dapat memulai semua metode segera setelah aborsi (kecuali metode alami pantang berkala/ kalender, karena harus menunggu selama 3 bulan pengamatan siklus haid).

Jika ada atau dicurigai adanya infeksi, anjurkan klien untuk tidak melakukan hubungan seksual sampai kondisi infeksi diobati sepenuhnya. Tunda sterilisasi wanita dan pemasangan IUD sampai infeksi telah diobati sepenuhnya, namun tetap tawarkan metode lain untuk digunakan sementara waktu menunggu.

Untuk pemasangan IUD atau sterilisasi wanita setelah kondisi abortus pada trimester kedua, penyedia layanan memerlukan pelatihan khusus karena adanya perubahan ukuran rahim dan posisi saluran tuba.

Jika seorang perempuan merasa dirinya berisiko tertular IMS/HIV, maka harus menggunakan kondom pada saat melakukan hubungan seksual.

Bidan bisa juga menjelaskan terkait kontrasepsi darurat & menawarkan pil kontrasepsi darurat untuk dibawa pulang jika sewaktu-waktu dibutuhkan.

3. **Konseling Kontrasepsi pada Postpartum Normal**

Seorang wanita bisa hamil dalam beberapa minggu setelah melahirkan bila melakukan hubungan seksual dan dalam kondisi tidak memberikan ASI eksklusif.

Penting bagi bidan untuk mendiskusikan pentingnya keikutsertaan dalam program KB, mengatur jarak kelahiran, dan bantuan pasangan dalam memilih metode kontrasepsi yang tepat untuk mereka.

Pembahasan terkait kontrasepsi bisa dilakukan saat hamil trimester ketiga, setelah bayi lahir dan di periode segera pascapersalinan.

Beberapa metode KB dapat segera digunakan oleh ibu pasca partum, tetapi ada juga yang memerlukan penundaan, terutama bila klien sedang aktif menyusui.

Jika perempuan tersebut menginginkan sterilisasi perempuan atau *Intra Uterine Device* (IUD) pasca plasenta, maka harus memberitahukan rencana tersebut kepada petugas dan merencanakan proses persalinan di fasilitas pelayannya kesehatan.

Edukasi klien terkait manfaat menggunakan ASI sebagai pilihan KB, yang dikenal sebagai Metode Amenorea Laktasi (MAL), yang akan efektif memberikan perlindungan dari kehamilan selama tiga persyaratan berikut terpenuhi, yaitu:

- Klien menyusui bayinya secara eksklusif, siang dan malam
- Masih dalam waktu enam bulan pertama setelah kelahiran
- Menstruasi belum kembali

4. **Konseling Kontrasepsi pada Pria**

Dorong pria untuk mengambil keputusan kesehatan seksual dan reproduksi bersama-sama dengan pasangan. Mendorong perempuan untuk mengajak pasangannya menemui penyedia layanan untuk konseling bersama dan mengambil keputusan terkait kontrasepsi.

Latih pria untuk berbicara jujur terhadap pasangannya tentang keluarga berencana dan IMS.

Menyarankan klien perempuan agar memberitahukan pasangannya tentang pelayanan kesehatan bagi laki-laki, berikan bahan informasi untuk dibawa pulang.

Memperbaiki kesalahan persepsi laki-laki dan memberikan kesempatan untuk menyampaikan opini atau keputusan terhadap kontrasepsi.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Health Care for Underserved Women, Contraceptive Equity Expert Work Group, and Committee on Ethics. Patient-Centered Contraceptive Counseling: ACOG Committee Statement Number 1. *Obstet Gynecol* 2022; 139:350
- BKKBN. Modul Pelatihan Pelayanan Kontrasepsi bagi Dokter dan Bidan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta: 2022
- Cavallaro FL, Benova L, Owolabi OO, Ali M. A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: what works and what doesn't? *BMJ Sex Reprod Health*. 2020 Oct;46(4):254-269. doi: 10.1136/bmjsex-2019-200377. Epub 2019 Dec 11. PMID: 31826883; PMCID: PMC7569400
- Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014 Dec;57(4):659-73. doi: 10.1097/GRF.0000000000000059. PMID: 25264697; PMCID: PMC4216627
- Hancock H, Carlson O, Hempstone H, Arnold B, Hoffmann K, Gul X, Spielman K. Six Recommendations for Provider Behavior Change in Family Planning. *Glob Health Sci Pract*. 2023 Nov 30;11(Suppl 1):e2200495. doi: 10.9745/GHSP-D-22-00495. PMID: 38035718; PMCID: PMC10698237
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana. Direktorat Kesehatan Keluarga, Jakarta: 2021
- Kim YM, Kols A, Bonnin C, Richardson P, Roter D. Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. *Patient Educ Couns*. 2001 Oct;45(1):59-68. doi: 10.1016/s0738-3991(01)00144-6. PMID: 11602369
- Lee JK, Parisi SM, Akers AY, Borrero S, Schwarz EB. The impact of contraceptive counseling in primary care on contraceptive use. *J Gen Intern Med*. 2011 Jul;26(7):731-6. doi: 10.1007/s11606-011-1647-3. Erratum in: *J Gen Intern Med*.

- 2011 Jul;26(7):822. Borrerero, Sonya [corrected to Borrero, Sonya]. PMID: 21301983; PMCID: PMC3138576
- Mack Lipkin, Physician-patient interaction in reproductive counseling, *Obstetrics & Gynecology*, Volume 88, Issue 3, Supplement 1, 1996, Pages 31S-40S, ISSN 0029-7844, [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00247-5](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00247-5). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0029784496002475>)
- Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Global Health*. 2015 Aug 15;11:36. doi: 10.1186/s12992-015-0117-9. PMID: 26276053; PMCID: PMC4537564
- Nelson HD, Cantor A, Jungbauer RM, Eden KB, Darney B, Ahrens K, Burgess A, Atchison C, Goueth R, Fu R. Effectiveness and Harms of Contraceptive Counseling and Provision Interventions for Women : A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2022 Jul;175(7):980-993. doi: 10.7326/M21-4380. Epub 2022 May 24. PMID: 35605239; PMCID: PMC10185303.
- Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J*. 1998 Dec;(48):1-31. PMID: 10096107
- Rita Kabra MBBS, MPH. Family planning counselling An introduction. Training Course in Family Planning. 2021. Contraception and Fertility Care Unit Department of Sexual and Reproductive Health, Human Reproduction Programme, WHO, Geneva, Switzerland
- Schivone GB, Glish LL. Contraceptive counseling for continuation and satisfaction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2017; 29:443
- WHO. Family Planning a Global Handbook for Providers. Baltimore and Geneva. 2022
- Zieman M, Hatcher RA et al. A Pocket to Managing Contraception. 2010. Tiger, Georgia: Bridging the Gap Foundation

BAB 15

MANFAAT PERAWATAN PAYUDARA

Oleh Yenny Okvitasari

ASI mengandung semua nutrisi yang diperlukan untuk hidup selama enam bulan pertama, termasuk hormon, antibodi, faktor imunologi, dan antioksidan. Perawatan payudara adalah salah satu cara untuk malnacarkan ASI, yang dilakukan untuk meningkatkan produksi ASI melalui rangsangan kelenjar. Otot polos membentuk otot payudara yang berkontraksi lebih banyak saat payudara dirangsang, yang diperlukan selama proses menyusui. Payudara tidak memiliki otot apa pun. Rangsangan payudara saat menyusui menyebabkan peregangan. Stimulasi yang dapat dilakukan termasuk pengurutan, pemijatan, kompresan, dan mamfaatkan air yang tidak terlalu panas dan suhu normal. Pengeluaran ASI dapat dilakukan secara mandiri dengan teknik pompa atau manual. Jika bayi tidak menyusu, pemompaan dapat dilakukan segera setelah kelahiran jika bayi tidak menyusu, dan frekuensi pemompaan dapat meningkat. Selain itu, ada berbagai teknik untuk membantu relaksasi selama masa nifas putting.(Enggar et al., 2023)

Ketidaktahuan ibu hamil tentang gizi selama kehamilan akan menyebabkan kekurangan gizi pada ibu hamil. Dampak kekurangan gizi terhadap ibu hamil termasuk peningkatan kesadaran akan perawatan payudara. Perawatan payudara yang dilakukan dengan benar dan teratur akan menghasilkan hasil yang sangat memuaskan baik untuk ibu dan bayinya. Perawatan payudara yang dilakukan dengan benar dan teratur akan meningkatkan produksi ASI, yang akan memudahkan bayi untuk mengkonsumsi ASI, dan dapat mengurangi risiko luka saat menyusui. Selain itu, keberhasilan ibu dalam melakukan perawatan payudara dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang manfaat perawatan payudara yang baik, kepatuh, dan kepatuh. (Retnaningtyas et al., 2022)

Pengetahun, sosial budaya, psikologi, fisik ibu, perilaku dan rangsangan, dan tenaga medis adalah beberapa faktor yang dapat

menyebabkan ASI eksklusif tidak cukup. Faktor-faktor seperti bayi menyusui sebanyak 8-12 kali sehari, bayi tampak puas saat merasa lapar dan cukup tidur, bayi kencing 1-2 kali dalam 24 jam pertama dan 6 kali setelah hari ketiga, bayi buang air besar 3-4 kali setiap hari dengan feses berwarna kekuningan, bayi mengalami peningkatan berat badan antara 15 dan 30 gram setiap hari setelah air susu matang keluar, dan bayi memiliki berat badan yang sama atau lebih kecil setelah air susu matang keluar.(Puspita et al., 2019)

Perawatan payudara sebagai persiapan untuk menyusui bayinya perlu dilakukan sedini mungkin karena payudara merupakan organ penting yang menghasilkan ASI dan menjadi makanan pokok bayi baru lahir. Perawatan payudara termasuk pemijatan payudara untuk memperbaiki sirkulasi darah, merawat puting payudara agar bersih dan tidak mudah lecet, dan breast care postpartum dilakukan setidaknya dua kali sehari setelah melahirkan.(Puspita et al., 2019)

Ibu yang menyusui tidak akan mengalami kesulitan dalam pemberian ASI jika mereka sejak awal mengetahui cara perawatan payudara yang tepat dan benar. Jika perawatan tersebut hanya dilakukan di rumah sakit selama menyusui dan ibu tidak melakukannya, maka akan ada beberapa masalah yang mungkin muncul, seperti ASI tidak keluar atau ASI keluar setelah beberapa hari kemudian, puting susu tidak menonjol sehingga bayi sulit menhisap, produk susu yang tidak sesuai dengan ukuran bayi, dan ASI tidak keluar sama sekali. Perawatan payudara adalah tindakan untuk memperbaiki kesehatan payudara.(Feedia et al., 2021a)

Keadaan payudara biasanya akan berbeda dalam tiga hari pasca persalinan. Akan tetapi payudara biasanya akan bisa terlihat indah dan kencang, dengan melakukan perawatan payudara tetap akan bisa terlihat indah dan kencang, apalagi setelah persalinan dan di saat menyusui, selain itu dengan melakukan payudara dengan benar dan teratur juga akan mempermudah bayi menghisap ASI, Perawatan payudara ini juga akan merangsang keluarnya ASI serta memperkecil kemungkinan luka saat menyusui, secara fisiologis perawatan payudara adanya perangsangan pada buah dada akan membuat hipofise mengeluarkan lebih banyak hormon progesterone dan estrogen, dengan melakukan pemijatan juga akan

merangsang kelenjar air susu untuk mengeluarkan hormon oksitosin.(Nur Soleha et al., n.d.)

Breast care sangat penting untuk merawat payudara terutama untuk memperlancar ASI , breascare juga sangat penting untuk menjaga kebersihan payudara, terutama diarea putting agar terhindar dari infeksi, membuat payudara lembut dan memperbaiki bentuk putting, sehingga bayi dapat menyusu dengan baik, (Lestari et al., 2023)

Perawatan payudara sangat penting dilakukan untuk persiapan ibu menyusui atau masa nifas dan memperlancar pengeluaran ASI, perawatan payudara dilakukan secara benar dan teratur akan memudahkan bayi mengkonsumsi ASI, pemeliharaan ini juga merangsang produksi ASI dan mengurangi resiko luka saat menyusui(Kesehatan Bakti Tunas Husada et al., n.d.)

Perawatan payudara sebaiknya dimulai sedini mungkin yaitu setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari. Perawatan payudara dilakukan meliputi pengurutan payudara, pengosongan payudara, pengompresan payudara dan perawatan putting susu, selain itu hubungan perawatan payudara dengan produksi ASI sangatlah signifikan yang mana perawatan payudara sangat bermanfaat untuk membantu produksi ASI. Perawatan payudara sebaiknya dilakukan setelah bayi lahir agar dapat merangsang kelenjar- kelenjar payudara untuk menghasilkan ASI (7 SIAP

OLAH

Hubungan Perawatan Payudara Dan Frekuensi Pemberian, n.d.)

Perawatan payudara merupakan salah satu bagian penting yang harus diperhatikan sebagai persiapan untuk menyusui, hal ini dikarenakan payudara merupakan organ esensial produksi ASI yaitu makanan pokok bayi lahir sehingga perawatannya harus dilakukan sedini mungkin. Perawatan payudara selama hamil adalah perlakuan yang diberikan kepada payudara untuk persiapan menyusui dengan tujuan memudahkan bayi menghisap ASI, untuk mencegah Kesehatan payudara sehingga mencegah gangguan yang bisa timbul selama menyusui, perawatan payudara merupakan salah satu bagian penting yang harus diperhatikan sebagai persiapan untuk menyusui nantinya, hal ini dikarenakan payudara merupakan organ esensial penghasil ASI yaitu makanan pokok bayi

baru lahir sehingga perawatannya harus dilakukan sedini mungkin, Sebagian besar ibu hamil tidak melakukan perawatan payudara karena kurangnya pengetahuan dalam perawatan payudara dalam perawatan payudara itu sendiri. Kurangnya informasi tentang perawatan payudara seperti putting susu tidak menonjol atau datar karena keadaan buah dada khususnya putting susu merupakan salah satu factor yang menentukan keberhasilan proses laktasi(Siswati et al., 2022)

Perawatan payudara dilakukan untuk menjaga kebersihan payudara ibu untuk persiapan pemberian ASI segera setelah persalinan ini akan mempengaruhi pemberian ASI eksklusif Dimana bayi hanya bisa mengkonsumsi ASI saja hingga usia 6 bulan dikarenakan kondisi ginjal yang belum sempurna untuk memproses sisa dari pembakaran makanan, ada beberapa factor ibu hamil tidak melakukan perawatan payudara seperti kurangnya mendapatkan informasi dan edukasi tentang bagaimana cara melakukan perawatan payudara, rasa takut dan keterbatasan waktu, perawatan payudara saat masa kehamilan penting dilakukan khususnya untuk ibu primigravida, Dimana salah satu tujuan perawatan payudara adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi pada saat proses menyusui(Siswati et al., 2022)

Tuju payudara tetap indah, meningkatkan produksi ASI, mendeteksi dini apabila ada kelainan pada payudara, mencegah terjadinya penyumbatan payudara perawatan payudara adalah menjaga payudara tetap bersih dan terhindar dari infeksi, melunakkan putting sehingga putting tidak lecet, membuat putting yang tenggelam menjadi menonjol, membuat bentuk, kelancara

Kelancara bisa disebabkan banyak factor yang menjadikan bayi tidak mendapatkan ASI dengan baik dari ibunya salah satu diantaranya adalah Tingkat pengetahuan ibu., kelancara ASI pada indicator bayi maupun indicator ibu setelah dilakukan perawatan payudara mengalami peningkatan dalam jumlah dari pada sebelum perawatan payudara.(Amir et al., n.d.-a)

Kelancaran ASI yang dialami oleh ibu post partum dengan section sasarea setelah dilakukan breasc care pengeluaran ASI menjadi lancer. Breas care merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan produksi ASI, sehingga memudahkan bayi untuk

mengonsumsi ASI yang memiliki nilai gizi yang luar biasa bagi bayi selain itu dapat mengurangi sumbatan aliran susu, menjaga kebersihan payudara dan kelenturan puting susu sehingga mencegah lecet pada saat menyusui, sesuai dengan napa yang dikemukakan Saryono dan Pramitasari (2009) Breast care memiliki banyak manfaat diantaranya melunakkan puting susu, meningkatkan kebersihan payudara dan puting susu, meningkatkan kelenturan payudara dan puting susu, puting menjadi kuat sehingga membuat bayi dengan mudah menyusui, Berdasarkan penilaian kelancaran ASI kelancaran ASI pada indicator pada ibu setelah dilakukan breascare mengalami peningkatan dalam jumlah dari pada sebelum dilakukan breascare. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rina Setyaningsih menunjukkan bahwa adanya pengaruh breast care terhadap kelancaran produksi ASI pada ibu post partum dengan section sasarea di rumah sakit Islam Siti Aisyah Madiun Ruang Fatimah Azzahra, jal ini di tunjukan dari hasil penelitian melalui uji beda Wilcoxon di dapatkan hasil adanya pengaruh breas care terhadap kelancaran produksi ASI(10 SIAP OLAH 405-1473-1-PB, n.d.-a)

Perawatan payudara adalah suatu kegiatan yang dilakukan secara sadar dan teratur untuk memelihara Kesehatan payudara dengan tujuan untuk mempersiapkan laktasi pada waktu post partum dilakukan pada hari ke 1-2 setelah melahirkan minmal 2 kali dalam sehari, manfaatnya untuk melancarkan reflek pengeluaran ASI atau refleks let down, cara efektif meningkatkan volume ASI peras/ perah, serta mencegah bendungan pada payudara/ payudara bengkak.(Wahyuningsih et al., n.d.)

Breastcare post partum adalah perawatan payudara pada ibu setelah melahirkan sedini mungkin, manfaatnya adalah melancarkan refleks pengeluaran ASI atau refleks pengeluaran ASI atau refleks let down, cara efektif maningkatkan volume ASI perah, serta mencegah bendungan pada payudara /payudara bengkak.(224-##default.Genres.Article##-434-1-10-20170116,n.d.-a)

Ada beberapa factor sehingga ibu hamil tidak melakukan perawatan payudara seperti kurangnya mendapatkan informasi dan edukasitentang bagaimana cara melakukan payudara, rasa takut dan keterbatasan waktu, seperti yang kita ketahui bahwa perawatan

payudara saat masa kehamilan penting dilakukan khususnya untuk ibu primigravida Dimana salah satu tujuan perawatan payudara adalah untuk mencegah terjadinya komplikasi pada saat proses menyusui (Amir et al., n.d.-b)

Perawatan payudara dilakukan untuk menjaga kebersihan payudara ibu dan untuk persiapan pemberian ASI segera setelah persalinan ini akan mempengaruhi pemberian ASI eksklusif, Dimana bayi hanya bisa mengkonsumsi ASI saja hingga usia 6 bulan dikarenakan kondisi ginjal yang belum sempurna untuk memproses sisa dari pembakaran makanan, (Amir et al., n.d.-b)

Penyebab ketidak lancarn pengeluaran ASI diantaranya adalah berkurangnya produksi ASI di hari pertama pasca melahirkan disebabkan menurunnya rangsangan hormon oksitosin dan prolactin yang berperan dalam kelancaran produksi ASI, untuk mengeluarkan ASI dibutuhkan Upaya nonfarmakologi berupa breast care, breast care yang dilakukan secara tepat dan teratur akan mampu memperlancar produksi ASI, sangat efektif dalam Upaya meningkatkan jumlah volume ASI serta dapat mencegah terjadinya pembengkakan pada payudara akibat bendungan ASI (10 SIAP OLAH 405-1473-1-PB, n.d.-b)

Perawatan payudara yang teratur dan Teknik perawatan yang benar akan membawakan hasil yang sangat memuaskan baik bagi ibu sendiri maupun bayinya (10 SIAP OLAH 405-1473-1-PB, n.d.b)

Ketidakcukupan dari produksi Asi merupakan alasan utama seorang ibu merupakan alasan utama seorang ibu untuk menghentikan pemberian ASI secara dini kepada bayinya, Dimana ibu merasa dirinya tidak mempunyai kecukupan produksi ASI untuk memenuhi kebutuhan bayi dan mendukung kenaikan berat badan untuk bayi dan mendukung kenaikan berat badan untuk bayi yang adekuat Dimana produksi ASI kurang lancar , perawatan yang efektif untuk memperbanyak produksi ASI yaitu antara lain dengan melakukan perawatan payudara atau breast care serta menjaga kebersihan dan pemijatan pada payudara, perawatan payudara breast care adalah suatu cara merawat payudara ibu menyusui yang dilakukan pada saat kehamilan maupun masa nifas untuk produksi ASI, selain itu perawatan payudara berguna untuk kebersihan

payudara dan memperbaiki bentuk puting susu yang masuk ke dalam atau datar(Febriani & Caesarrani, 2023)

Perawatan payudara hendaknya dilakukan sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah bayi lahir dan dilakukan dua kali sehari sebelum mandi prinsip perawatan payudara yaitu menjaga payudara agar bersih dan kering, menggunakan bra/ BH yang menopang, apabila terjadi puting susu lecet oleskan colosterum/ASI yang keluar pada sekitar puting susu yang tidak lecet, jika lecet puting termasuk katagori berat, maka bagian yang sakit dapat diistirahatkan, ASI dikeluarkandan diminumkan dengan sendok(Ayu Devita Citra Dewi & Susmita, 2022)

Perawatan payudara adalah suatu Tindakan perawatan payudara baik oleh ibu post partum maupun dibantu oleh orang lain yang dilaksanakan mulai hari pertama atau kedua setelah melahirkan dengan cara menjaga agar payudara senantiasa bersih dan terawatt, perawatan payudara tersebut bermanfaat mempengaruhi hipofisi untuk mengeluarkan hormon prolactin dan oksitosin, hormon prolactin mempengaruhi jumlah produksi ASI dan homrmon mempengaruhi pengeluaran ASI(Feedia et al., 2021b)

Perawatan payudara sangat penting dilakukan selama hamil sampai masa menyusui, hal ini karena payudara merupakan satu satunya penghasil ASI yang merupakan makanan pokok bayi baru lahir sehingga harus dilakukan sedini mungkin, breastcare bertujuan untuk memelihara kebersihan payudara memperbanyak atau memperlancar pengeluaran ASI untuk mempersiapkan ibu hamil dan nifas agar dlam kondisi baik saat menyusui(Rina Efrina Sinurat et al., n.d.)

Breastcara atau perawatan payudara dapat memperlancar proses laktasi, Gerakan pada perawatan payudara bermanfaat melancarkan refleks pengeluaran ASI dan mencegah benduangan pada payudara , produksi ASI yang tidak cukup disebabkan karena minimnya perawatan payudara yang dilakukan ibu nifas, Wanita usia subur terutama ibu nifas perlu melakukan perawatan payudara untuk memelihara Kesehatan pada payudaranya dan dapat meningkatkan serta melancarkan produksi ASI.(Lovendra Naingalis et al., n.d.-a)

Perawatan payudara adalah langkah penting dalam merawat payudara selama nifas untuk membantu bayi mengeluarkan ASI lebih cepat. Ini terjadi mulai dari hari ketiga sampai hari keenam setelah persalinan dan normal karena bayi mengeluarkan ASI dengan baik. Payudara cepat pulih dan tidak terasa penuh lagi.

(Fatrin et al., n.d.)

Masalah menyusui yang dapat timbul pada masa pasca persalinan dini (masa nifas atau laktasi) adalah pembengkakan payudara (breast engorgement atau disebut juga bendungan air susu, bendungan air susu terjadi karena penyempitan ductus laktiferi atau oleh kelenjar – kelenjar tidak dikosongkandengan sempurna atau kelainan pada putting susu, perawatan payudara / breast care (kompres panas panas dikombinasi dengan pijatan) dapat mengurangi pembengkakan payudara apalagi kombinasi dengan kompres daun kubis dingin sangat efektif mengurangi nyeri akibat pembengkakan payudara (Komala Sari et al., 2020)

Ketika ibu dan bayi mengalami perasaan tidak puas dan menghadapi tantangan selama perjalanan menyusui, menyusui tidak efektif, dalam beberapa kasus kegagalan menyusui dapat disebabkan oleh berbagai masalah yang mempengaruhi ibu dan bayinya, dalam beberapa kasus ibu mungkin tidak memahami situasi secara menyeluruh dan lebih cenderung memberikan masalah pada bayinya, para ibu juga mungkin mengatakan bahwa bayi mereka sering menjadi gelisah dan menangis saat minum menyusui, dan karena persepsi ini, mereka mungkin memutuskan untuk berhenti menyusui secara eksklusif. Breast care melibatkan merawat payudara, seringkali melalui pijatan yang mendorong kelenjar susu untuk meningkatkan produksi ASI, breast care dapat mengaktifkan hormon prolactin dan oksitosin (Sri Utari et al., n.d.)

Penyebab kematian ibu terbesar setelah perdarahan pada ibu nifas adalah infeksi . salah satu penyebab tingginya AKI yaitu adanya infeksi post partum yang meluas kesaluran kandung kemih, payudara dan pasca pembedahan, perawatan payudara merupakan salah satu usaha dalam mengatasi berbagai indikasi pada payudara seperti putting tidak menonjol atau bendungan payudara, Salah satu masalah yang terjadi karena kurangnya perawatan payudara adalah penurunan produksi ASI . Penelitian yang dilakukan oleh (Nurdiana,

dkktahun 2016) menyebutkan bahwa hormon prolactin dan oksitosin dapat distimulasi melalui perawatan payudara (breastcare) dan pijat oksitosin. Menurut Paryono tahun 2013 untuk merangsang produksi ASI dapat dilakukan usaha untuk merangsang hormon prolactin dan oksitosi, diantaranya dengan melakukan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin diantaranya dengan melakukan breastcare, menyusui dini dan pijat oksitosin, perlakuan breastcare , pijat oksitosin merupakan salah satu Solusi yang tepat untuk mempercepat dan memperlancar produksi dan pengeluaran ASI yaitu dengan pemijatan sepanjang tulang belakang (vertebra) sampai tulang costa kelima dan ke enam, pijat ini akan memberikan rasa nyaman dan rileks pada ibu sehingga tidak menghambat sekresi hormon prolactin dan oksitosin(Lovendra Naingalis et al., n.d.-b)

Masa nifas, juga disebut sebagai puerperium, adalah masa setelah plasenta keluar dan sampai alat reproduksi pulih sebelum hamil. Ini biasanya berlangsung selama enam minggu atau empat puluh hari. Masalah menyusui seperti mastitis, abses payudara, bendungan ASI, putting susu lecet, putting susu masuk ke dalam, apyudara bengkak, saluran tersumbat, bingung putting, dan bayi tidak mau menyusu. Jika masalah ini tidak ditangani, ini akan mengganggu kelancaran ASI dan mengganggu kesehatan bayi. (224-
##default.Genres.Article##-434-1-10-20170116, n.d.-b)

Menyusui adalah proses yang alamiah dan suatu pengetahuan yang telah ada selama berjuta-juta tahun dan memainkan peran penting dalam mempertahankan hidup manusia. Segera setelah terjadi kehamilan, korpus luteum berkembang terus dan mengeluarkan estrogen dan progenteon untuk mempersiapkan payudara agar dapat memberikan ASI dan perawatan payudara selama hamil. Perawatan payudara prenatal adalah perawatan yang diberikan kepada payudara untuk mempersiapkan menyusui dengan tujuannya untuk memenuhi syarat untuk menyusui. Karena kurangnya akses ke perawatan payudara, sebagian besar ibu hamil tidak melakukannya. (Rahayu,2008)(335-858-1-SM, n.d.)

Ada beberapa hal yang menghambat terjadinya bendungan ASI, diantaranya rendahnya pengetahuan ibu dalam melakukan perawatan payudara, kurangnya pelayanan konseling tentang cara

perawatan payudara dari petugas Kesehatan kurangnya keinginan ibu untuk melakukan perawatan payudara. Perawatan payudara merupakan suatu Tindakan yang sangat penting untuk merawat payudara terutama untuk memperlancar ASI. Perawatan payudara sangat penting salah satunya menjaga kebersihan payudara terutama kebersihan putting susu agar terhindar dari infeksi , melunakkan serta memperbaiki bentuk putting susu sehingga bayi dapat menyusudengan baik, merangsang kelenjar – kelenjar dan hormon prolactin dan oksitosin untuk meningkatkan produksi ASI lancar, ibu nifas yang melakukan perawatan payudara secara baik dan teratur dapat mengurangi kejadian bendungan ASI dan bisa memenuhi produksi ASI untuk si bayi, sedangkan yang tidak melakukan perawatan payudara bisa beresiko mengalami bendungan ASI.(Okvitasari & Rahman, 2024)

DAFTAR PUSTAKA

- 7 SIAP OLAH Hubungan Perawatan Payudara Dan Frekuensi Pemberia. (n.d.).
- 10 SIAP OLAH 405-1473-1-PB. (n.d.-a).
- 10 SIAP OLAH 405-1473-1-PB. (n.d.-b).
- 224-##default.genres.article##-434-1-10-20170116. (n.d.-a).
- 224-##default.genres.article##-434-1-10-20170116. (n.d.-b).
- 335-858-1-SM. (n.d.).
- Amir, A., Nurrizma, D., Berliani, H., Eka Putri, M., Alfina, N., Humaira, N., Hamidah, W., Ayunda Insani, A., Basyir, V., Rifa Karmila, H., Kunci, K., Hamil, I., Payudara, P., & Ibu Hamil Online, K. (n.d.-a). *Perawatan Payudara Selama Kehamilan Di RW 04 Kelurahan Pampangan Nan XX Kecamatan Lubuk Begalung* (Vol. 3, Issue 1).
- Amir, A., Nurrizma, D., Berliani, H., Eka Putri, M., Alfina, N., Humaira, N., Hamidah, W., Ayunda Insani, A., Basyir, V., Rifa Karmila, H., Kunci, K., Hamil, I., Payudara, P., & Ibu Hamil Online, K. (n.d.-b). *Perawatan Payudara Selama Kehamilan Di RW 04 Kelurahan Pampangan Nan XX Kecamatan Lubuk Begalung* (Vol. 3, Issue 1).
- Ayu Devita Citra Dewi, & Susmita. (2022). Breast Care for Pregnant Women and Postpartum Mothers. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Formosa*, 1(5), 551–556.
<https://doi.org/10.55927/jpmf.v1i5.2338>
- Enggar, E. SST., Irmawati, I., & Pont, A. V. (2023). Kombinasi Perawatan Payudara dan Teknik Marmet untuk Meningkatkan Produksi ASI Eksklusif. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(4), 209.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.78896>
- Fatrin, T., Soleha, M., Herbiatun Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Abdurahman Palembang, N., Kol Burlian Sukajaya, J. H., & Bangun, S. (n.d.). *PERBEDAAN EFEKTIVITAS PIJAT OKSITOSIN DAN BREAST CARE TERHADAP PENINGKATAN KELANCARAN PRODUKSI ASI PADA IBU NIFAS (POST PARTUM) DIFFERENCE IN EFFECTIVENESS OF OXYTOCIN AND BREAST CARE MASSAGE AGAINST IMPROVING SMOOTH*

- MILK PRODUCTION IN MOTHERS OF NIFAS (POST PARTUM)*.
<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Febriani, A., & Caesarrani, E. (2023). EFEKTIFITAS BREAST CARE TERHADAP PRODUKSI ASI DI KOTA PEKANBARU. *JOMIS (Journal of Midwifery Science)*, 7(1), 29–37.
<https://doi.org/10.36341/jomis.v7i1.2799>
- Feedia, E., Saragih, M., Yanti, S., Batee, N., Febrina, Y., Hutapea, U., Mendrofa, A. M., & Eltania, Y. (2021a). PENYULUHAN TENTANG TEKNIK BREAST CARE PADA IBU POST PARTUM. In *Jurnal Mitra Keperawatan dan Kebidanan Prima* (Vol. 3, Issue 4).
- Feedia, E., Saragih, M., Yanti, S., Batee, N., Febrina, Y., Hutapea, U., Mendrofa, A. M., & Eltania, Y. (2021b). PENYULUHAN TENTANG TEKNIK BREAST CARE PADA IBU POST PARTUM. In *Jurnal Mitra Keperawatan dan Kebidanan Prima* (Vol. 3, Issue 4).
- Kesehatan Bakti Tunas Husada, J., Ilmu Ilmu Keperawatan, J., Kesehatan dan Farmasi, A., Winda Setiati, N., Nunung Nurjannah, S., Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan, S., & Tinggi Ilmu Kesehatan Kuningan Jln Lingkar Kadugede Nomor, S. (n.d.). *HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DENGAN SIKAP IBU POSTPARTUM TENTANG MANFAAT PERAWATAN PAYUDARA DI WILAYAH UPTD PUSKESMAS SUKAMULYA KABUPATEN KUNINGAN*.
- Komala Sari, V., Nengsih, W., Nelda Putri, R., & Fort De Kock Bukittinggi, U. (2020). *JURNAL VOICE OF MIDWIFERY EFEKTIVITAS KOMPRES DAUN KUBIS (BRASSICA OLERACEAVAR. CAPITATA) DAN BREAST CARE TERHADAP PENGURANGAN PEMBENGKAKAN PAYUDARA THE EFFECTIVENESS OF COMPRESSED CABBAGE LEAVES (BRASSICA OLERACEAVAR. CAPITATA) AND BREAST CARE ON REDUCING BREAST DEVELOPMENT* (Vol. 10, Issue 2).
- Lestari, D. A., Dewi, F. K., & Hikmanti, A. (2023). Pendekatan Edukatif Breast Care dan Pijat Oksitosin sebagai Solusi Alternatif Gangguan Menyusui pada Ibu Nifas. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(9), 3886–3895.
<https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i9.11329>

- Lovendra Naingalis, A., Wulandari, E., & Studi Kebidanan Program Sarjana, P. (n.d.-a). PENGARUH BREAST CARE TERHADAP PENINGKATAN PRODUKSI ASI IBU MENYUSUI: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. In *CHMK MIDWIFERY SCIENTIFIC JOURNAL* (Vol. 6).
- Lovendra Naingalis, A., Wulandari, E., & Studi Kebidanan Program Sarjana, P. (n.d.-b). PENGARUH BREAST CARE TERHADAP PENINGKATAN PRODUKSI ASI IBU MENYUSUI: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. In *CHMK MIDWIFERY SCIENTIFIC JOURNAL* (Vol. 6).
- Nur Soleha, S., Sucipto, E., Izah, N., III Kebidanan, D., & Harapan Bersama, P. (n.d.). Pengaruh Perawatan Payudara Terhadap Produksi ASI Ibu Nifas The Effect of Breast Care on Breast Milk Production of Postpartum Mother. In *Jurnal Ilmiah Kebidanan* (Vol. 6, Issue 2).
- Okvitasari, Y., & Rahman, A. (2024). HUbunganannann. *Dinamika*, 1(3).
- Puspita, Y., Kementerian, P. K., Bengkulu, K., & Kebidanan, J. (2019). EFEKTIVITAS BREASTCARE TERHADAP PRODUKSI ASI IBU NIFAS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PRUMNAS REJANG LEBONG BENGKULU. *Jurnal Kesehatan Almuslim*, 9. www.menegpp.go.id,
- Retnaningtyas, E., Suhita, B. M., Febriani, N., Martiana, Serianti, Noviyanti, & Selviana. (2022). Upaya Peningkatan Pengetahuan Ibu Hamil Melalui Edukasi Mengenai Teknik Perawatan Payudara dan Manfaat Asi. *ADI Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(1), 38–43. <https://doi.org/10.34306/adimas.v3i1.808>
- Rina Efrina Sinurat, L., Sipayung, R., & Silvina Marbun, A. (n.d.). *PENDEKATAN EDUKATIF TENTANG BREAST CARE PADA IBU HAMIL DAN NIFAS DI KLINIK BPM MARIANA BINJAI*.
- Siswati, S., Indarsita, D., & Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan, J. (2022). PELATIHAN PERAWATAN PAYUDARA BAGI IBU HAMIL UNTUK PERSIAPAN LAKTASI DI DESA PURWODADI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MULIOREJO KECAMATAN SUNGGAL KABUPATEN DELI SERDANG. *Communnity Development Journal*, 3(3), 1642–1646.

- Sri Utari, I., Haniyah Fakultas Kesehatan, S., Harapan Bangsa, U., Raden Patah No, J., & Tengah, J. (n.d.). *IMPLEMENTASI BREASTCARE PADA NY. R POSTPARTUM SPONTAN DENGAN MENYUSUI TIDAK EFEKTIF*.
<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Wahyuningsih, E., Rohmawati, W., & Studi III Kebidanan STIKES Muhammadiyah Klaten, P. D. (n.d.). *EFEKTIVITAS PIJAT ENDORPIN DAN PIJAT BREASTCARE TERHADAP KELANCARAN PRODUKSI ASI PADA IBU NIFAS DI RSU PKU MUHAMMADIYAH DELANGGU*.

BAB 16

LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB

Oleh Retno Dumilah

16.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi dan layanan Keluarga Berencana merupakan aspek penting dari kesehatan dan kesejahteraan secara menyeluruh. Layanan ini meliputi berbagai macam intervensi medis, edukasi, serta dukungan yang bertujuan untuk memastikan individu memiliki informasi, sumber daya, dan akses yang dibutuhkan untuk membuat keputusan yang berkualitas mengenai kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarganya. Mulai dari kontrasepsi dan dukungan kesuburan hingga perawatan prenatal and persalinan (kelahiran), layanan kesehatan reproduksi berperan penting dalam mempromosikan kesehatan individu maupun masyarakat. (Family planning: choices and challenges for developing countries., 2014) Dalam topik ini, kita akan mempelajari berbagai komponen dari layanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana serta pentingnya akses yang adil dan merata bagi semua individu.

16.2 Layanan Kesehatan Reproduksi

Layanan kesehatan reproduksi merupakan upaya untuk memastikan bahwa setiap individu memiliki hak akses dan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan reproduksinya. Layanan kesehatan reproduksi meliputi kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi, pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi, kesehatan reproduksi remaja, kanker pada usia lanjut dan berbagai aspek reproduksi lain, meliputi berbagai aspek, seperti informasi dan pendidikan tentang kesehatan reproduksi. Meskipun telah ada upaya-upaya untuk meningkatkan akses dan mutu

layanan kesehatan reproduksi, implementasi program-program tersebut masih perlu terus ditingkatkan. (Thapa, R, N., 2020)

Beberapa referensi terkait cakupan layanan kesehatan reproduksi di Indonesia saat ini antara lain:

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Profil Kesehatan Indonesia.
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Laporan Tahunan Program Kesehatan Reproduksi.

16.3 Keluarga Berencana

Layanan Keluarga Berencana adalah program yang bertujuan untuk memberikan informasi dan akses kepada pasangan dalam hal perencanaan keluarga sehingga pasangan mampu mengambil keputusan yang tepat mengenai jumlah dan jarak usia anak, serta memberikan akses yang mudah dan terjangkau terhadap metode kontrasepsi dan pengaturan jarak kehamilan untuk mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera. (Family planning: choices and challenges for developing countries., 2014) Namun, di Indonesia, masih terdapat beberapa tantangan dalam pelaksanaan program KB, seperti aksesibilitas, kualitas layanan, serta kesadaran masyarakat tentang pentingnya perencanaan keluarga. Diperlukan koordinasi yang kuat antara pemerintah dan berbagai lembaga terkait untuk meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan reproduksi dan KB di Indonesia.

Di banyak negara, remaja dan kaum muda tidak dapat memperoleh layanan kesehatannya karena berbagai hambatan seperti stigmatisasi, kurangnya akses informasi, dan sikap merendahkan dari petugas kesehatan. Hambatan-hambatan ini termasuk stigmatisasi, kurangnya akses informasi, dan sikap-sikap mengecam dari petugas kesehatan. Remaja menghadapi tantangan unik dalam mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk KB, meliputi stigma sosial, kurangnya pengetahuan atau kesadaran, kendala keuangan, dan sikap negatif dari penyedia layanan kesehatan. Untuk mengatasi hambatan-hambatan ini, penting untuk meningkatkan konten, kualitas, dan keberlanjutan program pendidikan, melibatkan kaum muda secara aktif dalam perancangan kebijakan, program, dan layanan klinis; memanfaatkan

teknologi untuk meningkatkan literasi kesehatan; memperluas akses terhadap layanan melalui tele kesehatan serta merancang program-program dan kebijakan yang mengakui serta menangani ketidaksetaraan struktural. (Auri, K., Jusuf, C, E. and Ahmad, M., 2022)

Selain itu, hambatan keuangan harus diatasi untuk memastikan remaja dapat mengatasi rintangan seperti pembayaran secara langsung dan menemukan akses kesehatan yang mudah. Guna mewujudkan layanan kesehatan reproduksi dan KB yang ramah remaja diperlukan pelatihan penyedia layanan kesehatan untuk merespons berbagai masalah kesehatan dan menerapkan sikap nonjudgmental.(Sharma, V. et al., 2020) Pelatihan ini juga harus menekankan pentingnya menjaga kerahasiaan dan secara aktif terlibat dengan remaja, sambil tetap berkomunikasi dengan keluarga mereka. Juga sangat penting untuk memberdayakan remaja dalam membuat keputusan seputar kesehatan mereka.

16.4 Pentingnya Keluarga Berencana (KB)

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk serta membentuk keluarga yang berkualitas. Dalam mencapai keberhasilan Program Keluarga Berencana, perlu adanya dukungan dari berbagai pihak seperti pemerintah, masyarakat, dan tenaga kesehatan. Sehingga keberlangsungan program Keluarga Berencana terletak pada ketersediaan akses yang mudah dan informasi yang berkualitas terkait kesehatan reproduksi bagi masyarakat.(Sharma, V. et al., 2020)

Akses informasi dan layanan kesehatan reproduksi memberdayakan individu untuk membuat pilihan berdasarkan pengetahuan tentang kehidupan seksual dan reproduksinya, yang pada akhirnya berdampak terhadap peningkatan kesehatan bagi individu dan keluarganya. Sebagai salah satu sasaran utama pengenalan program KB, remaja diperkirakan dalam 5 tahun mendatang akan memasuki kehidupan rumah tangga dan memberikan kontribusi pada angka fertilitas. Sehingga dukungan komunitas sangatlah penting dalam upaya meningkatkan kesehatan reproduksi dan seksualitas dan membantu memecahkan berbagai tantangan yang dihadapi oleh remaja.

Beberapa intervensi untuk meningkatkan kesehatan seksual dan reproduksi remaja adalah program pendidikan seks komprehensif, meningkatkan akses kontrasepsi dan aborsi aman, menangani determinan sosial kesehatan dan mempromosikan kesetaraan gender. Melalui upaya ini, diharapkan remaja berdaya untuk membuat keputusan yang didasarkan pada informasi tentang kesehatan reproduksi mereka dan akhirnya ikut berkontribusi pada kesejahteraan mereka dan keluarganya.(Auri, K., Jusuf, C, E. and Ahmad, M., 2022) (Aisyah, HS Rr., Amartani, D and Djatmiati, TS., 2016)

16.5 Program KB dan Kesehatan Reproduksi

Pentingnya Keluarga Berencana dalam Kesehatan Reproduksi merupakan fakta global. Melalui keluarga berencana, keluarga dapat merencanakan kapan akan hamil, berapa jumlah anak yang akan dilahirkan, dan jarak antar kelahiran. Keluarga berencana juga menjamin terpenuhinya hak-hak reproduksi perempuan. (Aisyah, HS Rr., Amartani, D and Djatmiati, TS., 2016) **GENRE** (GENerasi beREncana) adalah program yang dikembangkan oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dengan kelompok sasaran program adalah: (Melati, 2023) 1). Remaja yang berusia 10-24 tahun tapi belum menikah, 2). Mahasiswa/mahasiswi yang belum menikah, 3). Keluarga, 4). Masyarakat yang peduli terhadap kehidupan para remaja. Program GenRe merupakan wadah untuk mengembangkan karakter bangsa karena mengajarkan remaja untuk menjauhi Pernikahan Dini, Seks Pranikah dan NAPZA guna menjadi remaja tangguh dan dapat berkontribusi dalam pembangunan. Bertujuan untuk menyiapkan kehidupan berkeluarga bagi para remaja dalam hal jenjang pendidikan yang terencana, berkarir dalam pekerjaan yang terencana dan menikah dengan penuh perencanaan sesuai dengan siklus kesehatan reproduksi. Program GenRe mengutamakan pembentukan karakter bangsa di kalangan generasi muda.

Dengan menanamkan pengetahuan mengenai kontrasepsi dan juga bahaya hubungan seks usia dini sekaligus perilaku seksual yang aman dan sehat, diharapkan para remaja tidak lagi menjalani perilaku yang merugikan bagi kesehatan sekaligus masa depannya.

Oleh karena itu, sangat penting untuk memprioritaskan program dan kebijakan kesehatan reproduksi remaja yang komprehensif guna mengatasi faktor-faktor Kesehatan yang berdampak terhadap tatanan social. Melalui pendekatan komprehensif terhadap kesehatan seksual dan reproduksi remaja, kita dapat memastikan bahwa mereka menerima dukungan dan informasi yang dibutuhkan untuk membuat keputusan terkait kesehatan dan kesejahteraannya. (Simorangkir, TT., Pioh, NR and Kimbal, A., 2022)

16.6 Kesehatan Reproduksi untuk Pria dan Wanita

Guna mengatasi hambatan dalam meningkatkan derajat Kesehatan reproduksi, diperlukan pendekatan komprehensif yang mencakup peningkatan konten dan kualitas program pendidikan kesehatan seksual, keterlibatan aktif dalam merancang kebijakan dan layanan, memanfaatkan teknologi untuk promosi kesehatan dan penyampaian informasi, memperluas akses ke layanan melalui telehealth, serta mengatasi determinan sosial dari kesehatan serta ketimpangan struktural yang berdampak terhadap pemanfaatan layanan kesehatan reproduksi. Pendekatan komprehensif ini harus mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan, kerja sama antara berbagai sektor, termasuk pendidikan, perawatan kesehatan, dan sistem dukungan sosial, memprioritaskan penyediaan layanan yang ramah remaja, memberikan pendidikan tentang kesehatan seksual dan reproduksi, menyediakan akses ke kontrasepsi dan layanan aborsi aman, mengatasi faktor-faktor determinan sosial kesehatan, serta melibatkan sasaran dalam penyusunan rancangan dan implementasi kebijakan dan program-program terkait, meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, serta mengatasi hambatan-hambatan sosial budaya serta penanganan kehamilan dini dan menjadi orang tua. (Fleming PJ, et al, 2020)

16.7 Informasi dan Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi

Sasaran utama edukasi kesehatan reproduksi adalah remaja dengan tujuan agar mereka terhindar dari penyakit menular seksual dan perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab. Hal ini dapat dicapai melalui program pendidikan seks komprehensif yang

menawarkan informasi yang akurat dan sesuai dengan usia, serta akses ke layanan berkualitas yang ramah remaja yang disediakan oleh para profesional Kesehatan yang terlatih untuk bekerja dengan remaja. Sehingga kita dapat memberdayakan remaja untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan seksual mereka. Selain itu, penting untuk mengatasi faktor-faktor sosial budaya yang berkontribusi pada tantangan yang dihadapi oleh para remaja dalam kesehatan seksual dan reproduksinya. Dengan mengatasi tantangan-tantangan ini dan menyediakan dukungan dan layanan yang diperlukan, kita dapat berkontribusi pada hasil kesehatan seksual dan reproduksi remaja yang positif, mengurangi tingkat kehamilan dan orangtua muda, serta menurunkan prevalensi HIV dan infeksi menular seksual. (Simorangkir, TT., Pioh, NR and Kimbal, A., 2022)

Namun tenaga kesehatan seringkali bertindak sebagai penghalang dalam pelayanan dengan tidak memberikan layanan yang mendukung, tanpa menghakimi, sesuai untuk remaja. Orangtua dan wali memiliki peran penting dalam mendidik remaja tentang kesehatan reproduksi dan mencegah kehamilan usia dini. Mereka dapat memberikan dukungan dan panduan berharga dengan mendiskusikan masalah reproduksi dengan anak-anak mereka serta memastikan akses pendidikan, terutama bagi Perempuan.

Selain program pendidikan seksualitas yang komprehensif, intervensi dan fasilitas yang ditujukan bagi sasaran kelompok usia remaja juga dapat berdampak positif pada kualitas hidup mereka. Misalnya, melatih penyedia layanan kesehatan untuk mengadopsi sikap tidak menghakimi, menjaga kerahasiaan, dan berinteraksi dengan remaja adalah hal yang penting. Upaya ini akan membantu menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi para remaja untuk mencari layanan kesehatan

reproduksi dan informasi serta mengatasi hambatan-hambatan keuangan yang dihadapi oleh remaja, seperti pembayaran secara tunai dan akses terbatas ke fasilitas pelayanan kesehatan. Beberapa intervensi potensial dan fasilitas pelayanan untuk remaja antara lain intervensi kesehatan seksual dan reproduksi, intervensi gizi, intervensi kesehatan mental, intervensi

penyalahgunaan zat maupun pencegahan cedera. (Auri, K., Jusuf, C, E. and Ahmad, M., 2022)

16.8 Mengakses Layanan KB dan Kesehatan Reproduksi

Akses terhadap layanan KB dan kesehatan reproduksi sangat penting bagi remaja dan dewasa muda. Namun, masalah akses masih menjadi hambatan utama. Faktor politik, ekonomi, dan sosial budaya sering kali membatasi akses informasi dan layanan. Sehingga upaya untuk mengatasi masalah ini harus melibatkan perbaikan konten dan kualitas program pendidikan, keberlanjutan program pendidikan, melibatkan aktifitas mereka dalam merancang kebijakan dan layanan klinis, menggunakan teknologi dengan bijaksana untuk meningkatkan literasi kesehatan, memperluas akses melalui telehealth, serta merancang program dan kebijakan yang mengakui dan mengatur ketidaksetaraan struktural dan kesetaraan kesehatan. Remaja dan dewasa muda harus memiliki akses ke layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif, mencakup akses ke informasi tentang kontrasepsi, aborsi aman, pencegahan HIV, serta layanan untuk perawatan prenatal dan kesehatan ibu hamil. (Auri, K., Jusuf, C, E. and Ahmad, M., 2022) (Indarjo, S., 2009)

Pelayanan kesehatan harus difokuskan pada penyelesaian norma dan nilai budaya, serta kebutuhan sosial, untuk memastikan bahwa intervensi kesehatan reproduksi seksual efektif dan relevan dengan konteks dan komunitas spesifik. Untuk mengatasi hambatan, diperlukan pendekatan holistik, bukan sekedar menyediakan layanan kontrasepsi dan pendidikan seks di sekolah. Pendekatan ini seharusnya memprioritaskan kebutuhan spesifik dari remaja, menghilangkan hambatan finansial dalam akses, melibatkan remaja dalam desain kebijakan dan program, serta menjauh dari pendekatan tradisional seperti kontrasepsi dan pendidikan seks. Pendekatan lain, seperti program olahraga yang ditujukan untuk remaja perempuan, dapat berperan dalam mendukung transisi para gadis ke dewasa dan meningkatkan kesehatan serta citra diri mereka. (Auri, K., Jusuf, C, E. and Ahmad, M., 2022) (Fitriyani, D., and Iswari, R., 2020)

16.9 Dukungan Komunitas dalam Mempromosikan Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi Remaja

Dalam upaya meningkatkan kesehatan reproduksi dan seksualitas remaja di masyarakat, dukungan komunitas sangatlah penting. Dukungan ini dapat membantu memecahkan berbagai tantangan yang dihadapi oleh remaja dalam mengakses layanan Kesehatan reproduksi dan seksualitas. (Indarjo, S., 2009)

Komunitas dapat memainkan peran penting dalam memberikan informasi, pendidikan, dan dukungan kepada remaja. Selain itu, komunitas juga dapat berperan dalam mengatasi stigma dan diskriminasi yang sering dialami oleh remaja yang mengakses layanan kesehatan reproduksi dan seksualitas. (Indarjo, S., 2009)

Dukungan dari masyarakat dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi yang sering dihadapi oleh remaja ketika mencari layanan kesehatan reproduksi dan seksual. Selain itu, dukungan komunitas dapat melibatkan dan mengerahkan kaum muda dalam memenuhi kebutuhan dan preferensi mereka. Dengan memberikan pendidikan dan dukungan komprehensif, anggota komunitas dapat membantu menciptakan lingkungan yang tidak menghakimi serta inklusif bagi remaja yang mencari layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Dukungan komunitas ini dapat melibatkan berbagai pemangku kepentingan, termasuk orangtua, wali, penyedia layanan kesehatan, pendidik, pembuat kebijakan, dan pemimpin agama. Dengan bekerja sama, para pemangku kepentingan ini dapat membantu menciptakan masyarakat yang menghargai dan memberi prioritas pada kesehatan reproduksi remaja. (Indarjo, S., 2009)

Dukungan komunitas juga dapat membantu mengatasi hambatan keuangan yang seringkali menghalangi remaja untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi. Dengan memberikan bantuan keuangan dan fasilitas kesehatan yang mudah diakses, komunitas dapat membantu mengatasi hambatan-hambatan ini dan memastikan bahwa semua remaja memiliki kesempatan untuk memprioritaskan kesehatan reproduksi mereka serta membuat keputusan yang bermanfaat bagi tubuh dan hubungan sosial mereka. Juga sangat penting untuk mengutamakan pelatihan

penyedia layanan Kesehatan agar mampu menangani masalah kesehatan spesifik yang dihadapi oleh remaja, seperti perilaku seksual berisiko dan kehamilan tidak direncanakan. (Indarjo, S., 2009)

16.10 Peran Pemerintah dalam Layanan KB

Pembangunan keluarga merupakan isu di berbagai lintas sektor, artinya pembangunan keluarga menjadi tanggung jawab lintas sektor, kementerian lembaga, termasuk pemerintah daerah Indonesia. Namun, masalah kesehatan reproduksi dan seksual remaja masih sering diabaikan. Untuk mengatasi masalah ini, pemerintah perlu memprioritaskan kesehatan seksual dan reproduksi remaja serta melaksanakan intervensi berbasis bukti dalam skala yang lebih besar. Ini termasuk pelatihan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan layanan tanpa penilaian dan sesuai dengan kebutuhan para remaja, mengatasi hambatan finansial dalam akses terhadap layanan kesehatan, dan memastikan fasilitas yang dapat diakses untuk penyampaian layanan kesehatan. (Indarjo, S., 2009)

Sementara orang tua dan wali berperan penting dalam memberikan pendidikan Kesehatan reproduksi kepada remaja dan mencegah kehamilan dini, sama pentingnya bagi penyedia layanan kesehatan untuk dilengkapi dengan baik dan dilatih untuk memberikan layanan yang mendukung, tidak memihak, dan sesuai dengan kebutuhan remaja. Sehingga pendekatan komprehensif yang mencakup edukasi untuk orang tua, akses ke layanan kesehatan, dan pelatihan bagi penyedia layanan kesehatan diperlukan untuk mengatasi tantangan yang dihadapi oleh remaja dalam hal kesehatan seksual dan reproduksi serta meningkatkan kesejahteraan mereka secara menyeluruh. (Indarjo, S., 2009)

16.11 Inovasi dan Peningkatan Layanan Kesehatan Reproduksi

Perlu adanya upaya-upaya untuk meningkatkan akses dan mutu layanan KB. Perlu dilakukan inovasi dan peningkatan layanan kesehatan reproduksi guna mengatasi tantangan yang dihadapi oleh remaja. Terkait dengan inovasi dan peningkatan layanan kesehatan

reproduksi, penting untuk melibatkan masyarakat secara luas dalam proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi program-program ini. Untuk mencapainya diperlukan upaya kolaborasi lintas sektor dan penggunaan pendekatan yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan, seperti penyedia layanan kesehatan, pendidik, masyarakat sipil, remaja dan keluarganya. Diharapkan terjadi perbaikan yang signifikan dalam kesehatan reproduksi remaja dan penurunan angka kehamilan remaja, penyakit menular seksual, dan komplikasi kesehatan reproduksi lainnya. (Auri, K., Jusuf, C. E. and Ahmad, M., 2022) (Indarjo, S., 2009)

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah HS Rr., Amartani D and Djatmiati, TS. (2016). Family Planning Program (KB) Implementation Policies on Regional Autonomy Era in Indonesia Case Study in Ngawi Regency of East Java-Indonesia. *Public Administration Research*, 5(2),p. 1-5 Available at: URL: <http://dx.doi.org/10.5539/par.v5n2p1>
- Auri, K., Jusuf, C, E. and Ahmad, M. (2022) "Strategi Layanan Kesehatan Reproduksi pada Remaja: Literature Review," *Faletehan*, 9(01),p. 20-36. Available at: <https://doi.org/10.33746/fhj.v9i01.325>.
- Family planning: choices and challenges for developing countries. (2014). Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414000868>.
- Fitriyanti, D., Iswari, R. (2020). Sosialisasi Pembinaan Karakter dalam Program Generasi Berencana (GenRe) Melalui Pusat Informasi Konseling Mahasiswa (PIK-MA) Sahabat Kota Pekalongan. *SOLIDARITY* 9 (2), p. 1014-1025. Available at: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/solidarity/article/view/42911>
- Fleming PJ, et al. (2020). Knowledge, attitudes, and practices related to family planning and gender equity among husbands of adolescent girls in Niger. *GLOBAL PUBLIC HEALTH*. 15(5), p. 666–677. Available at: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1692890>
- Indarjo, S. (2009). KESEHATAN JIWA REMAJA. *KEMAS* 5 (1),p. 48-57. Available at: <https://doi.org/10.15294/kemas.v5i1.1860>
- Melati. (2023, June 25). KEGIATAN FORUM GENRE (GENERASI BERENCANA) GAMPONG DOY. Available at: <https://kampungkb.bkkbn.go.id/kampung/3585/intervensi/551581/kegiatan-forum-genre-generasi-berencana-gampong-doy>
- Sharma, V. et al. (2020) "Why the Promotion of Family Planning Makes More Sense Now Than Ever Before?," *Journal of*

Health Management, 22(2),p. 206-214. Available at:
<https://doi.org/10.1177/0972063420935545>.

Simorangkir, TT., Pioh, NR and Kimbal, A. (2022) "Implementasi Kebijakan Program Generasi Berencana di Kantor Perwakilan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Sulawesi Utara "Jurnal Governance, 2(1),p. 1-12. Available at:
<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/governance/article/view/38104/34839>

Thapa, R, N. (2020) "Factors influencing the use of reproductive health services among young women in Nepal: analysis of the 2016 Nepal demographic and health survey," Reproductive Health, 17(1). Available at:
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-00954-3>.

BIODATA PENULIS



Ika Yudianti, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Jurusan Kebidanan – Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Penulis menjadi tim pengampu pada Mata Kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, dan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal sejak 2004. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di AKBID Depkes Soetomo Surabaya (sekarang Poltekkes Kemenkes Surabaya) pada 2001, D-IV Kebidanan di Universitas Pajajaran Bandung pada 2003, S2 Kebidanan Kebidanan di Universitas Pajajaran Bandung pada 2009, dan saat ini sedang menempuh studi S3. Penulis memiliki pengalaman klinik sebagai bidan pelaksana di RS dan TPMB. Minat penelitian penulis adalah pada bidang kehamilan, pemberdayaan perempuan, dan pengembangan pendidikan kebidanan.

BIODATA PENULIS



Anjar Tri Astuti, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha

Penulis lahir di Makassar, Sulawesi Selatan, pada 25 September. Saat ini sebagai dosen pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha. Menyelesaikan pendidikan D III kebidanan di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia tahun 2011, D IV Bidan Pendidik Universitas Mega Rezky tahun 2013, dan Magister Ilmu kebidanan di Universitas Hasanuddin tahun 2016. Sejak tahun 2013 menekuni dunia mengajar di bidang kebidanan. Pernah mengikuti berbagai pelatihan yang menunjang profesionalisme bidan dan dosen, salah satunya adalah magang dosen di Universitas Padjajaran yang diselenggarakan oleh Kementerian Pendidikan Kebudayaan, Riset ,dan Teknologi.

BIODATA PENULIS



Siti Masdah, S.K.M.,M.P.H

Dosen Program Studi Administrasi Kesehatan
Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah
Kalimantan Barat

Penulis lahir di Pontianak tanggal 12 Agustus 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Administrasi Kesehatan Institut Teknologi dan Kesehatan Muhammadiyah Kalimantan Barat. Alamat tempat tinggal di jalan H. Rais Ar-Rahman Gang Waspada 1 No 55. Menyelesaikan pendidikan diploma III Kebidanan POLTEKES KEMENKES Pontianak, S1 pada Jurusan kesehatan masyarakat peminatan epidemiologi di universitas Muhammadiyah Pontianak dan melanjutkan S2 kesehatan masyarakat di FKMK UGM Yogyakarta. Penulis juga merupakan alumni Pondok Pesantren Darul Ulum Batu Ampar dan Pondok Pesantren Al-Hasani Kota Pontianak. Selama menempuh Pendidikan di Madrasah Aliyah Negeri 1 Pontianak dan di perguruan tinggi, penulis aktif di kegiatan kemahasiswaan seperti BEM dan di organisasi kepemudaan yaitu Pelajar Islam Indonesia (PII), Purna Prakarya Muda Indonesia (PPMI), Koalisi Muda Kependudukan (KMK), Ketua Ikatan Santri santri Al-Hasani, Ikatan Lanceng Prabeni dan masih banyak lainnya. Pengalaman di dunia kerja sebagai bidan pelaksana di Klinik Utama dan Kontap Sentosa serta sebagai asisten dokter obstetric ginekologi di sebuah rumah sakit ternama di Kota Pontianak di lalui selama 4 tahun. Penulis menekuni bidang Menulis.

1. Kesehatan ibu dan anak

2. Kesehatan reproduksi
3. Administrasi kesehatan
4. Ekonomi kesehatan
5. Kebijakan kesehatan
6. Promosi Kesehatan

BIODATA PENULIS



Rina Afrina, S.Kep., Ners., M.KM

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju (UIMA).

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Indonesia Maju (UIMA). Penulis lahir di Bogor tanggal 19 April 1982. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Indonesia Maju (UIMA). Menyelesaikan pendidikan awal di SPK Persahabatan, Jakarta Timur, melanjutkan pendidikan S1, Ners, dan Magister Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju. Riwayat bekerja penulis sejak tahun 2001-2004 di ruang rawat inap bedah Rumah Saki Bina Estetika, Menteng. Tahun 2004-2016, penulis bekerja di Unit Kamar Operasi Kebidanan di RSB YPK Mandiri (sekarang RSIA YPK Mandiri Menteng), Jakarta Pusat. Selama bekerja, penulis bekerjasama dengan dokter-dokter Obstetri dan Kebidanan yang sangat ahli dan merupakan guru-guru besar pada FKUI memberikan ketertarikan pada penulis untuk mempelajari lebih lanjut khususnya tentang keperawatan maternitas. Penulis bergabung dalam Organisasi Ikatan Perawat Maternitas (IPEMI) DKI Jakarta, sebagai Ketua Divisi Kerjasama dan Humas. Hingga saat ini, penulis masih mengabdikan diri untuk terus mengajar dan menginspirasi mahasiswa khususnya dalam keperawatan maternitas. Untuk korespondensi kepada penulis melalui email : ns.rinaafrina@gmail.com

BIODATA PENULIS



Megawati Sibulo, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB

Dosen Program Studi D3 Keperawatan
Akper Batari Toja Watampone

Lahir di Palopo, pada tanggal 04 Januari 1988. Penulis menyelesaikan Sarjana Keperawatan tahun 2009 dan melanjutkan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tahun 2010. Selanjutnya, tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan Pasca Sarjana di Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia selesai tahun 2018. Saat ini aktif sebagai dosen tetap Akademi Keperawatan Batari Toja Watampone Sulawesi Selatan, Indonesia. Alamat : Jl. Andi Celleng BTN Graha Bakti Kab. Bone. Nomor Telepon/HP : 085242140335. Alamat email : megazi048@gmail.com

BIODATA PENULIS



Dr. Abd. Rahman, S.KM, M.PH, M.Psi

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Tadulako

Penulis lahir di Tolitoli tanggal 06 Maret 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Tadulako. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi, melanjutkan juga pada S2 Jurusan Psikologi dan S3 pada Jurusan Kependudukan.

BIODATA PENULIS



Adhar Arifuddin

Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Tadulako

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 09 November 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Tadulako. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi pada tahun 2005. Pada tahun 2009 menyelesaikan pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Epidemiologi. Tahun 2023 menyelesaikan Pendidikan S2 Penelitian dan Evaluasi Pendidikan. Tahun 2023 melanjutkan studi S2 statistik dengan konsentrasi Spatial Sains Data dan Bioinformatika (SSDB), dan Tahun 2021 melanjutkan studi S3 di Jurusan Penelitian dan Evaluasi Pendidikan dengan Konsentrasi Metode Penelitian.

BIODATA PENULIS



Fenty Agustini, SST., M.Kes

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
STIKes Respati Tasikmalaya

Penulis lahir di Tasikmalaya tanggal 23 Agustus 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan STIKes Respati Tasikmalaya. Anak pertama dari dua bersaudara, dan seorang istri dari Asep S Sanusi, S.Sos dan memiliki 2 orang anak yaitu Nabiq Nazmu Tsaqib dan Malika Hasna Tsaqib. Menyelesaikan pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati (2004-2007), pendidikan Diploma IV Kebidanan di Universitas Respati Indonesia (2008-2009) dan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia (2011-2012). Penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati mulai tahun 2007 sampai sekarang. Aktivitas penulis sekarang adalah dosen tetap Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati. Penulis mengampu beberapa mata kuliah diantaranya konsep kebidanan, dokumentasi kebidanan, asuhan persalinan dan asuhan komunitas. Penulis telah menghasilkan beberapa penelitian dan dipublish dalam beberapa jurnal nasional terakreditasi dan beberapa kegiatan seminar nasional dan internasional.

BIODATA PENULIS



Amalia Rizqi Sholihah, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu

Penulis lahir di Indramayu, 29 Agustus 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Indramayu. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Maternitas di Universitas Padjadjaran (Lulus Tahun 2022) dan menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan + Ners di STIKes Indramayu (Lulus Tahun 2016).

BIODATA PENULIS



Dr. Maryuni, Amd.Keb, SKM, MKM

Dosen Program Studi Kebidanan

Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Pacitan tanggal 17 Maret 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Universitas Binawan dan dosen pada Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Binawan. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Jakarta 1. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S1, S2 dan S3 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia peminatan Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM). Selain sebagai dosen, penulis juga aktif melakukan penelitian serta publikasi ilmiah baik pada jurnal Nasional maupun Internasional dengan *topic interest maternal health* dan *family planning*. Penulis saat ini juga menjabat sebagai Direktur Penelitian, Pengabdian Masyarakat dan Kerjasama di Universitas Binawan.

BIODATA PENULIS



A Fahira Nur

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Universitas Widya Nusantara

Penulis lahir di Kabupaten Sinjai pada tanggal 22 November 1988. Penulis adalah seorang dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan, Universitas Widya Nusantara Palu. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada tahun 2010 dan melanjutkan pada Program DIV Bidan Pendidik tahun 2011. Pada tahun 2017 menyelesaikan pendidikan S2 pada Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Reproduksi, dan melanjutkan studi Program Doktor Ilmu Sosial dengan Konsentrasi Perencanaan Kesehatan Sosial tahun 2022-Sekarang.

BIODATA PENULIS



Martini, SKM.,MKM

Dosen Program Studi Kebidanan Metro
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang

Penulis lahir di Palembang Tanggal 10 Maret 1975. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Metro Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang Jurusan Kebidan Tanjungkarang. Menyelesaikan pendidikan S1 Fakultas Kesmas Universitas Malahayati Bandar Lampung tahun 2006, dan Sarjana Terapan Kebidanan di Prodi Kebidanan Universitas Aisyah Pringsewu (UAP) (2022), Pendidikan Profesi Bidan (2023) dan melanjutkan S2 Pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (UI) Peminatan Kesehatan Reproduksi tahun 2012. Penulis sudah menerbitkan beberapa buku diantaranya Buku Pelayanan Keluarga Berencana dan Kehamilan Sehat Mewujudkan Generasi Berkualitas Di Masa New Normal tahun 2021. Kebidanan Komunitas, Asuhan Kebidanan Nifas, 2023.

BIODATA PENULIS



Ari Kusmiwiyati, SST., M.Keb.

Dosen Poltekkes Kemenkes Malang
Jurusan Kebidanan Program Studi Profesi Bidan

Lahir di Ngawi, 21 Juni 1981. Anak ke-6 dari 7 bersaudara. Penulis memulai karirnya di bidang Pendidikan, setelah bergabung sebagai tenaga pendidik di Poltekkes Kemenkes Malang pada tahun 2005 sampai dengan sekarang. Pendidikan terakhir penulis adalah Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang.

Penulis juga aktif di organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Sebelumnya, penulis pernah bekerja di RSIA Melati Husada Malang dan mengelola sebuah Tempat Praktik Mandiri Bidan di Malang. Selain itu penulis juga aktif menjadi penulis dan *reviewer* karya ilmiah, *e-book* dan artikel di Jurnal. Motto penulis adalah “*Stop Dreaming and Start Doing*”.

BIODATA PENULIS



Yenny Okvitasari,Ns.,M.Kep

Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan 16 Oktober 1983, Pendidikan dasar di SDN Batakan I lulus tahun 1995, SLTP N 10 Banjarmasin lulus tahun 1998, SPK Pandan Harum Banjarmasin lulus tahun 2001, Akademi Keperawatan Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2004, S1 Keperawatan Ners STIKES Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2008, S2 Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2014, sekarang bertugas sebagai dosen tetap Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

BIODATA PENULIS



Retno Dumilah, SST, M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Malang
Poltekkes Kemenkes Malang

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 1998 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Kebidanan Cipto Mangunkusumo Jakarta dan berhasil lulus pada tahun 2001. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke D4 Kebidanan dan berhasil menyelesaikan studi D4 pada Prodi Kebidanan dibawah Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2005. Enam tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 pada Prodi Kebidanan dibawah Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2013.

Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang kebidanan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenkes. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Riwayat pekerjaan pernah bekerja di RS. Pelabuhan Jakarta (2002-2004), STKes Dharma Husada Bandung (2004-2007) Poltekkes Kemenkes Bandung (2008-2022), Poltekkes Kemenkes Malang (2023-sekarang). Saat ini pemulis berdomisili di kota Malang, Jawa Timur.