

BUKU AJAR

KESEHATAN REPRODUKSI

DAN KELUARGA BERENCANA

Baiq Dewi Harnani R., S.S.T., M.Kes.
Seri Wahyuni, S.ST., M.Kes.
Ns.Ziska Herawati, S.Kep., M.K.M.
Elza Wulandari, S.S.T., M.Kes.
Dian Reflisiani, S.SiT., M.Kes.
Rosalia Rahayu, S.S.T., M.Kes.
Yuni Ramadhaniati, S.S.T., M.Kes.
Indria Pijaryani, S.S.T., M.Gz.
Sugiarto, SKM., M.K.M.
Rifka Alindawati, S.ST., M.Tr.Keb.
Ainun Nisa, S.K.M., M.K.M.
Ns. Netty Isnawati, M.Kep.
Ari Kurniasih, S.S.T, M.Kes.
Ns. Rima Novianti, M.Kep.
Liya Lugita Sari, S.S.T., M.Kes.
Annisa' Wigati Rozifa, S.Keb., Bd., M.Keb.
Thrisia Febrianti
Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep.
Yuni Astuti

BUKU AJAR
KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Penulis

Baiq Dewi Harnani R., S.S.T, M.Kes.
Seri Wahyuni, S.ST., M.Kes.
Ns.Ziska Herawati, S.Kep., M.K.M.
Elza Wulandari, S.S.T, M.Kes.
Dian Reflisiani, S.SiT, M.Kes.
Rosalia Rahayu, S.S.T, M.Kes.
Yuni Ramadhaniati, S.S.T, M.Kes.
Indria Pijaryani, S.S.T, M.Gz.
Sugiarto, SKM., M.K.M.
Rifka Alindawati, S.ST, M.Tr.Keb.
Ainun Nisa, S.K.M., M.K.M.
Ns. Netty Isnawati, M.Kep.
Ari Kurniasih, S.S.T, M.Kes.
Ns. Rima Novianti, M.Kep.
Liya Lugita Sari, S.S.T, M.Kes.
Annisa' Wigati Rozifa, S.Keb., Bd., M.Keb.
Thrisia Febrianti
Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep.
Yuni Astuti

Tata Letak

Ulfa

Desain Sampul

Zulkarizki

20 x 29 cm, viii + 194 hlm.

Cetakan I, Desember 2022

ISBN: 978-623-466-175-0

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,

Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571

e-mail: zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta

No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur kami panjatkan selalu kepada Allah SWT atas hidayah yang sudah diberikan sehingga kami bisa menyelesaikan buku yang berjudul “Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana” dengan tepat waktu. Tujuan dari penulisan buku ini tidak lain adalah untuk membantu para mahasiswa dalam memahami Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi, Aspek Legal dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB, Indikator Kesehatan Wanita Sepanjang Siklus Kehidupan, Kesehatan Reproduksi dalam Perspektif Gender, Masalah Gangguan Kesehatan Pada Wanita, Deteksi Dini Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi, 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, *Evidence Based* dalam Kesehatan Reproduksi dan KB, Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kespro, Pelayanan Kesehatan Reproduksi dalam Keadaan Darurat Bencana.

Kami sadar bahwa penulisan buku ini bukan merupakan buah hasil kerja keras kami sendiri. Ada banyak pihak yang sudah berjasa dalam membantu kami di dalam menyelesaikan buku ini, seperti pembuatan cover, editing dan lain-lain. Maka dari itu, kami mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu memberikan wawasan dan bimbingan kepada kami sebelum maupun ketika menulis *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Kami juga sadar bahwa buku yang kami buat masih tidak belum bisa dikatakan sempurna. Maka dari itu, kami meminta dukungan dan masukan dari para pembaca, agar kedepannya kami bisa lebih baik lagi di dalam menulis sebuah buku.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I	
KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI.....	1
A. Tujuan Pembelajaran.....	1
B. Materi	1
C. Rangkuman.....	6
D. Tugas	6
E. Referensi.....	6
F. Glosarium.....	7
BAB II	
ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB.....	9
A. Tujuan Pembelajaran.....	9
B. Materi	9
C. Rangkuman.....	19
D. Tugas	19
E. Referensi.....	19
BAB III	
INDIKATOR KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN.....	21
A. Tujuan Pembelajaran.....	21
B. Materi	21
C. Rangkuman.....	27
D. Tugas	28
E. Referensi.....	28
BAB IV	
KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER.....	29
A. Tujuan Pembelajaran.....	29
B. Materi	29
C. Rangkuman.....	35
D. Tugas	35
E. Referensi.....	36
F. Glosarium	36
BAB V	
MASALAH GANGGUAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI WANITA.....	37
A. Tujuan Pembelajaran.....	37
B. Materi	37
C. Rangkuman.....	47
D. Tugas	48
E. Referensi.....	48

F. Glosarium.....	48
BAB VI	
DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI	51
A. Tujuan Pembelajaran.....	51
B. Materi.....	51
C. Rangkuman.....	62
D. Tugas.....	62
E. Referensi.....	64
F. Glosarium.....	64
BAB VII	
KONSEP PSIKOLOGI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	67
A. Tujuan Pembelajaran.....	67
B. Materi.....	67
C. Rangkuman.....	71
D. Tugas.....	71
E. Referensi.....	71
BAB VIII	
GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN	73
A. Tujuan Pembelajaran.....	73
B. Materi.....	73
C. Ringkasan	84
D. Tugas.....	84
E. Referensi.....	84
F. Glosarium.....	85
BAB IX	
PROMOTIVE DAN PREVENTIVE DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	87
A. Tujuan Pembelajaran.....	87
B. Materi.....	87
C. Rangkuman.....	91
D. Tugas.....	91
E. Referensi.....	91
BAB X	
PERAN DAN TUGAS BIDAN DALAM <i>PRIMARY HEALTH CARE</i> (PHC) UNTUK KESEHATAN WANITA.....	93
A. Tujuan Pembelajaran.....	93
B. Materi.....	93
C. Rangkuman.....	101
D. Tugas.....	101
E. Referensi.....	102
F. Glosarium	102

BAB XI	
MEMAHAMI KONSEP PERKEMBANGAN KB.....	105
A. Tujuan Pembelajaran.....	105
B. Materi.....	105
C. Rangkuman.....	113
D. Tugas.....	114
E. Referensi.....	114
F. Glosarium.....	114
BAB XII	
KONSELING PELAYANAN KB.....	117
A. Tujuan Pembelajaran.....	117
B. Materi.....	117
C. Rangkuman.....	125
D. Tugas.....	125
E. Referensi.....	125
F. Glosarium.....	126
BAB XIII	
DOKUMENTASI, PELAPORAN RUJUKAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA.....	127
A. Tujuan Pembelajaran.....	127
B. Materi.....	127
C. Rangkuman.....	136
D. Tugas.....	137
E. Referensi.....	137
F. Glosarium.....	137
BAB XIV	
LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA.....	139
A. Tujuan Pembelajaran.....	139
B. Materi.....	139
C. Rangkuman.....	143
D. Tugas.....	144
E. Referensi.....	144
F. Glosarium.....	144
BAB XV	
EVIDENCE BASED DALAM KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB.....	147
A. Tujuan Pembelajaran.....	147
B. Materi.....	147
C. Rangkuman.....	154
D. Tugas.....	154
E. Referensi.....	154

BAB XVI	
KONSEP DASAR KOMUNIKASI, INFORMASI, EDUKASI (KIE) KESPRO	157
A. Tujuan Pembelajaran.....	157
B. Materi.....	157
C. Rangkuman.....	166
D. Tugas.....	166
E. Referensi.....	167
F. Glosarium	167
BAB XVII	
KONSELING PRA NIKAH DAN MENOPOUSE	171
A. Konseling Pranikah.....	171
B. Konseling Menopause.....	172
C. Kesimpulan.....	174
D. Referensi.....	174
BAB XVIII	
PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM KEADAAN DARURAT BENCANA.....	177
A. Tujuan Pembelajaran	177
B. Materi.....	177
C. Referensi.....	182
BAB XIX	
METODE KELUARGA BERENCANA.....	183
A. Tujuan Pembelajaran.....	183
B. Materi.....	183
C. Rangkuman.....	193
D. Tugas.....	193
E. Daftar Pustaka.....	194

BAB I

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Baiq Dewi Harnani R., S.ST., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan mata kuliah ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Memahami konsep dasar kesehatan reproduksi
2. Memahami tujuan kesehatan reproduksi
3. Memahami sasaran reproduksi
4. Memahami komponen kesehatan reproduksi
5. Memahami faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
6. Memahami ruang lingkup kesehatan reproduksi
7. Memahami Kesehatan Reproduksi di Indonesia
8. Memahami hak hak kesehatan reproduksi

B. Materi

1. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut pasal 71 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan adalah keadaan sehat secara fisik mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Kesehatan reproduksi adalah kemampuan seseorang untuk memanfaatkan alat reproduksinya dengan mengukur kesuburannya, dapat menjalani kehamilannya dan persalinan serta aman mendapatkan bayi tanpa resiko apapun) Well Helath Mother Baby) dan berikutnya mengembalikan kesehatan dalam batas normal (IGB Manuaba, 1998).

Suatu kondisi sehat secara fisik, mental dan sosial secara sempurna dan tidak semata mata terbebas dari penyakit ataupun kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses dan proses reproduksi) Kemenkes RI, 2015)

Kesehatan reproduksi adalah dimana suatu keadaan dan kondisi sempurna fisik, mental dan sosial secara utuh dan tidak semata mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya) ICPD, 1994)

2. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan reproduksi terbagi menjadi 2 yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum dari kesehatan reproduksi adalah memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya. Sedangkan tujuan khusus dari kesehatan reproduksi adalah meningkatkan kemandirian perempuan khususnya dalam peranan dan fungsi reproduksinya, meningkatkan

peran dan tanggung jawab social perempuan dalam konteks: kapan ingin hamil, berapa jumlah anak yang diinginkan, dan berapa jarak antar kehamilan, meningkatkan peran dan tanggung jawab social laki laki serta menciptakan dukungan laki laki dalam membuat keputusan mencari informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksinya.

Dalam peraturan pemerintah nomor 71 tahun 2014 keseharan reproduksi akan menjamin bahwa setiap oeang berhak atas pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu bagus, aman, dan dapat dipertanggung jawabkan. Peratutan tersebut juga menjamin kesehatan perempuan yang masih dalam usia produktif sehingga mampu melahirkan generasi yang kuat sehat, berkualitas, yang nantinya akan berdampak pada penurunan angka kematian ibu.

3. Sasaran Kesehatan Reproduksi

Sasaran pembinaan kesehatan reproduksi adalah remaja usia 10–24 tahun dan kelompok masyarakat/orang dewasa yang peduli dengan permasalahan remaja.

Adapun sasaran kesehatan reproduksi terbagi menjadi 2 bagian:

- a. Sasaran Utama: laki laki dan perempuan dalam usia subur, yaitu remaja putra dan putri yang belum menikah, termasuk juga pekerja seks dan masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera. Adapun komponen kesehatan reproduksi remaja adalah remaja yang beresiko atau menderita HIV/ AIDS, remaja yang beresiko dan remaja pengguna NAPZA dan masalah seksualitas
- b. Sasaran Antara yaitu para tenaga kesehatan: Dokter Ahli, dokter umum, perawat, bidan dan pemberi layanan kepada masyarakat: kader posyandu/ kader kesehatan, dukun terlatih, LSM, tokoh agama ataupun tokoh masyarakat.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi

Kebijakan Nasional tentang Kesehatan Reproduksi di Indonesia menetapkan sebagai berikut bahwa Kesehatan Reproduksi mencakup 5 (lima) komponen program terkait. Adapun program tersebut antara lain

a. Kesehatan Ibu dan Anak

Kebijakan Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia menetapkan bahwa Kesehatan Reproduksi mencakup 5 (lima) komponen atau program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS). Dalam komponen kesehatan ibu dan anak, dari kondisi ibu hamil, persalinan dan nifas yang merupakan siklus kehidupan wanita yang beresiko karena dapat menyebabkan kesakitan dan kematian. Tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi terjadinya kesakitan dan kematian pada ibu hamil yaitu dengan melakukan pemeriksaan kehamilan dari awal kehamilan sampai dengan melahirkan secara teratur, minimal 4x selama kehamilan, yaitu 1x pada trimester 1, 1x pada trimester 2 dan 2x pada trimester 3. Pemantauan kehamilan yang di lakukan sejak awal, akan dapat mengutasi resiko kehamilan dan melahirkan. Tindakan atau upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan dan masa nifas.

b. Program Keluarga Berencana

Di Indonesia, program keluarga berencana menjadi hal yang penting karena negara Indonesia berada di posisi ke empat, dengan jumlah penduduk terbanyak. Diperkirakan

bahwa Indonesia akan mendapatkan kondisi yang disebut sebagai kondisi "*bonus demografi*" yaitu bonus yang akan dialami oleh suatu negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif dengan rentang umur berkisar antara 15 sd 64 tahun. Dan salah satu cara untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya hal tersebut adalah dengan Program Keluarga Berencana yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dan kesejahteraan keluarga. Pasaangan keluarga muda bisa merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, perencanaan jumlah anak dan perencanaan masa depan yang baik bagi keluarga.

c. Program Kesehatan Reproduksi Remaja

Program Kesehatan reproduksi remaja sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kesehatan reproduksi remaja. Salah satu upaya yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan promosi kesehatan yang bertujuan untuk pencegahan masalah kesehatan reproduksi. Adanya perubahan dari masa anak menjadi dewasa, perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat, yang ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder pada remaja dan juga adanya perkembangan secara fisik secara cepat.

d. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS)

Program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual (PMS) ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berhubungan dengan saluran reproduksi. Dimana penyakit ini bisa disebabkan oleh penyakit infeksi yang non PMS, misalkan penyakit TBC, Filariasis, malaria ataupun infeksi yang termasuk dalam penyakit menular seksual, seperti sifilis, herpes genital, gonorrhoea atau kondisi infeksi yang bisa menyebabkan pelvic inflammatory diseases/PID, contohnya pada penggunaan alat kontrasepsi AKDR (Alat kontrasepsi dalam rahim) yang kurang steril. Penyakit tersebut jika tidak dilakukan penanganan dengan baik dan cepat dapat berakibat serius dan akan dilamai seterusnya oleh baik pada wanita maupun pria.

e. Lanjut usia

Siklus terakhir dalam kehidupan manusia adalah memasuki tahapan usia lanjut. Pada tahap ini bagaimana melakukan peningkatan kualitas hidup penduduk lansia, saat menjelang dan disaat setelah akhir usia reproduksi atau lebih kita kenal dengan sebutan menopause. Ada bermacam macam upaya atau pencegahan yang bisa dilakukan misalkan dengan melakukan skrining kesehatan pada kondisi keganasan organ reproduksi wanita. Contohnya pada kondisi wanita yang mengalami kanker rahim, kanker payudara ataupun kanker prostat pada pria. Hal yang diharapkan dari kegiatan ini adalah adanya peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, seksualitas dan juga kemampuan dalam menentukan layanan kesehatan yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Serta tercapainya kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga yang aman dan optimal.

5. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

a. Faktor Demografis - Ekonomi

Kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Faktor ini mencakup kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan kurangnya pengetahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat

mempengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.

b. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi, antara lain dapat mempengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena terkadang tidak sejalan, atau berlawanan, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu kepercayaan banyak anak banyak rejeki, dan terkadang masalah seksualitas dianggap masih tabu untuk di bicarakan di depan anak dan remaja.

c. Faktor Psikologis

Low self esteem atau perasaan rendah diri, adanya tekanan teman sebaya atau peer pressure, tindakan kekerasan dirumah/ di sekolah/ dilingkungan terdekat dan juga adanya dampak dari keretakan dalam rumah tangga (orang tua bercerai), rasa tidak berharga dan rasa depresi pada remaja.

d. Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi cacat sejak lahir atau ketidak sempurnaan organ reproduksi, cacat pada lokasi saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Faktor ini dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi dan memberikan dampak yang kurang baik terhadap kesehatan perempuan. Untuk mengurangi dampak tersebut perlu adanya penanganan yang cepat dan tepat.

6. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup dari kesehatan reproduksi meliputi seluruh siklus kehidupan manusia dari lahir sampai meninggal (life cycle approach). Secara luas ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi:

a. Kesehatan ibu dan Bayi baru lahir

Perkembangan organ organ reproduksi sejak dalam kandungan, bayi, remaja, WUS, klimakterium, menopause, hingga meninggal. Kondisi kesehatan ibu hamil berpengaruh pada kondisi bayi termasuk kondisi organ reproduksinya

b. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMSHIV/AIDS.

c. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi

d. Kesehatan reproduksi remaja Perlu pendidikan kesehatan reproduksi sehubungan dengan menarche, perilaku seksual, PMS, kehamilan yang tidak diinginkan

e. Pencegahan dan penanganan infertile

f. Kanker pada usia lanjut

g. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain.

7. Indikator Kesehatan Reproduksi di Indonesia

Indikator kesehatan wanita adalah ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan wanita dalam populasi tertentu. Indikator kesehatan ibu dapat ditinjau dari: pendidikan, penghasilan, usia harapan hidup, angka kematian ibu tingkat kesuburan.

8. Hak-Hak Reproduksi

Hak-hak kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain:

- a. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
- b. Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapnyanya tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
- c. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
- d. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.
- e. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan.
- f. Dengan pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
- g. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
- h. Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.
- i. Pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi.
- j. Hukum dan kebijakannya harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah reproduksi
- k. Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.
- l. Konsep-konsep kesehatan reproduksi dan uraian hak-hak perempuan ini diambil dari hasil kerja International Women's Health Advocates Worldwide.

Konferensi internasional kependudukan dan pembangunan, disepakati hal-hal reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan rohani dan jasmani, meliputi: 1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi 2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi 3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi 4. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan 5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan 6. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya 7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual 8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi 9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya. 10. Hak untuk

membangun dan merencanakan keluarga 11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam berkeluarga dan kehidupan kesehatan reproduksi 12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

Data BKKBN tahun 2000, kebijakan teknis operasional di Indonesia untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi: Promosi hak-hak kesehatan reproduksi, advokasi hak-hak kesehatan reproduksi, KIE hak-hak kesehatan reproduksi dan Sistem pelayanan hak-hak reproduksi.

C. Rangkuman

Cakupan kesehatan reproduksi sangat luas. Kesehatan reproduksi tidak hanya tentang kesehatan reproduksi perempuan dalam arti yang sempit atau dangkal, contohnya hanya pada masalah perempuan usia subur yang telah menikah, kehamilan dan persalinan, tetapi mencakup hal yang lebih luas yaitu seluruh tahapan kehidupan perempuan sejak dari konsepsi, proses kehamilan, melahirkan sampai usia lanjut. Masalah yang perlu diperhatikan dalam kesehatan reproduksi, yaitu kesehatan reproduksi, seks bebas di kalangan remaja, pencegahan penyakit HIV/ AIDS, PMS dan pencegahan kenakalan remaja, kontrasepsi dan Keluarga Berencana. Faktor-faktor non klinis yang menyertai seperti faktor demografi, ekonomi, budaya dan lingkungan, faktor biologis dan faktor psikologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan. Intervensi pemerintah terhadap penanganan masalah Kesehatan Reproduksi ini akan sangat membantu dalam mewujudkan kesejahteraan perempuan. Data BKKBN tahun 2000, kebijakan teknis operasional di Indonesia untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi: Promosi hak-hak kesehatan reproduksi, advokasi hak-hak kesehatan reproduksi, KIE hak-hak kesehatan reproduksi dan Sistem pelayanan hak-hak reproduksi.

D. Tugas

Kami akan menguji sejauh mana pemahaman anda mengenai materi kesehatan reproduksi tersebut. Silahkan anda menjawab pertanyaan di bawah ini:

1. Sebutkan dan Jelaskan konsep kesehatan reproduksi yang saudara ketahui
2. Jelaskan pendapat saudara tentang mengapa remaja laki-laki dan perempuan dijadikan sasaran utama dari Kesehatan Reproduksi?
3. Jelaskan dampak kurangnya pengetahuan masyarakat (ibu dan remaja) terhadap Pelayanan Kesehatan reproduksi?
4. Sebutkan 5 hak-hak reproduksi menurut Depkes RI) 2002) dan jelaskan sesuai dengan pengetahuan saudara?
5. Kemungkinan resiko penyakit yang akan timbul pada usia lanjut (Usila) dan menurut saudara bagaimana pencegahannya?

E. Referensi

Asan, A. Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB di NTT. BKKBN. (2007).

Everett S. Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi EGC. Jakarta. (2012).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, "Kesehatan Reproduksi di Indonesia", Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta. (1996).

Departemen Kesehatan RI. Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu. Jakarta. (2002).
 Kartono. Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. (1998).
 Manuaba. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta (1998).
 Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.
 Pinem. Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Trans Info Media. Jakarta. (2009).
 Prawirohardjo, S. Bunga rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta. (2009).
 Purwieningru, E. Gender dalam Kesehatan Reproduksi. www.bkkbn.go.id. Jakarta. (2008)
 Sebagariang, dkk. Kesehatan Reproduksi Wanita. Trans Info Media. Jakarta. (2010)
 Surya, Adi. Kesehatan reproduksi dalam prespektif gender. www.google.com. (2011).
 Undang undang no 36, tahun 2009: kesehatan

F. Glosarium

WHO : World Health Organitaton
 ICPD : International Conference On Population And Development
 BKKBN : Badan Koordinasi Keluarga Berencana
 NAPZA: Narkotika Penenang Dan Zat Adiktif
 LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat
 ISR : Infeksi Saluran Reproduksi
 PMS : Penyakit Menular Seksual
 PID : Pelvic Inflammatory Desease
 AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
 ANC : Ante Natal Care
 BBL : Bayi Baru Lahir
 MTBS : Manajemen Terpadu Baliata Sakit
 MTBM : Manajemen Terpadu Balita Muda
 KB : Keluarga Berencana
 STD : Seksual Transmitted Disease
 IMS : Infeksi Menular Seksual
 MTBS : Menejemen Terpadu Balita Sakit
 HIV : Human Immunodeficiency Virus
 AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrom
 KRR : Kesehatan Reproduksi Remaja
 USG : Ultrasonografi
 SADARI: Periksa Payudara Sendiri
 IVA : Inspeksi Visual Asam Asetat
 KIE : Komunikasi, Informasi, Edukasi

Biografi Penulis



Nama : Baiq Dewi Harnani R, S.ST, M.Kes
 TTL : Gerung, NTB, 25 OKTOBER 1974
 Alamat : Perumahan Pondok Wage Indah 2 Blok II no 4-5. Wage, Taman, Sidoarjo
 Pekerjaan : Dosen Poltekkes Kemenkes Surabaya

BAB II

ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB

Seri Wahyuni, S.ST., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami aspek legal dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan KB meliputi:

1. Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan
2. Sustainable Development Goals (SDG's) 2030
3. Peraturan Pemerintah (PP) no.87 tahun 2014 tentang Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga dan system informasi keluarga
4. Peraturan Pemerintah no 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi
5. Peraturan Kepala BKKBN No. 199 tahun 2016 tentang rencana strategis badan kependudukan dan Keluarga berencana Nasional tahun 2015 -2019

B. Materi

1. Aspek Legal dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan (Presiden Republik Indonesia, 2009).

Kesehatan reproduksi yang bertujuan untuk:

- a. Menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan
- b. Menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi menurut ICPD tahun 1994 terdiri dari:

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga berencana
- c. Pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS
- d. Kesehatan reproduksi remaja
- e. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi
- f. Pencegahan dan penanganan infertilitas
- g. Kesehatan reproduksi usia lanjut
- h. Deteksi kanker saluran reproduksi
- i. Kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan, dan lainnya

Aspek legal adalah suatu kaidah yang bertugas dalam mengatur segala tata cara pelaksanaan kegiatan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai

tatanan pelayanan termasuk hak dan kewajiban. Aspek legal dalam pelayanan kebidanan adalah pelayanan dalam pemenuhan kebutuhan pasien oleh bidan dalam upaya kesehatan yang mencakup kegiatan dalam upaya kesehatan yang bersifat peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), pemulihan setelah sakit (rehabilitatif), sesuai dengan peraturan perundang-undangan atau hukum (Yustiari et al., 2022). Sebagai seorang bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan KB harus memperhatikan aspek tersebut.

2. Permenkes No. 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 menjelaskan dalam menjalankan praktik kebidanan, bidan paling rendah memiliki kualifikasi jenjang pendidikan Diploma Tiga Kebidanan. Selain itu, setiap bidan yang akan menyelenggarakan praktik kebidanan harus memiliki Surat Tanda Registrasi Bidang (STRB).

Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.

Surat Tanda Registrasi Bidan yang selanjutnya disingkat STRB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah kepada Bidan yang telah memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Surat Izin Praktik Bidan yang selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh pemerintah daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan praktik kebidanan.

Praktik Mandiri Bidan adalah tempat pelaksanaan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh Bidan secara perorangan.

STRB

Pasal 3

- a. Setiap Bidan harus memiliki STRB untuk dapat melakukan praktik keprofesiannya.
- b. STRB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh setelah Bidan memiliki sertifikat kompetensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. STRB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama 5 (lima) tahun.
- d. Contoh surat STRB sebagaimana tercantum dalam formulir II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

SIPB

Pasal 5

- a. Bidan yang menjalankan praktik keprofesiannya wajib memiliki SIPB.
- b. SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan kepada Bidan yang telah memiliki STRB.
- c. SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku untuk 1 (satu) Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- d. SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku selama STR Bidan masih berlaku, dan dapat diperpanjang selama memenuhi persyaratan.

Pasal 8

- a. Untuk memperoleh SIPB, Bidan harus mengajukan permohonan kepada Instansi Pemberi Izin dengan melampirkan:
 - 1) fotokopi STRB yang masih berlaku dan dilegalisasi asli;
 - 2) surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
 - 3) surat pernyataan memiliki tempat praktik;
 - 4) surat keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tempat Bidan akan berpraktik;
 - 5) pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4X6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
 - 6) rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota setempat; dan
 - 7) rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Kewenangan

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. Pelayanan kesehatan ibu;
- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 21

- a. Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:
 - 1) Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
 - 2) Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

Pasal 25

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
 - 1) Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
 - 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
 - 4) Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
 - 5) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - 6) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
 - 8) Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - 9) Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas; (Permenkes, 2017)

3. Sustainable Development Goals (SDG's) 2030

Sustainable Development Goals atau (SDGs) adalah aksi dari sebuah rencana untuk mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan yang disepakati oleh pemimpin dunia termasuk Indonesia. Pada tahun 2030 diharapkan dapat mencapai 17 tujuan dan 169 target. *Sustainable Development Goals* merupakan program lanjutan dari upaya dan pencapaian *Millennium Development Goals* yang sudah berakhir pada akhir tahun 2015. SDGs berbeda dengan MDGs karena dirancang dengan melibatkan seluruh aktor pembangunan, baik itu Pemerintah, *Civil Society Organization* (CSO), sektor swasta, akademisi, dan sebagainya. SDGs mengambil prinsip "Tidak Meninggalkan Satu Orangpun (*Leave No One Behind*)". Prinsip tersebut membuat SDGs harus bisa memenuhi dua hal yaitu Keadilan Prosedural dimana seluruh pihak yang selama ini tertinggal bisa terlibat dalam proses pembangunan dan keadilan substantif. Kesehatan reproduksi juga menjadi indikator dalam tujuan pembangunan berkelanjutan 2030 seperti angka kematian ibu (AKI), proporsi kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan, angka kematian balita, angka kematian neonatal, angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada pasangan usia subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin, dan angka kelahiran pada perempuan umur 10-14 tahun dan 15-19 tahun. Oleh karena itu, kebijakan strategis terkait kesehatan reproduksi berperan penting dalam pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi masyarakat dan pencapaian indikator tujuan pembangunan berkelanjutan (Nuryana, 2020).

Tujuan SDGs Agenda 2030 Terkait Akses Kesehatan Reproduksi

Menjamin kesetaraan gender serta memberdayakan seluruh wanita dan perempuan (9 target) yang terkait dengan target akses kesehatan reproduksi antara lain:

- a. Mengakhiri segala bentuk diskriminasi terhadap semua perempuan dan anak perempuan dimanapun
- b. Menghapuskan segala bentuk kekerasan terhadap semua perempuan dan anak perempuan di ruang publik dan privat, termasuk perdagangan manusia dan eksploitasi seksual dan jenis-jenis eksploitasi lainnya
- c. Hilangkan semua praktik berbahaya, seperti pernikahan anak, pernikahan dini dan paksa, serta mutilasi alat kelamin perempuan
- d. Mengakui dan menghargai perawatan yang tidak dibayar dan pekerjaan rumah tangga melalui penyediaan layanan publik, infrastruktur dan kebijakan perlindungan sosial dan promosi tanggung jawab bersama di dalam rumah tangga dan keluarga yang sesuai secara nasional
- e. Memastikan partisipasi penuh dan efektif perempuan serta kesempatan yang sama untuk kepemimpinan di semua tingkat pengambilan keputusan dalam kehidupan politik, ekonomi, dan publik
- f. Memastikan akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi dan hak-hak reproduksi sebagaimana disepakati sesuai dengan Program Aksi dari Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan dan Platform Aksi Beijing dan dokumen hasil dari konferensi tinjauan mereka
- g. Melakukan reformasi untuk memberi perempuan hak yang sama atas sumber daya ekonomi, serta akses ke kepemilikan dan kontrol atas tanah dan bentuk properti lainnya, jasa keuangan, warisan dan sumber daya alam, sesuai dengan hukum nasional

- h. Meningkatkan penggunaan teknologi yang memungkinkan, khususnya teknologi informasi dan komunikasi, untuk mempromosikan pemberdayaan perempuan
- i. Mengadopsi dan memperkuat kebijakan yang sehat dan undang-undang yang dapat ditegakkan untuk mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan semua perempuan dan anak perempuan di semua tingkatan (UNDP, 2022)

Sebagai wujud komitmen politik pemerintah untuk melaksanakan SDGs, Presiden Jokowi telah menandatangani Peraturan Presiden (Perpres) SDGs Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan. Perpres tersebut juga merupakan komitmen agar pelaksanaan dan pencapaian SDGs dilaksanakan secara partisipatif dengan melibatkan seluruh pihak.

4. Peraturan Pemerintah (PP) No.87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga dan Sistem Informasi Keluarga

Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Penyelenggaraan Program Keluarga Berencana adalah proses, cara, dan tindakan untuk melaksanakan program Keluarga Berencana oleh pemerintah dan pemerintah daerah.

Ketahanan dan kesejahteraan keluarga adalah kondisi keluarga yang memiliki keuletan dan ketangguhan serta mengandung kemampuan fisik-materiil guna hidup mandiri dan mengembangkan diri dan keluarganya untuk hidup harmonis dalam meningkatkan kesejahteraan dan kebahagiaan lahir dan batin.

Norma Keluarga Kecil, Bahagia, dan Sejahtera yang selanjutnya disingkat NKKBS adalah suatu nilai yang sesuai dengan nilai-nilai agama dan sosial budaya yang membudaya dalam diri pribadi, keluarga, dan masyarakat, yang berorientasi kepada kehidupan sejahtera dengan jumlah anak ideal untuk mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

Advokasi adalah suatu bentuk rangkaian komunikasi strategis yang dirancang secara sistematis dan ditaksanakan dalam kurun waktu tertentu baik oleh individu ataupun kelompok dengan maksud agar pembuat keputusan membuat, merubah atau memperbaiki suatu kebijakan publik sehingga menguntungkan bagi kelompok masyarakat banyak dan masyarakat marjinal.

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi yang selanjutnya disingkat KIE adalah kegiatan komunikasi untuk meningkatkan pengetahuan serta memperbaiki sikap dan perilaku keluarga, masyarakat dan penduduk dalam Program Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.

Pengaturan Kehamilan adalah upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk membantu pasangan dalam mengambil keputusan tentang usia ideal untuk melahirkan, jumlah ideal anak, dan jarak ideal kelahiran anak (Perpres RI, 2014)

5. Peraturan Pemerintah No 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi

Pasal 1

- a. Pelayanan Kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

- b. Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.
- c. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan kepada remaja dalam rangka menjaga kesehatan reproduksi.
- d. Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada suatu rangkaian organ, interaksi organ, dan zat dalam tubuh manusia yang dipergunakan untuk berkembang biak.
- e. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada perempuan sejak saat remaja hingga saat sebelum hamil dalam rangka menyiapkan perempuan menjadi hamil sehat.
- f. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan.
- g. Pelayanan Kesehatan Masa Melahirkan, yang selanjutnya disebut Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan.
- h. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu selama masa nifas dan pelayanan yang mendukung bayi yang dilahirkannya sampai berusia 2 (dua) tahun.
- i. Pelayanan Kesehatan Seksual adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada kesehatan seksualitas.
- j. Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alami adalah upaya memperoleh kehamilan di luar cara alaminya tanpa melalui proses hubungan seksual antara suami dan istri apabila cara alami tidak memperoleh hasil.

Pasal 2

Ruang lingkup pengaturan Kesehatan Reproduksi dalam Peraturan Pemerintah ini meliputi: a. Pelayanan kesehatan ibu; b. indikasi kedaruratan medis dan perkosaan sebagai pengecualian atas larangan aborsi; dan c. Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alami.

Pasal 3

Pengaturan Kesehatan Reproduksi bertujuan untuk:

- a. Menjamin pemenuhan hak Kesehatan Reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan; dan
- b. Menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

Pasal 8

- a. Setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.
- b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sedini mungkin dimulai dari masa remaja sesuai dengan perkembangan mental dan fisik.
- c. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan melalui:

- 1) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja;
 - 2) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, dan Sesudah Melahirkan;
 - 3) Pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual; dan
 - 4) Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi.
- d. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dilaksanakan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative (Peraturan Pemerintah, 2014)

6. Peraturan Kepala BKKBN No. 199 Tahun 2016 Tentang Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015 -2019

Berbagai tingkatan dalam penuangan Rencana Strategis (Renstra) BKKBN 2015- 2019, baik pada level sasaran program (outcome), sasaran kegiatan (output), Indikator RPJMN, Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), level komponen maupun pada level sub komponen sekalipun, harus dirumuskan dengan memperhatikan keterkaitannya pada Visi dan Misi Pemerintah (Kabinet Kerja) periode 2015-2019. Berdasarkan hal tersebut, kemudian disusun tujuan dan sasaran strategis lembaga BKKBN yang mengerucut pada upaya pencapaian Visi dan Misi Pemerintah (BKKBN, 2015).

Visi Pembangunan 2015-2019

Sesuai dengan arah kebijakan Pemerintah (Kabinet Kerja) 2015-2019, seluruh Kementerian/ Lembaga diarahkan untuk turut serta mensukseskan Visi dan Misi Pembangunan 2015-2019, dimana Visi Pemerintah untuk 5 (lima) tahun ke depan adalah untuk “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong”.

Misi Pembangunan 2015-2019

Sebagaimana tertera dalam RPJMN 2015-2019, untuk mewujudkan Visi di atas adalah melalui 7 Misi Pembangunan, yaitu:

- a. Mewujudkan keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopang kemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim, dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan;
- b. Mewujudkan masyarakat maju, berkeadilan dan demokratis berlandaskan Negara Hukum;
- c. Mewujudkan politik luar negeri bebas aktif dan memperkuat jati diri sebagai negara maritim;
- d. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera;
- e. Mewujudkan Indonesia yang berdaya saing;
- f. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat, dan berbasiskan kepentingan nasional; dan
- g. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan Upaya perwujudan Visi dan Misi Pembangunan tersebut, telah disusun strategi pembangunan nasional, diantaranya melalui norma pembangunan untuk membangun dan meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat, serta untuk meningkatkan kesejahteraan, kemakmuran, dan produktifitas dengan memberikan perhatian khusus pada peningkatan produktivitas rakyat lapisan menengah ke bawah guna menciptakan pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan. Hal ini kemudian didukung dengan fokus pada 3 (tiga) Dimensi Pembangunan, yaitu:

1) Dimensi Pembangunan Manusia dan Masyarakat; 2) Dimensi Pembangunan Sektor Unggulan; 3) Dimensi Pemerataan dan Kewilayahan. Dalam hal ini BKKBN masuk di dalam Dimensi Pembangunan yang pertama "Dimensi Pembangunan Manusia dan Masyarakat".

Tujuan BKKBN

Dengan berpedoman pada arah pembangunan Pemerintahan sebagaimana tertera dalam Buku I - RPJMN 2015-2019, BKKBN berkomitmen untuk berkontribusi dalam upaya pencapaian Visi dan Misi Pembangunan sebagaimana dijabarkan di atas dengan perumusan tujuan untuk "mencapai Penduduk Tumbuh Seimbang melalui upaya penurunan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) dan perwujudan Keluarga Berkualitas" (BKKBN, 2015).

Sasaran Strategis

BKKBN Untuk memastikan tujuan BKKBN dapat tercapai, maka ditetapkan sasaran strategis BKKBN 2015-2019 yang sesuai dengan Sasaran Pembangunan Kependudukan dan KB yang tertera pada RPJMN 2015-2019, yaitu:

- a. Menurunnya Angka kelahiran total (TFR)
- b. Meningkatnya prevalensi kontrasepsi (CPR) modern
- c. Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need)
- d. Meningkatnya peserta KB aktif yang menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)
- e. Menurunnya Tingkat Putus Pakai Kontrasepsi

Ke-5 (lima) Sasaran Strategis tersebut kemudian akan dijabarkan di dalam Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang akan dicapai melalui Indikator Kinerja Program dan Indikator Kinerja Kegiatan. Kemudian dalam implementasi upaya pencapaiannya dijabarkan pada level komponen sebagai penghubung dalam penuangan berbagai kegiatan dalam Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-K/L).

Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Sasaran Strategis

Sasaran Strategis BKKBN adalah kondisi yang akan dicapai secara nyata oleh BKKBN mencerminkan pengaruh yang ditimbulkan oleh adanya outcome dari beberapa program. Bentuk penjabaran tujuan strategis tersebut, BKKBN menetapkan Sasaran Strategis Tahun 2015-2019 sebagai berikut:

- a. Menurunnya Angka kelahiran total (TFR)
- b. Meningkatnya prevalensi kontrasepsi (CPR)
- c. Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need)
- d. Meningkatnya peserta KB aktif yang menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)
- e. Menurunnya Tingkat Putus Pakai Kontrasepsi

Untuk mengukur keberhasilan pencapaian sasaran strategis BKKBN Tahun 2015- 2019, maka BKKBN menetapkan indikator kinerja sasaran strategis sebagai berikut:

Tabel 1.
Indikator Kinerja Sasaran Strategis BKKBN Tahun 2015-2019

INDIKATOR	BASELINE TARGET 2014	TARGET KINERJA					2015-2019
		2015	2016	2017	2018	2019	
1 Angka kelahiran total (<i>total fertility rate/TFR</i>) per WUS (15-49)	2,60	2,37	2,36	2,33	2,31	2,26	2,26
2 Persentase pemakaian kontrasepsi (<i>modern contraceptive prevalence rate/ CPR</i>)	57,9	60,5	60,7	60,9	61,1	61,3	61,3
3 Persentase kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (<i>unmeet need</i>) (%)	11,4 (8,6)	10,60	10,48	10,26	10,14	9,91	9,91
4 Persentase peserta KB aktif (PA) MKJP	18,3	20,50	21,19	21,70	22,30	23,50	23,50
5 Tingkat putus pakai kontrasepsi (%)	27,1	26,0	25,7	25,3	25	24,6	24,6

- f. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan

Pasal 1

- 1) Kebidanan adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada perempuan selama masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, pascapersalinan, masa nifas, bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah, termasuk kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sesuai dengan tugas dan wewenangnya.
- 2) Pelayanan Kebidanan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan.
- 3) Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan.
- 4) Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.
- 5) Asuhan Kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh Bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat Kebidanan.
- 6) Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap untuk memberikan Pelayanan Kebidanan.
- 7) Uji Kompetensi adalah proses pengukuran pengetahuan, keterampilan, dan perilaku peserta didik pada perguruan tinggi yang menyelenggarakan program studi Kebidanan.
- 8) Sertifikat Kompetensi adalah surat tanda pengakuan terhadap Kompetensi Bidan yang telah lulus Uji Kompetensi untuk melakukan Praktik Kebidanan.

- 9) Sertifikat Profesi adalah surat tanda pengakuan untuk melakukan Praktik Kebidanan yang diperoleh lulusan pendidikan profesi.
- 10) Registrasi adalah pencatatan resmi terhadap Bidan yang telah memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi dan telah mempunyai kualifikasi tertentu lain serta mempunyai pengakuan secara hukum untuk menjalankan Praktik Kebidanan.
- 11) Surat Tanda Registrasi yang selanjutnya disingkat STR adalah bukti tertulis yang diberikan oleh konsil Kebidanan kepada Bidan yang telah diregistrasi.
- 12) Surat Izin Praktik Bidan yang selanjutnya disingkat SIPB adalah bukti tertulis yang diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota kepada Bidan sebagai pemberian kewenangan untuk menjalankan Praktik Kebidanan (Presiden Republik Indonesia, 2019).

Registrasi dan izin praktik

Pasal 21

- a. Setiap Bidan yang akan menjalankan Praktik Kebidanan wajib memiliki STR.
- b. STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan oleh Konsil kepada Bidan yang memenuhi persyaratan.
- c. Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - 1) Memiliki ijazah dari perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan Kebidanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 2) Memiliki Sertifikat Kompetensi atau Sertifikat Profesi;
 - 3) Memiliki surat keterangan sehat fisik dan mental; d. memiliki surat pernyataan telah mengucapkan sumpah/janji profesi; dan e. membuat pernyataan tertulis untuk mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Ijin Praktik

Pasal 25

- a. Bidan yang akan menjalankan Praktik Kebidanan wajib memiliki izin praktik.
- b. Izin praktik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk SIPB.
- c. SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diberikan oleh Pemerintah Daerah kabupaten/kota atas rekomendasi pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat Bidan menjalankan praktiknya.
- d. Pemerintah Daerah kabupaten/kota sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus menerbitkan SIPB paling lama 15 (lima belas) hari kerja sejak pengajuan SIPB diterima.
- e. Untuk mendapatkan SIPB sebagaimana dimaksud pada ayat (3), Bidan harus memiliki: a. STR yang masih berlaku; dan b. tempat praktik.
- f. SIPB berlaku apabila:
 - 1) STR masih berlaku; dan
 - 2) Bidan berpraktik di tempat sebagaimana tercantum dalam SIPB.

Tugas dan Wewenang

Pasal 46

- a. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu;
 - 2) Pelayanan kesehatan anak;
 - 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
 - 4) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - 5) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- b. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
 - c. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

C. Rangkuman

1. Aspek legal adalah suatu kaidah yang bertugas dalam mengatur segala tata cara pelaksanaan kegiatan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan termasuk hak dan kewajiban
2. Permenkes No. 28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan
3. *Sustainable Development Goals* atau (SDGs) adalah aksi dari sebuah rencana untuk mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan yang disepakati oleh pemimpin dunia termasuk Indonesia
4. Peraturan Pemerintah (PP) no.87 tahun 2014 tentang Perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga dan system informasi keluarga
5. Peraturan Pemerintah no 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi
6. Peraturan Kepala BKKBN No. 199 tahun 2016 tentang rencana strategis badan kependudukan dan Keluarga berencana Nasional tahun 2015 -2019

D. Tugas

1. Jelaskan syarat pembuatan SIPB?
2. Jelaskan tujuan SDGs 2030 terkait akses kesehatan reproduksi?
3. Jelaskan secara singkat tentang Peraturan Pemerintah (PP) No 87 tahun 2014?
4. Jelaskan ruang lingkup pengaturan kesehatan reproduksi dalam peraturan pemerintah no. 61 tahun 2014?
5. Sebutkan sasaran strategis Peraturan Kepala BKKBN No. 199 tahun 2016?

E. Referensi

- BKKBN, 2015. Rencana Strategis Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Bkkbn 2019, 1–43.
- Nuryana, D., 2020. The Scope Of Reproductive Health Service [WWW Document]. Knowl. Hub. URL <https://rhknowledge.ui.ac.id/id/articles/detail/apakah-itu-kesehatan-reproduksi-49c519> (accessed 11.4.22).
- Peraturan Pemerintah, 2014. PP No.61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.
- Permenkes, 2017. Permenkes Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Indonesia.

- Perpres RI, 2014. Peraturan Pemerintah tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014.
- Presiden Republik Indonesia, 2019. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan, Presiden Republik Indonesia.
- Presiden Republik Indonesia, 2009. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan.
- UNDP, 2022. Goal 5: Gender Equality [WWW Document]. URL https://www.undp.org/geneva/sustainable-development-goals?utm_source=EN&utm_medium=GSR&utm_content=US_UNDP_PaidSearch_Brand_English&utm_campaign=CENTRAL&c_src=CENTRAL&c_src2=GSR&gclid=CjwKCAjw8JKbBhBYEiwAs3sxN_4gRFdxNH1-Q8PSbU8h4-14JnRvBaP2YAoXqm4XMViaae
- Yustiari, Anwar, K.K., Melania Asi, K., Nurmiaty, Heyrani, Aisa, S., Hutomo, C.S., Elyasari, Arsulfa, Kartikasari, M.N.D., 2022. Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan. PT Global Eksekutif Teknologi, Padang, Sumatera Barat.

BAB III

INDIKATOR KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN

Ns.Ziska Herawati, S.Kep., M.K.M.

A. Tujuan Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami indikator kesehatan wanita sepanjang kehidupan.

B. Materi

1. Siklus Kehidupan Wanita dan Perubahan yang Terjadi Pada Setiap Tahap Kehidupan

Siklus kehidupan wanita adalah keadaan dimana wanita mengalami beberapa tahapan dalam masa hidupnya yang dimulai dari adanya konsepsi hingga masa usia lanjut. Dalam pendekatan siklus hidup ini, dikenal lima tahap, yaitu: Konsepsi, Bayi dan anak, Remaja, Usia subur, Usia lanjut.

a. Konsepsi

Pelayanan antenatal, persalinan aman dan nifas serta pelayanan bayi baru lahir. Selama masa konsepsi terjadi perkembangan janin. Ada beberapa tahap perkembangan janin pada masa ini yakni dari masa usia 1 minggu hingga 40 minggu dimana janin siap untuk dilahirkan ke dunia ini.

b. Bayi dan Anak

Bawah Lima Tahun atau sering disingkat sebagai Balita merupakan salah satu periode usia manusia setelah bayi sebelum anak awal. Rentang usia balita dimulai dari dua sampai dengan lima tahun, atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 24-60 bulan. Periode usia ini disebut juga sebagai usia prasekolah.

Anak adalah masa dimana jarak antara balita dan dewasa. Masa anak-anak memiliki 2 aspek penting yakni pertumbuhan dan perkembangan. Sedangkan pengertian mengenai apa yang dimaksud dengan pertumbuhan dan perkembangan per definisi adalah sebagai berikut:

- Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).
- Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.

Pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ / individu. Walaupun demikian, kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron pada setiap individu. Tumbuh kembang pada masa anak ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti lingkungan dan genetik. Tumbuh kembang yang terjadi berdampak pada psikis dan fisik dari anak itu sendiri, jika dilihat dari fisik jelas terjadi perubahan sedang dari psikis juga terjadi perubahan sikap dan perasaan. Dan pada masa anak-anak ini alat reproduksi juga belum berfungsi secara baik namun ada beberapa yang sudah berfungsi, misalnya mungkin sekarang banyak terjadi anak usia SD sudah mengalami menstruasi, hal ini mengartikan beberapa dari anak di sekitar kita sudah mengalami perubahan fungsi alat reproduksi.

c. Remaja

Masa remaja atau pubertas adalah usia diantara 13 sampai 18 tahun dan merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa. Peristiwa penting yang dialami remaja pada umumnya adalah haid atau menstruasi pertama atau *menarch*. Secara psikis *menarch* ini merupakan tanda kedewasaan. Pada usia ini tubuh wanita mengalami perubahan yang dramatis, karena memproduksi hormon-hormon seksual yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan sistem reproduksi. Menstruasi yang teratur merupakan tanda bahwa ada kesinambungan hormon.

Siklus menstruasi yakni *Folikel Stimulating Hormon (FSH)* yang dikeluarkan oleh hipofisis merangsang perkembangan folikel-folikel di dalam ovarium (indung telur). Pada umumnya hanya 1 folikel yang terangsang namun dapat perkembangan dapat menjadi lebih dari 1, dan folikel tersebut berkembang menjadi *folikel de graaf* yang membuat estrogen. Estrogen ini menekan produksi FSH, sehingga hipofisis mengeluarkan hormon yang kedua yaitu LH. Produksi hormon LH maupun FSH berada di bawah pengaruh releasing hormones yang disalurkan hipotalamus ke hipofisis. Penyaluran RH dipengaruhi oleh mekanisme umpan balik estrogen terhadap hipotalamus. Produksi hormon gonadotropin (FSH dan LH) yang baik akan menyebabkan pematangan dari folikel de graaf yang mengandung estrogen. Estrogen mempengaruhi pertumbuhan dari endometrium. Di bawah pengaruh LH, folikel de graaf menjadi matang sampai terjadi ovulasi. Setelah ovulasi terjadi, dibentuklah korpus rubrum yang akan menjadi korpus luteum, di bawah pengaruh hormon LH dan LTH (luteotrophic hormones, suatu hormon gonadotropik). Korpus luteum menghasilkan progesteron yang dapat mempengaruhi pertumbuhan kelenjar endometrium. Bila tidak ada pembuahan maka korpus luteum berdegenerasi dan mengakibatkan penurunan kadar estrogen dan progesteron.

Perubahan yang terjadi adalah:

1) Perubahan Fisik

- Ukuran Tubuh: TB, BB, LLA
- Proporsi tubuh: Hidung tambah mancung, pinggul tambah besar, lengan tambah panjang.
- Mengalami pertumbuhan seks primer dan sekunder
Seks primer adalah perubahan organ reproduksi pada manusia sudah mulai berfungsi optimal, contohnya menstruasi. Seks sekunder adalah perubahan – perubahan nyata yang terlihat dari luar, seperti perubahan fisik perempuan,

tumbuhnya payudara, tumbuhnya rambut disekitar pubis, berjerawat, kelenjar keringat diketiak mulai bertambah banyak, otot mulai bertambah besar dan kuat.

- Mengalami perkembangan biopsikososial, yaitu masa transisi dari anak - anak menuju dewasa.

2) Perubahan Psikis

- Ingin menyendiri dan mulai bosan dengan permainan pada masa kanak-kanaknya.
- Mengalami perubahan emosional
- Perubahan intelektual
- Memiliki sifat kewanitaan disebabkan oleh hormon esterogen yang meningkat.

d. Usia Subur

Usia dewasa ini adalah usia antara 18 tahun hingga 40 tahun. Pada masa ini sering diaitkan dengan masa subur, karena pada masa ini sering terjadi kehamilan pada wanita. Pada usia ini masa kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat bayi dan anak serta banyak masalah-masalah dari tuntutan karir. Masa dewasa ini yang namak terjadi adalah perubahan psikologis dari seseorang dan sering disebut sebagai masa sulit, karena pada masa ini wanita dituntut untuk melepaskan ketergantungannya terhadap orang tua dan berusaha untuk hidup mandiri.

Tahapan Usia Subur

1) Usia 20-30 tahun

Puncak fertiliti dan mentrusi akan tertaur, desakan estradiol sekitar 10 hari setelah permulaan masa haid, tepat sekitar mas aovulasi. Sedangkan progesteron pada paruh kedua akan membuat mudah tersinggung. Saat menggunakan alat kontrasepsi hormonal, seperti pil dan spiral. Penurunan tingkat kesuburan saat memasuki usia akhir 30 tahun.

Usia 40an

Usia 40an mamasuki masa pra-menopause. Siklus menstuasi masih tetap sama, tetapi produksi hormon estrogen dan progresteron dalam ovarium semakin berkurang. Pengurang hormon ini berlangsung 5 tahun.

e. Usia Lanjut

Usia lanjut (lansia) adalah setelah mencapai usia 60 tahun. Masa ini adalah masa yang rentan diserang berbagai penyakit degeneratif dan penyakit berat lainnya. Oleh karena itu, sangat penting bagi wanita untuk memeriksakan kehamilannya dengan teratur, selain itu prioritas utamanya adalah menjaga berat badan dan mengatur pola makan dan meminum suplemen, ditambah lagi dengan malkukan olahraga ringan dan terus beraktivitas.

Pada tahapan Usia Lanjut terjadi beberapa perubahan yaitu:

1) Klimakterium

Klimakterium merupakan suatu masa peralihan yang normal yang berlangsung beberapa tahun, tahapannya berupa:

a) Pre menopause

Pada masa ini klimakterium kira-kira dimulai 6 tahun sebelum masa manopause. Fungsi organ reproduksi mulai menurun, kadar estrogen mulai turun dan hormon

gonadotropin mulai meningkat sampai timbulnya keluhan atau tanda-tanda menopause.

b) Menopause

Menopause merupakan periode berhentinya haid secara alamiah atau masa dimana seorang wanita mengalami perdarahan haid terakhir dan tidak pernah mendapatkan haid lagi. Menopause menyebabkan perubahan fisik yang dapat mempengaruhi fungsi seksual seorang wanita. Hal ini akibat dari berkurangnya kadar estrgen dan progesteron. Perubahan yang terjadi:

c) Perubahan psikis

Perubahan psikis sangat bergantung pada tiap individu, hal tersebut dapat dipengaruhi pengetahuan seseorang. Perubahan yang terjadi:

- Rasa khawatir: perasaan merasa tua, tidak menarik lagi, dan takut tidak bisa memenuhi kebutuhan seksual suami.
- Lebih sensitif dan emosional

d) Perubahan fisik:

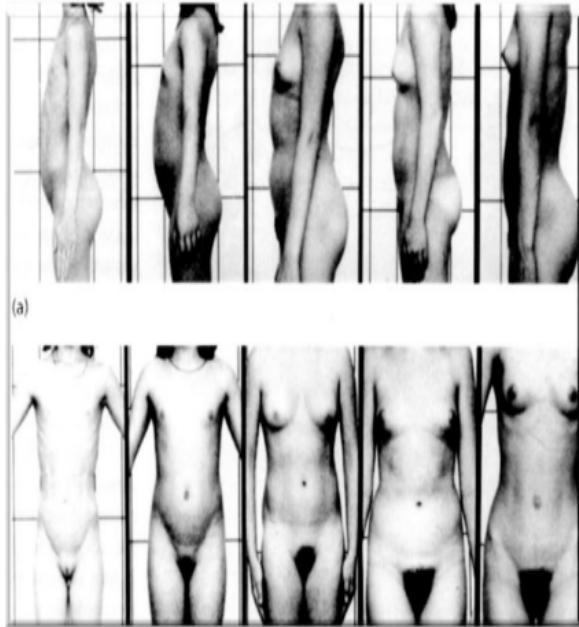
Perubahan fisik yang terjadi adalah kulit menjadi kendur dan menjadi kering dan keriput, timbul pigmensi pada kulit, Payudara mulai lembek, Vagina menjadi kering, Dispareunia, perasan panas dan berkeringat pada malam hari, Tidak dapat menahan berkemih, hilangnya jaringan penunjang, penambahan berat badan, Gangguan pada mata, nyeri tulang dan sendi.

e) Most menopause

Masa ini berlangsung sekitar 6-7 tahun sesudah menopause. Pada masa ini kadar estrogen sudah pada titik rendah sesuai dengan keadaan senium dan disertai dengan mulai memburuknya kondisi badan. Perubahan yang terjadi adalah Organ reproduksi mengalami penurunan fungsi: ovarium mengecil, uterus mengecil, epitel vagina menipis, pasca menopause juga mengalami gangguan vegetatif, psikis, dan organik.

f) Senium

Masa ini terjadi kesinambungan hormonal yang baru. Perubahan yang terjadi adalah kemundurannya alat-alat tubuh dan kemampuan fisik sebagai proses menjadi tua. Masa ini cenderung mengalami osteoporosis yang disebabkan pengaruh hormon steroid dan osteoblas yang berkurang.



Gambar 1. Perubahan reproduksi pada wanita
Sumber: Duchame dan Forrest

2. Aspek yang Dikaji Dalam Setiap Tahap Kehidupan: Fisik dan Psikososial

Kesehatan wanita banyak dipengaruhi oleh nilai-nilai budaya yang hidup dalam masyarakat. Wanita sering dicitrakan sebagai makhluk yang lemah dan harus selalu mengalah dan berkorban. Anggapan seperti tersebut, jelas merugikan kesehatan wanita. Perkembangan fisik adalah perubahan-perubahan pada tubuh, otak, kapasitas sensoris dan ketrampilan motoric. Perubahan pada tubuh ditandai dengan penambahan tinggi dan berat tubuh, pertumbuhan tulang dan otot, dan kematangan organ seksual dan fungsi reproduksi. Tubuh remaja mulai beralih dari tubuh kanak-kanak yang cirinya adalah pertumbuhan menjadi tubuh orang dewasa yang cirinya adalah kematangan. Perubahan fisik otak sehingga strukturnya semakin sempurna meningkatkan kemampuan kognitif) Papalia dan Olds, 2001).

Psikososial sebagai sesuatu yang menyinggung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikologis.

Aspek pengkajian dalam kesehatan wanita meliputi:

a. Aspek Fisik

Aspek fisik yang perlu dikaji dalam lingkup kesehatan wanita sama dengan pengkajian yang dilakukan pada manusia dewasa, antara lain:

- Kondisi fisik (tanda-tanda vital)
- Nutrisi
- Cairan dan elektrolit
- Higiene personal
- Istirahat – tidur
- Kasih sayang dan seks
- Aktualisasi diri
- Rasa aman dan nyaman

b. Aspek Psikososial

Psikososial yang dikaji, meliputi:

- Identitas seksual: perubahan fisik dan sikap dari wanita yang menunjukkan identitasnya sebagai wanita.
- Identitas kelompok: kepuasan hidup dalam sebuah kelompok dan penerimaan
- Konsep diri (peran, identitas diri, gambaran diri atau citra tubuh, harga diri)
- Kecemasan dan masalah kehidupan
- Kondisi lingkungan sosial
- Faktor pendukung dari keluarga dan masyarakat
- Komunikasi atau hubungan dalam kelompok, keluarga dan masyarakat (perasaan dihargai)

3. Indikator Kesehatan Wanita

Indikator kesehatan wanita sangat mendukung kehidupan wanita karena indikator adalah perbandingan atau perhitungan kesehatan wanita. Kesehatan wanita dapat dilihat dari berbagai sudut pandang yang dapat menunjang kualitas hidup dirinya dan generasinya.

Beberapa indikator yang mempengaruhi kesehatan wanita adalah:

a. Angka Kematian Ibu

Tinggnya angka kematian ibu disebabkan oleh beberapa faktor yaitu infeksi, perdarahan dan penyulit persalinan. Faktor reproduksi memperbesar angka kematian ibu, paritas lebih dari 3 serta kehamilan dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun pada saat melahirkan. terbukti menjadi penyebab meningkatnya angka kematian ibu.

Angka kematian ibu dapat juga disebabkan karena peran dan kedudukan wanita dalam keluarga, kondisi transportasi dan letak geografis. Kondisi tersebut menyebabkan wanita dalam kondisi yang sulit sampai pada pelayanan tenaga medis difasilitas kesehatan.

b. Pendidikan wanita

Kemiskinan merusak kesempatan pendidikan. Namun, kesempatan untuk bersekolah tidak sama untuk semua orang tergantung pada kemungkinan pembiayaan. Tingkat pendidikan ini mempengaruhi tingkat kesehatan, seseorang yang memiliki pendidikan akan lebih memahami masalah kesehatan dan pencegahan merawat diri sendiri, dan ikut serta dalam mengambil keputusan dalam keluarga dan masyarakat.

Pendidikan berpengaruh kepada sikap wanita terhadap kesehatan, rendahnya pendidikan membuat wanita kurang peduli terhadap kesehatan, mereka tidak mengenal bahaya atau ancaman kesehatan yang mungkin terjadi terhadap diri mereka. Sehingga walaupun sarana yang baik tersedia dapat memanfaatkan secara optimal karena rendahnya pengetahuan yang mereka miliki.

c. Indikator Penghasilan

Penghasilan perempuan meningkat, maka pola pemenuhan kebutuhan akan bergeser dari pemenuhan kebutuhan pokok saja, menjadi pemenuhan kebutuhan lain, khususnya peningkatan kesehatan perempuan. Penghasilan berkaitan dengan status ekonomi, dimana sering kali status ekonomi menjadi penyebab terjadinya masalah kesehatan pada wanita. Misalnya banyak kejadian anemia defisiensi Fe pada wanita usia subur yang sering kali disebabkan kurangnya asupan makanan yang bergizi seimbang. Anemia pada ibu hamil

akan lebih memberikan dampak yang bisa mengancam keselamatan ibu. Pada wanita bekerja yang mempunyai sedikit waktu istirahat, akan menyebabkan terjadinya kelelahan kronis, stress berpengaruh terhadap kesehatan ibu.

d. Tingkat Kesuburan

Masa subur adalah suatu masa dalam siklus menstruasi perempuan dimana terdapat sel telur yang matang yang siap dibuahi, sehingga bila perempuan tersebut melakukan hubungan seksual maka dimungkinkan terjadi kehamilan.

Siklus menstruasi dipengaruhi oleh hormon seks perempuan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon-hormon ini menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh perempuan yang dapat dilihat melalui beberapa indikator klinis seperti perubahan suhu basal tubuh, perubahan sekresi lendir leher rahim (serviks), perubahan pada serviks, panjangnya siklus menstruasi (metode kalender) dan indikator minor kesuburan seperti nyeri perut dan perubahan payudara.

e. Indikator Usia Harapan Hidup

Usia harapan hidup (Life Expectancy Rate) merupakan lama hidup manusia di dunia. Faktor-faktor kesehatan yang mempengaruhi dan berhubungan dengan usia harapan hidup. Hal yang berpengaruh adalah pola makan. Mereka yang mempunyai kesempatan untuk menikmati hidup lebih lama ini adalah orang-orang yang sangat memperhatikan pola makannya. Pada wanita yang memasuki usia lansia beberapa jenis makanan yang wajib dihindari adalah jenis makanan goreng-gorengan, mengurangi konsumsi protein dan lemak dalam tubuh, dengan cara mengurangi makanan yang mengandung lemak dan protein hewani, seperti telur, susu, daging, keju, selain juga mengurangi porsi makan sehari-hari. Pada awal usia 50 tahunan, disaat proses metabolisme tubuh sudah mulai lambat, mereka banyak makan makanan yang mengandung zat anti oksidan yang bermanfaat bagi tubuh.

Penyakit degenerative seperti penyakit kanker, jantung koroner, diabetes dan stroke juga menjadi penyakit yang mengancam kehidupan wanita.

C. Rangkuman

Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibandingkan laki-laki karena kodratnya untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui, dan mengalami menopause, sehingga memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif selama hidupnya. Ini berarti bahwa pada masa-masa kritis, seperti pada saat kehamilan, terutama sekitar persalinan, diperlukan perhatian khusus terhadap perempuan.

Kesehatan dan kesejahteraan ibu merupakan unsur utama dalam menentukan generasi yang akan datang. Ibu adalah penentu dan merupakan kunci dasar perkembangan sosial secara nasional. Proses kehamilan, persalinan dan bayi yang di lahirkan harus aman dan sehat serta membawa kebahagiaan bagi ibu dan keluarga. Semua ibu mempunyai hak untuk kesempatan mendapatkan proses kehamilan yang aman sampai saat melahirkan dan juga hak untuk mempunyai bayi yang lahir sehat.

Indikator status kesehatan wanita ada lima yaitu: 1. Pendidikan, 2. Tingkat kesuburan 3. Penghasilan, 4.Usia harapan hidup, 5. Angka kematian ibu,

D. Tugas

1. Jelaskan pertumbuhan dan perkembangan reproduksi wanita sepanjang siklus kehidupannya?
2. Jelaskan indikator kesehatan wanita sepanjang siklusnya?

E. Referensi

Bobak Loderwik Jensen. 2011. Buku Ajar Keperawatan Maternitas Ed.4, Jakarta.

Dep. Kes RI. 2001. Kesehatan Reproduksi: Jakarta

Depkes RI United Nation Population Found. 2002. Pedoman Pelaksanaan Kegiatan (KIE) Kesehatan Reproduksi untuk Petugas Kesehatan di Tingkat Dasar. Jakarta
Depkes RI.

Diyan Indriyani, et al, 2018. Buku ajar keperawatan maternitas: upaya promotif dan preventif dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Yogyakarta: Ar-Ruz Media

Ida Bagus Gede Manuaba, 1999, Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Area EGC Jakarta

Mitayani. 2011. Asuhan Keperawatan Maternitas. Jakarta. Salemba Medika.

Scoot, J. 2002. Buku Saku Obstetri and Ginekology. Jakarta Widya Medika.

Ratnawati Ana. 2018. Asuhan keperawatan maternitas. Yogyakarta Penerbit Pustaka Baru Press.

Biografi Penulis



Ns. Ziska Herawati, S.Kep, M.K.M, Lahir di Jakarta, Sejak kecil hingga saat ini tinggal di Jakarta Timur. Pendidikan terakhir adalah Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia. Penulis memulai karir sebagai dosen pada tahun 2010 sampai dengan 2013 di STIKes Istara Nusantara, saat ini Penulis aktif menjadi dosen di Akademi Keperawatan Yayasan Jalan Kimia. Jabatan fungsional dosen saat ini adalah Lektor. Penulis aktif melakukan

penelitian yang diterbitkan dalam jurnal Nasional milik Akademi Keperawatan Yayasan Jalan Kimia maupun kampus lain.

BAB IV

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

Elza Wulandari, S.S.T, M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah selesai mempelajari materi pembelajaran tentang Kesehatan Reproduksi dalam Perspektif Gender ini, Anda diharapkan mampu memahami:

1. Gender dan seksualitas
2. Budaya yang mempengaruhi gender
3. Diskriminasi gender
4. Bentuk-bentuk ketidakadilan gender
5. Ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender dalam pelayanan kesehatan
6. Isu gender dalam kesehatan reproduksi

Agar tujuan pembelajaran diatas tercapai, maka materi pembelajaran tersebut akan dijelaskan berikut ini.

B. Materi

1. Gender dan Seksualitas

Menurut Badan Pemberdayaan Masyarakat (2003):

- a. Gender adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam peran, fungsi, hak, tanggung jawab dan perilaku yang dibentuk oleh tata nilai sosial, budaya dan adat istiadat.
- b. Seksualitas/ Jenis Kelamin (seks) adalah perbedaan fisik biologis, yang mudah dilihat melalui ciri fisik primer dan secara sekunder yang ada pada laki-laki dan perempuan.

Perbedaan Gender dan Seks

Gender	Seks
Perbedaan peran, fungsi, hak, sikap, prilaku dibentuk oleh masyarakat. Dapat berubah/berkembang sesuai dengan kemajuan IPTEK. Dapat bergantian antara laki-laki dan perempuan. Contoh: Perempuan hanya tinggal dirumah dan mengurus anak, tetapi laki-laki dapat pula tinggal diruma dan mengurus anak seperti halnya perempuan.	Takdir Tuhan, perbedaan biologis, hormonal, anatomi dan fisiologi, pemberian Tuhan, diciptakan oleh Tuhan. Tetap (tidak berubah) Tidak dapat bergantian antara laki-laki dan perempuan. Contoh: 1. Hanya perempuan yang bisa melahirkan dan menyusui 2. Hanya laki-laki yang memproduksi sperma.

2. Budaya yang Mempengaruhi Gender

Sebagaimana kita ketahui bahwa Indonesia mempunyai beraneka ragam budaya dan adat istiadat yang membentuk suatu nilai atau norma-norma sehingga membedakan peran, fungsi

serta tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan. Laki-laki dan perempuan mempunyai kodrat yang berbeda. Sesuai dengan norma-norma di masyarakat yang telah menetapkan perempuan merupakan ratu pengurus rumah tangga sehingga perempuan tidak diperbolehkan untuk beraktivitas di luar rumah tangga yang dianggap menyalahi kodratnya. Contohnya laki-laki bekerja mencari uang untuk menyejahterakan keluarga sedangkan perempuan bertanggungjawab di rumah untuk mengasuh anak, merawat anak, mengerjakan pekerjaan di dapur seperti memasak, mencuci, menyapu dan melayani suami.

Menurut Widyastuti,dkk (2009), kondisi yang diciptakan atau direkayasa oleh norma (adat-istiadat) yang membedakan peran dan fungsi antara laki-laki dan perempuan berhubungan dengan kemampuannya. Berikut ini beberapa contoh budaya mempengaruhi gender, yaitu:

- a. Masyarakat di Jawa yang menganut budaya patriaki menyatakan bahwa seorang kepala keluarga dipegang oleh laki-laki sehingga laki-laki dianggap sebagai orang yang berkuasa di dalam keluarga. Budaya patriaki ini juga bisa menyebabkan anggapan bahwa kesehatan reproduksi merupakan masalah bagi perempuan sehingga mengakibatkan kurangnya partisipasi, dukungan bahkan kepedulian laki-laki dalam kesehatan reproduksi tersebut. Salah satu contohnya adalah masalah KB yang merupakan masalah perempuan sehingga sangat sedikit akseptor KB itu adalah laki-laki.
- b. Di Jawa juga mempunyai pepatah bahwa perempuan sebagai kasur, sumur dan dapur. Sehingga perempuan itu hanya melayani suami sehingga kedudukan dianggap paling rendah dari laki-laki.
- c. Orang tua yang membedakan perlakuan kepada anaknya laki-laki dengan memberikan perlengkapan bayi berwarna biru sedangkan perempuan berwarna merah muda.
- d. Pengaruh pengasuhan dimana ayah lebih banyak terlihat dalam sosialisasi dengan anak laki-laki daripada perempuan.
- e. Orangtua membedakan permainan bagi anak laki-laki dan perempuan. Anak laki-laki diberi mainan seperti mobil-mobilan dan robot-robotan sedangkan anak perempuan diberi boneka.
- f. Pada masa remaja orangtua lebih memberikan izin kebebasan untuk bepergian jauh kepada anak laki-laki dibandingkan dengan anak perempuan.

3. Diskriminasi Gender

Diskriminasi gender sering disebut dengan perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Menurut Romauli,dkk (2011), Diskriminasi gender adalah adanya perbedaan, pengecualian atau pembatasan yang dibuat berdasarkan peran dan norma gender yang dikonstruksi secara sosial yang mencegah seseorang untuk menikmati HAM secara penuh.

Perbedaan gender (*gender differences*) bukan suatu masalah sepanjang tidak menimbulkan ketidakadilan gender (*gender inequalities*). Akan tetapi yang menjadi masalahnya yaitu ternyata perbedaan gender ini telah menimbulkan berbagai ketidakadilan khususnya bagi perempuan. Secara biologis atau kodratnya perempuan dengan organ reproduksinya dapat hamil, melahirkan dan menyusui kemudian menjadi peran gender (*gender role*) sebagai perawat, pengasuh dan pendidik anak (Makarao, 2009).

4. Bentuk-Bentuk Ketidakadilan Gender

Adanya diskriminasi atau pembedaan memunculkan sebuah permasalahan dan menimbulkan kerugian yang dialami oleh pihak yang bersangkutan. Emansipasi perempuan atau kesetaraan

gender memang telah menjadi sebuah norma dan prinsip yang secara formal diadopsi sebagai bagian dari proyeksi Indonesia modern (Djoharwinarli, 2012). Dengan demikian agar dapat memahami dan membuktikan bahwa perbedaan gender yang menimbulkan ketidakadilan dapat dilihat dari bentuk-bentuk ketidakadilan gender sebagai berikut:

a. Marginalisasi

Marginalisasi adalah suatu proses peminggiran atau pemisahan terhadap perempuan sehingga mengalami pemiskinan dan keterpurukan. Bentuk marginalisasi yang paling sering terjadi kepada perempuan dikarenakan perbedaan gender. Upaya memarginalkan posisi perempuan dapat terjadi dimana saja seperti tempat kerja, rumah, lingkungan sekitar, dan masyarakat yang bersumber dari kebijakan pemerintah, keyakinan, agama, tradisi, kebiasaan yang sudah melekat sejak dulu dan bahkan asumsi ilmu pengetahuan. Tindak diskriminasi yang dialami perempuan seringkali terjadi dalam sektor industri yang kerap kali menjadikan perempuan hanya sebatas seorang buruh atau pekerja dan belum bisa menempati posisi kunci atau posisi yang berpengaruh.

Bentuk marginalisasi terhadap perempuan menyebabkan para perempuan dipaksa untuk membatasi segala kemampuan yang di miliki, contohnya marginalisasi dalam ruang kerja dimana para perempuan dipandang tidak pantas melakukan pekerjaan yang umumnya lebih memerlukan keterampilan kaum laki-laki. Sehingga mengakibatkan para perempuan susah mencari pekerjaan yang diinginkan oleh mereka atau bahkan sesuai dengan *skill* mereka yang disebabkan oleh pandangan masyarakat yang menganggap pendidikan bahkan keterampilan perempuan lebih rendah dibandingkan oleh laki-laki misalnya jabatan seorang direktur banyak dipimpin oleh laki-laki, baby sister adalah perempuan.

Marginalisasi juga mengakibatkan ketimpangan upah yang diterima perempuan dan laki-laki sehingga kemiskinan kaum perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki.

b. Subordinasi

Subordinasi adalah bentuk penomorduaan perempuan dan ini merupakan pangkal dari terjadinya ketidakadilan gender. Sikap yang memposisikan perempuan ke posisi yang tidak penting timbul dari suatu pendapat yang menyatakan bahwa perempuan itu emosional dan lebih menempatkan kepada perasaan sehingga perempuan dianggap tidak bisa memimpin.

Pada kehidupan di masyarakat bahkan di lingkungan rumah perempuan selalu dinomorduakan, misalnya dalam hal pendidikan. Kaum laki-laki lebih diprioritaskan bersekolah dibandingkan perempuan, karena anggapan kalau perempuan tidak perlu sekolah yang tinggi pada akhirnya akan di dapur juga.

c. Stereotip

Stereotip adalah suatu bentuk pelabelan yang negatif kepada kelompok atau jenis kelamin tertentu sehingga menimbulkan diskriminasi dan ketidakadilan khususnya pada perempuan. Salah satu bentuk stereotip bersumber dari pandangan gender. Stereotip dapat berkembang dalam lingkup rumah tangga, lingkungan masyarakat, bahkan di lingkungan pekerjaan.

Salah satu contoh stereotip di lingkungan kerja yaitu anggapan bahwa perempuan lebih cocok bekerja mengurus rumah tangga daripada berkarir. Hal ini secara tidak langsung memunculkan ketidakadilan akibat pelebelan negatif pada perempuan.

Di lingkup masyarakat juga kerap terjadi stereotip ini, seperti anggapan bahwa pemerkosaan dan pelecehan yang dilakukan laki-laki pada perempuan dikarenakan kesalahan perempuan dimana perempuan dianggap memancing hawa nafsu laki-laki salah satunya pakaian yang digunakan.

d. *Violence* (Kekerasan)

Violence merupakan serangan terhadap fisik maupun mental psikologis seseorang yang dilakukan terhadap jenis kelamin tertentu, umumnya perempuan sebagai akibat dari perbedaan gender (Makarao, 2009). Bentuk kekerasan memiliki berbagai tingkatan, yaitu;

- 1) Kekerasan psikologis, kekerasan ini dalam bentuk munculnya rasa takut yang timbul dari korban. Hal ini dapat menimbulkan psikologi serius seperti emosi pada korban. Kekerasan psikologis ini terjadi dikarenakan adanya intimidasi, penculikan/penyekap, ancaman-ancaman, pengucilan, penghinaan, merendahkan, dan lain sebagainya yang berhubungan dengan emosional seseorang.
- 2) Kekerasan fisik, merupakan salah satu bentuk kekerasan yang bisa dianalisa langsung dampaknya, karena yang dilakukan langsung menuju kepada fisik korban. Bentuk kekerasan fisik yaitu memukul, menyakiti, melukai, baik dengan senjata, alat-alat atau secara langsung tanpa bantuan apapun.
- 3) Kekerasan seksual, bentuk kekerasan seksual dapat meliputi tindak pemaksaan dalam berhubungan seksual, baik itu dengan alat, binatang, atau orang lain. Menjadikan perempuan sebagai pekerja seks, atau bahkan meliputi tindak pengisolasian seorang perempuan sebagai istri dari kebutuhan batinnya.
- 4) Kekerasan ekonomi, kekerasan ini biasanya berupa larangan atau pencegahan untuk mempunyai penghasilan mandiri dan melakukan kontrol paksa atas penghasilan.

e. Beban Kerja Lebih Berat (Burden)

Perempuan bekerja merupakan hal yang sudah biasa di era sekarang. Alasan mereka sangat beragam, antara lain: kondisi ekonomi, tuntutan zaman dan eksistensi diri sebagai manusia yang memiliki kemampuan yang sama dengan laki-laki. Namun, budaya yang masih belum berpihak mengakibatkan perempuan bekerja mengalami beban kerja lebih berat. Meskipun mereka bekerja dari pagi hingga sore hari, tetapi tidak membuat beban sebagai ibu rumah tangga berkurang yang bertugas untuk memasak, mencuci, menyiapkan semua kebutuhan keluarga, dan memperhatikan anak-anaknya. Karena ketika laki-laki membantu tugas perempuan di rumah tangga masih saja dianggap tabu oleh kalangan masyarakat (Hidayati,2015).

5. Ketidaksetaraan dan Ketidakadilan Gender Dalam Pelayanan Kesehatan

a. Ketidaksetaraan Gender

Menurut Romauli,dkk (2011), Ketidaksetaraan gender adalah keadaan diskriminatif (sebagai akibat dari perbedaan jenis kelamin) dalam memperoleh kesempatan, pembagian sumber-sumber dan hasil pembangunan serta akses terhadap pelayanan. Adapun contoh ketidaksetaraan gender di bidang kesehatan:

1) Bias gender dalam penelitian kesehatan

Adanya indikasi bahwa penelitian kesehatan memiliki tingkat bias yang nyata, baik itu di pemilihan topik, metode yang digunakan, maupun dalam analisis data. Gangguan kesehatan biasa yang mengakibatkan gangguan berarti pada perempuan tidak

mendapatkan perhatian bila tidak mempengaruhi fungsi reproduksinya, misalnya dismenore dan osteoporosis.

2) Perbedaan gender dalam akses terhadap pelayanan kesehatan

Perempuan di Negara berkembang seperti di Indonesia umumnya belum bisa memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya. Contohnya dalam proses persalinan yang normal dianggap peristiwa medis yang tidak memikirkan kebutuhan perempuan misalnya kebutuhan untuk didampingi orang terdekat saat persalinan, atau mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman.

b. Ketidakadilan Gender

Dalam berbagai aspek ketidaksetaraan gender sering ditemukan juga ketidakadilan gender, yaitu ketidakadilan berdasarkan norma dan standar yang berlaku, baik dalam hal distribusi manfaat maupun tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan (dengan pemahaman bahwa laki-laki dan perempuan mempunyai perbedaan kebutuhan dan kekuasaan). Ketidaksetaraan ini menyiratkan bahwa kesenjangan yang terjadi tidak dinilai apakah hal tersebut dapat dianggap pantas atau adil dalam suatu tatanan masyarakat. Hal ini dapat dikatakan bahwa ketidakadilan merupakan ketidaksetaraan yang tidak pantas atau tidak adil.

Definisi "keadilan gender dalam kesehatan" menurut WHO mengandung 2 aspek:

- 1) Keadilan dalam (status) kesehatan, yaitu tercapainya derajat kesehatan yang setinggi mungkin (fisik, psikologis, dan sosial) bagi setiap warga Negara.
- 2) Keadilan dalam pelayanan kesehatan, yang berarti bahwa pelayanan kesehatan diberikan sesuai dengan kebutuhan tanpa tergantung pada kedudukan sosial seseorang, dan diberikan sebagai respon terhadap harapan yang pantas dari masyarakat, dengan penarikan biaya pelayanan yang sesuai dengan kemampuan bayar seseorang.

Beberapa contoh ketidakadilan gender dalam bidang kesehatan:

1) Ketidakadilan dalam hal penyakit dan kematian

Sebagaimana kita ketahui bahwa angka kesakitan dan kematian tertinggi adalah angka kesakitan dan kematian perempuan yang terjadi di wilayah dunia termasuk Indonesia. Ini terjadi karena bentuk pengabaian terhadap kesehatan, gizi dan kebutuhan perempuan secara langsung kualitas hidupnya.

2) Ketidakadilan dalam kelahiran bayi

Masih banyak kita temui bahwa masyarakat khususnya orangtua yang lebih mengharapkan kehadiran anak laki-laki daripada anak perempuan. Padahal dari segi agama tidak ada perbedaan jenis kelamin anak. Tetapi kebanyakan anggapan menyatakan bahwa laki-laki lebih tinggi statusnya dibanding perempuan, maka muncullah isu ketidaksetaraan gender dimana orangtua lebih menginginkan mempunyai anak laki-laki daripada perempuan.

3) Ketidakadilan dalam pendidikan

Ketidakadilan dalam pendidikan ini terlihat pada saat pendidikan lanjutan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi dimana diprioritaskan kepada laki-laki dibanding perempuan.

4) Ketidakadilan dalam Profesi

Dalam hal memperoleh pekerjaan, bahkan tentang promosi jabatan perempuan seringkali menghadapi kendala daripada laki-laki.

5) Ketidakadilan dalam kepemilikan

Di masyarakat umumnya kepemilikan harta banyak dikuasai oleh laki-laki. Ketidakadilan dalam kepemilikan harta ini bukan hanya mengurangi suara perempuan, tetapi juga membuat perempuan lebih sulit memasuki dan mengembangkan jenis usaha komersial dan kegiatan ekonomi-sosial lainnya.

6) Ketidakadilan dalam rumah tangga

Seringkali terdapat ketidakadilan gender yang mendasar di dalam rumah tangga dan bentuknya bermacam-macam. Dari perkara yang sederhana sampai kepada yang rumit. Begitu pula pembagian yang tidak adil dalam peran dan tanggung jawab di rumah. Misalnya dalam pembagian tugas mengurus rumah dan mengurus anak.

Dari berbagai contoh ketidakadilan yang dijelaskan diatas, tentu merugikan kehidupan perempuan umumnya termasuk dalam kesehatan. Dimana terlihat dari data-data berikut ini:

- 1) Dari 1,3 milyar penduduk miskin, 70% adalah perempuan.
- 2) 50% lebih perempuan tidak dapat membaca dibandingkan laki-laki.
- 3) Lebih banyak perempuan menderita gizi buruk daripada laki-laki.
- 4) Gaji perempuan biasanya 30-40% lebih rendah dibandingkan laki-laki dalam posisi pekerjaan yang sama.
- 5) Setiap tahun, paling tidak setengah juta perempuan meninggal karena komplikasi kehamilan.
- 6) Di negara- negara berkembang, perempuan hanya menduduki kurang dari sepertuju posisi administrasi dan manager.
- 7) Perempuan hanya menduduki 10% kursi kabinet nasional di dunia.

6. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Suatu kondisi yang menunjukkan kesenjangan kondisi yang diinginkan dengan kondisi yang ada antara laki-laki dan perempuan.

a. Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (*Safe Motherhood*)

- 1) Ketidakmampuan perempuan dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan dirinya sendiri. Contoh: dalam menentukan kapan hamil, jumlah anak, tempat persalinan dll. Ini terjadi karena lemahnya kedudukan perempuan baik dalam keluarga maupun masyarakat.
- 2) Sikap dan prilaku keluarga yang cenderung mengutamakan laki-laki. Contoh: dalam mengkonsumsi makanan sehari-hari yang diutamakan suami atau laki-laki daripada perempuan. Hal ini sangat merugikan kesehatan perempuan, terutama bila sedang hamil dan menyusui.
- 3) Beban majemuk pada daerah tertentu dimana tuntutan untuk tetap bekerja. Contoh: seorang ibu yang sedang hamil tetap dituntut untuk melakukan pekerjaan keras seperti sewaktu tidak hamil.

- b. Keluarga Berencana
 - 1) Kesertaan ber-KB dimana diketahui bahwa kebanyakan akseptor KB adalah perempuan dibanding laki-laki. Hal ini terjadi karena anggapan bahwa target sasaran ber-KB itu adalah perempuan.
 - 2) Perempuan tidak mempunyai kekuatan untuk memutuskan metode KB yang diinginkan karena harus atas persetujuan suami.
- c. Kesehatan Reproduksi Remaja
 - 1) Ketidakadilan dalam membagi tanggung jawab. Contoh: pada kasus kehamilan pada remaja, remaja putri yang selalu menjadi korban dan menanggung semua akibatnya (putus sekolah, kekerasan terhadap perempuan, dll) bahkan menyalahkan pihak perempuan, sedangkan remaja puteranya seolah-olah terbebas dari segala masalah padahal ikut adil dalam menciptakan masalah tersebut.
 - 2) Ketidakadilan dalam aspek hukum. Contoh: dalam tindakan aborsi ilegal yang diancam oleh sanksi dan hukuman adalah perempuan yang menginginkan tindakan aborsi sedangkan laki-laki yang menyebabkan kehamilan tidak tersentuh oleh hukum.
- d. Infeksi Menular Seksual
 - 1) Perempuan selalu dijadikan obyek intervensi dalam program pemberantasan IMS, walaupun kaum laki-laki sebagai konsumen justru memberikan kontribusi yang cukup besar dalam permasalahan tersebut.
 - 2) Setiap upaya mengurangi praktek prostitusi, kaum perempuan sebagai penaja seks komersial selalu yang disalahkan. Sementara kaum laki-laki yang menjadi sumber penularan tidak pernah diintervensi dan dikoreksi.
 - 3) Perempuan (istri) tidak kuasa menawarkan kondom jika suami terserang IMS.

C. Rangkuman

Gender adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam peran, fungsi, hak, tanggung jawab dan perilaku yang dibentuk oleh tata nilai sosial, budaya dan adat istiadat sedangkan seksualitas/ Jenis Kelamin (seks) adalah perbedaan fisik biologis, yang mudah dilihat melalui ciri fisik primer dan secara sekunder yang ada pada laki-laki dan perempuan. Beraneka ragam budaya dan adat istiadat yang membentuk suatu nilai atau norma-norma sehingga membedakan peran, fungsi serta tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan dimana laki-laki dan perempuan mempunyai kodrat yang berbeda sesuai dengan norma-norma di masyarakat.

Diskriminasi gender akibat dari adanya perbedaan, pengecualian atau pembatasan yang dibuat berdasarkan peran dan norma gender yang dikonstruksi secara sosial yang mencegah seseorang untuk menikmati HAM secara penuh, sehingga menimbulkan permasalahan dan kerugian serta ketidaksetaraan gender yang dapat berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

D. Tugas

Untuk lebih memahami materi yang sudah dijelaskan diatas, silahkan anda mengerjakan soal dibawah ini.

1. Jelaskan perbedaan gender dan seksualitas!
2. Berikan contoh perbedaan gender dan seksualitas!

3. Berikan contoh bentuk-bentuk ketidakadilan gender yang ada di lingkungan tempat tinggal anda!
4. Jelaskan kenapa sampai saat ini partisipasi kesehatan reproduksi bagi laki-laki masih kurang!
5. Mengapa kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan perempuan?

E. Referensi

- Departemen Kesehatan. 2004. Panduan Pelayanan Sensitif Gender Bagi Petgas Kesehatan. Jakarta.
- Djoharwinarli, Sri (2012). *Dilema Kesetaraan Gender Refleksi dan Respon Praktis* Yogyakarta: Center for Politics and Government (PoIGov) Fisipol UGM.
- Hidayati, Nurul. *Beban Ganda Perempuan Bekerja (Antara Domestik dan Publik)*, (Muwazah, Volume 7, No. 2, 2015), hlm, 108.
- Makara, Nurul Ramadhani. 2009. Gender dalam Bidang Kesehatan. Alfabeta. Bandung.
- Romauli, dkk, 2011. *Kesehatan Reproduksi buat Mahasiswa Kebidanan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Widiyastuti, Yani, dkk, 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Fitramaya. Yogyakarta.

F. Glosarium

- HAM : Hak Azasi Manusia
- IMS : Infeksi Menular Seksual
- IPTEK : Ilmu Pengetahuan Teknologi
- KB : Keluarga Berencana
- WHO : World Health Organization

Biografi Penulis



Penulis bernama **Elza Wulandari, S.ST, M.Kes.** Lahir di Bengkulu pada tanggal 01 November 1988. Pendidikan SD, SMP, SMA, DIII Kebidanan dan DIV Bidan Pendidik di Bengkulu. S2 di URINDO Jakarta. Penulis bekerja di salah satu Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan yang ada di Kota Bengkulu sejak tahun 2011 sampai dengan sekarang. Penulis merupakan Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan kota Bengkulu tersebut dan mengampuh matakuliah Kesehatan Reproduksi.

BAB V

MASALAH GANGGUAN PADA KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

Dian Reflisiani, S.SiT., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Masalah gangguan pada kesehatan reproduksi wanita dan upaya penanggulangan:

1. Infertilitas
2. Seksual
Transmitted Diseases (STD)/Penyakit Menular Seksual (PMS)
3. Gangguan haid
4. Sindroma pramenstruasi

B. Materi

1. Infertilitas

Suatu kesatuan hasil interaksi biologis laki-laki dan perempuan yang tidak mampu menghasilkan pembuahan atau kehamilan samapai dengan kelahiran bayi.

Macam-macam dari Infertilitas yaitu:

- a. Infertilitas Primer
Jika seorang perempuan/istri belum berhasil hamil walaupun besenggama secara teratur selama 12 bulan berturut-turut.
- b. Infertilitas Sekunder
Jika seroang perempuan/istri yang pernah hamil akan tetapi tidak bias hamil lagi walaupun bersegame secara teratus selamas 12 bulan berturut-turut.
- c. Infertilitas idiopatik
Infertilitas yang telah dilakukan pemeriksaan lengkap dengan kedua pasangan dan dinyatakan normal, dan dilakukan pemeriksaan selaa 2 tahun, tetapi tidak juga berhasil hamil.
- d. Etiologi Infertilitas
Persyaratan Kehamilan
 - 1) Hubungan seksual normal
 - 2) Analiasis sprema normal
 - 3) Ovulasi normal
 - 4) Uterus dan endrometrium normal
 - 5) Tuba fallopi normal

Etiologi dari pihak istri dalam infertilitas pasangan suami-istri, telah diketahui bahwa sekitar 61% dari istri dan 36% dari suami.

Maka penyebab dari istri adalah:

- 1) Tuba fallopi (15%)
- 2) Ovulasi (21%)
- 3) Endometriosis (8%)
- 4) Vagina, serviks dan endometrium (8%)
- 5) Psikogenik (8%)
- 6) Tak terjelaskan (15-20%)

Sekitar 10% pasangan usia subur yang sudah menikah menderita infertilitas primer, dan 10% lainnya itu sudah mempunyai anak akan tetapi belum bias hamil lagi.

Infertilitas dapat disebabkan oleh:

- 1) Gangguan pada hubungan seksual
- 2) Jumlah transportasi spermanya yang abnormal
- 3) Gangguan ovulasi dan hormonal, termasuk gangguan pada hormone reproduksi
- 4) Kelainan tempat penempelan di endometrium dan uterus
- 5) Kelainan jalur pada tuba fallopi
- 6) Gangguan pada peritonium
- 7) Gangguan pada imunologi

e. Kegagalan Ovulasi

Setiap bulannya, sebuah telur yang sehat, dikeluarkan dari dalam Ovarium. Salah satu pemeriksaan yang akan dilakukan terlebih dahulu oleh dokter adalah, pemeriksaan darah 7 hari sebelum datangnya menstruasi, untuk mengukur kadar progesteron yang dihasilkan oleh korpus luteum yang dibentuk didalam ovarium setelah telur di keluarkan

Penyebab seringnya infertilitas dan paling mudah diterapi adalah anovulasi dan biasanya ditemukan bila durasi siklus bervariasi bias lebih dari 5 hari dan dari satu bulan ke bulan berikutnya.

f. Ovarium Polikistik

Banyak sekali perempuan dengan kegagalan ovulasi memiliki ovarium polikistik (OPK) dan hal ini dapat di ketahui dari pemeriksaan ultrasonografi panggul. Walaupun dengan beberapa perempuan dengan ovarium polikistik mengalami siklus dan ovulasi yang teratur, tetapi beberapa sebagian besar mengalami siklus yang tidak teratur, atau perempuan tersebut tidak mengalami menstruasi sama sekali.

Gejala lainnya meliputi bertambah rambut di badan dan wajah, serta kerontokan rambut dan penambahan berat badan. Pemeriksaan hormone menunjukkan peningkatan kadar hormon Luteinisasi Hormon (LH) dan hormone testoteron. Maka keadaan stress atau sangat kurus juga mengganggu siklus dan penyebab dari anovulasi.

Penyebab hormonal infertilitas

Seiring bertambahnya usia pada seorang perempuan kualitas dan jumlah telurnya akan berkurang. Hal ini dilihat dari kadar hormon FSH dan darah, maka idealnya FSH diukur pada beberapa hari pertama setelah siklus di mulai, karena kadar FSH pada permulaan siklus menunjukkan "Jam Tubuh" seorang perempuan, bahkan bila ovulasi terjadi. Kadar

FSH yang menandakan berkurangnya jumlah dan kualitas telur yang buruk sehingga akan rendahnya terjadi kehamilan.

Menopause premature adalah ketika siklus menstruasi seorang perempuan berhenti total sebelum usia 40 tahun, yang menandakan persediaan telur di dalam indung telur sudah habis. Wanita yang sangat infertile dapat hamil hanya dengan menggunakan telur yang disumbangkan dari wanita lain pada program fertilisasi in vitro.

Penyebab lain frekuensi menstruasi dan ovulasi yang jarang adalah pengeluaran hormone prolactin yang berlebihan oleh tumor jinak kelenjar hipofisis. Kadang hormone prolactin yang berlebihan mengganggu produksi FSH, yang merupakan signal hormone yang memicu indung telur untuk memproduksi telur setiap bulannya. Hiper atau Hipotiroid dapat juga mengganggu siklus dan akan menyebabkan infertilitas. Kedua kondisi ini mudah untuk diterapi dan kadar hormon tiroid dan prolactin diperiksa secara rutin bila siklus seseorang perempuan menjadi tidak teratur.

- g. Gangguan hubungan seksual
 - 1) Kesalahan dalam tehnik berhubungan seksual
 - 2) Gangguan psikososial (Impotensi ejakulasi prkoks, vaginismus)
 - 3) Ejakulasi yang tidak normal (Kegagalan ejakulasi karena obat)
 - 4) Kelainan anatomi
- h. Gangguan Produksi dan transportasi Sperma
 - 1) Parameter analisis semen normal
 - a) Volum 2,5cc
 - b) Jumlah sperma > 20 juta/ml
 - c) Motilitas 6-8 jam > 40%
 - d) Bentuk sperma yang abnormal < 20%
 - e) Kandung kadar fruktosa 120-450mikrg/ml
 - 2) Penyebab terganggunya produksi sperma (oligosperma atau osoosperma) Kelainan kongenital
 - a) Gangguan genetic seperti sindrim kinnefellter
 - b) Tidak adanya testis
 - c) Tidak adanya fasa deferensia
 - Kelainan yang didapat
 - a) Perkembangannya
 - b) Fisik: trauma, kecelakaan, atau pembedahaan
 - c) Infeksi
 - d) Neoplasma
 - e) Endokrin
 - f) Kimiawi

Kelainan Uterus dan Tuba Fallopi

- 1) Uterus
 - a) Serviks

- b) Ketidaknyamanan getah servisk
- c) Kerusakan pada serviks dan servicitis
- d) Retroversi
- e) Erosi serviks
- f) Korpus dan endometrium, kelainan kongenita,
- g) Endometriosis
- h) Endometriosis tuberkulosa
- i) Myoma uteri terutama submukosum
- j) Perlekatn uterus dan polip

2) Tuba Fallopi

- a) Hypoplasia kongenital
- b) Penempelan fibriae
- c) Bendungan tuba akibat salpingitis
- d) Hydrosalping
- e) Bendungan tuba akibat peritonitis
- f) Sterilisasi tuba

i. Kelainan Peritonium

Dengan kemajuan Teknik endoskoi (Laparoskopi atau pelviskopi) endimetriosis ini lebih mudah dan lebih dulu dapat di ketahui sebagai salah satu penyebab dari infertilitas.

Setiap perempuan yang mengeluh infertilitas patut di curigai mengidap endrometriosis. Lebih bila wanita tersebut mengalami dismenorhe berat.

Memeriksa infertilititas pada wanita

Beberapa pemeriksaan dapat dilakukan untuk mengetahui penyebab dari infertilitas.

j. Laparoskopi

Salah satu metode yang digunakan untuk memeriksa apakah tuba fallopi berfungsi dengan baik adalah, dengan melaksanakan pemeriksaan laparoskopi. Tindakan ini adalah tindakan operasi minor yang sangat singkat. Pasien diberikan anastesi local dan dokter bedh membuat robekan kecil di atas pusar. Rongga peritonium (yang melapisi rongga bagian dalam perut) kemudian di kembungkan dengan gas karbon dioksida untuk memisahkan organ internal. Sebuah endoskop khusus yang dapat disebut laparoskopi, di masukan melalui lubang robekan kecil dan kemudian ke Rahim, tuba fallopi dan indung telur divisualisasi zat pewarna kemudian di masukan melewati leher Rahim, kedalam selang via kanul uterine untuk melakukan pemeriksaan apakah tuba tidak mengalami sumbatan atau mengalami penyempitan.

k. Histeroskopi

Pemeriksaan histeroskopi sama dengan laparoskopi hanya tidak ada melakukan robekan kecil yang dibuat dan pemeriksaan ini dilakukan sebagai prosedur raawat jalan, tetapi hany saja tetap melakukan pembiusan. Gtehnik ini sudah semakin banyak digunakan untuk mendeteksi penyakit infertilitas.

Histeroskopi suatu jenis endoskop di masukan melalu leher Rahim ke dalam Rahim untuk memeriksa bentuk rongga Rahim apakah normal atau tidak. Metode ini

kemungkinan diagnosis perlengkapan intra uterus yang lebih akurat dari pada metode dengan pemeriksaan lainnya.

I. Pemeriksaan pasangan Infertilitas

- Riwayat penyakit dan pemeriksaan

Pemeriksaan awal pasangan yang infertile adalah riwayat penyakit, riwayat perkawinan terdahulu dan sekarang, dan pemeriksaan terhadap dari masing- masing pasangan.

- Analisis sperma

Analisis sperma harus dilakukan pada tahap awal contoh sperma dikumpulkan dalam sebuah wadah gelas atau plastik, tidak boleh menggunakan karet kondom, kemudian harus di kirim ke laboratorium dalam jangka waktu 2 jam setelah ejakulasi.

- Uji pasca senggama

Apabila sudah diyakini bahwa analisis spermana normal maka dari itu UPS bias di beri jadwal. UPS dilakukan sekitar 2-3 hari sebelum akan terjadinya ovulasi dan pasien di minta dating 2-8 jam setelah senggama normal.

Pemeriksaan dilakukan dengan mikroskop jika didapatkan 20 sperma perlapang pandang, harapan untuk terjadi kehamilan cukup besar, dan jika 1-20 sperma aktif aktif perlapangan pandang.

- Pembasahan dan pemantauan ovulasi

UPS dapat menyingkirkan penyebab dari infertilitas pada suami, dan yang sangat penting adalah apakah indung telur secara teratur menghasilkan telur.

Riwayat haid dapat memberikan pegangan terhadap hal tersebut, kesuburan lebih mungkin terjadi bila, siklus haid berlangsung dengan teratur dan dengan jumlah darah haid yang sedang dalam jangka waktu 3-5hari.

- Uji pakis

Di bawah pengaruh estrogen, getah serviks, yang dikeringka pada objek glass untuk mengalami kristalisasi dan menghasilkan suatu pola daun pakis yang cukup khas. Ini terjadi sekitar pada hari ke 6 sampai hari ke 22 dari siklus haid dan kemudian akan dihambatoleh progesterone.

- Suhu basal

Pada beberapa perempuan SBB meningkat selama fase progesterone dari siklus haid. Cara ini juga dapat menentukan apakah telah terjadi ovulasi

SBB diambil setiap hari pada saat terjaga pagi hari sebelum bangkit dari tempat tidur, ataupun melakukan makan dan minum. Nilainya diletakaan di atas kertas grafik. Meskipun grafik bifasik berarti bahwa ovulasi telah terjadi suatu grafik monofasik. SBB dapat dipakai untuk menentukan kemungkinan terjadi ovulasi/kesuburan, sehingga senggama bias dilakukan pada saat terjadinya ovulasi tersebut.

2. Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual PMS salah satu infeksi saluran pada reproduksi yang di tularkan melalui hubungan seksual (kelamin). Kuman penyebab infeksi tersebut dapat berupa jamur, virus dan parasit.

Pada dasarnya perempuan mudah terkena ISR dibandingkan laki-laki. Karena saluran reproduksi pada perempuan sangat dekat dengan anus dan saluran kemih. Pada perempuan dapat menyebabkan kehamilan di luar kandungan, kemandulan dan kanker leher Rahim, kelainan janin/bayi misalnya dengan BBLR, infeksi bawaan sejak bayi, infeksi saluran reproduksi dapat terjadi sebagai akibat berikut dibawah ini:

- a. Sisa kotoran yang tertinggal karena pembasuhan buang air besar yang kurang bersih
- b. Kesehatan umum rendah
- c. Kurangnya kebersihan alat kelamin, terutama saat haid
- d. Perkawinan dengan usia terlalu muda dan suka berganti-ganti pasangan
- e. Hubungan seksual dengan penderita penyakit infeksi
- f. Perlukaan pada saat keguguran pada sterilisasi alat dan pemerkosaan
- g. Kegagalan dalam pelayanan kesehatan dalam sterilisasi alat dan bahan dalam melakukan pemeriksaan

Diantara ISR penyakit menular seksual merupakan penyakit infeksi yang sering terjadi dan ditemukan atau ditularkan melalui hubungan kelamin. Termasuk di dalam PMS adalah sebagai berikut: Gonorhe, Sifilis, Ulkus, Mole, Kondiloma akuminata, Herpes genital, HIV/AIDS, dari semua jenis PMS, HIV/AIDS merupakan jenis PMS yang paling berbahaya, karena belum ditemukan pengobatan dan berakhir dengan kematian bagi penderitanya, beberapa hal yang penting diketahui tentang PMS:

- a. PMS dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan
- b. Penularan PMS dapat terjadi, walaupun hanya melakukan dalam waktu satu kali hubungan seksual tanpa memakai kondom dengan penderita PMS
- c. Tidak ada seorang pun yang kebal terhadap PMS
- d. Perempuan lebih mudah sekali tertular PMS dari pasangannya dibandingkan dengan sebaliknya.
- e. Infeksi atau borok pada alat reproduksi perempuan sering tersembunyi dan tidak mudah terlihat oleh petugas yang kurang terlatih
- f. ISR meningkatkan resiko penularan PMS HIV/AIDS pada perempuan sepuluh kali lebih besar tertular.
- g. Beberapa PMS mungkin tidak menimbulkan gejala yang berarti pada perempuan
- h. Tanda-tanda gejala PMS pada laki-laki biasanya tampak jelas sebagai luka.
- i. PMS paling sering tidak di obtain dengan benar sehingga mengakibatkan penularan dan penderitanya yang semakin diperpanjang
- j. Komplikasi PMS seperti kemandulan dapat di cegah bila PMS segera di tangani dengan pengobatan
- k. Belum ada vaksin atau imunisasi untuk PMS
- l. PMS meningkatkan kemungkin tertular HIV/AIDS sebanyak 4 kali.

Cara penularan PMS termasuk HIV/AIDS dapat melalui:

- a. Hubungan seksual yang tidak terlindungi
- b. Penularan dari ibu kejanin selama kehamilan
- c. Melalui transfuse darah suntikan atau kontak langsung

Cara pencegahan PMS

- a. Melakukan hubungan hanya dengan pasangan yang setia
- b. Menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seksual
- c. Bila terinfeksi PMS mencari pengobatan Bersama pasangan
- d. Menghindari melakukan hubungan seksual bila ada tanda gejala PMS

Perilaku yang berisiko tinggi terhadap penularan PMS termasuk HIV/AIDS

- a. Sering berganti-ganti pasangan seksual
- b. Pasangan seksual mempunyai pasangan ganda
- c. Terus melakukan hubungan seksual
- d. Tidak memakai kondo saat melakukan hubungan seksual
- e. Pemakaian jarum suntik secara bersamaan atau bergantian

Macam-Macam PMS:

a. HIV/AIDS

HIV Adalah Virus yang menyerang system kekebalan pada tubuh manusia. Virus HIV yang masuk ke dalam tubuh akan berkembang biak, virus HIV akan masuk kedalam sel darah putih dan akan merusaknya.

AIDS Adalah Kumpulan gejala penyakit yang timbul karena rendahnya daya tahan tubuh. Awalnya penderita HIV positif sering menampilkan gejala sampai bertahun dengan waktu 5-10 tahun.

Hal yang perlu di ketahui tentang HIV/AIDS

- 1) Sekali virus HIV masuk kedalam tubuh
- 2) Virus HIV hidup dalam darah, air mani, caoran dalam jalan lahir, air lur, air mata, dan cairan tubuh lainnya
- 3) Sebagai besar infeksi HIV di tularkan melalui hubungan seksual selain dengan penularan jarum suntik dan transfuse darah
- 4) HIV tidak hanya menular pada kaum homoseksual
- 5) Perempuan 5 kali lebih mudah tertular HIV/AIDS dari pada laki-laki karena bentuk alat kelamin perempuan lebih lebar sehingga mudah terpapar oleh cairan mani
- 6) Permukaan pada saluran kelamin memudahkan masuknya virus HIV/AIDS
- 7) Hubungan seksual dengan melalui anus lebih berisiko dalam penularan dari pada cara hubungan seksual lainnya
- 8) Kekerasan seksual atau hubungan seksual dengan gadis remaja akan lebih mudah terpapar virus dan penularannya

Pencegahan penularan HIV/AIDS pada dasarnya pencegahan PMS

- 1) Melakukan hubungan seksual dengan satu pasangan
- 2) Mempunyai perilaku seksual yang bertanggung jawab dan setia pada pasangan
- 3) Setiap darah tranfusi di cek terhadap HIV dan donor darah
- 4) Menghindari injeksi, periksa dalam, proses pembedaan yang tidak steril dari pada petugas
- 5) Menggunakan kondom dengan hati-hari benar dan konsisten.

b. Gonorrhoea (GO)

Penyebabnya adalah bakteri *Neisseria Gonorrhoeae* dengan masa inkubasi antara 2-10 hari setelah masuk ke dalam tubuh. Gejala dan tanda pada wanita:

- 1) Keputihan kental berwarna kekuningan.
- 2) Rasa nyeri di rongga panggul.
- 3) Dapat juga tanpa gejala.

Gejala pada laki-laki:

- 1) Rasa nyeri pada saat kencing.
- 2) Keluarnya nanah kental kuning kehijauan.
- 3) Ujung penis agak merah dan agak bengkak.

Komplikasi yang dapat timbul:

- 1) Radang panggul.
- 2) Kemandulan.
- 3) Infeksi mata pada bayi yang baru dilahirkan dan dapat mengakibatkan kebutaan.
- 4) Remaja terhadp penyakit HIV

c. Sifilis (Raja Singa)

Penyebabnya adalah kuman *Treponema Pallidum* dengan masa tanpa gejala antara 3-4 minggu bahkan terkadang sampai 3 bulan sesudah kuman itu masuk kedalam tubuh.

Gejala:

- 1) Primer: luka pada kemaluan tanpa nyeri
- 2) Sekunder: bintil, bercak merah pada tubuh
- 3) Kelainan saraf, jantung, pembuluh darah/kulit

Komplikasi

- 1) Jika tidak diobati dapat menimbulkan kerusakan berat pada otak
- 2) Bayi dalam kandungan dapat tertular, keguguran dan lahir cacat
- 3) Memudahkan penularan HIV

d. Herpes Genetalis

Penyebab adalah berupa virus herpes simplex dengan masa inkubasi antara 4-7 hari setelah virus berada dalam tubuh, pada perempuan sering akhirnya terjadi kanker. Gejala dan tanda infeksi tahap awal:

- 1) Bintil-bintil berair pada daerah kemaluan
- 2) Luka akibat pecah bintil-bintil
- 3) Dapat muncul lagi seperti gejala awal karena stress, haid, makanan/minuman beralkohol, hubungan sek berlebihan

Komplikasi

- 1) Rasa nyeri berasal dari saraf
- 2) Dapat menular pada bayi dan terlihat saat lahir berupa bintil-bintil berair
- 3) Infeksi berat abortus dan kematian janin
- 4) Memudahkan penularan HIV

e. Trichomoniasis Vaginitis

Penyebab dari penyakit ini semacam Protozoa disebut Trichomonas Vaginalis yang ditularkan melalui hubungan seksual

Gejala dan tanda

- 1) Keputihan encer, berwarna kekuningan, berbusa dan berbau busuk
- 2) Vulva agak membengkak, kemerahan, gatal dan sangat menggagu

Komplikasi

- 1) Lecet pada kulit sekitar vulva
- 2) Kelahiran premature
- 3) Dapat menularkan HIV

f. Chandroid

Ini disebabkan oleh bakteri haemophilus ducreyi yang menularkan karena hubungan seksual

Gejala dan tanda

- 1) Luka dan nyeri tanoa radang jelas
- 2) Benjolan mudah pecah dilipatan paha disertai sakit

Komplikasi

- 1) Luka dan infeksi hingga mematikan jaringan di sekitarnya
- 2) Memudahkan penularan HIV

g. Klamidia

Penyebab dari penyakit ini adalah Clamidia Trachomatis Gejala

- 1) Keputihan encer berwarna putih kekuningan
- 2) Nyeri dirongga panggul
- 3) Perdarahan setelah hubungan seksual

Komplikasi

- 1) Penyakit radang panggul
- 2) Kemandulan
- 3) Kehamilan di luar kandungan
- 4) Infeksi mata berat
- 5) Radang paru pada bayi baru lahir
- 6) Memudahkan penularan seksual

h. Kondiloma Akuminata

Penyebab adalah virus han Papilloma dengan gejala yang spesifik timbulnya kutil disekitar kemaluan yang dapat membesar dan dapat menyebabkan kanker mulut Rahim.

3. Gangguan Haid

Mentruasi berat atau tidak teratur dapat sangat meresahkan hidup seseorang wanita, mempengaruhi keluarga dan kehidupan kerja, namun, terdapat banyak terapi yang dapat memperbaiki kondisi tersebut.

Gangguan menstruasi adalah menstruasi berat atau tidak teratur dapat menyebabkan anemia dan menimbulkan depresi atau permasalahan wanita tersebut dengan pasangan.

Siklus Normal

Sebagian besar wanita mempunyai siklus menstruasi 28 hari dengan masa pendarahan 3-6 hari setiap siklusnya.

- a. Sel telur matang di dalam folikel di indung telur keluar dari dalam folikel dan berjalan sepanjang tuba fallopi ke Rahim setiap 4 minggu
- b. Kelenjar endokrin sementara berkembang di dalam folikel yang pecah dan mensekresikan hormone estrogen
- c. Rangkaian kejadian ini akan menebalkan endometrium dengan darah sebagai persiapan terhadap kehamilan
- d. Bila ovum tidak dibuahi korpus luteum akan mengkerut dan turunnya kadar progesterone akan diertai oleh perdarahan menstruasi.

Bila ovulasi/pembuahan tidak terjadi pada siklus tertentu, kenaikan dan penurunan normal kadar hormone tidak terjadi dan mengakibatkan perdarahan menstruasi yang tidak teratur dan berat.

Seiring dengan adanya bertambah usia, kondisi lain meningkat frekuensinya seperti fibroid, adenomyosis dan polip endometrium.

- a. Bercak darah

Nyeri lebih umum terjadi pada usia remaja, dan bercak darah di antara siklus menstruasi atau setelah bersenggama dapat terjadi sebagai akibat dari polip pada serviks.

- b. Pemeriksaan fisik

Sangat penting bagi seseorang wanita untuk memeriksakan fisik dirinya sendiri bila ia mencurigai dirinya hamil. Nyeri perut bagian bawah atau secret vagina khususnya bila sangat berbau dapat merupakan tanda adanya infeksi

Saat pemeriksaan abdomen dokter dapat meraba adanya pembesaran uterus adanya fibroid pemeriksaan dengan menggunakan speculum sangatlah penting untuk memeriksa bahwa servik tampak normal dan bila dicurigai adanya infeksi dapat di ambil apusan.

4. Sindroma Premenstruasi

Pada saat tertentu selama masa subur, sebagian besar wanita mengalami beberapa gejala fisik dan psikologis sebelum menstruasi, hal ini disebut sebagai sindrom premenstruasi PMS

Sindroma Premenstruasi SPM

Sindrom premenstruasi (SPM) adalah kumpulan gejala fisik dan emosional dengan derajat yang berbeda-beda yang dialami 80% wanita dengan usia subur.

Untuk sebagian besar perempuan gejala SPM yang terjadi pada paruh kedua siklus menstruasi adalah kecil dan dapat di toleransi

- a. Pengakuan Dunia Medis

SPM baru diakui sebagai kondisi medis murni hanya dalam beberapa decade terakhir ini dan peningkatan insiden kejadian ini dijumpai selama waktu tersebut. Banyak hasil penelitian bahwa sannya ini banyak terjadi sebagai efek dari gaya hidup dan diet modern. Dan teori

lain mengatakan bahwa pada masa lalu, wanitacenderung sering hamil selama masa subur, sehingga SPM tidak di kenai sebagai suatu kondisi tersendiri.

b. Insidens SPM

SM terjadi pada perempuan yang mengalami masa ovulasi dan menstruasi. Proses ini melibatkan pelepas telur dari indung telur setiap bulan yang diikuti dua minggu kemudian oleh periode menstruasi. Sehingga PSM tidak akan terjadi sebelum masa puber, pasca menopause, atau selama kehamilan.

SPM tampaknya paling umum terjadi pada wanita pada akhir usia 30 tahunan, walaupun terjadi kapanpun mulaidr remaja sampai usia pertengahan SPM lebih sering dialami oleh wanita yang mempunyai:

- 1) Riwayat keluarga SPM
- 2) Baru saja memiliki anak
- 3) Baru saja mengalami abostus
- 4) Baru saja mulai mengkonsumsi pil kontrasepsi
- 5) Baru saja berhenti mengkonsumsi pil kontrasepsi
- 6) Mengalami depresi post natal.

Penyebab dan gejala SPM

Penyebab hormonal yang mungkin adalah sebagai berikut;

- 1) Ketidakseimbangan hormone reproduksi estrogen dan progesterone
- 2) Kelebihan hormone prolactin
- 3) Defisiensi serotonin yang menyebabkan sensitivitas abnormal

Gejala

Di percaya ada lebih dari beberapa gejala fisik dan emosional SPM. Gejala Fisik yang paling sering terjadi adalah:

- 1) Nyeri payudara
- 2) Sakit kepala
- 3) Kembung dan begah
- 4) Konstipasi atau diare
- 5) Perubahan selera makan
- 6) Masalah kulit, seperti jerawat

Gejala emosional SPM adalah:

- 1) Menangis dan depresi
- 2) Iritabilitas suasana hati yang tidak menetap
- 3) Rasa percata diri
- 4) Merasa Lelah
- 5) Kurang konsentrasi

C. Rangkuman

Infertilitas Suatu kesatuan hasil imteraksi biologis laki-laki dan perempuan yang tidak mampu menghasilkan pembuahan atau kehamilan samapai dengan kelahiran bayi.

Macam-macam dari Infertilitas yaitu:

1. Infertilitas Primer

Jika seorang perempuan/istri belum berhasil hamil walaupun bersenggama secara teratur selama 12 bulan berturut-turut.

2. Infertilitas Sekunder

Jika seorang perempuan/istri yang pernah hamil akan tetapi tidak bisa hamil lagi walaupun bersenggama secara teratur selama 12 bulan berturut-turut.

3. Infertilitas idiopatik

Infertilitas yang telah dilakukan pemeriksaan lengkap dengan kedua pasangan dan dinyatakan normal, dan dilakukan pemeriksaan selama 2 tahun, tetapi tidak juga berhasil hamil.

Penyakit menular seksual (PMS) salah satu infeksi saluran pada reproduksi yang ditularkan melalui hubungan seksual (kelamin). Kuman penyebab infeksi tersebut dapat berupa jamur, virus dan parasit.

Mentruasi berat atau tidak teratur dapat sangat meresahkan hidup seseorang wanita, mempengaruhi keluarga dan kehidupan kerja, namun, terdapat banyak terapi yang dapat memperbaiki kondisi tersebut.

Pada saat tertentu selama masa subur, sebagian besar wanita mengalami beberapa gejala fisik dan psikologis sebelum menstruasi, hal ini disebut sebagai sindrom premenstruasi (PMS)

D. Tugas

Sudah dijelaskan materi tentang masalah dan gangguan kesehatan pada wanita, maka silahkan untuk:

1. Membagi kelompok Diskusi kelompok
2. Bedah jurnal sesuai dengan materi pembahasan
3. Dan keaktifan mahasiswa dalam diskusi kelompok sesuai dengan kasus yang sudah dibahas

E. Referensi

_____, 2004 *Kesehatan reproduksi modul siswa bd 307 kesehatan reproduksi*. Jakarta: Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan Bekerjasama dengan Pusat Pendidikan Tenaga kesehatan Depkes RI dan Ikatan Bidan Indonesia

Manuaba, Ida Bagus Gde. 1999 *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan Notoatmodjo. 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka. Cipta

Yani Widyastuti. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Sleman, Fitramaya

Prof. Peter Abrahams. 2014 *Panduan Kesehatan wanita Meliputi Kesehatan Reproduksi*, Tangerang. Binarupa Askara

F. Glosarium

LH: Luteinisasi Hormon

FSH : Follicle stimulating Hormon

UPS : Uji Pasca Senggama

PMS : Penyakit Menular Seksual

ISR : Infeksi Saluran Reproduksi

SPM : Sindrom Premenstruasi

Biografi Penulis



Penulis bernama **Dian Reflisiani, S.SiT, M.Kes.** Lahir di Pemasang, 17 November 1986. Pendidikan SD,SMP,SMA, DIII Kebidanan Akbid Estu Utomo Boyolali, DIV Bidan Pendidik Stikes Karya Husada Semarang. S2 di Universitas Respatih Indonesia Jakarta. Penulis bekerja dan sebagai dosen tetap di STIKES Bhakti Pertiwi Indonesia Jakarta.

BAB VI

DETEKSI DINI KOMPLIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI

Rosalia Rahayu., S.S.T., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah proses pembelajaran, peserta didik diharapkan mampu:

1. Memahami konsep skrining / deteksi dini dalam kesehatan reproduksi:
 - a. Pengertian skrining
 - b. Tujuan skrining
 - c. Syarat-syarat skrining
 - d. Bentuk pelaksanaan skrining
 - e. Jenis penyakit yang tepat untuk skrining
 - f. Kriteria alat ukur yang baik
 - g. Waktu yang tepat dilakukannya skrining
2. Mengidentifikasi penyakit dan deteksi dini komplikasi permasalahan kesehatan reproduksi wanita:
 - a. Kanker Leher Rahim (Serviks)
 - b. Kanker Payudara
 - c. Kanker Payudara Pria
3. Mampu melakukan skrining deteksi dini komplikasi permasalahan kesehatan reproduksi wanita terintegrasi dengan pengabdian kepada masyarakat:
 - a. IVA Test
 - b. Pap Smear
 - c. SADARI
 - d. SADANIS

B. Materi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera dari segi fisik, mental, sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan system, fungsi – fungsi dan proses reproduksi. Sistem reproduksi pada manusia bisa mengalami gangguan yang disebabkan oleh adanya penyakit dan kelainan. Gangguan pada sistem reproduksi tentu bisa menyerang siapa saja. Salah satu penyakit yang menyerang sistem reproduksi manusia dan sangat berbahaya dan menakutkan adalah kanker. Kanker adalah sel tubuh yang mengalami mutasi (perubahan) dan tumbuh tidak terkendali serta membelah lebih cepat dibandingkan dengan sel normal. Perlunya dilakukan pencegahan agar mengetahui kelainan-kelainan yang mungkin dapat mengganggu proses reproduksi adalah dengan melakukan deteksi dini masalah kesehatan reproduksi. Deteksi dini dapat dilakukan melalui pemeriksaan kesehatan, baik umum maupun secara khusus terkait kesehatan reproduksi yang dilakukan secara rutin sehingga dapat membantu mengetahui lebih

awal tanda dan gejala suatu penyakit tentang reproduksi. Banyak penyakit yang pengobatannya sering kali lebih efektif jika diketahui sejak tahap awal. (Kolupe.et.al, 2021)

1. Konsep Skrining / Deteksi Dini Dalam Kesehatan Reproduksi

Skrining merupakan upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi wanita sepanjang daur kehidupannya meliputi sejarah, perkembangan wanita dalam aspek biologis, psikosial dan sosial spiritual, kesehatan reproduksi dalam perspektif gender, permasalahannya serta indikator status kesehatan wanita.(Pratiwi, 2021)

a. Pengertian skrining

Skrining adalah pengenalan dini secara proaktif pada ibu hamil untuk menemukan adanya masalah atau faktor risiko (Rochjati, 2008 dalam Pratiwi, 2021).

Skrining merupakan penapisan dengan menggunakan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun. Untuk banyak penyakit (misalnya, kanker) pengobatan dini mengarahkan hasil yang lebih baik

Skrining adalah usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar-benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan.

Skrining adalah upaya mendeteksi atau mencari penderita penyakit tertentu dalam masyarakat dengan melaksanakan pemisahan berdasarkan gejala yang ada atau pemeriksaan laboratorium untuk memisahkan yang sehat dan yang kemungkinan sakit, selanjutnya diproses melalui diagnosis dan pengobatan.

b. Tujuan skrining

Adapun tujuan dilakukan skrining adalah untuk mengetahui diagnosis sedini mungkin agar cepat terapinya, mencegah meluasnya suatu penyakit, mendidik masyarakat untuk melakukan *general check up* dan memberi gambaran kepada tenaga kesehatan tentang suatu penyakit.

c. Syarat-syarat skrining

- 1) Penyakit harus merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting.
- 2) Harus ada cara pengobatan yang efektif.
- 3) Tersedia fasilitas pengobatan dan diagnostik.
- 4) Diketahui stadium prapatogenesis dan patogenesis.
- 5) Tes harus cocok, hanya mengakibatkan sedikit ketidaknyamanan, dapat diterima oleh masyarakat.
- 6) Telah dimengerti riwayat alamiah penyakit.
- 7) Biaya harus seimbang, biaya skrining harus sesuai dengan hilangnya konsekuensi kesehatan.

d. Bentuk pelaksanaan skrining

- 1) *Mass screening* adalah skrining secara masal pada masyarakat tertentu.
- 2) *Selective screening* adalah skrining secara selektif berdasarkan kriteria tertentu, contoh pemeriksaan ca paru pemeriksaan ca servik pada wanita yang sudah menikah

- 3) *Single disease screening* adalah skrining yang dilakukan untuk satu jenis penyakit.
 - 4) *Multiphasic screening* adalah skrining yang dilakukan untuk lebih dari satu jenis penyakit contoh pemeriksaan IMS; penyakit sesak nafas.
- e. Jenis penyakit yang tepat untuk skrining
- 1) Merupakan penyakit yang serius.
 - 2) Pengobatan sebelum gejala muncul harus lebih untung dibandingkan dengan setelah gejala muncul.
 - 3) Prevalens penyakit preklinik harus tinggi pada populasi yang di skrining.
- f. Kriteria alat ukur yang baik
- Suatu alat (tes) skrining yang baik adalah yang mempunyai tingkat validitas dan reliabilitas yang tinggi yaitu mendekati 100%. Validitas merupakan petunjuk tentang kemampuan suatu alat ukur (tes) dapat mengukur secara benar dan tepat apa yang akan diukur, sedangkan reliabilitas menggambarkan tentang keterandalan atau konsistensi suatu alat ukur. Dalam penyaringan penyakit yang dipilih merupakan masalah kesehatan yang prioritas, tersedia obat potensial untuk terapinya, tersedia fasilitas dan biaya untuk diagnosis dan terapinya, penyakit lama dan dapat dideteksi dengan test khusus, skriningnya memenuhi syarat sensitivitas dan spesifisitas, teknik dan cara skrining harus dapat diterima oleh masyarakat dan sifat perjalanan penyakit dapat diketahui dengan pasti, selain itu harus ada standar operating prosedur, dan kasus ditemukan secara terus menerus.(Pratiwi, 2021)
- g. Waktu yang tepat dilakukannya skrining
- Skrining di dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi banyak sekali dan bermacam-macam, apalagi bila dilakukan sesuai dengan pendekatan siklus kehidupan perempuan yaitu mulai pra konsepsi sampai dengan senium.(Pratiwi, 2021)

2. Identifikasi Penyakit dan Deteksi Dini Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi:

- a. Kanker Leher Rahim (Serviks)
- Kanker serviks merupakan penyakit yang dapat dicegah, Namun demikian, kanker serviks menempati urutan ke empat penyumbang insiden kematian wanita di seluruh dunia dengan perkiraan kasus pada tahun 2020 sebanyak 604.000 kasus dan 342.000 diantaranya meninggal dunia. Oleh karena itu, setiap wanita yang sudah melakukan aktivitas seksual diharapkan mulai menyadari pentingnya skrining kanker serviks untuk mencegah penyakit tersebut. Skrining Wanita berisiko dan vaksinasi HPV massal untuk gadis muda adalah penting untuk mengurangi insiden dan kematian akibat kanker serviks. (Mwantake et al., 2022)

Hampir 95% kanker serviks pada wanita disebabkan oleh virus HPV, yaitu Virus Papiloma (Human Papilloma Virus). Infeksi Human Papilloma Virus (HPV) biasa terjadi pada perempuan di usia reproduksi. Infeksi ini dapat menetap, berkembang menjadi displasi atau sembuh sempurna. Ada dua golongan HPV yaitu HPV risiko tinggi atau disebut HPV onkogenik yaitu utamanya tipe 16, 18, dan 31, 33, 45, 52, 58, sedangkan HPV risiko rendah atau HPV non-onkogenik yaitu tipe 6, 11, 32, dsb.

Faktor Risiko yang menyebabkan perempuan terpapar HPV adalah:

- 1) Menikah/memulai aktivitas seksual pada usia muda (kurang dari 20 tahun).
- 2) Berganti-ganti pasangan seksual.

- 3) Berhubungan seks dengan laki-laki yang sering berganti pasangan.
- 4) Riwayat infeksi di daerah kelamin atau randang panggul.
- 5) Perempuan perokok dan perokok pasif. Perempuan perokok berisiko 2.5 kali lebih besar, sedangkan perokok pasif risikonya 1.4 kali lebih besar.

Berikut tanda-tanda yang harus Anda perhatikan:

- 1) **Perdarahan vagina** Perdarahan vagina yang ekstrim terutama di antara siklus menstruasi dan perdarahan setelah menopause dapat menjadi gejala dan tanda dari kanker serviks. Pada tahap awal kanker serviks mungkin sama sekali tanpa gejala.
- 2) **Perdarahan saat berhubungan seksual.** Jika saat kontak atau bersentuhan ketika berhubungan seksual pada alat vital dan menimbulkan perdarahan atau bahkan mengalami keputihan berat, maka bisa jadi itu merupakan tanda kanker serviks. Nyeri atau rasa sakit ketika berhubungan seksual juga dapat menjadi tanda.
- 3) **Mungkin ada metastasis.** Pada kasus lanjut kanker serviks, mungkin akan hadir metastasis di perut, paru-paru, atau bagian lainnya. Ini juga harus diperiksa sesegera mungkin.
- 4) **Gejala lain yang mungkin terbilang membingungkan.** Tanda kanker serviks yang terakhir dikatakan membingungkan. Ada beberapa gejala yang bahkan dikatakan kurang terkait, seperti kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, kelelahan, nyeri panggul, sakit kaki, sakit punggung, patah tulang, bahkan hingga kebocoran urin atau feses (jarang terjadi).

Kanker serviks dapat dibantu untuk dicegah dengan makanan tertentu yang mengandung antioksidan dan melawan zat kanker. Berikut ini beberapa makanan dan nutrisi yang dibutuhkan untuk mencegah kanker serviks:

- 1) **Vitamin A, C, E, dan kalsium.** Vitamin A, C, dan E, mengandung antioksidan yang melindungi sel-sel dari kerusakan akibat radikal bebas, dan secara tidak langsung juga mencegah kanker serviks. Sebuah penelitian yang diterbitkan dalam *International Journal of Gynaecologic Cancer* menemukan, pasien yang mengonsumsi multivitamin memiliki risiko kanker serviks yang lebih rendah. Selain vitamin tersebut, kalsium dan asam folat juga dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh dan melindungi tubuh dari infeksi. Makanan yang mengandung banyak vitamin dan mineral tersebut, misalnya jeruk, wortel, telur, hati, tuna, dan produk susu lainnya.
- 2) **Vitamin B dan folat.** Makanan kaya vitamin B dan asam folat juga harus sering dikonsumsi untuk mencegah kanker serviks. Folat dapat menurunkan kadar homosistein, zat yang dapat menyebabkan pertumbuhan sel abnormal pada leher rahim. Makanan kaya vitamin dan folat termasuk di antaranya brokoli, kembang kol, kubis, dll.
- 3) **Avokad.** Avokad dikenal sebagai antioksidan dan karena kemampuannya untuk mencegah radikal bebas. Makan avokad dapat mencegah pertumbuhan kanker serviks.
- 4) **Makanan kaya antioksidan.** Antioksidan diperlukan untuk mencegah kanker serviks. Makanan kaya antioksidan termasuk blueberry, jeruk, paprika, cerry, salmon, dan lemak ikan. Makanan ini dapat mencegah dan menghambat pertumbuhan sel kanker di leher rahim.
- 5) **Wortel.** Wortel mengandung beta karoten yang baik untuk mencegah pertumbuhan kanker serviks. Makanan seperti cabai atau jalapeno juga diduga mampu menetralkan nitrosamin yang menyebabkan kanker serviks.

6) Polifenol dan flavonoid. Makanan yang mengandung polifenol dan flavonoid seperti teh hijau, minyak zaitun, anggur merah, raspberry hitam, blackberry, cokelat, kenari, tomat, dan paprika hijau diduga dapat mencegah kanker leher rahim dan menghambat pertumbuhan kanker. (Aulia, 2016)

b. Kanker Payudara

Kanker payudara adalah penyebab utama kanker di sebagian besar negara, terhitung 11,7% dari semua kasus kanker dengan perkiraan 2,3 juta kasus baru per tahun. Kanker payudara atau *carcinoma mammae* merupakan penyakit mematikan yang kerap membuat banyak orang, terutama wanita merasa khawatir. Hingga saat ini, kanker payudara memang menjadi kanker dengan jumlah kasus tertinggi dan penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia. Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemkes RI), pada 2020 sebanyak 65.858 wanita Indonesia didiagnosis kanker payudara. Kebanyakan wanita tidak tahu bahwa dirinya mengidap kanker payudara sehingga saat berada di faskes sudah dalam stadium lanjut. Sebagai deteksi dini dan pencegahan kondisi kronis kanker payudara, pemerintah Indonesia melalui Kemenkes mengajak agar kita memahami pentingnya SADARI dan SADANIS. (Rininta, 2022)

Faktor yang dapat memicu kanker payudara antara lain perokok aktif dan pasif; pola makan buruk; usia haid pertama di bawah 12 tahun; perempuan tidak menikah; perempuan menikah tidak memiliki anak; melahirkan anak pertama pada usia 30 tahun; tidak menyusui; menggunakan kontrasepsi hormonal dan atau mendapat terapi hormonal dalam waktu lama; usia menopause lebih dari 55 tahun; pernah operasi tumor jinak payudara; riwayat radiasi dan riwayat kanker dalam keluarga.

Kanker payudara sangat berbahaya dan harus diwaspadai sejak dini. Meskipun demikian, kanker payudara dapat dicegah dengan perilaku hidup sehat, rutin melakukan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) yang dilakukan oleh setiap perempuan dan Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) oleh tenaga kesehatan terlatih. Riset Penyakit Tidak Menular (PTM) 2016 menyatakan perilaku masyarakat dalam deteksi dini kanker payudara masih rendah. Tercatat 53,7% masyarakat tidak pernah melakukan SADARI, sementara 46,3% pernah melakukan SADARI; dan 95,6% masyarakat tidak pernah melakukan SADANIS, sementara 4,4% pernah melakukan SADANIS.

Kementerian Kesehatan RI menghimbau setiap perempuan untuk melakukan SADARI dan SADANIS secara berkala dengan tujuan menemukan benjolan dan tanda-tanda abnormal pada payudara sedini mungkin agar dapat dilakukan tindakan secepatnya. SADARI dan SADANIS dapat dilakukan setiap bulan pada hari ke 7 hingga ke 10 terhitung dari hari pertama haid; atau pada tanggal yang sama setiap bulan bagi perempuan yang sudah menopause. Dengan melakukan SADARI dan SADANIS secara berkala, kanker payudara dapat ditemukan pada stadium dini dan meningkatkan angka harapan hidup pada penderitanya. (P2PTM Kemenkes RI, 2017)

c. Kanker Payudara Pria

Kanker payudara pada pria merupakan salah satu penyakit yang langka. Angka kejadian kanker payudara pada pria < 1 % dari semua kanker payudara dan < 1 % dari semua kanker pada pria. Diperkirakan sekitar 1 dari 100.000 pria di seluruh dunia didiagnosis dengan kanker payudara. Salah satu faktor risiko terjadinya kanker payudara pada pria yaitu Riwayat keluarga atau genetic dengan mutasi gen BRCA2 (Breast Cancer Gene type 2)

lebih sering terjadi dibandingkan BRCA1 (Breast Cancer Gene type 1). Faktor resiko lainnya yaitu usia, ras dan paparan radiasi. Gejala klinis kanker payudara pada pria yaitu teraba massa pada daerah subareolar yang tidak nyeri. Lebih dari 80% pasien kanker payudara pria datang dengan stadium lanjut karena tidak mengetahui tentang kanker payudara seperti faktor risiko, gejala serta cara mendeteksi dini kanker. Diagnosis dini diperlukan agar kanker payudara pria dapat dideteksi pada stadium awal. Diagnosis kanker payudara pria selain dengan adanya gejala klinis diperlukan pemeriksaan penunjang seperti mamografi, ultrasonografi maupun pemeriksaan histologi atau biopsi

Gejala klinis pada 75% kanker payudara pria yaitu teraba massa pada daerah subareolar yang tidak nyeri. Dada menjadi asimetris karena adanya pertumbuhan massa. Penegakkan diagnosis kanker payudara pada pria selain dari gejala klinis seperti terdapat massa yang tidak nyeri pada area subareolar, diperlukan pemeriksaan seperti mamografi, ultrasonografi maupun pemeriksaan histologi atau biopsi. (Zettira, E.T.et.al, 2017)

3. Skrining Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi Wanita Terintegrasi Dengan Pengabdian Kepada Masyarakat

Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim dimulai dari penyampaian informasi tentang faktor risiko dan bagaimana menghindari faktor risiko dimaksud, deteksi dini untuk mendapatkan lesi pra-kanker leher rahim dan melakukan pengobatan segera. Apabila ditemukan kelainan pada kegiatan skrining, segera dilakukan rujukan secara berjenjang sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

a. Pencegahan Primer

Kegiatan promosi kesehatan merupakan salah satu bentuk pencegahan primer. Pencegahan primer dimaksudkan untuk mengeliminasi dan meminimalisasi pajanan penyebab dan faktor risiko kanker, termasuk mengurangi kerentanan individu terhadap efek dari penyebab kanker. Selain faktor risiko, ada faktor protektif yang akan mengurangi kemungkinan seseorang terserang kanker. Pendekatan pencegahan ini memberikan peluang paling besar dan sangat *cost-effective* dalam pengendalian. Kegiatan tersebut merupakan upaya agar memberdayakan masyarakat agar peduli dan menjaga kesehatan dan meningkatkan perilaku sehat individu masing-masing melalui perilaku **CERDIK** yaitu **C**ek kesehatan berkala, **E**nyahkan asap rokok, **R**ajin aktifitas fisik, **D**iet sehat, **I**stirahat cukup, serta **K**elola stress.

Kegiatan promosi spesifik lebih mengarah kepada faktor risiko spesifik terhadap penyebab Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim, seperti riwayat keluarga dengan tumor/kanker, permasalahan hormonal, perilaku seksual yang aman. Kegiatan promosi kesehatan ini dapat dilakukan oleh individu/kelompok masyarakat peduli kesehatan melalui berbagai media seperti media cetak, elektronik, sosial, serta dapat melibatkan tokoh agama dan tokoh masyarakat. Bentuk pencegahan primer lainnya dapat berupa proteksi khusus seperti vaksinasi. Dalam kaitan dengan pencegahan Kanker Payudara sampai saat ini belum ditemukan vaksinasinya, sedangkan untuk Kanker Leher Rahim adalah dengan vaksinasi HPV.

b. Deteksi Dini dan Pengobatan Segera (Pencegahan Sekunder)

Ada dua komponen deteksi dini yaitu skrining dan edukasi tentang penemuan dini (*early diagnosis*).

Skrining adalah upaya pemeriksaan atau tes yang sederhana dan mudah yang dilaksanakan pada populasi masyarakat sehat, yang bertujuan untuk membedakan masyarakat yang sakit atau berisiko terkena penyakit di antara masyarakat yang sehat. Upaya skrining dikatakan adekuat bila tes dapat mencakup seluruh atau hampir seluruh populasi sasaran, untuk itu dibutuhkan kajian jenis pemeriksaan yang mampu menatalaksana pada kondisi sumber daya terbatas seperti di Indonesia. Penemuan dini (*early diagnosis*), adalah upaya pemeriksaan pada masyarakat yang telah merasakan adanya gejala. Oleh karena itu edukasi untuk meningkatkan kesadaran tentang tanda-tanda awal kemungkinan kanker di antara petugas kesehatan, kader masyarakat, maupun masyarakat secara umum merupakan kunci utama keberhasilannya. Penemuan dini dapat dilakukan terutama pada penyakit-penyakit kanker seperti: payudara, leher rahim, mulut, laring, kolon-rectum, dan kulit. Salah satu bentuk peningkatan kesadaran masyarakat tentang gejala dan tanda-tanda kanker adalah pemberian edukasi masyarakat tentang Pemeriksaan Payudara Sendiri (yang dikenal dengan istilah SADARI), Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS), IVA dan Papsmear. Program atau kegiatan deteksi dini yang dilakukan pada masyarakat hanya akan berhasil apabila kegiatannya dihubungkan dengan pengobatan yang adekuat, terjangkau, aman, dan mampu laksana, serta mencakup 80 % populasi perempuan yang berisiko. Untuk itu dibutuhkan perencanaan akan kebutuhan sumber daya dan strategi-strategi yang paling efektif untuk melaksanakan program ini. Agar dapat mengurangi jumlah perempuan yang tidak mendapat tindak lanjut penatalaksanaan setelah deteksi dini, diupayakan pengobatan segera dengan menggunakan pendekatan "kunjungan sekali", yaitu mengaitkan IVA dengan pengobatan krioterapi. Kelebihan krioterapi antara lain sangat efektif untuk mengobati lesi derajat rendah (CIN I) dan derajat tinggi (CIN II-III), mempunyai tingkat komplikasi rendah, tidak memerlukan anestesi, tidak membutuhkan listrik, mudah digunakan, serta tidak mahal. Semua perempuan yang mendapat hasil IVA positif perlu segera diobati untuk mencegah agar tidak berkembang menjadi Kanker Leher Rahim.

c. Upaya Kuratif dan Rehabilitatif (Pencegahan Tersier)

Diagnosis Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim membutuhkan kombinasi antara kajian klinis dan investigasi diagnostik. Sekali diagnosis ditegakkan harus dapat ditentukan stadiumnya agar dapat mengevaluasi besaran penyakit dan melakukan terapi yang tepat. Tujuan dari pengobatan adalah menyembuhkan, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup. Prioritas pengobatan harus ditujukan pada kanker dengan stadium awal dan yang lebih berpotensi untuk sembuh. Standar pengobatan kanker meliputi: operasi (surgery), radioterapi, kemoterapi, dan hormonal yang disesuaikan dengan indikasi patologi.

d. Pelayanan Paliatif

Pelayanan paliatif dilakukan pada pasien kanker sejak diagnosis ditegakkan dan pengobatan harus terpadu termasuk pendekatan psikososial, rehabilitasi, dan terkoordinasi dengan pelayanan paliatif untuk memastikan peningkatan kualitas hidup pasien kanker. Untuk kasus seperti ini pengobatan yang realistis adalah mengurangi nyeri dengan pelayanan paliatif. Pelayanan paliatif yang baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. (Permenkes RI, 2015)

4. Mampu Melakukan Skrining Deteksi Dini Komplikasi Permasalahan Kesehatan Reproduksi Wanita Terintergasi Dengan Pengabdian Kepada Masyarakat:

a. IVA Test

1) Pengertian

TesT IVA adalah sebuah pemeriksaan skrining pada kanker serviks dengan menggunakan asam asetat 3-5% pada inspekulo dan dapat dilihat dengan pengamatan secara langsung

2) Tahapan pemeriksaan IVA

Deteksi dini kanker leher rahim dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah dilatih dengan pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam asetat yang sudah di encerkan, berarti melihat leher rahim dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam asetat 3-5%. Daerah yang tidak normal akan berubah warna dengan batas yang tegas menjadi putih (*acetowhite*), yang mengindikasikan bahwa leher rahim mungkin memiliki lesi prakanker. Tes IVA dapat dilakukan kapan saja dalam siklus menstruasi, termasuk saat menstruasi, dan saat asuhan nifas atau paska keguguran. Pemeriksaan IVA juga dapat dilakukan pada perempuan yang dicurigai atau diketahui memiliki ISR/IMS atau HIV/AIDS.

a) Alat dan Bahan

(1) Spekulum

(2) Lampu

(3) Larutan asam asetat 3-5%

- Dapat digunakan asam cuka 25% yang dijual di pasaran kemudian diencerkan menjadi 5% dengan perbandingan 1:4 (1 bagian asam cuka dicampur dengan 4 bagian air) Contohnya: 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%
- Jika akan menggunakan asam asetat 3%, asam cuka 25 % diencerkan dengan air dengan perbandingan 1:7 (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%
- Campur asam asetat dengan baik
- Buat asam asetat sesuai keperluan hari itu. Asam asetat jangan disimpan untuk beberapa hari.

(4) Kapas lidi

(5) Sarung tangan

(6) Larutan klorin untuk dekontaminasi peralatan

b) Metode pemeriksaan

(1) Memastikan identitas, memeriksa status dan kelengkapan *informed consent* klien

(2) Klien diminta untuk menanggalkan pakaiannya dari pinggang hingga lutut dan menggunakan kain yang sudah disediakan

- (3) Klien diposisikan dalam posisi litotomi
- (4) Tutup area pinggang hingga lutut klien dengan kain
- (5) Gunakan sarung tangan
- (6) Bersihkan genitalia eksterna dengan air DTT
- (7) Masukkan spekulum dan tampilkan serviks hingga jelas terlihat
- (8) Bersihkan serviks dari cairan, darah, dan sekret dengan kapas lidi bersih
- (9) Periksa serviks sesuai langkah-langkah berikut:
 - (a) Terdapat kecurigaan kanker atau tidak: • Jika ya, klien dirujuk, pemeriksaan IVA tidak dilanjutkan. Jika pemeriksaan adalah dokter ahli obstetri dan ginekologi, lakukan biopsi.
 - (b) Jika tidak dicurigai kanker, identifikasi Sambungan Skuamo kolumnar (SSK)
 - Jika SSK tidak tampak, maka: dilakukan pemeriksaan mata telanjang tanpa asam asetat, lalu beri kesimpulan sementara, misalnya hasil negatif namun SSK tidak tampak. Klien disarankan untuk melakukan pemeriksaan selanjutnya lebih cepat atau pap smear maksimal 6 bulan lagi.
 - (c) Jika SSK tampak, lakukan IVA dengan mengoleskan kapas lidi yang sudah dicelupkan ke dalam asam asetat 3-5% ke seluruh permukaan serviks
 - (d) Tunggu hasil IVA selama 1 menit, perhatikan apakah ada bercak putih (*acetowhite epithelium*) atau tidak. Jika tidak (**IVA negatif**), jelaskan kepada klien kapan harus kembali untuk mengulangi pemeriksaan IVA. Jika ada (**IVA positif**), tentukan metode tata laksana yang akan dilakukan
- (10) Keluarkan spekulum
- (11) Buang sarung tangan, kapas, dan bahan sekali pakai lainnya ke dalam container tempat sampah yang tahan bocor, sedangkan untuk alat-alat yang dapat digunakan kembali, rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi
- (12) Jelaskan hasil pemeriksaan kepada klien, kapan harus melakukan pemeriksaan lagi, serta rencana tata laksana jika diperlukan.

c) Penatalaksanaan IVA Positif

Bila ditemukan IVA Positif, dilakukan krioterapi, elektrokauterisasi atau eksisi LEEP/LLETZ. Krioterapi dilakukan oleh dokter umum, dokter spesialis obstetri dan ginekologi atau konsultan onkologi ginekologi. Elektrokauterisasi, P/LLETZ dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi atau konsultan onkologi ginekologi. (Kemenkes RI, 2015)

b. Pap Smear

1) Pengertian

Pap Smear adalah cara yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kanker serviks maupun sel-sel abnormal (sel prakanker) di leher rahim (serviks) yang berpotensi berkembang menjadi kanker. Kanker serviks adalah penyakit yang perlu diwaspadai karena merupakan jenis kanker dengan jumlah penderita terbanyak nomor dua di Indonesia. Kanker serviks memang berpotensi menyebabkan kematian, tapi jika terdeteksi dan mendapatkan perawatan secara dini akan memiliki potensi lebih besar untuk disembuhkan.

Pap Smear adalah prosedur pengambilan sampel jaringan leher rahim (serviks) untuk memeriksa kondisi sel di laboratorium. Dengan pemeriksaan ini, dokter dapat mendeteksi ada/tidaknya kelainan pada sel/jaringan serviks yang berpotensi berkembang menjadi kanker serviks.

2) Prosedur dan Manfaat Pap Smear

Pap smear dilakukan dengan mengambil sampel sel di serviks. Setelah itu, sel diperiksa di laboratorium untuk mengetahui apakah di dalam sampel tersebut terdapat sel prakanker atau sel kanker.

Dengan melakukan pap smear secara rutin, kondisi serviks dapat terpantau dan jika ditemukan sel yang berpotensi menjadi kanker serviks, dapat terdeteksi secara dini dan mendapatkan penanganan yang tepat.

3) Kapan Harus Melakukan Pap Smear?

Pap smear dianjurkan dilakukan setiap 3 tahun sekali untuk wanita usia 21 tahun ke atas. Bagi wanita yang berusia 30-65 tahun, pap smear dapat dilakukan tiap 5 tahun sekali, namun juga perlu dikombinasikan dengan pemeriksaan HPV.

Perempuan yang memiliki potensi tinggi terkena kanker serviks juga dianjurkan untuk melakukan pap smear secara berkala. Perempuan yang termasuk dalam golongan ini antara lain:

- a) Menderita HIV
- b) Merokok
- c) Memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah atau menggunakan kortikosteroid dalam jangka panjang
- d) Terpapar atau menggunakan obat dietilstilbestrol (DES)
- e) Mendapatkan hasil abnormal pada pap smear sebelumnya
- f) Sebelum melakukan pap smear dianjurkan untuk memperhatikan kondisi berikut:
 - (1) Tidak melakukan pap smear saat sedang menstruasi, dan dapat melakukannya 5 hari setelah menstruasi berakhir.
 - (2) Tidak dianjurkan dilakukan saat usia kehamilan 25 minggu ke atas karena bisa menimbulkan nyeri yang hebat saat pemeriksaan.
 - (3) Pap smear dapat dilakukan minimal 12 minggu setelah melahirkan.
- g) Pap smear tidak perlu dilakukan pada:
 - (1) Perempuan yang telah menjalani operasi pengangkatan seluruh rahim dan serviks (histerektomi total). Dengan catatan, prosedur histerektomi total tidak dilakukan atas indikasi adanya kanker atau lesi prakanker.
 - (2) Perempuan usia 65 tahun ke atas dengan hasil pap smear sebelumnya normal.
- h) Sebagai persiapan, 2 hari sebelum melakukan pap smear, disarankan untuk tidak melakukan hal berikut:
 - (1) Berhubungan seks
 - (2) Membersihkan bagian dalam vagina (*douching*) dengan cairan apapun
 - (3) Memasukkan apapun ke dalam vagina, termasuk tampon, krim vagina, atau obat-obatan untuk vagina

4) Prosedur Pap Smear

Proses pap smear berlangsung selama 10-20 menit dan dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan dan kandungan. Posisi pasien dalam pemeriksaan pap smear mirip dengan proses persalinan normal. Tahapan yang dilakukan dokter dalam pap smear antara lain:

- a) Pasien diminta berbaring di meja periksa serta menaruh kedua kaki di tempat yang telah disediakan atau dalam posisi lebar
- b) Dokter memeriksa vagina bagian luar
- c) Dokter membuka vagina dan memasukkan alat seperti cocor bebek dengan perlahan.
- d) Dokter mengambil sampel sel dari dalam vagina menggunakan spatula atau sikat halus.
- e) Sampel dimasukkan ke alat periksa seperti tabung/gelas kaca untuk dibawa ke laboratorium.
- f) Spekulum dilepas dan pasien dapat menunggu hasil pemeriksaan.
- g) Meski saat prosedur dilakukan pasien dapat merasa sedikit tidak nyaman, pap smear adalah metode pemeriksaan yang aman bagi perempuan untuk mendeteksi kanker serviks. Secara umum tidak ada efek samping yang dirasakan setelah melakukan pap smear, namun pada beberapa kasus pasien dapat mengalami pendarahan ringan.

c. SADARI dan SADANIS

Berikut langkah-langkah melakukan SADARI yang bisa Anda lakukan: Berdiri tegak. Cermati bila ada perubahan pada bentuk dan permukaan kulit payudara, pembengkakan dan/atau perubahan pada puting. Bentuk payudara kanan dan kiri tidak simetris? Jangan cemas, itu biasa. Angkat kedua lengan ke atas, tekuk siku dan posisikan tangan di belakang kepala. dorong siku ke depan dan cermati payudara; dan dorong siku ke belakang dan cermati bentuk maupun ukuran payudara. Posisikan kedua tangan pada pinggang, condongkan bahu ke depan sehingga payudara menggantung, dan dorong kedua siku ke depan, lalu kencangkan (kontraksikan) otot dada Anda. Angkat lengan kiri ke atas, dan tekuk siku sehingga tangan kiri memegang bagian atas punggung. Dengan menggunakan ujung jari tangan kanan, raba dan tekan area payudara, serta cermati seluruh bagian payudara kiri hingga ke area ketiak. Lakukan gerakan atas-bawah, gerakan lingkaran dan gerakan lurus dari arah tepi payudara ke puting, dan sebaliknya. Ulangi gerakan yang sama pada payudara kanan Anda. Cubit kedua puting. Cermati bila ada cairan yang keluar dari puting. Berkonsultasilah ke dokter seandainya hal itu terjadi. Pada posisi tiduran, letakkan bantal di bawah pundak kanan. Angkat lengan ke atas. Cermati payudara kanan dan lakukan tiga pola gerakan seperti sebelumnya. Dengan menggunakan ujung jari-jari, tekan-tekan seluruh bagian payudara hingga ke sekitar ketiak.(Rininta, 2022)

Dalam melakukan pemeriksaan payudara petugas harus peka terhadap perasaan dan kekhawatiran klien sebelum, selama dan setelah melakukan pemeriksaan payudara. Perempuan tersebut mungkin malu atau tidak ingin diperiksa karena dia harus memperlihatkan payudaranya. Petugas kesehatan mungkin juga merasa kurang nyaman pada awalnya. Sikap yang tenang dan perhatian dapat membantu kepercayaan klien.

SADANIS berbeda dari SADARI yang dapat dilakukan secara mandiri, SADANIS merupakan pemeriksaan payudara klinis harus dilakukan oleh tenaga kesehatan baik

dokter, bidan, ataupun petugas kesehatan lain yang terlatih. SADANIS dimulai dari inspeksi payudara hingga palpasi di seluruh area payudara. Pemeriksaan kanker payudara dapat meliputi: mammografi, USG payudara, MRI, PET Scan, biopsi. Gejala kanker payudara selain benjolan Umumnya, seseorang mengenali kondisi kanker payudara ketika menemukan benjolan di payudara mereka saat melakukan SADARI Tetapi, tidak semua penderita kanker payudara menemukan benjolan, ada beberapa tanda lain yang dapat Anda waspadai yaitu: Perubahan tekstur kulit: bersisik di sekitar puting dan aerola, kulit seperti terbakar matahari dan sangat kering, penebalan kulit di berbagai area payudara Keluarnya cairan dari puting: dari putih susu, kuning, hijau, hingga merah (mengandung darah). Lesung pipit di payudara: sel kanker menyebabkan penumpukan cairan getah bening di payudara yang menyebabkan pembengkakan serta lesung pada kulit. Benjolan di kelenjar getah bening (di area ketiak): benjolan kecil, keras, bengkak, dan mungkin terasa lembut saat disentuh. Nyeri di payudara atau puting susu. Puting masuk ke dalam atau disebut *inverted nipple*. Pembengkakan payudara: disertai kulit yang mengencang.(Rininta, 2022)

C. Rangkuman

Skrining merupakan penapisan dengan menggunakan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun. Untuk banyak penyakit (misalnya, kanker) pengobatan dini mengarahkan hasil yang lebih baik Skrining merupakan langkah tepat untuk penyakit kanker leher rahim dan kanker payudara. Hampir 95% kanker serviks pada wanita disebabkan oleh virus HPV, yaitu Virus Papiloma (Human Papilloma Virus). Infeksi Human Papilloma Virus (HPV) biasa terjadi pada perempuan di usia reproduksi. HPV yang merupakan penyebab kanker mulut rahim dikenal dengan HPV onkogenik yaitu utamanya tipe 16, 18, dan 31, 33, 45, 52, 58. Kanker serviks dapat dibantu untuk dicegah dengan makanan tertentu yang mengandung antioksidan dan melawan zat kanker. Selain kanker leher rahim, kanker payudara juga menjadi kanker dengan jumlah kasus tertinggi dan penyebab kematian terbanyak kedua di Indonesia. Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemkes RI), pada 2020 sebanyak 65.858 wanita Indonesia didiagnosis kanker payudara. Kebanyakan wanita tidak tahu bahwa dirinya mengidap kanker payudara sehingga saat berada di faskes sudah dalam stadium lanjut. Sebagai deteksi dini dan pencegahan kondisi kronis kanker payudara, pemerintah Indonesia melalui Kemenkes mengajak agar kita memahami pentingnya SADARI dan SADANIS.

Penanggulangan kanker payudara dan kanker leher rahim dimulai dari penyampaian informasi tentang faktor risiko dan bagaimana menghindari faktor risiko dimaksud, deteksi dini untuk mendapatkan lesi pra-kanker leher rahim dan melakukan pengobatan segera. Apabila ditemukan kelainan pada kegiatan skrining, segera dilakukan rujukan secara berjenjang sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

D. Tugas

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memilih jawaban yang menurut Saudara benar!

1. Skrining yang dilakukan untuk lebih dari satu jenis penyakit dinamakan:
 - a. *Mass screening*
 - b. *Selective screening*
 - c. *Single disease screening*
 - d. *Multiphasic screening*

2. HPV risiko tinggi atau disebut juga dengan HPV onkogenik adalah tipe.....
 - a. 16 dan 6
 - b. 18 dan 32
 - c. 16 dan 18
 - d. 11 dan 16
3. Pemeriksaan kanker payudara dapat meliputi:.....
 - a. Mammografi
 - b. IVA Test
 - c. Pap Smear
 - d. Pemeriksaan sitologi
4. Bagi wanita yang berusia 30-65 tahun, pap smear dapat dilakukan setiap.....
 - a. 2 tahun dan dikombinasi dengan pemeriksaan HPV
 - b. 3 tahun dan dikombinasi dengan pemeriksaan HPV
 - c. 4 tahun dan dikombinasi dengan pemeriksaan HPV
 - d. 5 tahun dan dikombinasi dengan pemeriksaan HPV
5. Hal yang tidak dianjurkan ketika seorang wanita akan melakukan pap smear, yaitu....
 - a. Berhubungan seks
 - b. Membersihkan bagian permukaan vagina
 - c. Melepas tampon vagina
 - d. Menghentikan penggunaan krim vagina
6. Larutan yang digunakan dalam pemeriksaan IVA adalah.....
 - a. Alkohol 70 %
 - b. Asam Asetat 3-5%
 - c. Asam Lactate 5%
 - d. Povidone Iodine
7. Yang termasuk dalam upaya preventif atau *early diagnosis* kesehatan reproduksi adalah:

.....

 - a. Radioterapi
 - b. Kemoterapi
 - c. Operasi
 - d. Pap Smear

Kunci jawaban:

1. D
2. C
3. A
4. D
5. A
6. B
7. D

E. Referensi

- Aulia. (2016). *Kenali Gejala Kanker Serviks Sejak Dini*. Jakarta: Direktorat P2PTM. Retrieved from <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/kenali-gejala-kanker-serviks-sejak-dini>.
- Kemenkes, R. I. (2015). *Panduan Program Nasional Gerakan Pencegahan dan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara*. Jakarta.
- Kolupe.et.al, V. M. (2021). *Mengenal Kesehatan Reproduksi*. Makasar: Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Mwantake M.et.al. (2022). Factors Associated With Cervical Cancer Screening Among Women Living With HIV in The Kilimanjaro Region, Northern Tanzania: A Cross Sectional Study. *Preventive Medicine Reports*.
- P2PTM. (2017). *Deteksi Dini Kanker Payudara dengan SADARI dan SADANIS*. Jakarta.
- Permenkes, R. I. (2015). *Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim*. Jakarta.
- Permenkes, R. I. (2015). *PENANGGULANGAN KANKER PAYUDARA DAN KANKER LEHER RAHIM*. Jakarta.
- Pratiwi, A. (2021). *Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi*. Klaten: Penerbit Lakeisha.
- Rininta, E. A. (2022). *Pentingnya SADARI dan SADANIS untuk Deteksi Dini Kanker Payudara*. Jakarta: Kompas.
- Zettira.E.T.et.al. (2017). *Kanker Payudara Pada Pria. Majority Volume 7 Nomor 1*.

F. Glosarium

Biopsi	Salah satu tes yang biasanya dilakukan untuk mendeteksi dan memantapkan diagnosis penyakit kanker
Elektrokauterisasi atau eksisi	Prosedur pembedahan kecil untuk menghentikan perdarahan dan mengangkat jaringan yang berbahaya atau yang tidak diinginkan
<i>General check up</i>	Prosedur pemeriksaan kesehatan yang menyeluruh tanpa harus menunggu merasakan gejala penyakit.
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> adalah virus yang merusak sistem kekebalan tubuh dengan menginfeksi dan menghancurkan sel CD4
HPV	Human Papilloma Virus penyebab kanker leher rahim
IMS	Infeksi Menular Seksual
IVA	Inspeksi Visual Asam Asetat yaitu pemeriksaan skrining pada kanker serviks dengan menggunakan Asam Asetat 3-5% pada inspekulo dan dapat dilihat dengan pengamatan secara langsung
Kanker	Sel tubuh yang mengalami mutasi (perubahan) dan tumbuh tidak terkendali serta membelah lebih cepat dibandingkan dengan sel normal
Kemoterapi	Pemberian obat-obatan untuk menghambat atau menghentikan pertumbuhan sel-sel kanker
Krioterapi	Krioterapi merupakan metoda rawat jalan untuk menghancurkan jaringan dengan cara membekukan sel-sel menggunakan gas CO ₂ atau N ₂ O cair
Lesi pra-kanker	Awal dari kanker serviks yang tidak menimbulkan keluhan, apabila dibiarkan akan berkembang menjadi kanker serviks yang dapat menginvasi jaringan sekitar atau bahkan menyebar ke organ/jaringan lain (metastase)

Metastasis	Kanker telah menyebar ke luar organ atau jaringan dari tempat kanker pertama kali muncul.
MRI	<i>Magnetic Resonance Imaging</i> yaitu teknik pemindaian radiologi yang menggunakan magnet, gelombang radio, dan komputer untuk menghasilkan gambar struktur tubuh
Papsmear	Prosedur pengambilan sampel jaringan leher rahim (serviks) untuk memeriksa kondisi sel di laboratorium
PET Scan	Pemeriksaan medis untuk mendeteksi suatu penyakit tertentu dalam tubuh dengan melihat fungsi jaringan atau organ tubuh
Pra konsepsi	Fase sebelum terjadi kehamilan
Radioterapi	Prosedur medis untuk menangani penyakit kanker
Senium	Masa setelah menopause yaitu ketika seseorang wanita telah mampu menyesuaikan dengan kondisinya, sehingga tidak mengalami gangguan fisik
Sensitivitas	Tingkat kepekaan alat ukur terhadap perubahan besaran yang diukur
Skrining	Usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar-benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan.
Spesifisitas	Spesifisitas adalah ukuran statistik mengenai akurasi tes, yaitu seberapa baik tes mengidentifikasi negatif orang-orang yang tidak memiliki penyakit atau kondisi
SSK	Sambungan Skuamo Kolumnar: epitel kolumnar selapis bersilia dan area peralihan antara dua epitel tersebut
Standar Operating Prosedur	Suatu pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja dan prosedural sesuai tata kerja, prosedur kerja dan sistem kerja

Biografi Penulis



Rosalia Rahayu, S.ST, M.Kes, Tempat lahir di Bogor pada tanggal 22 Oktober 1984. Saat ini tinggal di Perumahan Graha Keandra Kalijaga Blok A-28 Kalijaga Harjamukti. Lulusan DIII Kebidanan Akbid Al Fathonah Jakarta, DIV Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III dan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta. Riwayat pekerjaan: Bidan di RB. Resti Mulya (2006-2009); Dosen di Akbid Suluh Bangsa Jakarta (2009-2010); Dosen di Akbid Prima Husada Bogor (2010-2018) serta Dosen di STIKes Mahardika Cirebon (2018-sekarang). Peminatan Kesehatan Reproduksi dan mengajar mata kuliah asuhan kebidanan yang lainnya.

BAB VII

KONSEP PSIKOLOGI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Yuni Ramadhaniati, S.S.T., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa mampu memahami psikoanalisis dalam psikologi Kesehatan reproduksi
2. Mahasiswa mampu memahami pendekatan stimulasi dan respon dalam psikologi Kesehatan reproduksi
3. Mahasiswa mampu memahami pendekatan internal dan lingkungan dalam psikologi Kesehatan reproduksi
4. Mahasiswa mampu memahami pendekatan sintesa dan operasional dalam psikologi Kesehatan reproduksi

B. Materi

1. Psikoanalisis Dalam Psikologi Kesehatan reproduksi

Teori psikoanalisis yang paling sering digunakan untuk menjelaskan berbagai masalah social yaitu teori sigmund freud. Salah satu dasar pemikiran teori ini menyebutkan bahwa perilaku manusia antara lain di dorong dan kadang dikendalikan oleh alam bawah sadar. Pemahaman freud tentang kepribadian manusia dibangun berdasarkan pengalamannya dengan sejumlah pasien penyakit histeria. Meskipun histeria tidak begitu umum pada masa kini, gangguan tersebut cukup menjadi masalah, cukup tepat untuk mengatakan bahwa histeria adalah penyakit yang populer pada masa itu. Selain itu juga analisis terhadap mimpinya sendiri dan bacaannya yang luas dalam bidang ilmu pengetahuan dan humaniora. Pengalaman-pengalaman tersebut menjadi data dasar untuk mengembangkan teori nya

Tahap Perkembangan Kepribadian Menurut Freud

Freud dipandang secara teoritis psikologi pertama yang memfokuskan perhatiannya kepada perkembangan kepribadian. Freud berpendapat bahwa masa anak (usia 0-5 tahun) atau usia pra genital mempunyai peranan yang sangat dominan dalam membentuk kepribadian atau karakter seseorang.

Karena sangat menentukannya masa ini Freud berpendapat bahwa "*The child is the father of man*" (anak adalah ayah manusia). Berdasarkan hal ini, maka hampir semua masalah kejiwaan pada usia selanjutnya (khususnya usia dewasa), factor penyebabnya dapat ditelusuri pada usia pregenital.

Makna perkembangan kepribadian menurut Freud adalah " Belajar tentang cara-cara baru untuk mereduksi ketegangan (*tension reduction*) dan memperoleh kepuasan. Ketegangan itu bersumber kepada empat aspek, sebagai berikut:

a. Pertumbuhan fisik

Seperti peristiwa menstruasi dan mimpi pertama dapat menimbulkan perubahan aspek psikologis dan juga ada tuntutan baru dari lingkungan) seperti berpakaian dan bertingkah laku)

b. Frustrasi

Orang yang tidak pernah frustrasi tidak akan berkembang. Jika anak di manja (over protection) tidak akan berkembang rasa tanggung jawab dan kemandiriannya

c. Konflik

Ini terjadi antara id, ego dan superego. Apabila individu dapat mengatasi setiap konflik yang terjadi diantara ketiga komponen kepribadian tersebut, maka dia akan mengalami perkembangan yang sehat.

d. Ancaman lingkungan

Di samping dapat memberikan kepuasan kepada kebutuhan atau dorongan insting individu, juga merupakan sumber ancaman baginya yang dapat menimbulkan ketegangan. Apabila individu dapat mengatasi ancaman yang dihadapinya, maka dia akan mengalami perkembangan yang diharapkan.

Perkembangan kepribadian berlangsung melalui tahapan-tahapan perkembangan psikoseksual yaitu yang sangat mempengaruhi kepribadian masa dewasa, bahwa seksualitas adalah dimensi dan pernyataan dari kepribadian.

Menurut model perkembangan Freud, tahap infantile) infantile Stage), sangat penting bagi pembentukan kepribadian. Salah satu asumsi Freud adalah bayi mempunyai kehidupan seksual dan mengalami perkembangan seksual pregenital selama empat atau lima tahun pertama setelah kelahiran.

Pada anak dan orang dewasa, dorongan seksual bisa dipuaskan oleh organ-organ selain genital. Mulut juga anus adalah bagian-bagian sensitive terhadap stimulasi erogen (Freud, 1933/1964).

Pada tahap ini anak mengalami tiga fase berdasarkan zona erogen, sebagai berikut

1) Fase oral

Bayi mendapatkan zat-zat nutrisi untuk mempertahankan hidup melalui aktivitas oral, tetapi mereka juga memperoleh kesenangan dari perilaku menghisap tersebut. Pada masa ini libido didistribusikan ke daerah oral sehingga perbuatan menghisap dan menelan menjadi metode utama untuk mereduksi ketegangan dan mencapai kepuasan.

2) Fase Anal

Tahap ini berada pada usia 2 sampai 3 tahun. Pada tahap ini libido terdistribusikan ke daerah anus. Anak akan mengalami ketegangan ketika duburnya penuh dengan ampas makanan peristiwa buang air besar, yang dialami oleh anak merupakan proses pelepasan ketegangan dan pencapaian kepuasan, rasa tenang atau rasa nikmat. Peristiwa ini disebut *erotic anal*.

3) Fase falik

Tahap ini berlangsung pada usia kira-kira 4-5 tahun. Pada tahap ini anak mulai memperhatikan atau senang memainkan alat kealamannya sendiri. Pada tahap ini anak masih bersifat *selfish*, sikap mementingkan diri sendiri, belum memperhatikan orang lain.

4) Periode laten

Tahap ini terjadi pada usia 6 sampai 12 tahun. Tahap ini merupakan masa tentang seksual, karena segala sesuatu yang terkait dengan seks dihambat atau ditekan. Belum memiliki perhatian khusus dengan lawan jenis sehingga dalam bermain pun akan berkelompok. Tahap ini sebagai perluasan kontak social dengan orang lain diluar keluarga.

5) Periode genital

Periode ini ditandai dengan perubahan biokimia dan fisiologis dalam diri remaja. Tahap ini dimulai pada usia 12 atau 13 tahun. Ditandai dengan matangnya organ reproduksi anak, pertumbuhan tanda-tanda seksual primer dan sekunder. Pada tahap ini insting seksual dan agresif menjadi aktif. Mengembangkan motif untuk mencintai orang lain atau motif altruis) keinginan untuk memperhatikan kepentingan orang lain).

e. Kematangan

Fase ini berlanjut dari fase genital sampai orang tutup usia, dimana puncak seksual dicapai. Ketika orang dewasa mengalami kematangan kepribadian. Tahapan perkembangan psikoseksual akan memberikan dampak yang beragam bagi perkembangan karakter atau kepribadian individu pada masa dewasanya. Ini ditandai dengan kematangan tanggung jawab seksual sekaligus tanggung jawab hubungan social. Mengalami kepuasan dengan hubungan cinta heteroseksual tanpa diikuti perasaan berdosa dan bersalah.

2. Pendekatan Stimulasi dan Respon Dalam Psikologi Kesehatan Reproduksi

Berbeda dengan pendekatan psikoanalisis yang menekankan pada pentingnya alam bawah sadar, pendekatan stimulus respon justru mengabaikannya. Meskipun awal pijakan berfikir keduanya cenderung non kognitif, pendekatan stimulus respon memfokuskan analisis pada perilaku nyata yang tampak dari pada determinan psikologisnya.

Secara umum teori ini menyebutkan bahwa perilaku manusia dapat dibiasakan atau dikondisikan sesuai tujuan atau keinginan. Caranya adalah dengan memberi stimulus tertentu agar seseorang berperilaku atau bertindak dan diberi juga konsekuensi pada setiap tindakan atau perilaku. Konsekuensi tersebut bisa negative maupun positif.

Diasumsikan konsekuensi negative bisa membuat pelaku kapok, sedangkan konsekuensi positif akan menyebabkan pelakunya tuman. Dengan demikian maka akan terjadi mata rantai yang terus menerus yang terdiri dari stimulus dan respon bila konsekuensinya positif. Untuk membuat kapok atau menghentikan kebiasaan maka konsekuensinya harus negative agar rantai tersebut terputus.

Penerapan konsep tersebut telah banyak di coba. BKKBN antara lain menerapkannya dengan istilah insentif dan disinsentif. Untuk merangsang dan meningkatkan penggunaan alat-alat kontrasepsi maka bagi akseptor diberi insentif dalam berbagai bentuk. Diantaranya adalah mendapatkan bibit-bibit pohon, kemudahan dalam pelayanan birokrasi mendapatkan kredit atau pinjaman uang dan sebagainya.

Disinsentif yang diterapkan antara lain adalah memperlambat pelayanan birokrasi bagi non akseptor dan pengurangan kredit poin bagi pejabat setempat.

Konsep-konsep diatas tampaknya cukup mudah dipraktikan untuk intervensi dan membantu peningkatan Kesehatan, termasuk Kesehatan reproduksi.

3. Pendekatan Internal dan Lingkungan Dalam Psikologi Kesehatan Reproduksi

Peran faktor internal dan lingkungan dalam psikologi perilaku manusia memiliki peranan penting. Beberapa ahli (Fleishman dan Fogel, 1994; Nyamati dkk, 1995; Rutter dkk, 1993) berpendapat bahwa control dan coping yaitu cara-cara seseorang menanggapi dan menyesuaikan dengan masalah, merupakan factor psikologis yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku reproduksi sehat.

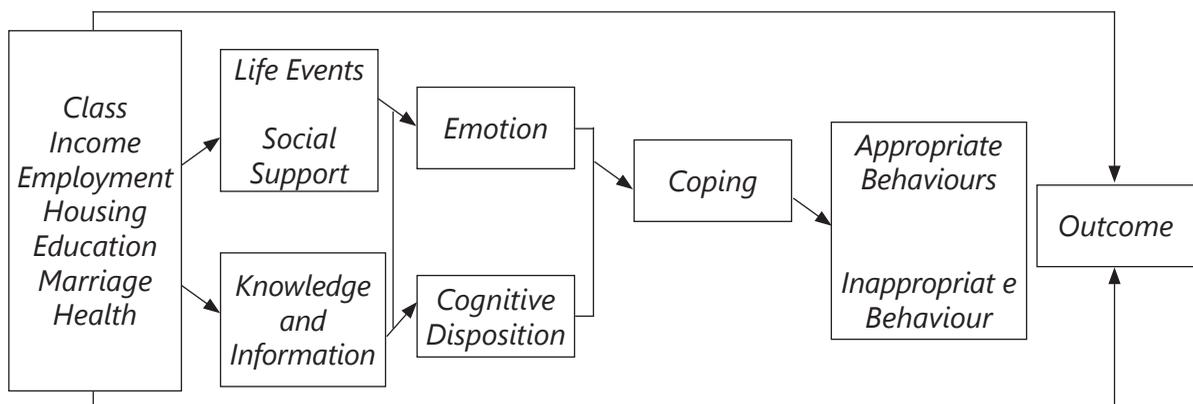
Orang-orang yang mempunyai control diri/ internal kuat secara umum, akan lebih sehat. Efektivitas dari pengendalian ini telah terbukti untuk mencegah obesitas, kecanduan rokok dan alcohol. Diyakini pula bahwa orang-orang yang pusat kendali internal nya tinggi dapat mencegah diri sendiri sendiri dari berbagai penyakit menular. Konsep control lebih besar perannya untuk menghindari dari penyakit daripada untuk mengurangi atau menyembuhkan penyakit.

Konsep control lebih besar perannya untuk menghindari dari penyakit daripada untuk mengurangi dan menyembuhkan penyakit. Telah diyakini betul bahwa kesembuhan dari suatu penyakit akan ditunjang dari kemampuan seseorang dalam menghadapi masalah itu. Ketidaksiapan dan penolakan terhadap penderitaan yang dialaminya umumnya akan memperparah keadaan, sedangkan penerimaan akan memberi peluang yang besar untuk melakukan hal lain yang dapat mengarah pada kesembuhan.

Konsep coping memang tidak dengan sendirinya dapat dioperasionalkan. Untuk menerima keadaan buruk seperti sakit bukan lah hal yang mudah. Faktor lingkungan memiliki peran besar. Dukungan social, merasa dicintai, dihargai dan dilibatkan dalam aktivitas seperti dalam pendekatan stimulus- respon dapat berperan sebagai reward yang membangkitkan seseorang trus melakukan hal-hal yang normal. Tindakan ini, menurut pendekatan stimulus- respon pula, pada akhirnya akan menjadi perilaku normative sehingga orang yang bersangkutan dapat merasa normal.

4. Pendekatan Sintesa dan Operasional Dalam Psikologi Kesehatan Reproduksi

Model pendekatan ini dikembangkan oleh salah satu diantaranya adalah Rutter dkk (1993). Menurut model ini ini, perilaku reproduksi sehat atau sebaliknya akan membawa dampak pada status kesehatan seseorang di samping berbagai pengaruh eksternal. Factor luar ini juga berpengaruh secara tidak langsung kepada individu. (lihat skema)



A Model of Mediators in Health (Rutter dkk., 1993)

Ada dua jalur pengaruh yang dimaksudkan. Pertama melalui pengalaman dan dukungan social dan kedua melalui informasi dan pengetahuan.

Jalur pertama akan banyak mempengaruhi emosi orang yang bersangkutan, sedangkan jalur kedua akan berpengaruh terhadap disposisi kognitif nya. Factor kognisi dan emosi ini menentukan coping yang selanjutnya tercermin dalam perilaku kesehatan itu.

Untuk mengoperasionalkan model ini tampaknya tidak begitu mudah. Masalah pertama muncul pada pengukuran masing-masing variabel. Beberapa variabel memang sudah biasa diteliti, namun variabel pengetahuan, disposisi kognitif, dan *coping* tidak mudah diukur. Beberapa penelitian psikologi pernah mengukurnya namun validitas, reliabilitas dan standarisasi dari cara pengukurannya masih belum final. Masalah kedua muncul berkaitan dengan analisis. Model tersebut menuntut kemampuan dan *software* yang canggih. Ketersediaan akan kedua hal ini tampaknya tidak cukup banyak. Masalah ketiga akan muncul dalam mengimplementasikan model tersebut untuk kebijakan. Variabel-variabel psikologis yang dicantumkan perlu dijabarkan lebih sederhana agar implementasinya efektif dan efisien. Ahli-ahli psikologi tampaknya belum banyak yang mendalami upaya-upaya untuk ini (Fischhoff, 1990; Kagitcibasi, 1991), sehingga penjabaran konsep psikologis dalam bentuk kebijakan tampak kurang pas.

C. Rangkuman

Beberapa pendekatan psikologi Kesehatan reproduksi yang ada, teori yang sering digunakan yaitu teori psikoanalisis Freud, pendekatan stimulus- respon, pendekatan internal-lingkungan dan pendekatan sintesa dan operasional. Teori Freud mengemukakan bahwa perilaku manusia di dorong dan kadang dikendalikan oleh alam bawah sadar. Freud menyadari bahwa proses tidak sadar memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap kepribadian yang dibentuk sejak bayi hingga usia lanjut. Berbeda dengan pendekatan psikoanalisis, pendekatan stimulus-respon memfokuskan pada perilaku nyata yang tampak daripada determinan psikologisnya. secara umum teori ini menyebutkan bahwa perilaku manusia dapat dibiasakan atau dikondisikan sesuai dengan tujuan atau keinginan. Hal lain yang sering diperdebatkan dalam psikologi perilaku manusia adalah peran factor internal dan lingkungan, beberapa ahli berpendapat bahwa control dan coping merupakan cara-cara seseorang menanggapi dan menyesuaikan dengan masalah merupakan factor psikologis yang sangat penting dalam mempengaruhi perilaku reproduksi sehat.

D. Tugas

Analisis kasus Kesehatan reproduksi yang ada dengan menggunakan beberapa teori pendekatan psikologi yang sudah dibahas di atas

E. Referensi

- Alwisol, 2009. *PSikologi kepribadian- Edisi revisi*. Malang
- Ancok, D.1984. *Incentive and disincentive Program in the Indonesian Family Planing*. Population Studies Center, Gajah Mada University, Yogyakarta
- Bloom L.B.1998. *Heath Psychology Approach* Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Friedman, Howard S; Schustack, Miriam W. 2008. *Kepribadian- Teori Klasik dan Riset Modern*. Jakarta: Erlangga
- Rutter, D Quine, L & Chesman, DJ.1993. *Social Psychological Approach to Health* Harvester Wheatsheaf, Singapore

Biografi Penulis



Penulis Bernama **Yuni Ramadhaniati, S.ST,M.Kes**, Lahir di Tanjung Karang, 19 Juni 1985, Pendidikan Diploma III kebidanan Akbid Budi Kemuliaan Jakarta, DIV Bidan Pendidik Poltekes Depkes Tanjung Karang,B.Lampung, S2 Kesehatan masyarakat Universitas Respatih Indonesia Jakarta. Penulis bekerja sebagai dosen tetap STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu.

BAB VIII

GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN

Indria Pijaryani, S.S.T., M.Gz.

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mampu memahami prinsip gizi saat konsepsi
2. Mampu memahami prinsip gizi saat menstruasi
3. Mampu memahami prinsip gizi saat menopause

B. Materi

1. Prinsip Gizi Pada Konsepsi

a. Definisi

Konsepsi adalah tahap pertama kehamilan yang disebut sebagai pembuahan. Kehamilan (konsepsi) merupakan masa yang krusial bagi pertumbuhan dan perkembangan manusia yang cepat (*window of opportunity*). Pertemuan sel telur dan sel sperma menghasilkan pembentukan zigot, yang kemudian berkembang menjadi embrio sebagai prekursor janin. Proses ini dikenal sebagai fertilisasi. Menggabungkan set kromosom haploid dari dua individu untuk membentuk sel diploid tunggal yang dikenal sebagai zigot merupakan tujuan utama pembuahan

b. Masalah Gizi Saat Konsepsi

1) Kekurangan energi kronis (KEK)

Masalah gizi jangka panjang yang ditimbulkan dari asupan energi yang tidak mencukupi dikenal sebagai Kekurangan Energi Kronis (KEK). Indikasi Lingkar Lengan Atas (LLA) kurang dari 23,5 cm dan Indeks Massa Tubuh (BMI) kurang dari 18,5 kg/m² dapat digunakan untuk menilai risiko KEK pada wanita hamil. Wanita dengan KEK berisiko mengalami keguguran, perdarahan nifas, kematian ibu, berat badan terganggu, tidak melakukan aktivitas sesuai standar, malas melakukan tugas, pembesaran payudara dan perut berkurang, gerak janin terganggu, mudah terkena penyakit tidak menular, gangguan pertumbuhan pada janin (*intrauterine growth retardation*), kemungkinan bayi berat lahir rendah (BBLR), dan potensi cacat bawaan pada anak yang akan dilahirkan.

2) Anemia

Anemia adalah suatu kondisi yang terjadi ketika hemoglobin (Hb), atau sel darah merah, berada di bawah 11 g/dl. Ketidacukupan zat besi dapat menyebabkan tubuh memproduksi sel darah merah yang sedikit, terutama selama kehamilan ketika tubuh mengalami beberapa perubahan fisiologis. Ada peningkatan kebutuhan 1.000 mg zat besi selama kehamilan. Penyebab utama peningkatan kebutuhan zat besi ini adalah peningkatan volume darah, peningkatan massa jaringan ibu, dan pertumbuhan janin. Anemia dapat memiliki berbagai penyebab antara lain wanita hamil dengan KEK, kekurangan makanan yang mengandung protein, zat besi, vitamin B12, dan asam folat.

3) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum, yang menyebabkan mual dan muntah, adalah masalah umum bagi wanita hamil. Itu terjadi antara 8 dan 12 minggu selama kehamilan. Muntah dan mual akan mulai berkurang seiring bertambahnya usia kehamilan dan akan berkurang sekitar usia 16 minggu. Hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan dehidrasi pada wanita hamil dan membahayakan ibu dan janin. Gejala tersebut seperti kelelahan, kulit pucat, dan penurunan frekuensi buang air kecil yang signifikan.

Diet yang direkomendasikan untuk hiperemesis menekankan pada makanan kecil dan sering dan menghindari makanan seperti biskuit atau roti panggang, sayuran, jus buah, dan susu ibu tertentu yang dapat membuat mual. Selain itu, dapat dihindari dengan makan secukupnya, menghindari makanan berlemak, pedas, dan merangsang, bangun perlahan dari posisi berbaring, mencoba vitamin B6, dan mengurangi stres dan kecemasan.

4) Gangguan Pencernaan (Konstipasi)

Gerakan peristaltik saluran pencernaan melambat lebih lambat dari biasanya pada wanita hamil, yang berkontribusi terhadap konstipasi (sembelit). Gerakan usus yang lambat dipengaruhi oleh tingkat progesteron wanita hamil yang lebih tinggi. Pola makan yang buruk seperti mengonsumsi lebih sedikit makanan kaya serat, lebih banyak makanan berlemak tinggi, dan lebih sedikit cairan dapat menyebabkan konstipasi. Masalah ini dapat dihindari dengan diet seimbang, diet tinggi serat, makan setidaknya satu porsi buah atau sayuran setiap kali makan, dan minum tiga liter air yang disarankan setiap hari.

5) Diabetes Gestasional

Diabetes gestasional terjadi pada wanita hamil dan biasanya hilang setelah melahirkan. Glukosa yang bahan bakar utama tubuh digunakan oleh tubuh secara berbeda ketika seseorang menderita diabetes. Ketika kadar gula darah tidak terkontrol selama kehamilan, glukosa ekstra memasuki plasenta dan meningkatkan kadar gula darah janin. Pankreas janin akan dirangsang oleh kondisi ini untuk membuat insulin, yang berfungsi sebagai hormon pertumbuhan. Akibatnya, janin akan menjadi "bayi besar" dengan berat lebih dari 4.000 gram saat dilahirkan, membuat persalinan menjadi lebih sulit. Sementara bayi juga lebih mungkin terkena diabetes dan memiliki cacat bawaan. Pada kondisi ini dianjurkan mengonsumsi energi sesuai dengan prinsip 3J (Jenis, Jumlah, Jadwal). Selain itu, disarankan untuk melakukan aktivitas ringan untuk memperlancar peredaran darah, mengatur gula darah, dan pemeriksaan gula darah rutin agar dapat dikontrol sehingga jika diperlukan dapat diobati dengan.

6) Hipertensi Gestasional

Tekanan darah dianggap normal bila 120/80 mmHg atau kurang. Hipertensi gestasional, juga dikenal sebagai hipertensi yang diinduksi kehamilan atau hipertensi gestasional, mulai muncul setelah 20 minggu kehamilan. Preeklampsia dapat berkembang pada wanita hamil yang mengalami hipertensi gestasional serta satu atau kedua tanda tambahan, seperti peningkatan kadar protein dalam urin dan edema di luar kaki. Preeklampsia dapat berkembang menjadi eklampsia, yang dapat mengakibatkan kejang dan gejala lain yang sangat berbahaya bagi ibu dan janin. Eklampsia juga bisa tidak terdiagnosis secara klinis oleh karena itu Sangat penting untuk memantau tekanan darah dan urin selama kehamilan.

c. Kebutuhan nutrisi saat kehamilan

Kebutuhan nutrisi meningkat selama kehamilan dibandingkan saat Anda tidak hamil. Peningkatannya sebesar 180 kkal per hari pada trimester pertama dan 300 kkal per hari pada trimester kedua dan ketiga. Serupa dengan ini, ibu hamil akan membutuhkan lebih banyak protein, lemak, vitamin, dan mineral saat hamil dapat dilihat pada AKG (2019) rata-rata per orang per hari

d. Prinsip gizi untuk Kehamilan

1) Makan beraneka makanan

a) Karbohidrat

Pada saat hamil kebutuhan karbohidrat yang disarankan 50-60% dari total energi kebutuhan. Karbohidrat dapat ditemukan dalam makanan bertepung dan berserat termasuk nasi, sereal, roti, pasta, jagung, sagu, singkong, dan ubi jalar. Karbohidrat termasuk gula, pati, dan serat. Pati dan gula merupakan sumber energi dalam bentuk glukosa untuk plasenta, janin, otak, sistem saraf pusat, dan sel darah merah.

b) Protein

Wanita hamil membutuhkan sekitar 17 g protein setiap hari. Di antara sumber protein hewani termasuk makanan seperti ikan, susu, daging, telur dan yogurt. Tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain adalah contoh protein nabati. Protein diperlukan untuk pembentukan sel-sel tubuh serta pertumbuhan jaringan, termasuk plasenta.

c) Lemak

Selama kehamilan,, 25% dari total kebutuhan energi harian harus berasal dari lemak. Perkembangan janin dan beberapa bulan pertama setelah lahir didukung oleh lemak. DHA sangat penting untuk perkembangan dan pemeliharaan neuron janin selama konsepsi. Konsumsi PUFA prenatal mempengaruhi translokasi PUFA ke plasenta dan ASI. Proporsi EPA dan DHA, serta asam lemak omega 3 dan omega 6 harus lebih tinggi. Sumber asam lemak linoleat termasuk biji kapas, jagung, bunga matahari, dan minyak kedelai. Minyak ikan, yang hadir dalam ikan laut seperti lemuru, tuna, dan salmon serta sayuran berdaun hijau tua seperti bayam dan brokoli, minyak canola, minyak biji labu, dan minyak biji rami merupakan sumber DHA dan ALA.

d) Mineral dan vitamin

Saat konsepsi, wanita membutuhkan vitamin dan mineral jauh lebih besar daripada sebelumnya. Vitamin dapat membantu tubuh dengan berbagai proses, termasuk pertumbuhan dan pembelahan sel. Tubuh menggunakan mineral untuk berbagai aktivitas metabolisme, termasuk menghasilkan sel darah merah (zat besi), pertumbuhan (yodium dan seng), serta pembentukan tulang dan gigi (kalsium).

e) Air

Asupan cairan harian yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah 500 ml, atau setara dengan 8 gelas yaitu minimal 2 liter. Wanita hamil memiliki tuntutan yang jauh lebih tinggi karena mereka memiliki metabolisme yang lebih cepat dan membutuhkan 10-13 gelas air setiap hari untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

2) suplemen untuk ibu hamil

a) Besi

Wanita yang sedang hamil zat besi lebih banyak ini disebabkan oleh fakta bahwa lebih banyak zat besi dibutuhkan untuk meningkatkan massa hemoglobin dengan tambahan 1.000 mg zat besi selama kehamilannya. Salah satu komponen darah yang membutuhkan zat besi untuk pembentukannya adalah hemoglobin, yang terdapat dalam sel darah merah berfungsi antara lain untuk menyediakan oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Kekurangan zat besi dapat mencegah pembentukan sel darah merah yang menurunkan kadar hemoglobin akibat meningkatnya massa tubuh ibu (plasenta, payudara, rahim yang membesar, dll) dan janin.

Kadar zat besi yang rendah pada bayi berisiko mengalami anemia, memiliki berat lahir lebih rendah dari seharusnya, dan efek lain pada janin dapat terlihat. Sumber zat besi terbaik dalam makanan adalah makanan hewani seperti daging dan hati. Meskipun makanan nabati yang tinggi zat besi, seperti biji-bijian, polong-polongan, dan sayuran hijau, memiliki bioavailabilitas rendah, usus hanya dapat menyerap sedikit zat besi. Sumber zat besi nabati ini perlu digunakan dengan makanan tinggi vitamin C, seperti buah, agar dapat diserap dengan baik.

b) Vitamin B12

Asam folat adalah anggota dari keluarga vitamin B. 0,4 mg per hari per orang diperlukan hingga trimester terakhir kehamilan. Waktu terbaik untuk mendapatkan nutrisi ini adalah sebelum ibu hamil. Mengingat perkembangan sistem saraf pusat, terutama pada anak-anak, asupan asam folat selama kehamilan biasanya terlambat untuk menghindari pembentukan penyakit yang dikenal sebagai "kelainan tabung saraf", seperti sumsum tulang belakang terbuka (spina bifida), tidak memiliki tengkorak (anencephalus). Telur, daging sapi, dan sayuran hijau (bayam dan brokoli) merupakan sumber asam folat.

c) Kalsium

Wanita hamil membutuhkan 1.000 mg total kalsium setiap hari selama kehamilan. Kalsium diperlukan untuk sel-sel yang membentuk tulang dan untuk perkembangannya. Jika kebutuhan janin tidak terpenuhi, ia akan mengambil simpanan kalsium dari tulang ibu. Sang ibu tidak akan mengalami gejala apa pun akibat kejadian ini karena hanya sedikit kalsium yang dikeluarkan (2,5% dari kalsium yang tersedia). Kalsium dapat ditemukan dalam makanan seperti telur, susu, keju, mentega, daging, bayam dan ikan.

d) Cara Hidup Bersih dan Sehat

Dengan mandi minimal dua kali sehari dan mengenakan pakaian bersih, Anda dapat menjaga kebersihan diri. Wanita yang sedang hamil harus memberikan perhatian khusus untuk menjaga kebersihan vagina yang tepat untuk menghindari paparan sistem reproduksi mereka terhadap mikroorganisme yang dapat menginfeksi. Misalnya, mengganti celana dalam secara teratur dan membersihkan vagina setelah setiap buang air kecil. Kuantitas tidur minimum yang disarankan adalah 8 jam setiap hari. Wanita yang sedang hamil dan sulit tidur sebaiknya memilih posisi tidur yang paling nyaman dan berusaha sebisa mungkin.

Hindari penggunaan obat-obatan, merokok, dan minum alkohol karena aktivitas ini dapat menghambat pertumbuhan janin dan meningkatkan kemungkinan memiliki bayi dengan berat badan kurang. Merokok meningkatkan kemungkinan seorang wanita mengalami keguguran dua hingga tiga kali lipat dibandingkan dengan tidak merokok. Hal yang sama berlaku untuk wanita hamil yang menggunakan narkoba, yang memiliki risiko besar keguguran, kelahiran dini, kelainan kelahiran, dan bahkan kematian janin dan ibu. Sindrom alkohol janin, yang membahayakan sistem saraf pusat bayi yang sedang berkembang, lebih mungkin terjadi karena penggunaan alkohol selama kehamilan.

3) Imunisasi

Vaksinasi Tetanus Toxoid (TT) diperlukan bagi ibu hamil untuk menghindari tetanus. Bakteri tetanus masuk melalui luka. Kuman tetanus menyebar ke bayi pada saat pemotongan tali pusarnya, sementara ibu yang baru melahirkan dapat tertular penyakit tersebut selama persalinan. Sebelum menikah, seseorang dapat menerima vaksinasi ini. Namun, jika dapat diberikan dua kali selama kehamilan dengan interval satu bulan antara setiap dosis.

4) Latihan fisik

Berikut adalah beberapa aktivitas fisik yang disarankan: berenang selama 5-10 menit untuk ibu hamil pertama, berjalan kaki selama 30 menit di kolam air, dan berenang untuk keduanya 2-3 kali setiap minggu. Aktivitas fisik atau olahraga dapat disesuaikan dengan kondisi setiap ibu hamil.

5) Pemantauan berat badan

Setidaknya empat pemeriksaan selama prenatal dilakukan: 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga. Peningkatan berat badan ibu selama trimester pertama merupakan cerminan dari perkembangan organ janin, pertumbuhan plasenta, perubahan fisiologis tubuh ibu, dan perubahan cadangan ibu. Peningkatan berat badan ibu merupakan indikator utama pertumbuhan dan perkembangan janin pada trimester kedua. Peningkatan volume cairan, pertumbuhan dan perkembangan plasenta dan janin, dan penambahan berat badan pada ibu selama trimester ketiga.

6) berat badan

Penambahan berat badan merupakan indikator apakah janin berkembang dengan sehat atau tidak, begitu pula jika ibu hamil mendapat nutrisi yang cukup. Oleh karena itu, sangat penting untuk memantau kenaikan berat badan selama kehamilan. Biasanya, setelah minggu ke-20 atau selama trimester kedua dan ketiga, berat badan ibu hamil bertambah 10 hingga 12,5 kg. Trimester pertama, terutama 10 minggu pertama, terlihat sedikit atau tidak ada kenaikan berat badan. Wanita hamil yang memiliki BMI di bawah 18,5 pada saat pembuahan harus mendapatkan antara 12,5 - 18 kg, wanita hamil dengan berat badan yang sehat antara 11,5 - 15 kg, dan wanita hamil yang obesitas antara 7 dan 11,5 kg.

Kenaikan berat badan mengungkapkan apakah ibu cukup makan atau tidak. Ibu hamil dengan status gizi buruk dianjurkan untuk menambah berat badan sekitar 500 gram per minggu selama trimester kedua dan ketiga. Dianjurkan agar wanita hamil yang kelebihan berat badan menambah berat badan hingga 300 gram per minggu.

7) Berat badan berlebih

Wanita hamil yang kelebihan berat badan berisiko mengalami penyempitan pembuluh darah, yang dapat memengaruhi ibu dan janin serta plasenta. Plasenta, yang bertanggung jawab untuk memasok oksigen, menjadi terbatas karena lemak kehamilan, yang dapat membatasi pengiriman oksigen dan membahayakan sel-sel otak janin yang sedang berkembang, yang berpotensi menyebabkan IQ anak lebih rendah. Memiliki risiko preeklamsia/eklampsia, dan diabetes. Preeklamsia dapat ditandai dengan kenaikan berat badan ibu yang sangat mendadak sekitar minggu ke-20 kehamilan, ditandai dengan edema (penumpukan cairan) yang signifikan, sebagai akibat dari retensi cairan yang menyimpang. Preeklamsia juga ditunjukkan dengan peningkatan tekanan darah dan kadar protein urin.

2. Prinsip Gizi saat Menstruasi

a. Definisi

Menstruasi biasanya berlangsung antara tiga dan enam hari sebulan sekali. Tetapi meskipun beberapa orang mengalami menstruasi selama satu hingga dua hari, yang lain mungkin mengalaminya hingga tujuh hari. Jika setiap wanita mengalami hal ini, itu akan tetap dianggap normal. Selama menstruasi, fragmen endometrium, darah, lendir, dan sel-sel epitel vagina yang terlepas semuanya dikeluarkan. Kehilangan darah yang khas untuk seorang wanita adalah antara 30 dan 100 mL, tetapi beberapa dapat kehilangan hingga 2-3 kali lipat jumlah tersebut namun tanda-tanda klinis belum muncul. Jika pendarahannya parah, berlangsung lama, atau hanya kadang-kadang terjadi.

b. Masalah Kesehatan saat Menstruasi

1) PMDD dan PMS

Sindrom pramenstruasi (PMS) yaitu sekumpulan gejala fisik dan psikologis yang tidak menyenangkan yang sering dialami wanita satu hingga dua minggu sebelum menstruasi. Sindrom atau gejala PMS mungkin hilang satu atau dua hari sebelum dimulainya menstruasi.

Sindrom pramenstruasi mempengaruhi sebagian kecil wanita begitu parah sehingga mencegah mereka melakukan tugas sehari-hari, kadang-kadang bahkan sampai tidak mampu melakukannya. PMDD mengacu pada PMS (Pre-menstrual Dysphoric Disorder) yang sangat parah ini. Semua gejala PMS hadir di PMDD, namun secara signifikan lebih parah. Dalam kasus yang parah, pasien PMDD memiliki keinginan untuk bunuh diri.

2) Dismenore

Nyeri haid primer merupakan kejadian yang biasa terjadi pada saat haid dan dipengaruhi kontraksi otot rahim yang intens dengan tujuan untuk meluruhkan lapisan rahim yang sudah tidak dibutuhkan lagi. Otot-otot yang menopang punggung bagian bawah, pinggang, paha, panggul dan betis juga terkena dampak ketegangan otot ini selain otot-otot di perut. Proses ini merupakan bagian khas dari siklus menstruasi; biasanya dimulai saat perdarahan dimulai dan berlangsung antara 32 dan 48 jam. Sebagian besar wanita yang sedang menstruasi mengalami dismenore, yang tingkat keparahannya dapat bervariasi.

3) Amenore

Suatu kondisi di mana menstruasi berhenti, tidak teratur, atau tidak terjadi sepanjang jendela reproduksi atau selama waktu-waktu tersebut. Rendahnya kadar hormon pelepas gonadotropin yang mengatur siklus menstruasi, dapat menyebabkan amenore sekunder. Selain kondisi tersebut dapat terjadi penurunan berat badan yang ekstrem, masalah tiroid, olahraga berat, pil KB, dan kista ovarium, anoreksia merupakan penyebab amenore.

4) Polimenorea

Wanita yang mengalami polimenorea, gangguan siklus menstruasi, dapat mengalami menstruasi dua kali, tiga kali, atau bahkan lebih dalam satu bulan. Siklus menstruasi biasanya memiliki durasi 2 hingga 8 hari dan berlangsung selama 21 hingga 35 hari. Wanita dengan polimenore mengalami menstruasi yang berlangsung kurang dari 21 hari tetapi tetap mengikuti jadwal teratur, dan jumlah perdarahan atau lebih dari biasanya.

5) Menoragia

Menoragia yaitu istilah medis untuk perdarahan menstruasi yang berlebihan. Selama 5-7 hari dari siklus bulannya, wanita biasa kehilangan 30-40 cc darah. Pendarahan yang berlangsung > 7 hari atau sangat berat (lebih dari 80 ml) dikenal sebagai menoragia atau menstruasi berat. Pembekuan darah besar selama menstruasi, periode yang berlangsung lebih dari tujuh hari, dan, dalam situasi ekstrim, periode yang mengganggu tidur dan aktivitas sehari-hari, anemia dan sesak nafas adalah beberapa tanda lebih lanjut dari periode kondisi ini.

6) Anemia

Masalah yang paling umum, terutama pada wanita adalah anemia yang dicetus oleh kekurangan zat besi. Besi, komponen penting untuk produksi sel darah merah, digunakan untuk membuat hemoglobin. Jaringan tubuh dipenuhi dengan hemoglobin, yang berfungsi sebagai pembawa oksigen. Untuk meningkatkan jumlah zat besi yang diserap tubuh, diperlukan sumber makanan berkualitas tinggi. Penyerapan zat besi dibantu oleh makanan tinggi vitamin C, seperti daging sapi, hati, ikan, dan ayam. Memahami dan mempraktekkan diet gizi seimbang seperti makanan sehat dalam porsi dan jenis yang sesuai dengan usia, jenis kelamin, aktivitas fisik adalah salah satu upaya memecahkan masalah kelebihan dan kekurangan gizi.

7) Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Tubuh kurus, juga dikenal sebagai Kekurangan Energi Kronis, Biasanya, itu hasil dari makan terlalu sedikit. Wanita remaja yang secara dramatis mengurangi berat badan mereka terkadang memiliki alasan emosional untuk melakukannya, seperti takut menjadi seberat ibu mereka atau dianggap kurang menarik oleh jenis kelamin lain.

8) Kegemukan

Meskipun kebutuhan nutrisi dan energi remaja lebih tinggi daripada orang dewasa, beberapa remaja makan berlebihan sampai-sampai berat badannya bertambah. Diet sehat dan olahraga aktif adalah dua metode untuk menurunkan berat badan. Diet tinggi serat dianjurkan untuk wanita yang mencoba mengurangi berat badan. Makanan tinggi serat biasanya memiliki sedikit kalori, yang membantu menurunkan berat badan.

Selain itu, serat dapat memperpanjang sensasi kenyang Anda, yang mendorong Anda untuk mengurangi makanan ringan dan makanan penutup di antara waktu makan.

9) Gangguan makan

Bulimia nervosa dan anoreksia adalah dua jenis gangguan makan yang biasanya menyerang remaja. Kedua penyakit ini biasanya disebabkan oleh fiksasi dengan mengembangkan tubuh langsing melalui penurunan berat badan. Seseorang dengan gangguan makan ini akan mengatur asupan makanannya, sangat mengurangi berat badannya sambil tetap melarang dirinya untuk makan dalam jumlah banyak, dan berhenti menstruasi selama beberapa bulan karena ketidakseimbangan hormon.

c. Kebutuhan energi dan Gizi pada Masa Menstruasi

1) Energi

Jumlah energi yang dibutuhkan tubuh untuk melakukan aktivitas fisik sehari-hari diukur dalam kalori. Anak laki-laki membutuhkan 2.400–2800 Kkal per hari, sedangkan anak perempuan membutuhkan 2.000–2.200 Kkal. Karbohidrat dapat ditemukan dalam makanan seperti nasi, tepung, umbi-umbian, jagung, dan bentuk olahannya, serta sumber lainnya, disarankan mengandung antara 50 dan 60 persen kalori.

2) Karbohidrat

Karena karbohidrat adalah sumber energi utama tubuh, disarankan untuk mengonsumsi antara 50 dan 60 persen dari total kalori. Nasi, umbi-umbian, jagung, dan makanan lainnya merupakan sumber karbohidrat yang kaya yang bisa dikonsumsi.

3) Protein

Memelihara dan mengganti sel-sel yang rusak merupakan fungsi utama protein, selain itu mengatur fungsi fisiologis organ-organ tubuh. Karena pertumbuhannya yang cepat, remaja masih memiliki kebutuhan protein yang cukup tinggi. Sementara wanita harus memiliki 59 sampai 69 g protein per hari, atau 14 sampai 16% dari total kalori, anak laki-laki harus mengonsumsi 66 sampai 72 g. Kacang-kacangan, ikan, ayam, daging, tempe, dan tahu adalah sumber utama protein

4) Lemak

Tubuh dapat menyimpan lemak sebagai cadangan energi. Mengonsumsi terlalu banyak lemak selama masa remaja tidak disarankan karena dapat meningkatkan kadar kolesterol darah dan kadar lemak secara umum, yang menyumbang 20-25% dari total kalori dari sumber seperti mentega dan minyak. Makan berlebihan lemak menyebabkan timbunan lemak yang, dari waktu ke waktu, dapat menyumbat pembuluh darah, terutama arteri yang mensuplai jantung. Kesehatan jantung akan terancam oleh masalah penyumbatan. Asupan energi yang tidak memadai juga akan dihasilkan dari mengonsumsi lebih sedikit lemak daripada yang dibutuhkan. Karena makanan hewani merupakan sumber zat besi dan seng, membatasi konsumsi lemak hewani yang berlebihan akan mengakibatkan asupan kedua mineral ini menjadi buruk.

5) Serat

Serat diperlukan Wanita pada masa menstruasi untuk menjaga buang air besar (BAB) secara teratur dan mencegah penyakit. Serat dapat memperpanjang rasa kenyang Anda. Buah-buahan dan sayuran dengan banyak serat adalah sumber yang sangat baik.

6) Mineral

Meskipun Wanita remaja hanya membutuhkan sedikit mineral, keterlibatan mereka dalam berbagai proses metabolisme tubuh sangat penting. Kebutuhan mineral untuk remaja: Kalsium: 1000-1500 mg setiap hari; 26 mg zat besi; natrium: 1200-1500 mg setiap hari; 8 gelas air per orang untuk kebutuhan kelompok umur lain dapat dilihat di AKG 2019.

7) Vitamin

Tubuh membutuhkan vitamin untuk bekerja dengan baik dalam berbagai proses metabolisme, menjaga kesehatan jaringan, dan mendorong pertumbuhan sel-sel baru.

3. Prinsip Gizi saat menopause

a. Definisi

Wanita di usia dewasa akhir mengalami sesuatu yang unik yang disebut fase berhenti menstruasi (menopause). Menstruasi berakhir pada saat ini, yang terjadi antara usia 45 dan 55 tahun. Berhentinya menstruasi terjadi dalam tiga tahap: (1) Premenopause 1, ketika menstruasi masih terjadi tetapi perasaan panas dan perubahan suasana hati mulai dirasakan; (2) Premenopause 2, ketika fungsi ovarium mulai menurun, menstruasi mulai menjadi tidak teratur, dan kadang-kadang muncul gejala yang lebih parah; dan (3) Pascamenopause, yaitu waktu setelah satu tahun tidak ada menstruasi atau, pada beberapa wanita, waktu setelah berhenti selama enam bulan ketika menstruasi masih terjadi. Mengingat bahwa estrogen sangat penting untuk perkembangan massa tulang, wanita pascamenopause berisiko terkena osteoporosis.

b. Masalah nutrisi selama menopause

1) Kegemukan

Penyebab utama obesitas pada lansia adalah kebiasaan makan yang tidak berubah akibat penurunan aktivitas fisik dan kebutuhan energi yang seringkali tidak disadari oleh wanita.

2) Kekuranga Gizi

Beberapa wanita mengikuti aturan diet yang sangat ketat, yang mengakibatkan asupan energi, protein, vitamin, dan mineral tidak mencukupi untuk mendukung kehidupan yang sehat. Dikhawatirkan jika keadaan ini terus berlanjut, akan menjadi terlalu kurus dan rentan terhadap infeksi.

3) Anemia

Alasan yang biasa adalah rendahnya asupan zat besi dan beberapa vitamin, termasuk vitamin B12, C, dan asam folat. Wanita yang membatasi asupan lauk pauk dan buah-buahan yang berisiko kekurangan zat besi dan vitamin karena kekhawatiran kelebihan berat badan.

4) Sembelit

Sembelit, juga dikenal sebagai sulit buang air besar, lebih sering menyerang wanita daripada pria karena penurunan aktivitas fisik, diet rendah serat dan alkohol, stres, dan sering menggunakan obat-obatan tertentu. Pencernaan makanan jangka panjang menyebabkan tinja mengeras, yang membuatnya sulit untuk buang air kecil.

5) Penyakit progresif

Berkurangnya kekebalan dan meningkatnya oksidan (toksin) dapat diakibatkan oleh buruknya kesehatan jantung, pembuluh darah, ginjal, hati, pankreas, lambung, dan otak. Hal ini dapat menyebabkan berbagai penyakit dan gangguan metabolisme, termasuk hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes, dan refluks asam. kanker, penyakit ginjal, dan asam urat.

6) Osteoporosis

Kehilangan kepadatan tulang adalah kejadian umum pada wanita pascamenopause yang lebih tua. Gangguan ini mempengaruhi pertumbuhan janin, anak-anak, dan remaja. Dan karena osteoporosis adalah karakteristik pembentukan tulang pada orang tua, maka osteoporosis tidak dapat diobati hanya dengan satu kali makan atau satu nutrisi.

c. Tingkat Kecukupan Gizi pada usia menopause

Secara umum, seiring bertambahnya usia, kebutuhan energi kita menurun sementara kebutuhan kita akan beberapa vitamin dan mineral meningkat. Dengan bertambahnya usia, kebutuhan diet seseorang berkurang. Akibatnya, usia dan jenis kelamin digunakan untuk mengkatégorikan kebutuhan gizi (50-64 dan 65 tahun ke atas).

d. Pedoman untuk Diet Seimbang

1) Keanekaragaman Makanan

Berikut ini adalah beberapa pedoman gizi seimbang dalam berbagai makanan:

a) Makan lebih sedikit makanan berminyak, manis, dan bertepung.

Selama menopause terutama usia lansia, jumlah aktivitas dan energi yang dibutuhkan menurun seiring bertambahnya usia. Karena perubahan komposisi tubuh, seperti penurunan jumlah sel otot dan peningkatan sel lemak, yang mengakibatkan berkurangnya energi yang dibutuhkan untuk fungsi lemak, wanita lanjut usia memiliki kebutuhan nutrisi yang lebih sedikit dibandingkan orang yang lebih mud.

Makanan seperti jeroan, minyak, gorengan, dan makanan lainnya perlu dihindari karena mengandung asam lemak trans dan asam lemak jenuh yang tinggi. makanan yang mengandung tepung, seperti roti, kue kering, dan cake. Selain itu, makanan manis seperti biskuit, kue, sirup, selai, dan minuman manis harus dihindari. Persentase lemak dalam asupan kalori harian Anda harus antara 15% dan 20%.

b) Kurangi asupan makanan tinggi purin.

Makanan kaya purin harus dihindari karena dapat meningkatkan peluang Anda terkena asam urat. Beberapa contoh makanan tinggi purin antara lain jeroan (usus, hati, ginjal, paru-paru, lidah, dan otak), ikan dan makanan laut (sea cuisine), jamur, almond, daun melinjo, keripik melinjo, kangkung, bayam, dan durian.

c) Tingkatkan asupan buah dan sayuran.

Nutrisi yang ditemukan dalam buah-buahan dan sayuran, seperti klorofil, karotenoid, polifenol (flavonoid, isoflavon), dan antioksidan dan fitokimia, bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan. Serat makanan, terutama yang ditemukan dalam buah-

buah dan sayuran, bermanfaat untuk memperlancar buang air besar karena membantu menciptakan struktur tinja yang lunak dan membantu pergerakan usus.

d) Minum cukup air yang aman.

Wanita usia menopause yang lansia kehilangan banyak air melalui keringat dan urin, tetapi seiring bertambahnya usia, bibir dan lidah mereka menjadi kurang sensitif terhadap rasa haus, yang mengakibatkan seringnya terjadi dehidrasi sedang. Haus, mulut kering, dan bibir kering adalah indikasi langsung dari dehidrasi ringan yang sering diabaikan. Karena fungsi ginjal memburuk seiring bertambahnya usia pada orang tua, kebutuhan air harian tubuh turun menjadi 1.600-2.250 ml, tergantung pada jenis kelamin, aktivitas fisik, dan usia. Air minum yaitu 1-1,5 liter atau setara dengan 5-7 gelas per hari, menyediakan hingga 2/3 dari kebutuhan ini. Air putih atau air jernih yang sudah diolah aman disarankan untuk diminum agar ginjal tidak harus bekerja terlalu keras.

e) Batasi asupan natrium

Satu sendok teh garam (atau 4 gram natrium) adalah jumlah maksimum yang harus dikonsumsi setiap hari. Rekomendasi ini mencakup garam yang ditemukan dalam makanan selain garam meja, seperti kecap, saus sambal, dan saus tomat. Mengonsumsi terlalu banyak garam dapat meningkatkan kemungkinan terkena hipertensi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan gagal ginjal dan jantung. Kemampuan kecap untuk bekerja menurun seiring bertambahnya usia, membuat lidah orang tua kurang sensitif terhadap rasa asin. Jika hal ini tidak diperhatikan, Anda bisa menambah asupan garam. Oleh karena itu, sebaiknya pada penting untuk memahami makanan dan minuman yang tinggi garam (natrium), seperti mie cepat saji, snack asin dan gurih, dan minuman tinggi sodium (soda soft drink, isotonik), serta makanan yang mengandung natrium benzoat dan pengawet natrium nitrat.

f) Pilih makanan atau minuman dengan tekstur dan rasa netral.

Disarankan untuk makan makanan dengan tekstur lembut yang mengandung serat, mengingat betapa buruknya fungsi sistem pencernaan pada Wanita menopause usia lansia. Hindari makanan dan minuman dengan rasa yang kuat, seperti yang terlalu panas, asam, asin, manis, gurih, atau pedas.

2) Cara Hidup Bersih dan Sehat

Karena sistem kekebalan tubuh cenderung melemah seiring bertambahnya usia, kebersihan pribadi dan lingkungan perlu diperhatikan. Misalnya, mandi dan membersihkan tubuh dengan sabun yang benar, mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan, serta menghindari tempat yang udaranya tercemar.

3) Aktifitas fisik

Olahraga yang bisa dilakukan, seperti senam lansia, yoga yang menyehatkan jantung. Berolahraga selama 30 menit setiap hari, setidaknya tiga hari seminggu. Sebelum berolahraga, lakukan pemanasan cepat, diikuti dengan pendinginan. Olahraga seperti berkebun, jalan pagi, bersepeda, dan kegiatan serupa lainnya bermanfaat bagi kesehatan Anda. Jenis latihan ini akan meningkatkan kesehatan kardiovaskular, menurunkan kemungkinan patah tulang, dan bermanfaat secara mental. Berkebun dan berjalan adalah bentuk lain dari aktivitas fisik. Untuk menghindari dehidrasi

dan kekurangan cairan, disarankan untuk minum air putih yang cukup sebelum dan sesudah melakukan aktivitas fisik atau berolahraga..

4) cukup tidur.

Wanita menopause pada usia lanjut membutuhkan sekitar 6 jam tidur per hari. Kurang tidur diperlukan seiring bertambahnya usia. Ini karena seiring bertambahnya usia, kemampuan kita untuk tidur semakin berkurang. Orang tua tidur untuk waktu yang lebih singkat, sehingga lebih mudah bagi mereka untuk bangun. Meskipun umum, fluktuasi ini sering menyebabkan orang tua percaya bahwa anak-anak mereka tidak cukup tidur. Lansia lebih cenderung memiliki pola bangun pagi.

5) Memantau Berat Badan ideal

Ketidakeimbangan antara asupan dan pengeluaran makanan meningkatkan risiko obesitas pada Wanita menopause. Oleh karena itu, disarankan agar semua lansia mengontrol berat badan agar tetap normal/sehat dengan menerapkan pola makan seimbang, kaya nutrisi, dan aktivitas fisik yang cukup. BMI digunakan untuk menentukan berat badan normal/sehat orang tua, seperti halnya untuk orang dewasa (BMI). dinyatakan sehat (normal). jika BMI berkisar antara 18,5 hingga 25.

C. Ringkasan

Prinsip Pengaturan Gizi pada konsepsi, menruasi dan menopause adalah gizi seimbang dengan variasi makanan yang beranekaragam, pembatasan garam dan gula, dan beberapa prinsip hidup sehat lainnya. karbohidrat 50-60% dari total energi, lemak 20-25%, Protein 15%, vitamin dan mineral disesuaikan dengan kelompok umur masing-masing orang berdasarkan AKG dan kondisi kesehatan masing-masing individu.

D. Tugas

1. Indikator ibu hamil mengalami KEK adalah
2. Pada wanita sering terjadi KEK dari saat kontrasepsi sampai menopause, apa yang dimaksud dengan KEK?
3. Menopause biasa terjadi pada usia berapa tahun?
4. Sebutkan beberapa masalah kesehatan saat menstruasi?

Jawaban

1. Lingkar Lengan Atas < 23,5 cm
2. KEK atau biasa disebut Kekurangan Energi Kronis, merupakan salah satu masalah kurang gizi kronis yang ditandai dengan LILA, 23,5
3. Usia 45 dan 55 Tahun
4. Anemia, dismimore, PMS, Gangguan makan dan lain-lain

E. Referensi

AKG.2019. Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019

LIPI dan Kemenkes RI, Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan bagi Orang Indonesia, Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) X, Jakarta, 2013

Pedoman Gizi Seimbang. 2014. Kementerian Kesehatan RI

- Pritasari, Didit D., dan Nugraheni T L. 2017. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Mardalena, Ida., Eko Suryani. 2016. Ilmu Gizi. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, et al. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 152: 133-137
- Sinaga, Ernawati, Saribanon, Nonon, Nailus Sa'adah, Suprihatin, Salamah, Ummu, Andani Murti, Yulia, Trisnamiati, Agusniar, & Lorita, Santa. (2017). Manajemen Kesehatan Menstruasi.

F. Glosarium

- DHA : Docosahexanoic Acid (Asam Docosaheksanoat)
- EPA : Eicosapentanoic Acid (Asam eikosapentanoat)
- LBM : Lean Body Mass (masa tubuh bebas lemak)
- HDL : high density Lipoprotein (Lipoprotein berdensitas tinggi / lemak baik)
- LDL : Low Density Lipoprotein (Lipoprotein berdensitas rendah/ lemak jahat)
- PUFA : Poly-unsaturated fatty acid (lemak tak jenuh ganda)
- WNPG : Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi
- Kalori : Jumlah energi panas yang dibutuhkan untuk menaikkan temperatur 1 ml air dengan suhu 15 derajat C sebanyak 1 derajat C
- Protein : Molekul yang berbeda dari karbohidrat dan lemak karena kandungan nitrogen.
- Nutrisi : zat dalam makanan yang dibutuhkan organisme untuk tumbuh dan berkembang
- IMT : Indeks Massa Tubuh

Biografi Penulis



Nama Lengkap: **Indria Pijaryani, S.ST., M.Gz**

Email : indriberpiar@gmail.com/ indri.farmsi@unmul.ac.id

Bidang keahlian: Gizi

Profesi : Dosen, peneliti dan nutritionis

Institusi : Fakultas Farmasi, Universitas Mulawarman

Background Pendidikan : D3 Gizi Poltekkes Bengkulu, D4 Gizi dan Dietetika Poltekkes Bengkulu, S2 Ilmu Gizi Universitas Sebelas Maret.

BAB IX

PROMOTIVE DAN PREVENTIVE DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Sugiarto, S.K.M., M.K.M.

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami:

1. Upaya promotif dan preventif yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada remaja
2. Upaya promotif dan preventif yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada wanita dewasa
3. Upaya promotif dan preventif yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi pada wanita menopause

B. Materi

1. Promotif dan Preventif Dalam Kesehatan Reproduksi

Pengertian sehat menurut WHO adalah sehat fisik, mental, spiritual, sosial dan ekonomi. Blum menyatakan bahwa derajat kesehatan seseorang dipengaruhi oleh empat faktor yaitu genetik (keturunan), perilaku, pelayanan kesehatan dan lingkungan. Salah satu program kesehatan yang menjadi prioritas pemerintah adalah kesehatan reproduksi. Menurut BKKBN, kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan secara sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, serta bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Priyatni & Rahayu, 2016).

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Didalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus. Tujuan utama yaitu: memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya. Tujuan khusus yaitu: 1) Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya. 2) Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan. 3) Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anaknya (Priyatni & Rahayu, 2016).

Remaja merupakan masa peralihan dari anak menuju dewasa. Pada tahap ini anak mengalami percepatan pertumbuhan dan mengalami perubahan fisik maupun psikologis. Menurut Kemenkes RI menyatakan bahwa masa transisi seringkali menghadapi individu yang bersangkutan pada situasi yang membingungkan, disatu pihak masih kanak-kanak dan dilain pihak ia harus bertingkah laku seperti orang dewasa. Hal ini dapat menimbulkan konflik dalam diri remaja yang sering menimbulkan banyak tingkah laku yang aneh, canggung, dan kalau tidak dikontrol akan menimbulkan kenakalan pada remaja salah satunya berupa risiko perilaku seksual berisiko. Perilaku seksual merupakan salah satu bentuk perilaku manusia yang sangat berhubungan dengan kesehatan reproduksi seseorang (Kemenkes RI, 2022). Banyak masalah yang akan timbul akibat mengabaikan kesehatan reproduksi. Masalah-masalah yang timbul akibat kurangnya pengetahuan terhadap kesehatan reproduksi yaitu Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD), aborsi, perkawinan dan pernikahan dini, IMS atau PMS dan HIV/AIDS (Marmi, 2013).

Pada perempuan dewasa, permasalahan yang dihadapi berkaitan dengan kesehatan reproduksi sangat kompleks, seperti penyakit keganasan kanker serviks, kanker payudara, infeksi HIV/AIDS, kasus-kasus kekerasan terhadap perempuan/KDRT, serta permasalahan keluarga berencana yang selama bertahun-tahun selalu menjadikan wanita sebagai sasaran utama (Widiasih & Setyawati, 2018). Permasalahan kesehatan reproduksi pada wanita menopause adalah adanya penurunan kemampuan kognitif. Kognitif yang menurun akan mempengaruhi kehidupan wanita yang mengalami menopause. Menurut Zulkarnain dalam (Tallutondok, Ompusunggu, Tahapary, Ingrid, & Nugroho, 2019), gangguan kognitif berupa gangguan memori dan atensi merupakan keluhan yang sering dilaporkan wanita yang mengalami masa menopause. Hal tersebut dipicu oleh penurunan dan fluktuasi estrogen selama masa menopause yang mendasari gangguan tersebut. Fluktuasi hormon terutama hormon estrogen juga memiliki efek pada regulasi suasana hati (*mood*) dan regulasi emosi di otak yang menyebabkan kecemasan pada wanita menopause dan secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup.

Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja dan wanita dewasa dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan dan rendahnya tingkat pendidikan. Pendidikan yang rendah akan mempengaruhi pengetahuan dan berakibat pada perilaku. Jika seorang remaja tidak mengetahui tentang dampak hubungan seks bebas maka remaja tersebut akan melakukan seks bebas sehingga berisiko HIV/AIDS. Sedangkan jika remaja memiliki pengetahuan yang baik tentang seks bebas maka remaja tersebut tidak akan melakukan seks bebas dan jika remaja tersebut melakukan seks bebas setidaknya menggunakan alat pelindung (kondom). Terbatasnya informasi juga mempengaruhi perilaku, wanita yang tidak mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi akan memiliki perilaku yang buruk dalam menjaga kesehatan reproduksinya. Faktor lain yang mempengaruhi kesehatan reproduksi khususnya remaja adalah pergaulan dan teman sebaya. Pergaulan yang bebas dari teman mereka akan mempengaruhi perilaku remaja untuk melakukan tindakan yang sama dengan temannya tersebut.

Untuk mencegah atau meminimalisir permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja, wanita dewasa dan wanita menopause maka harus dilakukan upaya promotif dan preventif. Teori Notoatmodjo menunjukkan bahwa promosi kesehatan adalah proses untuk kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Tujuan promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan baik

individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Preventif kesehatan atau upaya kesehatan preventif adalah suatu upaya melakukan berbagai tindakan untuk menghindari terjadinya berbagai masalah kesehatan yang mengancam diri kita sendiri maupun orang lain di masa yang akan datang (Notoatmodjo, 2012). Menurut H.R. Leavell dan E.G. Clark usaha pencegahan (preventif) penyakit dapat dilakukan dalam lima tingkatan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. Pada Masa Sebelum Sakit, yaitu dengan
 - 1) Mempertinggi nilai kesehatan (*health promotion*).
 - 2) Memberikan perlindungan khusus terhadap suatu penyakit (*specific protection*).
- b. Pada Masa Sakit, yaitu dengan:
 - 1) Mengetahui dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal, serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera (*early diagnosis and prompt treatment*).
 - 2) Pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan oleh suatu penyakit (*disability limitation*).
 - 3) Rehabilitasi (*rehabilitation*).

Upaya preventif dalam kesehatan reproduksi bagi remaja, dewasa dan menopause antara lain:

a. *Health Promotion*

Usaha ini merupakan pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan pada umumnya. Beberapa usaha yang dilakukan antara lain:

- 1) Penyediaan makanan sehat baik kuantitas maupun kualitasnya
- 2) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)

Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi dilakukan untuk membantu individu atau kelompok untuk lebih peduli dan mampu berperilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi disamping itu tujuan KIE agar terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi sehingga hal-hal yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan reproduksi dapat diatasi. Peningkatan pengetahuan tersebut akan terjadi perubahan sikap perilaku menjadi lebih bertanggung jawab (Priyatni & Rahayu, 2016).

Promosi kesehatan sangat dibutuhkan terutama bagi para remaja, salah satunya promosi kesehatan dapat dilakukan dengan penyuluhan di sekolah yang menyangkut tentang kesehatan reproduksi dan biasanya dilakukan oleh Guru BK, UKS (usaha kesehatan sekolah), Guru/wali kelas, dan juga tenaga kesehatan (Nesi & Yunetra, 2011). Promosi kesehatan reproduksi juga dilakukan oleh guru/petugas kesehatan kepada siswa baik sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas dengan memberikan informasi/ penyuluhan mengenai pergaulan bebas (melakukan hubungan seksual dengan bebas), dampak melakukan aborsi, sehingga meningkatkan pengetahuan siswa dan berdampak pada perilaku siswa terkait kesehatan reproduksi.

BKKBN juga telah melakukan pendidikan kesehatan melalui program Pusat Informasi Kesehatan (PIK remaja). Pendekatan kepada remaja dilaksanakan melalui pengembangan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK Remaja) dan pendekatan kepada orang tua

yang memiliki remaja dilaksanakan melalui pengembangan Kelompok Bina Keluarga Remaja (BKR). PIK Remaja dikembangkan melalui jalur pendidikan dan masyarakat. Jalur pendidikan meliputi sekolah, perguruan tinggi, dan pesantren, sedangkan di jalur masyarakat diantaranya melalui organisasi kepemudaan, organisasi keagamaan, dan komunitas remaja. Kedua jalur tersebut merupakan sasaran yang penting untuk mendekati komunitas remaja. Pembentukan PIK Remaja di kedua jalur tersebut akan membantu mendekatkan akses remaja terhadap informasi GenRe khususnya Kesehatan Reproduksi Remaja, Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja, Life Skills, Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (BKKBN, 2016).

KIE/Penyuluhan tatap muka biasanya dilakukan oleh petugas lapangan pada saat kunjungan rumah atau jika sasaran individu mendatangi petugas lapangan di kelurahan. Sasaran KIE individu dalam kegiatan kunjungan rumah adalah bisa calon akseptor KB atau ibu hamil atau peserta KB pasca pelayanan atau pasca rujukan komplikasi atau juga keluarga yang mempunyai balita atau keluarga yang mempunyai remaja atau keluarga yang mempunyai lansia atau keluarga yang mempunyai permasalahan yang berhubungan dengan program KB (Priyatni & Rahayu, 2016).

b. *Spesific Protection*

Usaha ini merupakan tindakan pencegahan terhadap penyakit-penyakit tertentu. Beberapa usaha diantaranya:

- 1) Vaksinasi TT pada remaja yang akan menikah
- 2) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- 3) Pemberian tabel Fe pada remaja putri
- 4) Penggunaan kondom saat melakukan hubungan seksual
- 5) Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim

Upaya pemerintah dalam menangani permasalahan kesehatan reproduksi remaja diatur dalam Peraturan Pemerintah nomor 61 tahun 2014 pasal 11 dan 12 dengan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang bertujuan untuk mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab. Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) merupakan salah satu bagian dari Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) di Indonesia. Program ini fokus pada peningkatan pengetahuan remaja serta pihak terkait mengenai pentingnya kesehatan reproduksi bagi kehidupan remaja. Secara khusus, program KRR ini ditujukan untuk mencegah pernikahan usia dini, kehamilan yang tidak diinginkan, merokok, konsumsi alkohol, serta HIV-AIDS.

Tindakan pemerintah untuk meningkatkan kesehatan reproduksi antara lain pemeliharaan kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, pencegahan penanggulangan masalah aborsi, deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, pencegahan dan manajemen infertilitas.

c. *Early Diagnosis and Prompt Treatment*

Mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera. Contoh antara lain: pemeriksaan kasus dini (seperti pemeriksaan

dini kanker payudara), pemeriksaan umum lengkap, mencegah penularan kepada orang lain jika penyakitnya menular (HIV/AIDS, penyakit kelamin yang lain).

d. *Disibility Limitation*

Merupakan pembatasan kecacatan dan berusaha menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan oleh suatu penyakit. Usaha ini merupakan lanjutan dari usaha 1, 2, 3 yaitu dengan pengobatan dan perawatan yang sempurna agar penderita sembuh kembali dan tidak cacat. Misalnya jika seorang wanita melakukan pemeriksaan dini kanker payudara karena adanya benjolan area payudara dan wanita tersebut melakukan pemeriksaan dan hasilnya positif kanker payudara. Maka agar penyakitnya tidak menjadi stadium akut dan menyebabkan kecatatan, wanita tersebut melakukan pengobatan secara rutin. Contoh lain seorang yang terkena HIV maka dia harus patuh mengkonsumsi obat agar tidak menjadi AIDS dengan cepat.

e. *Rehabilitation*

Merupakan usaha untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal-semaksimalnya sesuai dengan kemampuannya.

C. Rangkuman

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Promotif dan preventif sangat penting dilakukan agar masalah kesehatan reproduksi tidak meningkat. Usaha pencegahan (preventif) penyakit dapat dilakukan dalam lima tingkatan yang dapat dilakukan, yaitu *health promotion, specific protection, early diagnosis and promotif treatment, disabilitation, rehabilitation*

D. Tugas

Jawablah pertanyaan dibawah ini:

1. Apa yang dimaksud dengan kesehatan reproduksi?
2. Permasalahan apa saja yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi?
3. Upaya promotif dan preventif apa saja yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi?

E. Referensi

- BKKBN. (2016). *Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa*. Jakarta: Direktorat Bina Ketahanan Remaja.
- Kemendes RI. (2022). *Kesehatan Reproduksi Remaja: Permasalahan dan Upaya Pencegahan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Marmi. (2013). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nesi, N., & Yunetra, F. (2011). *Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Prijatni, I., & Rahayu, S. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Tallutondok, E. B., Ompusunggu, F., Tahapary, P. A., Ingrid, B. L., & Nugroho, D. Y. (2019). Pendidikan Kesehatan Pada Perempuan Menopause Tentang Screening Kesehatan Reproduksi di Tangerang. *Prosiding PKM-CSR*, 2.
- Widiasih, R., & Setyawati, A. (2018). Health Behaviour Pada Perempuan Usia Subur dalam Menjaga Kesehatan Reproduksi. *Jurnal Perawat Indonesia*, 2(1), 1–9.

Biografi Penulis



Penulis bernama **Sugiarto, SKM, M.K.M** dilahirkan di Pati pada tanggal 07 Mei 1985. Penulis menempuh pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi pada tahun 2007 – 2011 dan menempuh pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia pada tahun 2014-2016. Saat ini penulis menjadi dosen tetap program studi kesehatan masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi.

Penulis juga menjadi anggota aktif IAKMI.

BAB X

PERAN DAN TUGAS BIDAN DALAM *PRIMARY HEALTH CARE* (PHC) UNTUK KESEHATAN WANITA

Rifka Alindawati, S.S.T., M.Tr.Keb.

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami:

1. Peran dan Tugas Bidan dalam *Primary Health Care* (PHC) untuk Kesehatan Wanita *Primary Health Care*
2. Kesehatan Reproduksi Remaja
 - a. Konsep Kesehatan Reproduksi
 - b. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja
 - c. Program Kesehatan Reproduksi Remaja
 - d. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja berbasis sekolah
3. Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja, WUS, dan Lansia
4. Pendidikan Kesehatan Reproduksi bagi Remaja, WUS, dan Lansia
5. Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja, WUS, dan Lansia
6. Peran Bidan dalam Menanggulangi Masalah Kesehatan Reproduksi.

B. Materi

1. *Primary Health Care* (PHC)

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasar pada metode dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri. PHC memiliki prinsip dalam pelaksanaannya, terdapat lima prinsip, yaitu (Alamsyah & Muliawati. 2013):

- a. Pemerataan upaya Kesehatan;
- b. Penekanan pada upaya preventif.
- c. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya Kesehatan;
- d. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian;
- e. Kerjasama lintas sektoral dalam membangun Kesehatan.

PHC memiliki ciri sebagai berikut:

- a. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat;
- b. Pelayanan yang menyeluruh;
- c. Pelayanan yang terorganisasi;
- d. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat;
- e. Pelayanan yang berkesinambungan;

- f. Pelayanan yang progresif;
- g. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga;
- h. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja.

Tenaga Kesehatan memiliki tanggung jawab dalam melaksanakan PHC. Tanggung jawab tenaga kesehatan dalam PHC lebih dititik beratkan kepada hal-hal sebagai berikut:

- a. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan Kesehatan,
- b. Kerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu,
- c. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat,
- d. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat,
- e. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

Bidan sebagai anggota tim kesehatan harus dapat membina kerjasama dengan anggota tim kesehatan lainnya dan masyarakat khususnya dalam hal:

- a. Melaksanakan pelayanan esensial,
- b. Meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan diri sendiri melalui penyuluhan kesehatan dan asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga, dan masyarakat,
- c. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat,
- d. Mengaplikasikan kebijaksanaan tentang kesehatan masyarakat

Implementasi PHC Di Indonesia diperkenalkan oleh *World Health Organization* (WHO) sekitar tahun 70-an, dengan tujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Di Indonesia, PHC memiliki 3 (tiga) strategi utama, yaitu kerjasama multisektoral, partisipasi masyarakat, dan penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan pelaksanaan di masyarakat. Menurut Deklarasi Alma Ata (1978) PHC adalah kontak pertama individu, keluarga, atau masyarakat dengan sistem pelayanan. Pengertian ini sesuai dengan definisi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009, yang menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Primer adalah upaya kesehatan dasar dimana terjadi kontak pertama perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Dalam mendukung strategi PHC yang pertama, Kementerian Kesehatan RI mengadopsi nilai inklusif, yang merupakan salah satu dari 5 nilai yang harus diterapkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, yaitu pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Strategi PHC yang kedua, sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan, yaitu:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani;
- b. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan;
- c. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan;
- d. Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Di Indonesia, PHC memiliki 3 (tiga) strategi utama, yaitu kerjasama multisektoral, partisipasi masyarakat, dan penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan pelaksanaan di masyarakat. Dan sampai saat ini semua penerapan itu telah berjalan meskipun ada beberapa hambatan dalam pelaksanaannya.

2. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural. Remaja perlu mengetahui kesehatan reproduksi agar memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Dengan informasi yang benar, diharapkan remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi (Depkes RI, 2003). Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam lingkup kehidupan adalah sebagai berikut (Harahap, 2003):

- a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
- b. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/AIDS,
- c. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi,
- d. Kesehatan reproduksi remaja,
- e. Pencegahan dan penanganan infertile,
- f. Kanker pada usia lanjut,
- g. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya, misalnya kanker servik, mutilasi genital, fistula, dan lain-lain.

Remaja adalah suatu usia dimana individu menjadi terintergrasi ke dalam masyarakat dewasa, suatu usia dimana anak tidak merasa bahwa dirinya berada di bawah tingkat orang yang lebih tua melainkan merasa sama atau paling tidak sejajar, Remaja sedang mengalami perkembangan pesat dalam aspek intelektual. Secara harfiah, remaja berada diantara anak dan orang dewasa, oleh karena itu, remaja seringkali dikenal dengan fase "mencari jati diri" karena remaja masih belum mampu menguasai dan memfungsikan secara maksimal fungsi fisik maupun psikisnya.

Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, menurut peraturan Menteri Kesehatan RI no 5 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Jumlah kelompok usia 10-19 tahun di Indonesia menurut sensus penduduk 2010 sebanyak 43,5 juta atau sekitar 18% dari jumlah penduduk dan diperkirakan 18% jumlah penduduk dunia adalah remaja. Masa remaja sangat erat kaitannya dengan perkembangan psikis pada periode yang dikenal sebagai masa pubertas yang diiringi dengan perkembangan seksual (WHO, 2014).

3. Program Kesehatan Reproduksi Remaja

Program kesehatan reproduksi remaja adalah salah satu program kesehatan rerproduksi. Hal ini menyebabkan pelayanan dan perawatan kesehatan reproduksi bagi remaja memiliki peranan yang sangat penting dalam mewujudkan remaja yang sehat dan berdaya saing sehingga mampu menjadi komponen unggul dalam pembangunan bangsa. Peningkatan status kesehatan reproduksi merupakan salah satu program dari SDGs atau *Sustainable Development Goals* yaitu memastikan akses universal terhadap seksualitas dan kesehatan reproduksi serta hak reproduksi sebagaimana telah disetujui oleh program aksi ICPD dan Beijing platform for action.

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja bertujuan untuk mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko serta mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan

reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab mengenai triad kesehatan reproduksi remaja yaitu mengenai seksualitas, PMS dan HIV/AIDS dan NAPZA. Situasi kesehatan reproduksi remaja di Indonesia saat ini menurut survei demografi dan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi remaja, sekitar 35% remaja mulai berpacaran pada usia 15-19 tahun. Presentasi remaja laki-laki yang berusia 15-19 tahun mengaku pernah melakukan seks pranikah mengalami peningkatan dari tahun 2007 yaitu 3.7% menjadi 4.5% pada tahun 2012 dan 57.8% alasannya dikarenakan ingin tahu atau penasaran.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) yang disahkan melalui Peraturan Presiden no. 7 tahun 2005, maka program KRR merupakan salah satu program prioritas dalam pembangunan nasional. Tujuan dari program kesehatan reproduksi remaja secara eksplisit dinyatakan untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang (Depkes RI, 2003). Beberapa fakta menunjukkan bahwa permasalahan pada remaja perlu mendapat perhatian, misalnya tingkat pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih rendah, khususnya dalam hal cara-cara melindungi diri terhadap risiko kesehatan reproduksi, seperti pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan, Infeksi Menular Seksual, serta HIV dan AIDS. Hasil Survei Kesehatan Reproduksi Remaja (SKRRI) tahun 2002-2003 yang dilakukan oleh BPS memperlihatkan bahwa tingkat pengetahuan dasar penduduk usia 15-24 tahun tentang ciri-ciri pubertas sudah cukup baik, namun dalam hal pengetahuan tentang masa subur, risiko kehamilan, dan anemia relatif masih rendah.

4. Pendidikan KRR Berbasis Sekolah

Pendidikan KRR berbasis sekolah merupakan salah satu alternatif strategi yang tepat karena dapat mencakup semua tantangan permasalahan kesehatan reproduksi remaja. Pendidikan KRR yang dilakukan oleh sekolah merupakan salah satu upaya untuk membimbing remaja mengatasi konflik seksualnya. Oleh berbagai pihak, sekolah dan guru dianggap sebagai pihak yang layak memberikan pendidikan KRR ini (Depkes RI, 2003). Pendidikan KRR untuk memberikan bekal pengetahuan kepada remaja mengenai anatomi dan fisiologi reproduksi, proses perkembangan janin, dan berbagai permasalahan reproduksi seperti kehamilan, PMS, HIV/AIDS, Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dan dampaknya, serta pengembangan perilaku reproduksi sehat untuk menyiapkan diri melaksanakan fungsi reproduksi yg sehat (fisik, mental, ekonomi, spiritual). Pendidikan KRR dapat diwujudkan dalam penyuluhan, bimbingan dan konseling, pencegahan, penanganan masalah yang berkaitan dengan KRR termasuk upaya mencegah masalah perinatal yang dapat dialami oleh ibu dan anak yang dapat berdampak pada anggota keluarga lainnya (Depkes RI, 2005).

Sasaran KRR adalah sebagai berikut:

- a. Sasaran utama: kelompok remaja berusia 10–19 tahun di sekolah maupun di luar sekolah,
- b. Sasaran sekunder: orang tua, keluarga yang mempunyai anak remaja, guru/pamong belajar, organisasi pemuda, pemimpin agama,
- c. Sasaran tersier: petugas kesehatan, petugas lintas sektoral, LSM, organisasi masyarakat.
- d. KRR memiliki tujuan dalam pelaksanaannya, adapun tujuan tersebut sebagai berikut:
- e. Tujuan Umum: Meningkatkan kualitas remaja melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak

reproduksi bagi remaja secara terpadu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender,

- f. Tujuan Khusus a) Meningkatkan komitmen para penentu dan pengambil kebijakan dari berbagai pihak terkait, baik pemerintah dan non pemerintah, b) Meningkatkan efektivitas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi remaja melalui peningkatan fungsi, peran dan mekanisme kerja di pusat, provinsi dan kabupaten/kota, c) Meningkatkan keterpaduan dan kemitraan pelaksanaan program KRR bagi seluruh sektor terkait, di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.

Adapun kebijakan dan Strategi KRR adalah mewujudkan TEGAR REMAJA, dalam rangka Tegar Keluarga untuk mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera sebagai misi Keluarga Berencana Nasional. Kehidupan remaja adalah tahap transisi kehidupan yang memiliki 5 masa transisi kehidupan (*five life transitions of youth*) pada saat remaja dihadapkan untuk mengambil keputusan dalam lima bidang kehidupan yaitu melanjutkan sekolah, mencari pekerjaan, memulai kehidupan berkeluarga, menjadi anggota masyarakat, dan mempraktekkan hidup sehat. Dalam mengambil keputusan di setiap bidang tersebut ternyata sangat tergantung pada cara remaja mengambil keputusan untuk bisa mempraktekkan hidup sehat. Keputusan apakah remaja mempraktekkan atau tidak mempraktekkan hidup sehat akan mewarnai kualitas kehidupan pada 4 bidang kehidupan yang lain. Mempraktekkan pola hidup sehat pada masa transisi kehidupan remaja adalah dalam rangka mewujudkan kehidupan TEGAR REMAJA. Adapun ciri TEGAR REMAJA adalah menunda usia pernikahan, berperilaku sehat, terhindar dari resiko TRIAD-KRR (seksualitas, HIV dan AIDS, dan napza), bercita-cita mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera, menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman sebayanya.

Ruang Lingkup Program KRR Secara garis besar ruang lingkup program KRR meliputi perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin, kedua adalah pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS, ketiga adalah pencegahan penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya), dan terakhir adalah masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkuliahian antar remaja dan lain-lain.

5. Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja, Wanita Usia Subur, dan Lansia

a. Masalah Kesehatan Reproduksi pada Remaja

Permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan menjadi:

- 1) Kehamilan Tidak Diinginkan, yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya;
- 2) Kehamilan dan persalinan usia muda yang menambah risiko kesakitan dan kematian ibu;
- 3) Masalah PMS, termasuk infeksi HIV/AIDS. Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi serta kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya

b. Masalah Kesehatan Reproduksi pada Wanita Usia Subur (WUS)

Besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah akibat lonjakan proporsi penduduk produktif, pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka dikemudian hari. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya/strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya meningkatkan kesehatan ibu melalui pengaturan kapan ingin mempunyai anak, mengatur jarak anak dan merencanakan jumlah kelahiran nantinya. Sehingga seorang ibu mempunyai kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan dirinya. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien terhadap pelayanan kesehatan yang ada (Rahayu dkk, 2017).

c. Masalah Kesehatan Reproduksi pada Lanjut Usia (Lansia)

Masalah kesehatan usia lanjut semakin meningkat bersamaan dengan bertambahnya presentase penduduk usia lanjut. Masalah prioritas pada kelompok ini antara lain meliputi gangguan pada masa menopause, osteoporosis, kanker prostat, dan penyakit kardiovaskular serta penyakit degeneratif, yang dapat berpengaruh terhadap organ reproduksi. Di samping itu, kekurangan gizi dan gangguan otot serta sendi sering memperburuk keadaan tersebut. Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/adropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain (Rahayu dkk, 2017).

6. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Bagi Remaja, WUS, dan Lansia

a. Pendidikan Kesehatan Reproduksi bagi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya (Rahayu dkk, 2017).

b. Pendidikan Kesehatan Reproduksi bagi WUS

Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas pemberian informasi dan pelaksanaan edukasi mengenai kesehatan reproduksi bagi masyarakat khususnya generasi muda. Diantaranya informasi dan edukasi mengenai keluarga berencana dan metode kontrasepsi sangat perlu ditingkatkan. Dengan informasi dan edukasi tersebut, diharapkan dapat menurunkan kejadian premarital seks, seks bebas serta angka kehamilan yang tidak diinginkan yang dapat menjurus ke aborsi dan infeksi menular seksual termasuk penularan HIV dan AIDS. Dalam dunia kedokteran, penanganan masalah infertilitas dilakukan dengan berbagai cara dan pendekatan. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria. Kontrasepsi (termasuk sterilisasi) yang aman dan efektif. Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman. Penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman. Pencegahan dan penanganan sebab kemandulan (ISR/PMS).

c. Pendidikan Kesehatan Reproduksi bagi Lansia

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain. Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan kesehatan reproduksi tersebut adalah peningkatan akses informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan. Informasi secara menyeluruh termasuk dampak terhadap otot dan tulang, libido, dan perlunya skrining keganasan (kanker) organ reproduksi. Pengukuran adanya perubahan yang positif terhadap hasil akhir diatas akan menunjukkan kemajuan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan reproduksi yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja, WUS, dan Lansia

7. Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja, WUS, Lansia

a. Pembinaan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pendidikan KRR berbasis sekolah merupakan salah satu alternatif strategi yang tepat karena dapat mencakup semua tantangan permasalahan kesehatan reproduksi remaja. Pendidikan KRR yang dilakukan oleh sekolah merupakan salah satu upaya untuk membimbing remaja mengatasi konflik seksualnya. Oleh berbagai pihak, sekolah dan guru dianggap sebagai pihak yang layak memberikan pendidikan KRR ini (Depkes RI, 2003).

Pendidikan KRR untuk memberikan bekal pengetahuan kepada remaja mengenai anatomi dan fisiologi reproduksi, proses perkembangan janin, dan berbagai permasalahan reproduksi seperti kehamilan, PMS, HIV/AIDS, Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dan dampaknya, serta pengembangan perilaku reproduksi sehat untuk menyiapkan diri melaksanakan fungsi reproduksi yg sehat (fisik, mental, ekonomi, spiritual). Pendidikan KRR dapat diwujudkan dalam penyuluhan, bimbingan dan konseling, pencegahan, penanganan masalah yang berkaitan dengan KRR termasuk upaya mencegah masalah perinatal yang dapat dialami oleh ibu dan anak yang dapat berdampak pada anggota keluarga lainnya (Depkes RI, 2005).

b. Pembinaan Kesehatan Reproduksi WUS

Pemeliharaan Kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, Pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, Menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, Pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, Pencegahan penanggulangan masalah aborsi, Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, Pencegahan dan manajemen infertilitas.

c. Pembinaan Kesehatan Reproduksi Lansia

Pelayanan kesehatan yang diberikan baik di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan akan disesuaikan dengan kebutuhan kondisi kesehatan lanjut usia sesuai pengelompokan tersebut di atas. Khusus untuk lanjut usia yang sehat harus diberdayakan agar dapat tetap sehat dan mandiri selama mungkin. Salah satu upaya untuk memberdayakan lanjut usia di masyarakat adalah melalui pembentukan dan pembinaan Kelompok Lanjut Usia yang di beberapa daerah disebut dengan Kelompok Usia Lanjut (Poksila), Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia (Posyandu Lansia) atau Pos Pembinaan Terpadu Lanjut Usia (Posbindu Lansia). Pelaksanaan Kelompok Lanjut Usia ini, selain mendorong peran aktif masyarakat, dan Lembaga Swadaya Masyarakat, juga harus melibatkan lintas sektor terkait (Kemenkes, 2016).

8. Peran Bidan dalam Menanggulangi Masalah Kesehatan Reproduksi

Peran bidan dalam masalah Kesehatan reproduksi, dapat dioptimalkan pada upaya preventif. Upaya Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi memiliki dua tujuan yaitu:

- a. Peningkatan pengetahuan;
- b. Perubahan perilaku ketompok sasaran tentang semua aspek Kesehatan Reproduksi. Dengan tercapainya dua tujuan, diharapkan dapat membantu tercapainya tujuan akhir kegiatan pelayanan Kesehatan Reproduksi, yaitu meningkatkan derajat Kesehatan Reproduksi masyarakat.

Ada tiga strategi yang biasa digunakan sebagai dasar melaksanakan kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi, yaitu:

- a. Advokasi Mencari dukungan dan para pengambil keputusan untuk melakukan perubahan tata nhtai atau peraturan yang ada untuk meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan Reproduksi, sehingga tujuan KIE (peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku) dapat tercapai. Kelompok sasaran untuk strategi advokasi tnt biasa dikenal dengan istilah "kelompok sasaran tersier". Bentuk operasional dan strategi advokasi mi biasanya berupa pendekatan kepada pimpinan/institusi tertinggi setempat dengan memanfaatkan cara komunikasi modern dan formal, misalnya Dokter Puskesmas menghadap Bapak Camat untuk mendapat dukungan terhadap peayanan Kesehatan Reproduksi Remaja berupa kesediaan Camat memberi bantuan anggaran dan mencanangkan program "Puskesmas Peduli Remaja";
- b. Bina Suasana Membuat lingkungan sekitar bersikap positif terhadap tujuan KIE yang ingin dicapai yaitu peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku. Strategi ini biasanya digunakan untuk kelompok sasaran para pimpinan masyarakat dan/atau orang-orang yang mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran utama. Kelompok sasaran untuk strategi bina suasana itu biasa dikenal dengan istilah "kelompok sasaran sekunder". Bentuk operasional dan strategi ini biasanya berupa

pelatihan, sosialisasi program, pertemuan-pertemuan, yang dapat memanfaatkan metode komunikasi modern dan formal maupun metode sederhana (tatap muka) dan informal, misalnya pertemuan antara Pimpinan RS setempat untuk menjalin kemitraan dalam meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial;

- c. Gerakan Masyarakat Membuat pengetahuan kelompok sasaran utama (yaitu mereka yang memiliki masalah) pengetahuan meningkat yang diikuti dengan perubahan perilaku mereka sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi. Kelompok sasaran untuk strategi Gerakan Masyarakat ini umumnya merupakan kelompok sasaran utama dan dikenal dengan istilah "kelompok sasaran primer", yaitu mereka yang pengetahuan dan perilakunya hendak diubah. Bentuk operasional dan strategi ini biasanya berupa tatap muka langsung, atau penyuluhan kelompok, dan lebih sering memanfaatkan metode komunikasi yang lebih sederhana dan informal, misalnya melakukan latihan bagi kader-kader PKK sehingga mereka menjadi tahu tentang Kesehatan Reproduksi atau pelayanan Kesehatan Reproduksi yang tersedia sehingga dapat memberi tahu masyarakat di lingkungannya untuk memanfaatkan pelayanan tersebut.

C. Rangkuman

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasar pada metode dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri. Bidan sebagai anggota tim kesehatan harus dapat membina kerjasama dengan anggota tim kesehatan lainnya dan masyarakat khususnya dalam hal melaksanakan pelayanan esensial, meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan diri sendiri melalui penyuluhan kesehatan dan asuhan kebidanan II, terhadap individu, keluarga, dan masyarakat, meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan mengaplikasikan kebijaksanaan tentang kesehatan masyarakat.

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Tujuan dari program kesehatan reproduksi remaja secara eksplisit dinyatakan untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang. Sasaran utama program KKR adalah kelompok remaja usia 10-19 tahun baik di lingkungan sekolah atau di luar sekolah.

D. Tugas

Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban Skenario untuk soal no. 1-3: Puskesmas A terletak di kota besar, memiliki cakupan wilayah yang luas dengan penduduk yang padat. 30% penduduknya adalah remaja, 20%nya adalah lansia. Sisanya bayi/balita, anak dan dewasa. Program puskesmas yang paling berkembang adalah kesehatan ibu dan anak, KB, kesehatan remaja dan lansia. Sasaran program tersebut berdasarkan Kriteria WHO. Puskesmas tersebut hanya membina 3 SMU/ sederajat dan 1 SLTP/ sederajat di wilayah kerjanya dengan berbagai masalah kesehatan yang telah ditangani. Langkah awal Puskesmas A adalah memberikan

pendidikan seks di sekolah-sekolah secara bertahap yaitu berupa pengenalan untuk siswa SMP dan materi lanjut untuk SMA.

1. Dasar pertimbangan dan strategi diangkatnya program kesehatan reproduksi remaja di Puskesmas A adalah?
 - a. Kehamilan dapat terjadi jika melakukan hubungan seksual tanpa alat kontrasepsi
 - b. Untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga
 - c. Pencegahan dan penanganan infeksi seksual reproduksi
 - d. Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi remaja
 - e. Untuk meningkatkan kualitas hidup hingga usia lanjut
2. Fenomena kesehatan remaja yang timbul pada program KRR di Puskesmas A adalah?
 - a. Remaja aktif seksual yang telah mencapai kematangan mental dan sosial
 - b. Risiko berganti-ganti pasangan seksual
 - c. Kondisi remaja sesuai dengan usia reproduksi sehat
 - d. Mudah terinfeksi penyakit
 - e. Percobaan pengguguran kandungan pada tenaga medis
3. Sasaran sekunder program KRR Puskesmas A adalah?
 - a. Kelompok remaja berusia 10 – 19 tahun di sekolah maupun di luar sekolah
 - b. Orang tua, keluarga yang mempunyai anak remaja
 - c. Petugas kesehatan di sekolah yang ditunjuk Puskesmas
 - d. Petugas lintas sektoral dan LSM terkait kegiatan reproduksi remaja
 - e. Organisasi masyarakat yang sukarela bergerak di bidang remaja

E. Referensi

- Alamsyah, D., R. Muliawati. (2013). *Pilar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Depkes RI. (2003). *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. (2005). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes RI. (2005). *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan I, Kebijaksanaan Program*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Harahap, J. (2003). *Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara*.
- Kementerian Kesehatan. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 25 Tahun 2016 tentang Rencana Aksi Nasional Kesehatan Lanjut Usia*. Jakarta.
- Rahayu, A., Noor, M.S., Yulidasari, F., Rahman, F & Putri, A.C. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia*. Surabaya: Airlangga Universitas Press.
- WHO. (2014). *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade*. Geneva, World Health Organization Departemen of Noncommunicable disease surveillance.

F. Glosarium

- AIDS : Acquired Immuno Deficiency Syndrom
- AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

BKKBN : Badan Koordinasi Keluarga Berencana
HIV : Human Immunodeficiency Virus
ICPD : International Conference On Population And Development
IMS : Infeksi Menular Seksual
ISR : Infeksi Saluran Reproduksi
KB : Keluarga Berencana
KIE : Komunikasi, Informasi, Edukasi
KRR : Kesehatan Reproduksi Remaja
KTD : Kehamilan Tidak Diinginkan
LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat
NAPZA: Narkotika Penenang Dan Zat Adiktif
PMS : Penyakit Menular Seksual
PID : Pelvic Inflammatory Disease
WHO : World Health Organitaiton

Indeks

AIDS KIE
AKDR KRR
BKKBN LSM
HIV NAPZA
ICPD PMS
IMS PID
ISR WHO
KB

Biografi Penulis



Nama : **Rifka Alindawati, S.ST., M.Tr.Keb**
NIDN : 0415028903
Pangkat/Jabatan : Asisten Ahli
Tempat/Tanggal Lahir : Bandung, 15 Februari 1989
Pekerjaan : Staf Dosen Prodi DIII Kebidanan STIKes Horizon
Karawang
Riwayat Pendidikan : DIII Kebidanan Universitas Padjadjaran
DIV Kebidanan Universitas Padjadjaran
Magister Terapan Kebidanan STIKes Dharma Husada
Bandung

BAB XI

MEMAHAMI KONSEP PERKEMBANGAN KB

Ainun Nisa, S.K.M., M.K.M.

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami (d disesuaikan dengan materi)

1. Sejarah dan perkembangan KB
2. Pengertian, tujuan, sasaran dan ruang lingkup KB
3. Organisasi dan Program KB
4. Manajemen kualitas dalam pelayanan KB
5. Dampak Program KB
6. Strategi-strategi KB
7. Peran Bidan dalam pelayanan KB

B. Materi

1. Sejarah dan Perkembangan KB

- a. Sejarah Keluarga Berencana di Indonesia

Upaya membangun gerakan Keluarga Berencana bukan hanya dilakukan di Indonesia akan tetapi hal ini bisa dilakukan dan diterapkan di luar negeri, karenanya berbagai gerakan KB banyak yang berasal dari luar negeri. Sebagai contoh gerakan Keluarga Berencana di Inggris telah dimulai sejak abad 19 dalam hal ini pemrakarsanya adalah Maria Stopes. Dimana upaya yang dilakukan oleh Maria yaitu dengan memusatkan gerakan KB pada kaum buruh di Inggris dan berbagai permasalahan terhadap kesehatan ibu. Sementara negara Amerika mengikuti jejak Inggris beberapa tahun kemudian dengan melaksanakan program atau gerakan KB yang sama dan diistilahkan dengan program Birth Control. (Pamoedji et al., 2017) Program ini diketuai oleh Margareth Sanger dan menjadi salah satu akar dari program Keluarga Berencana modern. berikunya, banyak dilakukan konferensi tentang birth control dan juga konferensi terkait populasi yang ada dunia.

Selain menyelenggarakan konferensi, Margareth Sanger juga membentuk komite internasional Keluarga Berencana saat mengadakan konferensi di *New Delhi* pada tahun 1952. Komite ini resmi berdiri dengan nama *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*. (Sugeng, 2019). Komite ini mendorong negaranegara di dunia untuk mendirikan perkumpulan-perkumpulan Keluarga Berencana, termasuk Indonesia yang mengikuti jejak dengan mendirikan Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia atau dikenal dengan PKBI.

Gerakan ini telah dirilis di Indonesia oleh dokter-dokter yang ada di rumah sakit Dr. Cipto Mangunkusumo tepatnya di poliklinik FKUI dan tidak dilaksanakan secara terang-terangan. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) resmi berdiri pada tanggal 23 Desember 1957 setelah melaksanakan koordinasi dengan IPPF dan juga dukungan yang didapatkan dari banyak pihak. PKBI mempunyai program utama yaitu untuk mewujudkan keluarga sejahtera dengan menempuh tiga macam usaha. Usaha-usaha tersebut adalah

- 1) Mengatur kehamilan atau menjarangkan kehamilan,
- 2) Mengobati kemandulan dan
- 3) Memberikan nasihat perkawinan.

Pada saat itu terdapat hambatan dalam mewujudkan program ini karena terdapat KUHP pasal 283 yang melarang untuk menyebarkan gagasan Keluarga Berencana. Kemudian pada bulan Januari 1967 diselenggarakan symposium kontrasepsi di Bandung dan dengan bantuan media massa sehingga gagasan Keluarga Berencana mulai dikenal oleh masyarakat luas. Kongres pertama PKBI diselenggarakan pertama kali sesudah satu bulan diadakan symposium tersebut dengan pokok pembahasan berupa harapan supaya program Keluarga Berencana dijadikan sebagai program pemerintah. Pada bulan November tahun 1968, pemerintah bersungguh-sungguh dalam mewujudkan kebijakan-kebijakan Keluarga Berencana yang ditandai dengan berdirinya lembaga Keluarga Berencana Nasional yang diawasi langsung oleh Menteri Negara Kesejahteraan Rakyat.

Program Keluarga Berencana kemudian berkembang dengan dimasukkannya program tersebut ke dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun I dan berdirinya Badan Koordinasi Keluarga Berencana (BKKBN) melalui Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1970 menggantikan LKBN. Melalui pendekatan kemasyarakatan, organisasi tersebut memungkinkan para pakar nonmedis dapat menyukseskan program Keluarga Berencana yang ada di Indonesia. Organisasi BKKBN terus dikembangkan dan disempurnakan melalui kongres Presiden RI Nomor 33 Tahun 1972, Nomor 38 Tahun 1978 dan Nomor 64 Tahun 1983 (BKKBN, 2017).

b. Perkembangan Program Keluarga Berencana di Indonesia

Keluarga Berencana mempunyai tujuan utama untuk menjarangkan kehamilan dikarenakan mempunyai kaitan erat dengan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak dalam rentang waktu tahun 1950 sampai 1960. Selain itu, terdapat usaha supaya pasangan suami istri yang infertil dapat mempunyai keturunan yang diinginkan. Keluarga Berencana dijadikan satu dengan kesehatan pada Pelita I (tahun 1969/1970 sampai tahun 1973/1974), hal ini dengan harapan jumlah akseptor dapat mencapai 3 juta selama 5 tahun sehingga dapat mencegah 600.000 – 700.000 kelahiran. Pada saat itu, program ini hanya dikhususkan di pulau Jawa dan Bali. Semenjak adanya BKKBN pada tahun 1970, BKKBN juga mempunyai tanggung jawab atas pelaksanaan Keluarga Berencana sejak pelita I. Kemudian pada pelita II, program Keluarga Berencana sudah berdiri sendiri dan jangkauannya mulai diperluas saat Pelita III dan IV.(BKKBN, 2017)

Dikarenakan hasil yang memuaskan selama Pelita I, pemerintah akhirnya mulai mencanangkan program Keluarga Berencana di 10 provinsi di luar Pulau Jawa dan Bali, tepatnya pada Pelita II. Program tersebut diberi nama Luar Jawa Bali I. Program diperluas ke seluruh Indonesia dan kelompok provinsi pada Pelita II dan diberi nama Luar Jawa Bali II. Sedangkan pada Pelita III, program Keluarga Berencana ternyata sangat mempunyai dampak pada demografi dengan target penurunan tingkat kelahiran kasar sebesar 50% dari 44 pada tahun 1971 menjadi 22% pada tahun 2000, kemudian dipercepat 10 tahun menjadi tahun 1990. Pada tahun 1980 dalam rangka intensifikasi program, perubahan dilaksanakan oleh BKKBN dengan menciptakan strategi yang dinamakan "Panca Karya".

Gerakan Keluarga Berencana Nasional muncul untuk menggantikan program KB nasional pada pelita V. Gerakan ini berarti gerakan masyarakat yang menghimpun dan

mengajak segenap potensi masyarakat untuk mengikuti partisipasi secara aktif dalam melembagakan dan membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS). Tujuan dari gerakan tersebut yaitu untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia Indonesia. Dalam mewujudkan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS) dibutuhkan beberapa cara yaitu (1) mengatur jarak kehamilan, (2) mendewasakan usia perkawinan, (3) penyuluhan tentang pentingnya Keluarga Berencana, serta (4) penyediaan sarana prasarana KB dan posyandu.

Gerakan Keluarga Berencana Nasional mempunyai tujuan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat sejahtera dengan menggunakan cara mengendalikan kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Selain mempunyai tujuan, gerakan keluarga berencana juga mempunyai sasaran, diantaranya (1) Pasangan Usia Subur (PUS) dengan mempunyai prioritas PUS muda yang berparitas rendah, (2) Generasi muda dan purna PUS, (3) Pelaksana dan pengelola KB, serta (4) sasaran wilayah dengan wilayah yang laju pertumbuhan penduduk tinggi serta wilayah khusus misalnya wilayah sentra industri, permukiman yang padat, daerah kumuh, daerah pantai dan daerah yang terpencil. Sensus penduduk tahun 1990 menunjukkan keberhasilan gerakan KB nasional, yaitu dengan selesainya landasan pembentukan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) sehingga untuk selanjutnya langkah yang harus dilaksanakan ialah membangun keluarga kecil sejahtera

2. Pengertian, Tujuan, Sasaran dan Ruang Lingkup Kb

a. Pengertian KB

- 1) Upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Undang-Undang No.10/1992)
- 2) Keluarga Berencana (family planning/planned parenthood) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi
- 3) Menurut WHO (Expert Commite, 1970) tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

b. Sasaran KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 sebagai berikut:

- 1) Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadin 1,14% per tahun
- 2) Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan
- 3) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat / cara kontrasepsi menjadi 6%
- 4) Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5%
- 5) Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien
- 6) Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun
- 7) Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
- 8) Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif

- 9) Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan program KB Nasional

c. Ruang lingkup KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut:

1) Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran. Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut:

- a) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya.
- b) Meningkatnya kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan.

2) Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut.

- a) Memperbaiki kesehatan fisik
- b) Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya

3) Seluruh Keluarga

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga, dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuanya.

Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut:

- a) Keluarga Berencana
- b) Kesehatan reproduksi remaja
- c) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- d) Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- e) Keserasian kebijakan kependudukan
- f) Pengelolaan SDM aparatur

d. Organisasi dan Program KB

1) Organisasi non pemerintah yaitu PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia)

Pada tahun 1953, sekelompok masyarakat yang terdiri berbagai golongan, khususnya dari kalangan kesehatan memulai prakarsa kegiatan KB. Kegiatan ini berkembang hingga berdirilah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dengan Dr. Soeharto sebagai ketuanya. Tujuan dari PKBI adalah memperjuangkan terwujudnya keluarga sejahtera melalui tiga macam usaha yaitu:

- a) Mengatur kehamilan
- b) Mengobati kemandulan
- c) Member nasehat perkawinan

Pada tahun 1970 LKBN dibubarkan oleh pemerintah dan kemudian dibentuk badan koordinasi keluarga berencana nasional (BKKBN)

- 2) Organisasi pemerintah yaitu BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional)
BKKBN yaitu badan resmi pemerintah yang bertanggung jawab penuh mengenai pelaksanaan program KB di Indonesia keuntungannya yaitu
 - a) Memungkinkan program program melepaskan diri pendekatan klinis yang jangkauannya terbatas.
 - b) Memungkinkan peranan pakar-pakar non-medis dalam mensukseskan program KB di Indonesia melalui pendekatan masyarakat.

Fungsi BKKBN adalah pengkoordinasi berencana, rumus kebijaksanaan, pengawas pelaksanaan dalam evaluasi. Dalam perkembangan selanjutnya BKKBN mengembangkan lagi kegiatannya menjadi program nasional pendudukan dan KB yang pada waktu ini mempunyai dua tujuan:

- a. Tujuan demografis yaitu mengendalikan tingkat pertumbuhan penduduk berupa angka fertilitas.
- b. Tujuan normatif yaitu norma keluarga kecil bahagia dan sejahterah (NKKBS) yang pada satu waktu akan menjadi falsafah hidup masyarakat dan bangsa Indonesia

Struktur dan fungsi organisasi KB di Indonesia

- a. BKKBN Pusat
Berfungsi untuk mempersiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasi pelaksanaan program KB nasional dan kependudukan yang mendukungnya.
- b. BKKBN provinsi/kabupaten/kota
Fungsinya melaksanakan program pokok mengkoordinir penyelenggaraan KB ditingkat provinsi, kabupaten, kota, mengadakan evaluasi kegiatan program KB
- c. Tingkat kecamatan
Fungsinya yaitu:
 - 1) Mengkoordinir penyelenggaraan KB di tingkat kecamatan
 - 2) Mengadakan rapat koordinasi melibatkan pihak-pihak terkait
 - 3) Mengadakan evaluasi pelaksanaan program KB berdasar laporan dan cakupan wilayah
- d. Tingkat desa
Fungsinya yaitu:
 - 1) Memberi pelayanan kontrasepsi sederhana dan pil KB ulangan pada peserta KB
 - 2) Membina kelestarian peserta KB
 - 3) Memberi nasehat untuk peserta KB dari akibat efek samping
 - 4) Memotivasi calon peserta KB BARU
- e. Tingkat pelayanan terpadu
Fungsinya yaitu;
 - 1) Membantu petugas KB dalam pendataan peserta KB
 - 2) Membina kelestarian peserta KB
 - 3) Melayani kontrasepsi sederhana dan Pil ulangan
- f. Kelompok akseptor
Fungsinya yaitu:

- 1) Memberikan pelayanan KIE
 - 2) Memberikan alat kontrasepsi, Pil ulang,
 - 3) Memotivasi dan penanggulangan akibat pemakaian alat kontrasepsi
- g. Peserta KB
- Fungsinya yaitu:
- 1) Menerima jasa pelayanan KB
 - 2) Meningkatkan kemandirian ber KB

3. Manajemen kualitas dalam pelayanan KB

Pelayanan KB dilaksanakan dengan mengikuti kaidah manajemen program yang meliputi beberapa kegiatan berikut ini:

- a. Perencanaan
- b. Pelaksanaan
- c. Pemantauan dan Evaluasi

Berikut adalah penjelasan dari masing-masing tahapan manajemen pelayanan Keluarga Berencana:

- a. Perencanaan

Langkah pertama perencanaan pelayanan KB adalah menentukan target/sasaran KB, perencanaan dan penghitungan kebutuhan alokasi. Perencanaan pelayanan KB dilaksanakan setiap kegiatan evaluasi kegiatan di puskesmas yang berupa mini lokakarya dan terpadu dengan pelayanan KIA lainnya seperti P4K dengan stiker, kelas ibu hamil, dan sistem rujukan dan lain-lain. Menentukan Target/Sasaran Peserta KB Secara sederhana, jumlah target atau sasaran peserta adalah pasangan usia subur yang istrinya sedang dalam kondisi masa nifas (sampai 42 hari pasca persalinan). Jadi sasaran jumlah peserta KB sama dengan sasaran jumlah total ibu. Jumlah sasaran ibu diperkirakan dengan menggunakan cara penghitungan sebagai berikut:

Jumlah Ibu = $1,05 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$
 Keterangan: CBR didapatkan dari BPS setempat. Contoh: Untuk menghitung perkiraan jumlah sasaran peserta KB di Desa Timbung Kabupaten Tapin yang mempunyai penduduk sebanyak 3.000 penduduk dan angka CBR terakhir Kabupaten Tapin 27,0/1.000 penduduk maka: Jumlah peserta KB = $1,05 \times 0,027 \times 3.000 = 85,05$. Jadi sasaran peserta KB di Desa Timbung adalah 85 orang.

- b. Pelaksanaan

Pelayanan Keluarga Berencana merupakan prosedur pelayanan KB adalah sebagai berikut:

- 1) Persiapan

Sebelum pelayanan KB dilakukan tahapan persiapan dengan melakukan konseling pada pemeriksaan kehamilan, juga dapat dilaksanakan terpadu dalam P4K melalui amanat persalinan serta penyampaian informasi pada kelas ibu hamil dan diingatkan kembali pada setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan berikutnya. Tahap persiapan ini diakhiri dengan pengisian *informed consent*.

2) Pelaksanaan

Fasilitas pelayanan KB merupakan salah satu mata rantai fasilitas pelayanan medis keluarga berencana yang terpadu dengan pelayanan kesehatan umum di fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh tenaga profesional yaitu dokter spesialis, dokter umum, bidan. Klasifikasi Fasilitas Pelayanan KB diklasifikasikan menjadi:

- a) Fasilitas Pelayanan KB Sederhana: Fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, suntik KB, AKDR/Implan (jika terdapat bidan terlatih), penanggulangan efek samping, komplikasi ringan dan upaya rujukan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Pustu, Balai pengobatan swasta, BKIA swasta, Pos Kesehatan TNI/Polri, Fasilitas KB Khusus (Pemerintah/swasta), Dokter/Bidan Praktik Mandiri, Polindes.
 - b) Fasilitas Pelayanan KB Lengkap: Fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, Suntik KB, AKDR, pemasangan/pencabutan Implan dan vasektomi bagi yang memenuhi persyaratan. Fasilitas ini merupakan bagian dari Puskesmas/Puskesmas dengan rawat inap, Balai pengobatan swasta, BKIA Swasta, Poliklinik TNI/POLRI, dan Rumah Bersalin.
 - c) Fasilitas Pelayanan KB Sempurna, yaitu fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi metode: sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, Suntik KB, AKDR, pemasangan/pencabutan implant, MOP, dan MOW bagi yang memenuhi persyaratan. Fasilitas ini merupakan bagian dari RSUD kelas C, RSUD swasta setara, RSUD TNI/POLRI yang mempunyai SpOG dan dokter spesialis bedah, serta dokter umum yang telah mendapatkan pelatihan, dan RS bersalin.
 - d) Fasilitas Pelayanan KB Paripurna, yaitu Fasilitas yang mampu dan berwenang memberikan pelayanan semua jenis pelayanan kontrasepsi ditambah dengan pelayanan rekalisasi dan penanggulangan infertilitas. Fasilitas ini merupakan bagian dari RSUD Kelas A, RSUD TNI/POLRI Kelas I, RSUD Swasta setara, RSUD Kelas B yang sudah ditetapkan sebagai tempat rekalisasi.
- 3) Pemantauan dan Evaluasi Hasil pelayanan KB merupakan hasil kegiatan pelayanan KB yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan KB, baik pada unit pelayanan kesehatan pemerintah (Poskesdes/Polindes, Puskesmas/Pustu, RS Pemerintah, unit pelayanan milik TNI/Polri) maupun pada fasilitas pelayanan kesehatan swasta (Bidan Praktik Mandiri, Dokter Praktik Swasta, RS Swasta, Klinik KB, Rumah Bersalin, dan Praktik Bersama). Agar hasil pelayanan KB pasca persalinan dapat menggambarkan kinerja seorang tenaga kesehatan maka semua kegiatan pelayanan KB pasca persalinan yang dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan harus dicatat dalam format yang ada (Kohort KB, kohort nifas, kartu status peserta KB/K4, dan F2 KB) dan kemudian dilaporkan kepada Dinas Kesehatan dan BKKBN Setempat.

4. Dampak Program KB

- a. Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
 - 1) Perbaiki kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dan terlalu pendek.

- 2) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat, dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.
- b. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
- 1) Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya dalam keadaan sehat.
 - 2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.
- c. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya:
- 1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik, karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.
 - 2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak

5. Kebijakan dan Strategi KB

Salah satu kebijakan dan strategi pembangunan nasional yang tertuang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, antara lain melalui Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak, Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi, mencakup: perluasan akses dan kualitas pelayanan KB serta kesehatan reproduksi (kespro) sesuai karakteristik wilayah yang didukung oleh optimalisasi peran sektor swasta dan pemerintah melalui:

- a. Advokasi, komunikasi, informasi, edukasi (KIE) Program Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga (KKBPK/Bangga Kencana) dan konseling KB dan Kespro;
- b. Peningkatan kompetensi Penyuluh Keluarga Berencana (PKB) dan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), tenaga lini lapangan, dan tenaga kesehatan dalam pelayanan KB;
- c. Penguatan fasilitas pelayanan kesehatan, jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan serta upaya kesehatan bersumber daya masyarakat; dan
- d. Peningkatan KB pasca persalinan.

6. Peran Bidan dalam pelayanan KB

Bidan mempunyai peran dalam meningkatkan tingkat pemakaian KB sebagai tindakan preventif terutama bagi wanita dengan resiko 4 (empat) terlalu, yaitu terlalu muda (usia di bawah 20 tahun), terlalu tua (usia di atas 35 tahun), terlalu dekat (jarak kelahiran antara anak yang satu dengan yang berikutnya kurang dari 2 tahun), dan terlalu banyak (mempunyai anak lebih dari 2) (BKKBN, 2014). Tugas yang cukup berat ini menuntut bidan untuk meningkatkan kompetensinya, sehingga akan tercapai pelayanan kebidanan yang berkualitas. Salah satu faktor pendukung peningkatan kompetensi bidan yaitu adanya motivasi kerja yang dimiliki oleh bidan (Sofyan, 2006).

Motivasi kerja bidan sebagai daya pendorong yang membuat bidan mengembangkan kreativitas dan menggerakkan segala kemampuannya demi mencapai prestasi kerja yang optimal. Bidan yang berkompeten, memerlukan motivasi kerja yang tinggi dalam memberikan

pelayanan kebidanan, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kebidanan (Spinath B, 2009).

Bidan sebagai provider dalam pelayanan kebidanan bertanggung jawab terhadap dokumentasi kebidanan, salah satunya dokumentasi pada pelayanan KB yaitu informed consent. Pendokumentasian merupakan kewajiban bidan dalam menjalankan profesinya yang diatur dalam pasal 18 Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010. Peraturan tersebut menetapkan bahwa salah satu kewajiban bidan yaitu meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukannya (informed consent) kepada pasien. Informed consent telah diakui sebagai langkah yang paling penting untuk mencegah terjadinya konflik dalam masalah etik. Apabila bidan tidak melakukan informed consent, maka bidan tersebut tidak profesional. Selain itu, bidan tidak mempunyai bukti hukum apabila terjadi permasalahan selama memberikan pelayanan KB. Oleh karena itu, bidan selalu dituntut untuk berbuat yang terbaik untuk pasiennya sesuai kondisi dan kemampuan yang dimiliki.

Salah satu peran bidan dalam upaya peningkatan pemakaian KB, yaitu dengan memberikan informed choice sebelum calon peserta membuat keputusan dan memilih alat kontrasepsi. Selain memudahkan calon peserta untuk memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan pasien, pemberian informed choice dan informed consent juga secara signifikan dapat mencegah drop out pemakaian kontrasepsi, sehingga dapat meningkatkan jumlah peserta KB aktif (BKKBN, 2014)

C. Rangkuman

Keluarga Berencana mempunyai tujuan utama untuk menjarangkan kehamilan dikarenakan mempunyai kaitan erat dengan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak. Gerakan Keluarga Berencana Nasional mempunyai tujuan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat sejahtera dengan menggunakan cara mengendalikan kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia. Selain mempunyai tujuan, gerakan keluarga berencana juga mempunyai sasaran, diantaranya (1) Pasangan Usia Subur (PUS) dengan mempunyai prioritas PUS muda yang berparitas rendah, (2) Generasi muda dan purna PUS, (3) Pelaksana dan pengelola KB, serta (4) sasaran wilayah dengan wilayah yang laju pertumbuhan penduduk tinggi serta wilayah khusus misalnya wilayah sentra industri, permukiman yang padat, daerah kumuh, daerah pantai dan daerah yang terpencil. Sensus penduduk tahun 1990 menunjukkan keberhasilan gerakan KB nasional, yaitu dengan selesainya landasan pembentukan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) sehingga untuk selanjutnya langkah yang harus dilaksanakan ialah membangun keluarga kecil sejahtera.

Salah satu kebijakan dan strategi pembangunan nasional yang tertuang dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2020 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024, antara lain melalui Peningkatan Kesehatan Ibu, Anak, Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi. Perencanaan manajemen program KB sangat penting dilakukan dengan meliputi beberapa kegiatan berikut mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi.

Bidan mempunyai peran dalam meningkatkan tingkat pemakaian KB sebagai tindakan preventif agar program KB dapat berjalan dengan baik. Selain itu sebagai provider dalam pelayanan kebidanan bertanggung jawab terhadap dokumentasi kebidanan, salah satunya dokumentasi pada pelayanan KB yaitu informed consent. Pendokumentasian merupakan

kewajiban bidan dalam menjalankan profesinya yang diatur dalam pasal 18 Permenkes RI Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010.

D. Tugas

1. Jelaskan secara singkat perkembangan KB di Indonesia.
2. Jelaskan secara sederhana ruang lingkup KB.
3. Bagaimana teknis agar proses pelaksanaan manajemen KB dapat berjalan secara sistematis?

E. Referensi

- Hanafi, H. (2004). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan.
- Handayani, S. (2010). *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. Pustaka Rihana.
- Hartanto. (2003). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan.
- Jalal, F. (2008). *Kebijakan Pelayanan Keluarga Berencana*. BKKBN. <https://slideplayer.info/amp/2334238/>
- Yuhedi, L. T., & Kurniawati, T. (2013). *Buku Ajar Kependudukan Pelayanan KB*. EGC.
- Kemendes RI. 2014. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan*. Direktorat Jendral Bina Gizi Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan RI: Jakarta
- BKKBN. (2017). *Buku Pelayanan Kontrasepsi Program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga BKKBN*. BKKBN.

F. Glosarium

KB	Keluarga Berencana
Modern	Sesuatu hal yang sifatnya terbaru, sesuatu yang mutakhir.
Koordinasi	Sebuah proses dalam menyatukan dan mengintegrasikan kepentingan bersama
KUHP	Kitab Undang-Undang Hukum Pidana
Organisasi	Suatu kelompok terdiri atas dua atau lebih orang yang saling bekerja sama untuk mencapai tujuan tertentu secara bersama.
BKKBN	Lembaga Pemerintah Nonkementerian yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden melalui Menteri Kesehatan.
NKKBS	Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera
PUS	Pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 15 sampai dengan 49 tahun
WHO	Organisasi internasional di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang mempunyai tanggungjawab untuk memberikan arah dan kebijakan dalam penanganan kesehatan masyarakat dunia
Evaluasi	Kegiatan terencana untuk mengukur, menilai, dan keberhasilan suatu program
KIA	Identitas yang wajib dimiliki setiap anak agar bisa mengakses pelayanan publik secara mandiri
CBR	Angka kelahiran kasar
informed consent	Pernyataan persetujuan
Fasilitas	Sarana untuk melancarkan pelaksanaan fungsi
Klasifikasi	Cara yang bisa membantu memahami keragaman dengan lebih baik

Kontrasepsi	Alat atau obat yang salah satunya upaya untuk mencegah kehamilan atau tidak ingin menambah keturunan.
Paripurna Klinik	Pelayanan lengkap Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan medis, berupa medis dasar dan atau medis spesialisik
Kohort	Sekelompok orang yang memiliki karakteristik demografis yang serupa
Strategi	Sebuah alat dari perusahaan ataupun organisasi yang digunakan untuk mencapai tujuan
Sector	Lingkungan suatu usaha
Provider	Perusahaan atau badan usaha yang menyediakan layanan kepada pengguna.
Etik	Nilai moral dan norma yang menjadi pedoman, baik bagi suatu individu maupun suatu kelompok, dalam mengatur tindakan atau perilaku

Biografi Penulis



Ainun Nisa lahir di Tapin pada tanggal 1 Agustus 1995, merupakan alumni Universitas Padjajaran Bandung. Selain sebagai seorang ibu rumah tangga Ainun merupakan seorang dosen tetap di Stikes Husada Borneo. Sebagai seorang dosen wajib melakukan Tridarma yaitu Mengajar, Penelitian, dan Pengabdian Masyarakat. Saat ini mencoba aktif membuat sepetah dua patah kata untuk menjadi sebuah buku.

Anak pertama dari pasangan Bpk. H.Rasyidi Arsyad dan Ibu.Hairiah ini mempunyai hobi memasak dan jalan-jalan.

Ainun berharap tulisan-tulisan ini menjadi sebuah sumbangsih untuk ke dua orang tua, anak, suami dan keluarga tercinta. Menginginkan agar menjadi orang yang beruntung dunia maupun akherat dan dapat bermanfaat untuk orang lain.

BAB XII

KONSELING PELAYANAN KB

Ns. Netty Isnawati, M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Di akhir pembelajaran mahasiswa mampu:

1. Memahami konsep dasar konseling pelayanan KB
2. Menjelaskan langkah-langkah pelaksanaan konseling pelayanan KB
3. Menguraikan poin-poin penting pada konseling pelayanan KB
4. Menjelaskan pemilihan metode kontrasepsi

B. Materi

1. Pengertian

Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB, bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat memberi pelayanan (Sulistyawati, 2011). Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan Keluarga Berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Dengan informasi yang lengkap dan cukup akan memberikan keleluasaan kepada klien dalam memutuskan untuk memilih kontrasepsi (Informed Choice). Konseling KB bisa dilakukan pada perempuan dan Pasangan Usia Subur (PUS), ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas. Konseling KB juga dilakukan berkelanjutan dengan pendekatan siklus hidup manusia. Materi dalam konseling dapat berupa pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja, konseling Wanita Usia Subur (WUS), konseling calon pengantin, konseling KB pada ibu hamil/promosi KB pasca persalinan, pelayanan KB pasca persalinan, dan pelayanan KB interval.

Salah satu alat untuk membantu dalam melakukan konseling adalah dengan menggunakan ABPK. Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) adalah alat bantu kerja interaktif bagi petugas kesehatan (dokter, perawat dan bidan) dalam membantu klien (pasangan suami dan istri) memilih dan memakai metode KB yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kesehatan klien, memberikan informasi yang diperlukan dalam pelayanan KB yang berkualitas, serta menawarkan saran atau panduan cara membangun komunikasi dan konseling efektif.

2. Tujuan konseling KB

- a. Untuk menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi.
- b. Untuk memilih metode KB yang diyakini.

- c. Untuk menggunakan metode KB yang dipilih secara aman dan efektif.
- d. Untuk memulai dan melanjutkan KB.
- e. Untuk mempelajari tujuan, ketidakjelasan informasi tentang metode KB yang tersedia
- f. Untuk mengambil keputusan ber-KB yang sesuai dengan kondisi diri dan kesehatannya.

3. Manfaat

- a. Membantu penyedia layanan dalam mengumpulkan berbagai informasi penting dari klien bersama pasangan.
- b. Membantu penyedia layanan membangun relasi yang baik dengan klien bersama pasangan.
- c. Membuat klien merasa lebih nyaman dan puas dengan perhatian yang diberikan oleh penyedia layanan, sehingga ia cenderung lebih terbuka dan jujur, serta patuh terhadap saran yang diberikan.
- d. Membantu klien bersama pasangan mengambil keputusan yang tepat dan sesuai dengan kondisinya mengenai metode ber-KB yang akan dilakukan.

4. Langkah – Langkah konseling KB

Konseling dengan menggunakan ABPK, seperti prinsip konseling KB yang umum digunakan, yaitu teknik SATU TUJU, yaitu Sapa dan Salam, Tanyakan, Uraikan, Bantu, Jelaskan, dan Kunjungan Ulang. Teknik ini harus dilakukan secara berurutan dan sesuai dengan kebutuhan klien. Berikut adalah uraian dari prinsip SATU TUJU ini.

SA	S apa dan S alam. Proses konseling KB harus dimulai dengan menyapa dan mengucapkan salam terhadap klien secara terbuka dan sopan. Dalam sapaan dan salam ini, jangan lupa untuk menyatakan secara eksplisit mengenai kerahasiaan data klien yang terjamin dalam proses konseling KB. Mulailah dengan halaman Selamat Datang pada lembar balik ABPK pada semua klien. Dalam hal ini, penyedia layanan menyapa klien dan menanyakan informasi mengenai keadaan klien saat ini, antara lain kondisi kesehatannya, keluhan yang dialami, pemikiran mengenai alat kontrasepsi yang hendak digunakan, dan berbagai pertimbangan yang dimilikinya saat ini.
T	T anyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman KB dan kesehatan reproduksi serta yang lainnya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Dengan memahami kebutuhan, pengetahuan dan keinginan klien, kita dapat membantunya
U	Pada tahapan U raikan ini, penyedia layanan telah memiliki satu atau dua metode kontrasepsi yang dapat ditawarkan kepada klien, berdasarkan kriteria kelayakan medis yang dimiliki klien. Dalam hal ini, penyedia layanan harus menguraikan metoda KB yang hendak ditawarkan tersebut dengan mengaitkannya pada berbagai pertimbangan klien yang dimilikinya saat ini, termasuk mengenai kriteria kelayakan medis, efek samping, komplikasi dan hal-hal lain yang perlu diperhatikan oleh klien. Pada proses ini, penyedia layanan memang dapat memberikan beragam informasi dan saran kepada klien. Namun setelah itu, sebaiknya penyedia layanan juga bertanya kembali mengenai dampak dari saran yang telah berikan

TU	Dalam proses ini, penyedia layanan membantu klien bersama pasangan untuk membuat keputusan dengan mempertimbangkan kondisi medis, karakteristik klien, efektivitas, efek samping, dan durasi penggunaan metoda KB. Untuk itu, penyedia layanan perlu memastikan bahwa klien telah memiliki pengetahuan yang cukup mengenai metoda KB yang menjadi pilihannya. Di samping itu, klien juga perlu menunjukkan perencanaan yang baik mengenai program KB yang diinginkannya. Misalnya, ia sudah memiliki rencana apabila pasangannya tetap ingin melakukan hubungan seksual meskipun persediaan kondom telah habis. Demikian pula dengan rencana dalam menghadapi efek samping dari alat kontrasepsi yang dipilih.
J	Setelah klien bersama pasangan memutuskan alat kontrasepsi yang akan digunakannya, jelaskan secara lengkap kepada klien mengenai cara menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Dalam hal ini, informasi yang tercantum dalam ABPK dapat membantu klien lebih memahami cara menggunakan alat kontrasepsi yang digunakannya tersebut karena ABPK menyediakan uraian dan gambar dalam penjelasannya. Dalam proses ini, kita perlu mengajak klien untuk membuat rencana untuk menghadapi dampak dan efek samping dari keputusannya ber-KB. Dalam hal ini, kita membantu klien untuk menyusun langkah-langkah konkret yang mampu ia kelola agar ia siap melaksanakan keputusannya tersebut. Ajaklah pasangan berdiskusi bersama dalam pembuatan rencana ini.
U	Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Jangan lupa untuk mendorong klien kembali apabila memiliki pertanyaan atau masalah dalam program KB yang dijalannya. Yakinkan klien untuk dapat menghubungi penyedia layanan kembali ketika ia memiliki pertanyaan, pertimbangan, maupun permasalahan saat menjalankan program KB yang telah ia pilih.

5. Macam – macam kontrasepsi

Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dapat juga bersifat permanen (Pratami, 2014). Sedangkan menurut Th. Endang P & Elisabeth S W (2015), Kontrasepsi terdiri dari dua kata, yaitu kontra (menolak) dan konsepsi (pertemuan antara sel telur yang sudah matang dengan sel sperma), maka kontrasepsi dapat diartikan sebagai cara untuk mencegah pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga tidak terjadi pembuahan dan kehamilan.

a. Kontrasepsi metode sederhana

Kontrasepsi sederhana merupakan cara yang digunakan dalam pencegahan kehamilan secara sederhana, bahkan untuk sekali pemakaian saat melakukan hubungan seksual. Kontrasepsi sederhana terdiri atas:

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau disebut juga *Lactational Amenorrhea Method* (LAM) adalah salah satu metode dalam merencanakan kehamilan (kontrasepsi) yang bersifat alamiah dan sementara. MAL diterapkan dengan mengandalkan pemberian ASI Eksklusif kepada bayi di bawah enam bulan dan kondisi infertilitas pada saat post partum alami yang terjadi setelah persalinan dan dapat diperpanjang dengan menyusui. Karena bagi ibu yang tidak menyusui, fertilitas mungkin kembali normal dalam waktu empat minggu setelah persalinan.

Cara kerja Metode Kontrasepsi MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi yang dengan kata lain memerlukan ketiadaan haid. Pada saat laktasi/menyusui, hormone yang berperan adalah prolactin dan oksitoksin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.

Metode kontrasepsi ini memiliki efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan bila ASI menjadi satu-satunya sumber nutrisi pada bayi), segera efektif pasca persalinan, dan tidak mengganggu senggama. Selain itu juga tidak ada efek samping secara sistemik, dan tidak memerlukan pengawasan medis dan tidak memerlukan obat atau alat, sehingga tidak perlu mengeluarkan biaya.

Keuntungan

- Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
- Segera efektif
- Tidak mengganggu senggama
- Tidak ada efek samping secara sistemik
- Tidak perlu pengawasan medis
- Tidak perlu obat atau alat
- Tanpa biaya

Keterbatasan

- Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

2) Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Efektivitas bergantung pada ketersediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap pelaksanaannya (Saifuddin, 2006).

Cara kerja metode senggama terputus adalah alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat di cegah.

Keuntungan

- Efektivitas bila dilaksanakan dengan benar
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- Tidak ada efek samping
- Dapat digunakan setiap waktu
- Tidak membutuhkan biaya

Keterbatasan

- Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)
- Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
- Memutuskan kenikmatan dalam berhubung seksual

3) Pantang berkala.

Pantang berkala adalah tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Terdapat 3 cara dalam melakukan metode pantang berkala, yaitu:

a) Sistem kalender,

merupakan metode kontrasepsi sederhana yang digunakan dengan cara tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi. Metode ini akan efektif bila digunakan dengan baik dan benar. Pasangan suami istri harus mengetahui masa subur, sebelum menggunakan metode ini. Diperlukan pengamatan minimal enam kali siklus menstruasi jika ingin menggunakan metode ini. Angka kegagalan dalam penggunaan metode kalender adalah 14 per 100 wanita per tahun (Priyanti & Syalfina, 2017). Diperlukan konseling tambahan dalam penerapan metode ini untuk memastikan metode kalender digunakan dengan tepat (Yusita, 2019)

b) Pengamatan lendir vagina

Metode mukosa serviks atau metode ovulasi ini merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yaitu dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva untuk mengenali masa subur dari siklus menstruasi. Angka kegagalan dari metode ini sekitar 3-4 wanita per 100 wanita 22 per tahun. Keberhasilan dari metode ini tergantung pada pemahaman yang tepat, instruksi yang tepat, pencatatan lendir serviks, dan keakuratan dalam pengamatan. Apabila petunjuk metode ini dilakukan dengan akurat, maka keberhasilannya dapat mencapai 99% (Priyanti & Syalfina, 2017).

c) Pengukuran suhu badan

Suhu tubuh basal merupakan suhu terendah tubuh selama istirahat atau dalam keadaan tidur. Pengukuran suhu basal ini dilakukan pada pagi hari sebelum melakukan aktivitas atau segera setelah bangun tidur. Suhu basal tubuh diukur menggunakan termometer basal, yang dapat digunakan secara oral, per vagina, atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi selama 5 menit. Tujuan dari pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa ovulasi. Suhu tubuh basal dipantau dan dicatat selama beberapa bulan dan dianggap akurat bila terdeteksi pada saat ovulasi. Tingkat keefektifan metode ini sekitar 80% atau 20-30 kehamilan per 100 wanita per tahunnya. Angka kegagalannya secara teoritis adalah 15 kehamilan per 100 wanita per tahun (Priyanti & Syalfina, 2017).

b. Kontrasepsi barrier

Kontrasepsi barrier adalah perangkat yang berupaya mencegah kehamilan dengan cara menghalangi sperma agar tidak memasuki rahim. Kontrasepsi barrier meliputi kondom pria, kondom Wanita, diafragma, spermisida

1) Kondom pria dan Wanita kondom Wanita

Metode ini merupakan salah satu kontrasepsi yang terbuat dari bahan lateks sangat tipis (karet) atau poliuretan (plastik) berfungsi mencegah bertemunya sperma dengan sel telur. Untuk kondom wanita, dimasukkan kedalam vagina dan dilonggarkan. Efektivitas dari kondom pria yang digunakan sesuai instruksi sekitar 98% atau 2 dari 100 wanita berpotensi hamil setiap tahunnya (Yusita, 2019). Efek samping yang dapat ditimbulkan dari pemakaian kondom, diantaranya:

- Kondom bocor atau rusak (sebelum berhubungan)
- Adanya reaksi alergi (spermisida)
- Mengurangi kenikmatan hubungan (Priyanti & Syalfina, 2017).

2) Diafragma

Diafragma merupakan cangkir lateks fleksibel yang digunakan dengan spermisida dan dimasukkan kedalam vagina sebelum berhubungan (Apter, 2017). Metode ini merupakan metode untuk mengontrol kehamilan dengan mencegah sperma pria bertemu dengan sel telur wanita. Metode ini lebih efektif jika digunakan dengan spermisida. Beberapa efek samping dari spermisida, yaitu:

- Dapat meningkatkan risiko mengalami HIV akibat pemakaian spermisida yang dioleskan bersama dengan diafragma jika tertular dari pasangan yang terinfeksi
- Dapat menyebabkan iritasi dan sensasi terbakar pada vagina bagi pengguna yang alergi terhadap spermisida maupun lateks
- Dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kencing
- Dapat terjadi toxic shock syndrome (Yusita, 2019)

3) Spermisida

Spermisida merupakan bahan kimia yang digunakan untuk membunuh sperma (Priyanti & Syalfina, 2017). Jenis spermisida biasanya meliputi krim, busa, suppositoria vagina 19 dan gel. Spremisida digunakan oleh wanita, berfungsi menutup leher rahim dan membunuh sperma. Efektivitasnya sekitar 71%, hanya memberikan perlindungan sedang terhadap kehamilan (Yusita, 2019). Efektivitasnya kurang dan efektivitas pengaplikasiannya hanya 1-2 jam (Priyanti & Syalfina, 2017). Beberapa efek samping yang dapat timbul dari pemakaian spermisida, yaitu:

- Pemakaian spermisida yang dioleskan bersamaan dengan diafragma akan meningkatkan resiko tertular HIV dari pasangan yang terinfeksi. Oleh karena itu, sebaiknya penggunaan metode ini digunakan jika hanya memiliki satu pasangan seksual.
- Dapat menyebabkan iritasi dan sensasi terbakar pada vagina yang memiliki alergi lateks maupun spermisida
- Dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kencing

- Dapat terjadi toxic shock syndrome. Untuk menurunkan risiko ini maka penggunaan tidak boleh melebihi 24 jam (Yusita, 2019).
- c. Kontrasepsi hormonal

Menurut Nurlinda (2016), kontrasepsi hormonal adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari bahan mengandung preparat estrogen dan progesteron yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kehamilan (Nurlinda, 2016).

Jenis-jenis kontrasepsi hormonal

Menurut Kemenkes RI (2016), kontrasepsi hormonal yaitu pil KB, suntik, dan implant/susuk.

1) Pil KB

Pil KB merupakan alat kontrasepsi oral yang memiliki fungsi untuk mencegah kehamilan dengan kerja mencegah ovulasi dan lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk. Apabila digunakan dengan benar dan teratur, resiko kegagalan pil KB sangat kecil sekitar 1:1000. Kegagalan dapat terjadi hingga 6% jika ibu lupa mengonsumsi pil KB. Beberapa efek samping dari pemakaian pil KB, yaitu:

- Mual pada pemakaian 3 bulan pertama
- Muncul pendarahan di antara masa haid bila lupa mengonsumsi pil KB
- Dapat menimbulkan sakit kepala ringan
- Dapat mengalami nyeri payudara
- Dapat meningkatkan berat badan
- Tidak mengalami menstruasi
- Bila lupa meminumnya dapat meningkatkan resiko kehamilan
- Tidak untuk wanita yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan perokok berat
- Tidak semua pil KB dapat digunakan oleh ibu yang sedang menyusui (Priyanti & Syalfina, 2017).

a) Suntik

Kontrasepsi metode suntikan yang mengandung Depo Medroxyprogesteron merupakan cara untuk mencegah terjadinya kehamilan menggunakan suntikan hormonal (Priyanti & Syalfina, 2017). Metode suntikan sangat efektif, terjadi kegagalan 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan tiap tahunnya (Kemenkes, 2016). Efek samping dari pemakaian metode suntik, yaitu:

- Gangguan haid
- Permasalahan berat badan merupakan efek samping yang sering muncul
- Terlambatnya kembali kesuburan setelah pemakaian dihentikan
- Pada penggunaan jangka panjang terjadi perubahan pada lipid serum dan dapat menurunkan densitas tulang
- Kekeringan pada vagina, penurunan libido, gangguan

- emosi, sakit kepala, nervositas dan timbulnya jerawat juga
- dapat terjadi pada pemakaian jangka panjang
- Peningkatan berat badan (Priyanti & Syalfina, 2017).

2) Implant/Susuk

Kontrasepsi implant merupakan kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus silastik silikon polidimetil silikon dan disusukkan dibawah kulit (Priyanti & Syalfina, 2017). Kontrasepsi implant sangat efektif, kegagalannya 0,2-1 kehamilan per 100 wanita. Efek samping dari kontrasepsi ini yaitu dapat menyebabkan perubahan pada pola haid berupa pendarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea. Beberapa keluhan lain yang timbul diantaranya:

- Sakit kepala
- Peningkatan/penurunan berat badan
- Nyeri payudara
- Perasaan mual
- Pusing
- Gelisah
- Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian
- kontrasepsi sesuai dengan keinginan, tetapi harus pergi ke
- klinik untuk pencabutan (Priyanti & Syalfina, 2017).

d. Kontrasepsi non hormonal

Menurut Dewi et al. (2016), kontrasepsi non hormonal merupakan alat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah kehamilan yang tidak mengandung hormon (Dewi et al., 2016).

1) Intra Uteri Devices (IUD/AKDR) AKDR

Merupakan alat yang efektif, aman, dan reversibel untuk mencegah kehamilan dengan cara dimasukkan kedalam uterus melalui kanalis servikalis. AKDR terbuat dari bahan plastik atau logam kecil. Efektivitas dari AKDR sendiri tinggi, walaupun masih dapat terjadi 1-3 kehamilan per 100 wanita per tahunnya (Priyanti & Syalfina, 2017). Pemasangan alat kontrasepsi ini harus dikerjakan oleh tenaga medis, alat kontrasepsi harus dimasukkan kedalam kemaluan, dan pemasangan yang cukup rumit (Farid & Gosal, 2017). Efek samping lain dari AKDR, yaitu:

- Timbul bercak darah kram perut setelah pemasangan AKDR 17
- Nyeri punggung dan kram dapat terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan
- Nyeri berat akibat kram perut
- Disminorhea, terjadi selama 1-3 bulan pertama setelah pemasangan
- Gangguan menstruasi seperti menorrhagia, metroragia, amenorea, oligomenorea. Anemia
- AKDR tertanam dalam endometrium atau myometrium

- Benang AKDR hilang, terlalu panjang ataupun terlalu pendek (Priyanti & Syalfina, 2017).
- e. Kontrasepsi mantap
- Sterilisasi MOW/MOP Pada wanita disebut MOW atau tubektomi, adalah tindakan pembedahan yang dilakukan pada kedua tuba fallopi wanita dan merupakan metode kontrasepsi permanen. Metode ini disebut permanen karena metode ini tidak dapat dibatalkan apabila dikemudian hari ingin memiliki anak kembali. Sedangkan pada pria disebut MOP atau vasektomi, yaitu tindakan pembedahan yang dilakukan dengan memotong sebagian (0,5-1 cm) saluran benih. Beberapa efek samping yang dapat timbul dari tubektomi yaitu terjadi infeksi luka, demam pasca operasi, luka pada kandung kemih, dan terjadi hematoma. Sedangkan untuk vasektomi (MOP) yaitu 18 timbulnya rasa nyeri, abses pada bekas luka, dan hematoma atau membengkaknya biji zakar karena pendarahan (Priyanti & Syalfina, 2017).

C. Rangkuman

Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB, bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat memberi pelayanan (Sulistiyawati, 2011). Salah satu alat untuk membantu dalam melakukan konseling adalah dengan menggunakan ABPK. Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) adalah alat bantu kerja interaktif bagi petugas kesehatan (dokter, perawat dan bidan) dalam membantu klien (pasangan suami dan istri) memilih dan memakai metode KB yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kesehatan klien, memberikan informasi yang diperlukan dalam pelayanan KB yang berkualitas, serta menawarkan saran atau panduan cara membangun komunikasi dan konseling efektif.

D. Tugas

Buatlah role play cara melakukan konseling KB dengan menggunakan ABPK menggunakan prinsip SATU TUJU.

E. Referensi

- Elisabeth Siwi Walyani, Amd. Keb Dan Th. Endang Purwoastuti, S.Pd, APP, 2015. Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui, Bagian Program Dan Kebijakan Teknik Masa Nifas, Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Fritz, Marc (2012). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. hlm. 1007-1008. ISBN 9781451148473.
- Kemendes RI. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2014
- Nurlinda. (2016). Gambaran Tingkat Pengetahuan Akseptor KB Hormonal Tentang Efek Samping Kontrasepsi Hormonal Di Puskesmas Gentungan Kabupaten Gowa. Jurusan Kebidanan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Pratami, E. 2014. Konsep Kebidanan berdasarkan kajian Filosofi dan Sejarah. Magetan: Forum Ilmiah Kesehatan.
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2017). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan 43 Keluarga Berencana. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/Kespro-dan-KB-Komprehensif.pdf>

- Saifuddin, Abdul Bari. 2011. Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sulistiyawati, Ari. 2013. Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Salemba Medika.
- Yulizawati, Iryani D, El Sinta B L, Insani AA. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana [Internet]. 1st ed. Vol. 162. Sidoarjo: Indomedia Pustaka; 2019 [cited 2021 Sep 9]. Available from: www.indomediapustaka.com
- Yusita, E. P. (2019). Penggunaan Kontrasepsi dalam Praktik Klinik dan Komunitas (T. UB Press (ed.)). UB Press.

F. Glosarium

Keluarga berencana adalah Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga

Alat Bantu Pengambilan Keputusan ber-KB (ABPK) adalah alat bantu kerja interaktif bagi petugas kesehatan (dokter, perawat dan bidan) dalam membantu klien (pasangan suami dan istri) memilih dan memakai metode KB yang paling sesuai dengan kebutuhan dan kesehatan klien, memberikan informasi yang diperlukan dalam pelayanan KB yang berkualitas, serta menawarkan saran atau panduan cara membangun komunikasi dan konseling efektif.

Biografi Penulis



Nama : Ns. Netty Isnawati, M.Kep
NIDN : 0425058704
Tempat/ tanggal lahir : Jakarta, 25 Mei 1987
Pekerjaan : Staff pengajar STIKes Horizon Karawang

Riwayat Pendidikan:

1. Prodi Keperawatan Diploma III, AKPER RS DUSTIRA Cimahi
2. Program Sarjana Keperawatan, FIK UNIVERSITAS PADJADJARAN Bandung
3. Program Pascasarjana Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Maternitas, FIK Universitas Muhammadiyah Jakarta

BAB XIII

DOKUMENTASI, PELAPORAN RUJUKAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Ari Kurniasih, S.S.T., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Diakhir pembelajaran mahasiswa mampu memahami tentang:

1. Dokumentasi
2. Pelaporan
3. Rujukan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana

B. Materi

1. Pendahuluan

Tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan pelayanan kesehatan pada pasien perlu melakukan pendokumentasian dari hasil pemeriksaan atau tindakan yang sudah diberikan. Dokumentasi sangat diperlukan karena bisa digunakan sebagai bahan untuk mempertanggungjawabkan terhadap tindakan yang sudah diberikan kepada pasien, tujuannya adalah untuk menghindari jika terjadi gugatan maka dokumentasi yang telah dibuat dapat dijadikan sebagai alat bukti.

2. Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi berasal dari bahasa Inggris "Document" yang artinya satu atau lebih lembar kertas resmi. Sedangkan menurut kamus besar bahasa Indonesia artinya pengumpulan pemilihan, pengolahan dan penyimpanan informasi. Dokumentasi dalam pelayanan kesehatan adalah suatu alat bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan perawatan yang berguna untuk kepentingan pasien dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dan dapat dipertanggungjawabkan.

Dokumentasi kebidanan adalah kegiatan pencatatan, pemeliharaan dan proses komunikasi terhadap informasi yang berkaitan dengan pengelolaan pasien guna mempertahankan sejumlah fakta dari suatu kejadian dalam suatu waktu.

3. Tujuan Dokumentasi

a. Sarana komunikasi

Dokumentasi dapat digunakan sebagai alat komunikasi antar tim kesehatan mengenai tindakan yang akan dilakukan dan yang telah dilakukan

b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat

Digunakan sebagai alat perlindungan tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap pasien

- c. Sebagai informasi statistik
Informasi statistik dapat digunakan sebagai alat perencanaan kebutuhan yang akan datang, Sumber Daya Manusia (SDM), sarana dan prasarana
- d. Sarana pendidikan
Dokumentasi yang ditulis secara benar bisa digunakan sebagai bahan atau referensi pendidikan
- e. Sumber data penelitian
Informasi dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan
- f. Jaminan kualitas pelayanan kesehatan
Dengan adanya dokumentasi bisa digunakan sebagai alat evaluasi dalam pelayanan kesehatan, guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan

4. Metode Pendokumentasian

Metode pendokumentasian yang akan digunakan adalah metode SOAP. Pendokumentasian SOAP, dimana S merupakan data subyektif, O merupakan data obyektif, A merupakan Analisa dan P merupakan Planning. Metode pendokumentasian SOAP adalah metode pendokumentasian yang paling sederhana dan digunakan oleh tenaga kesehatan, dimana metode SOAP ini mengandung semua unsur data yang dibutuhkan dalam asuhan pelayanan kesehatan.

- a. Data Subyektif
Data subyektif adalah data yang didapatkan dari pasien, segala bentuk pernyataan yang disampaikan oleh pasien mengenai segala sesuatu yang sedang dirasakan oleh pasien di catat secara langsung. Pada pasien dengan gangguan tuna wicara, dibagian data di belakang huruf "S" diberi tanda "O" atau "X"
- b. Data Obyektif
Data obyektif adalah data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan atau observasi secara langsung oleh tenaga kesehatan. Yang termasuk data obyektif adalah pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan diagnostic lainnya
- c. Analisa
Analisa merupakan kesimpulan dari hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif. Analisa yang dilakukan secara cepat dan tepat sangat diperlukan untuk pengambilan keputusan yang tepat
- d. Planning
Planning (perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil dari analisa yang ditemukan. Tujuan dari perencanaan adalah untuk bisa tercapainya kondisi pasien secara optimal agar bisa mempertahankan kesejahterannya baik dalam keadaan saat ini dan yang akan datang.

Rancangan Format Pendokumentasian

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN KESEHATAN REPRODUKSI

No. RM :

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Pengkaji :

1. Data Subyektif

a. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama

c. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche : tahun
- 2) Siklus menstruasi: hari (menstruasi terakhir)
- 3) Lama : hari
- 4) Warna :
- 5) Keluhan :

d. Riwayat perkawinan

- 1) Umur saat menikah : tahun
- 2) Lama : tahun
- 3) Perkawinan ke :
- 4) Jumlah anak : orang

e. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan ibu
- 2) Riwayat kesehatan keluarga
- 3) Tidak pernah menderita penyakit keturunan.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan ke-	Komplikasi	Jenis Persalinan	Komplikasi	Penolong	BB Lahir	JK	Komplikasi Masa Nifas	Keadaan Anak	Umur

g. Riwayat KB

No.	Jenis Alat Kontrasepsi	Lama Pakai	Keluhan	Tahun Lepas	Alasan

h. Pola pemeriksaan kebutuhan sehari-hari

1) Nutrisi

Makan : x/hari

Minum :cc/hari

2) Eliminasi

BAK :x/hari

BAB : x/hari

3) Istirahat : jam/hari

4) Aktifitas :

5) Hygine : mandi..... x/hari

6) Pola seksual :

Keluhan :

i. Data psikologi dan spiritual

j. Riwayat sosial budaya

1) Peran Ibu

2) Dukungan

3) Budaya

k. Pola kesehatan sehari-hari

l. Pola lingkungan

m. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum :

2) Kesadaran :

3) TB :

- 4) BB :
- 5) LILA :
- 6) Vital Sign
 - Tekanan darah : mmHg
 - Nadi : x/menit
 - Suhu : 0C
 - Respirasi : x/menit

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala :
- 2) Telinga :
- 3) Muka :
- 4) Mata :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Gigi :
- 8) Leher :
- 9) Dada :
- 10) Payudara :
- 11) Abdomen:
- 12) Ekstremitas atas dan bawah:
- 13) Genital :
- 14) Kulit :

3. Analisis

- a. Diagnosa Kebidanan
- b. Masalah

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PELAYANAN KB**

Hari/tanggal :

Pukul :

1. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:	
Alamat	:	

2. Data Subyektif

- a. Alasan Kunjungan :
- b. Keluhan Utama :
- c. Riwayat Menstruasi :
- d. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kehamilan ke-	UK	Riwayat persalinan	Penyulit persalinan	Jenis kelamin	Komplikasi nifas	Usia Sekarang	Riwayat menyusui

- e. Riwayat Kesehatan:
- f. Pola Aktivitas
 - 1) Nutrisi
 - 2) Istirahat
 - 3) Aktivitas
 - 4) Hubungan seksual
- g. Data Psikososial

3. Data Obyektif

- a. Pemeriksaan Umum
 - 1) KU :
 - 2) Kesadaran :
 - 3) TTV :
 - 4) Tekanan darah :
 - 5) Suhu :
 - 6) Respirasi Rate :
 - 7) Nadi :

- 8) Tinggi badan : cm
- 9) Berat Badan : kg
- b. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Kepala :
 - 2) Mata :
 - 3) Hidung :
 - 4) Mulut :
 - 5) Telinga :
 - 6) Leher :
 - 7) Payudara :
 - 8) Abdomen:
 - 9) Genetalia :
 - 10) Anus :
 - 11) Ekstremitas:
 - Atas :
 - Bawah :
- c. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) Laboratorium ::
 - 2) Rontgent ::
 - 3) Lainnya ::

4. Analisa Data:

5. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

5. Pelaporan

Pelaporan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan data dan informasi. Data dan informasi yang diperoleh dibutuhkan untuk kepentingan operasional program. Data dan informasi yang diperoleh dari pelaporan digunakan sebagai bahan pertimbangan mengambil keputusan, perencanaan, pemantauan dan pengendalian suatu program.

System pencatatan dan pelaporan program KB:

- a. Kegiatan pelayanan kontrasepsi
- b. Hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi baik di klinik KB maupun dokter / praktek mandiri bidan (PMB)
- c. Pencatatan keadaan alat – alat kontrasepsi di klinik KB

Alur laporan pelayanan informasi:

- a. Kartu pendaftaran klinik KB (KB/0/KB/00) dibuat oleh klinik KB rangkap dua. Satu lembar untuk kantor Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) kabupaten/

kota yang dikirim paling lambat tanggal 7 Februari setiap bulan ke kantor BKKBN kabupaten/kota dan satu lembarnya untuk dijadikan arsip

- b. Laporan bulanan petugas penghubung hasil pelayanan kontrasepsi oleh dokter / PMB rangkap 2 yang dikirim paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya ke klinik bidan induk di wilayah kerjanya dan satu lembar lainnya dijadikan arsip
- c. Laporan bulanan klinik KB (KB/0/KB/00) dibuat oleh klinik KB dalam rangkap empat dikirim paling lambat pada tanggal 7 bulan berikutnya, masing – masing ke kantor BKKBN kabupaten / kota, mitra kerja tingkat II, kantor camat, dan satu lembar lainnya dijadikan arsip
- d. Rekapitulasi kartu pendaftar klinik KB tingkat kabupaten / kota (RekKab.k/0/KB/00) dibuat rangkap dua oleh kantor BKKBN kabupaten. / kota dan kirim paling lambat pada tanggal 14 februari setiap tahun, satu lembar dikirim ke kanwil BKKBN Kabupaten Provinsi dan lembar lainnya dijadikan arsip
- e. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB Tingkat Kabupaten / Kota (RekKab/F/KB/00) dibuat dua rangkap setiap bulan oleh kantor BKKBN kabupaten / kota dikirim paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya ke kanwil BKKBN Provinsi dan satu lembar lainnya dijadikan arsip
- f. Rekapitulasi kartu pendaftaran klinik KB tingkat provinsi (Rek-prop.K/0/KB/00) dibuat rangkap dua oleh karwil BKKBN provinsi dan dikirim paling lambat tanggal 21 Februari setiap tahun ke BKKBN pusat dan satu lembar lainnya dijadikan arsip
- g. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB tingkat provinsi (Rek.prop./F/KB/00) dibuat rangkap dua oleh karwil BKKBN provinsi dan kirim paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya ke BKKBN Pusat dan satu lembar lainnya dijadikan arsip
- h. BKKBN provinsi (bidang informasi keluarga dan analisis program) setiap bulan menyampaikan laporan umpan balik ke kantor BKKBN pusat, ke kanwil BKKBN, Kabupaten dan mitra kerja tingkat I
- i. BKKBN Pusat (Direktorat Pelaporan dan Statistik) setiap bulan menyampaikan umpan balik untuk semua pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, ke kanwil BKKBN, Provinsi dan mitra kerja tingkat pusat.

6. Rujukan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna baik fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata – mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsi dan prosesnya (*World Health Organization/WHO*).

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (*from womb to tomb*) atau biasa juga disebut dengan "*Continuum of care women cycle*". Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak - kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi antara lain:

- a. Ekonomi dan demografis

Faktor ekonomi dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan masyarakat yang rendah dan kurangnya informasi tentang pengetahuan

perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah dan usia pertama hamil. Faktor demografis dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, tempat tinggal yang terpencil, banyak remaja yang tidak sekolah.

b. Budaya dan lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan yang berdampak buruk terhadap kesehatan reproduksi dengan ada istilah banyak anak banyak rezeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, status perempuan, pandangan agama, ketidaksetaraan gender.

c. Psikologis

Adanya rasa rendah diri, mendapatkan kekerasan di rumah atau lingkungan terdekat, tekanan dari teman sebaya, dampak adanya keretakan hubungan orang tua, depresi karena ketidak seimbangan hormonal

d. Biologis

Faktor biologis mencakup ketidaksempurnaan organ reproduksi atau cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi

Keluarga Berencana (KB) adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran.

Sistem rujukan upaya kesehatan adalah system jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal ataupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten. Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. Pemerintah dan penyedia layanan KB selalu berupaya untuk memberikan pelayanan yang maksimal dari segi kualitas karena faktanya akseptor Metode Kontrasepsi Efektif Terpadu (MKET) mengalami peningkatan. Semakin banyak akseptor MKET maka semakin besar pula tanggung jawab pemerintah untuk mengayomi para akseptor. Salah satu bentuk peningkatan mutu pelayanan adalah perbaikan system rujukan.

Tata laksana dalam melakukan rujukan:

- a. Internal antar petugas di satu Puskesmas
- b. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas
- c. Antara masyarakat dan Puskesmas
- d. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas yang lain
- e. Antara Puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- f. Internal antara bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
- g. Antara rumah sakit, laboratorium, atau fasilitas pelayanan lain dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan yang lain

Setelah melakukan rujukan bukan berarti bisa melepaskan tanggung jawab, ada beberapa hal yang harus di informasikan yaitu:

- a. Konseling tentang kondisi pasien yang menyebabkan perlu dirujuk
- b. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan
- c. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju
- d. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi pasien saat ini dan riwayat sebelumnya serta upaya/ tindakan yang telah diberikan
- e. Bila perlu, berikan upaya mempertahankan keadaan umum pasien
- f. Bila perlu, karena kondisi pasien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/ bidan
- g. Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan pasien.

Unit pelayanan kesehatan yang telah menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan memastikan kondisi pasien telah memungkinkan maka harus segera mengembalikan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan asalnya dengan terlebih dahulu memberikan:

- a. Konseling tentang kondisi pasien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan
- b. Nasihat yang perlu diperhatikan pasien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi
- c. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi pasien berikut upaya penanggulangan yang telah diberikan serta saran-saran upaya pelayanan kesehatan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang penggunaan kontrasepsi.

C. Rangkuman

Dokumentasi dalam pelayanan kesehatan adalah suatu alat bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan perawatan yang berguna untuk kepentingan pasien dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dan dapat dipertanggungjawabkan. Kesehatan reproduksi mencakup seluruh tahapan hidup perempuan sejak konsepsi sampai usia lanjut. Faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi adalah faktor ekonomi dan demografis, budaya dan lingkungan, psikologis dan biologis. Faktor tersebut memberikan dampak yang buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu memberikan pemahaman akan keterlibatan perempuan, dengan harapan semua perempuan dapat mendapatkan hak reproduksinya sehingga mendapatkan kehidupan yang berkualitas

Pelaporan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan data dan informasi. Data dan informasi yang diperoleh dibutuhkan untuk kepentingan operasional program. Data dan informasi yang diperoleh dari pelaporan digunakan sebagai bahan pertimbangan mengambil keputusan, perencanaan, pemantauan dan pengendalian suatu program.

Keluarga Berencana merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, dan mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. Pemerintah dan penyedia

layanan KB selalu berupaya untuk memberikan pelayanan yang maksimal dari segi kualitas karena faktanya akseptor Metode Kontrasepsi Efektif Terpadu (MKET) mengalami peningkatan. Semakin banyak akseptor MKET maka semakin besar pula tanggung jawab pemerintah untuk mengayomi para akseptor.

D. Tugas

1. Jelaskan pengertian dokumentasi
2. Jelaskan faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
3. Apa yang dimaksud dengan *Continuum of care women cycle*
4. Jelaskan tata laksana melakukan rujukan

E. Referensi

- Jitowiyono, Sugeng dkk. (2019). *Keluarga Brencana (KB) Dalam Perspektif Bidan*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Rini Handayani, dkk. (2017). *Buku Ajar Dokumnetasi Kebidanan*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Prijatni, Ida dkk. (2016). *Modul Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Subiyanti, Aning. (2017). *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan UMJ.

F. Glosarium

SOAP	Subyektif, Obyektif, Analisa dan Planning
<i>Continuum of care women cycle</i>	siklus kehidupan perempuan
<i>from womb to tomb</i>	dari Rahim ke liang kubur
KB	Keluarga Berencana
MKET	Metode Kontrasepsi Efektif Terpadu
UK	Usia Kehamilan
TTV	Tanda – tanda Vital
TD	Tekanan Darah
RR	Respiration Rate (Pernafasan)
PMB	Praktek Mandiri Bidan

Biografi Penulis



Nama	: Ari Kurniasih, S.ST, M.Kes
NIDN	: 0418028701
Pangkat/Jabatan	: Lektor
Tempat/Tanggal Lahir	: Tegal / 18 Februari 1987
Pekerjaan	: Staff pengajar STIKes Horizon Karawang

Riwayat Pendidikan:

1. Program Studi Kebidanan Diploma III, AKBID Kharisma Karawang Tahun 2018
2. Program Studi D IV Pendidik, STIKes Kharisma Karawang Tahun 2010
3. Program Pasca Sarjana Kesehatan Reproduksi, Universitas Respati Indonesia (URINDO) Tahun 2015

BAB XIV

LAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Ns. Rima Novianti, M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

1. Mahasiswa diharapkan mampu memahami pelayanan kesehatan reproduksi
2. Mahasiswa diharapkan mampu memahami pelayanan keluarga berencana

B. Materi

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi menurut International Conference on Population and Development (ICPD) tahun 1994 di Kairo terdiri dari kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual termasuk HIV dan AIDS. Kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya. Demi menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi diatur dalam Pasal 74 ayat (3), Pasal 75 ayat (4), Pasal 126 ayat (4), dan Pasal 127 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pasal 126 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT) bertumpu pada pelayanan yang dilakukan berdasarkan minat dan kebutuhan klien sesuai dengan siklus hidupnya. PKRT merupakan keterpaduan berbagai pelayanan dalam komponen program kesehatan reproduksi, sehingga sarannya adalah memperoleh pelayanan yang holistik, komprehensif dan berkualitas. PKRT yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu: **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE)** adalah pelayanan yang mengintegrasikan 4 (empat) komponen program. Yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual/Infeksi Saluran Reproduksi serta HIV-AIDS dan Kesehatan Reproduksi Remaja. **Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK)** adalah pelayanan yang mengintegrasikan 4 (empat) komponen penting di atas dengan tambahan menopause dan andropause pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya.

Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Perlu diperhatikan dalam pelaksanaan PKRT adalah pelaksanaan paradigma:

- a. Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender.

- b. Menggunakan pendekatan siklus hidup dalam menangani masalah kesehatan reproduksi. Pendekatan ini memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan tersebut. Dalam pendekatan siklus hidup (konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia subur dan usia lanjut.
- c. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif
- d. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

Prinsip-Prinsip yang Perlu Diperhatikan Dalam Pelaksanaan PKRT:

- a. Pelayanan yang holistik
Pelayanan yang diberikan memandang klien sebagai manusia seutuhnya, artinya pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien. Keterpaduan pelayanan harus dikaji secara menyeluruh pada 4 atau setidaknya 3 komponen esensial kesehatan reproduksi, meskipun dengan gradasi yang berbeda sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.
- b. Keterpaduan dalam pelayanan
Pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan diberikan secara terpadu, sehingga klien mendapatkan semua pelayanan yang dibutuhkan dalam lingkup reproduksi sekaligus dalam satu kali kunjungan/pelayanan. Pelayanan terhadap komponen program kesehatan reproduksi yang akan terintegrasi harus diberikan setiap hari kerja. Pelayanan dilakukan secara Terintegrasi dalam 1 (satu) tempat yang sama dan dalam waktu 1 (satu) hari.
- c. Fleksibel
Untuk pelayanan yang memerlukan rujukan ke jenjang yang lebih tinggi, termasuk pelayanan konseling, bisa dilakukan pada waktu atau fasilitas lain dimana pelayanan yang dibutuhkan tersedia. Rujukan ini harus dipantau untuk memastikan klien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

Kegiatan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu mencakup semua pelayanan yang disediakan oleh program-program yang ada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi, seperti: kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual, termasuk HIV dan AIDS. kesehatan reproduksi pada lanjut usia, berbagai pelayanan kesehatan reproduksi lainnya.

2. Pelayanan Keluarga Berencana

Peningkatan kesehatan ibu, anak, dan keluarga merupakan indikator penurunan angka kematian ibu dan memenuhi pelayanan KB yang tertuang dalam Konferensi Internasional Kairo 1994 tentang Kependudukan dan Pembangunan untuk memenuhi kebutuhan dan hak kesehatan reproduksi. Program KB melalui pemakaian kontrasepsi menurunkan kematian maternal melalui mekanisme penurunan kelahiran dan mekanisme penurunan kehamilan risiko tinggi. Pelayanan KB memerlukan terintegrasi dengan program kesehatan terutama kesehatan reproduksi. Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi.

Prinsip Pelayanan KB

a. Advokasi

Advokasi sebagai kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui komunikasi dan informasi pesan kepada pemangku kepentingan termasuk mitra, tokoh agama dan tokoh masyarakat supaya memberikan dukungan terhadap tujuan dan pelaksanaan program KB. Advokasi yang efektif membutuhkan materi pesan KB yang sesuai dan meyakinkan, dan tenaga terampil yang memahami tentang tujuan dan kebijakan KB.

b. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) merupakan kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui penyampaian pesan dan informasi kepada sasaran masyarakat terutama pasangan usia subur. Kegiatan KIE membutuhkan materi pesan yang sesuai dan meyakinkan, alat peraga, peralatan komunikasi dan informasi, dan tenaga terampil yang memahami tujuan, kebijakan, dan masalah KB.

c. Logistik dan Distribusi Alat Kontrasepsi

Ketersediaan berbagai alat kontrasepsi di fasilitas layanan kesehatan menjadi penting dalam konteks pelayanan kontrasepsi yang aman dan bermutu. Program pelayanan KB telah diatur di dalam Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 9 Tahun 2019 tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi bagi pasangan usia subur dalam pelayanan keluarga berencana.

d. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan layanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pasca Pelayanan. Pelaksanaan Prosedur Pelayanan:

1) Pra Pelayanan

Pra pelayanan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan sebelum calon peserta yang terdiri dari ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas serta ibu pasca keguguran sampai memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi.

a) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

Pelayanan KIE dilakukan di lapangan oleh tenaga penyuluh dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara berkelompok ataupun perorangan. Tujuannya untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi. KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/ memanfaatkan media dan penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.

b) Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai *informed choice*. Dalam memberikan konseling, khususnya bagi klien yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci **SATU TUJU**.

SA : SApa dan SALam kepada klien secara terbuka dan sopan

T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.

U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.

TU : BanTULah klien menentukan pilihannya.

J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

U : Perlunya dilakukan kunjungan ulang.

c) Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu. Kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien. Tujuan utama penapisan klien untuk (1) menilai ada atau tidak adanya kehamilan; (2) menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan; (3) menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV. Faktor yang perlu juga dipertimbangan saat memilih metode kontrasepsi tertentu adalah karakteristik, penyakit tertentu yang mendasari, efek samping produk, biaya, ketersediaan, dan preferensi dari pasien.

d) Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan

Persetujuan Tindakan Tenaga Kesehatan adalah suatu kondisi calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi yang lengkap melalui Komunikasi *Inter Personal* /Konseling (KIP/K). 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. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan. Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurang-kurangnya mencakup (1) tata cara tindakan pelayanan; (2) tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan; (3) alternatif tindakan lain; (4) risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; (5) prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

2) Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- a) Masa interval, yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pasca persalinan dan pasca keguguran
- b) Pasca persalinan, yaitu pada 0 - 42 hari sesudah melahirkan
- c) Pasca keguguran, yaitu pada 0 - 14 hari sesudah keguguran
- d) Pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pascasenggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

- e) Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).
- 3) Pasca Pelayanan
- Konseling pasca pelayanan sangat dibutuhkan, memiliki tujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.

Klasifikasi Fasilitas Pelayanan

Pelayanan KB diselenggarakan oleh tenaga profesional seperti dokter spesialis, dokter umum, bidan dan perawat. Fasilitas pelayanan bersifat statis meliputi: pelayanan yang dilaksanakan pada fasilitas pelayanan keluarga berencana sederhana, lengkap, sempurna dan paripurna serta bersifat bergerak meliputi: pelayanan yang menjangkau masyarakat di pedesaan seperti, tim keluarga berencana keliling, puskesmas keliling.

a. Fasilitas Pelayanan Keluarga Berencana Sederhana

Pelayanan yang diberikan merupakan kontrasepsi metode: Sederhana (kondom, spermisida vaginal), Pil KB, Suntik KB, AKDR/Implan (dengan tenaga pelaksana kompeten) dan upaya penanggulangan efek samping, komplikasi ringan dan upaya rujukan.

b. Fasilitas Pelayanan Keluarga Berencana Lengkap

Pelayanan yang diberikan merupakan kontrasepsi metode: sederhana, Pil KB, Suntik KB, AKDR, pemasangan/ pencabutan implan, kontrasepsi mantap pria (vasektomi).

c. Fasilitas Pelayanan Keluarga Berencana Sempurna

Pelayanan yang diberikan merupakan kontrasepsi metode: sederhana, Pil KB, Suntik KB, AKDR, pemasangan/ pencabutan implan, Kontrasepsi mantap pria, Kontrasepsi mantap wanita. Pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan kontrasepsi ditambah dengan pelayanan rekalisasi dan penanggulangan infertilitas.

C. Rangkuman

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi menurut *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo terdiri dari kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual termasuk HIV dan AIDS. Kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya. Upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu agar dapat melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas. infeksi menular seksual, termasuk HIV dan AIDS. kesehatan reproduksi pada lansia, berbagai pelayanan kesehatan reproduksi lainnya. dan berbagai layanan lainnya untuk wanita dan anak-anak. kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk penyakit menular seksual dan seksual. dan pelayanan bagi anak-anak dan perempuan. pendidikan seks, termasuk pendidikan seks dan pendidikan kesehatan seksual.

Pelayanan KB memerlukan terintegrasi dengan program kesehatan terutama kesehatan reproduksi. Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau

pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Prinsip Pelayanan KB: advokasi, komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), logistik dan distribusi alat kontrasepsi, pelayanan kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan meliputi: KIE, konseling, penapisan, persetujuan tindakan. Pelayanan Kontrasepsi meliputi masa interval, pasca persalinan, pasca keguguran, pelayanan kontrasepsi darurat, tindakan pemasangan alat kontrasepsi. Pasca Pelayanan meliputi konseling pasca pelayanan.

D. Tugas

Kerjakan dengan jawaban singkat:

1. Jelaskan yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu?
2. Seorang pasangan usia subur yang baru pertama kali akan ber KB, belum memutuskan menggunakan alat kontrasepsi. Apakah pelayanan KB yang harus diberikan?
3. Jelaskan yang dimaksud dengan KIE?
4. Jelaskan perbedaan antara PKRE dan PKRT?
5. Sebutkan contoh fasilitas pelayanan keluarga berencana sederhana, fasilitas pelayanan keluarga berencana lengkap, fasilitas pelayanan keluarga berencana sempurna?

E. Referensi

- Affandi, B., Adriaans, G., Gunardi, E. R., & Koesno, H. (2012). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3.
- Kemendes, R. I. (2015). Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Dasar. Jakarta. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, 1-2.
- Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. (2020). Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Matahari, R., KM, S., Utami, F. P., KM, S., & Sugiharti, I. S. (2019). Buku Ajar Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi. Pustaka Ilmu.
- Peraturan Kepala BKKBN Nomor 10 tahun 2018, tentang penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak.
- Peraturan Kepala BKKBN Nomor 9 tahun 2019, tentang tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi Bagi Pasangan Usia Subur dalam Pelayanan Keluarga Berencana
- Permenkes Nomor 21 tahun 2021, tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual.

F. Glosarium

Advokasi adalah kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui komunikasi dan informasi pesan kepada pemangku kepentingan

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) adalah kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui penyampaian pesan dan informasi kepada sasaran masyarakat

Pelayanan keluarga berencana adalah pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi.

Pelayanan kesehatan reproduksi adalah pelayanan dalam komponen program kesehatan reproduksi, sehingga sasarannya adalah memperoleh pelayanan yang holistik, komprehensif dan berkualitas

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) adalah pelayanan yang meliputi kesehatan ibu dan anak (kia), keluarga berencana (kb), pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual serta HIV-AIDS dan Kesehatan Reproduksi Remaja.

Pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK) adalah pelayanan yang mengintegrasikan 4 (empat) komponen penting di atas dengan tambahan menopause dan andropause pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya.

Pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT) adalah pelayanan yang dilakukan berdasarkan minat dan kebutuhan klien sesuai dengan siklus hidupnya.

Penapisan adalah kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu.

Biografi Penulis



Ns. Rima Novianti, M.Kep lahir di Karawang. Riwayat Pendidikan: Perguruan Tinggi jenjang Diploma III di Poltekkes Depkes Jakarta III, Sarjana Keperawatan dan Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah serta Magister Keperawatan kekhususan Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini berkarir sebagai Dosen bidang Keperawatan Maternitas di STIKes Horizon Karawang dan telah mendapatkan Sertifikat Pendidik. Selain itu, organisasi yang diikuti adalah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI).

BAB XV

EVIDANCE BASED DALAM KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB

Liya Lugita Sari, S.S.T., M.Kes.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan mahasiswa mampu memahami:

1. Pengertian *evidence based*
2. Pembagian *evidence based*
3. *Evidence based* Kesehatan Reproduksi
4. *Evidence based* Pelayanan Kontrasepsi (KB)

B. Materi

***Evidence Based* Dalam Kesehatan Reproduksi Dan Kb**

1. Pengertian *Evidence Based*

Secara Etimologis, *evidence based* adalah pemenggalan kosa kata yang berasal dari bahasa Inggris yaitu *evidence*: Bukti, fakta, *Based*: Dasar. Jadi *evidence based* adalah: praktik berdasarkan bukti, bukan berdasarkan pengalaman atau kebiasaan semata. Bukti yang dimaksud dalam *evidence based* adalah bukti ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan. Menurut Sachett *et.al.* *evidence based* adalah suatu pendekatan medik yang didasarkan pada bukti-bukti ilmiah terkini untuk kepentingan pelayanan kesehatan penderita. Dalam praktiknya, *evidence based* memadukan antara kemampuan dan pengalaman klinik dengan bukti-bukti ilmiah terkini yang paling dapat dipercaya (Jayanti, 2019).

Evidence based dapat diartikan sebagai pemanfaatan bukti ilmiah secara seksama, eksplisit dan bijaksana dalam pengambilan keputusan untuk tatalaksana pasien artinya mengintegrasikan kemampuan klinis individu dengan bukti ilmiah yang terbaik yang diperoleh dengan penelusuran informasi secara sistematis. Bukti ilmiah itu tidak dapat menetapkan kesimpulan sendiri, melainkan membantu menunjang penatalaksanaan pasien. Integrasi penuh dan ketiga komponen ini dalam proses pengambilan keputusan akan meningkatkan probabilitas untuk mendapatkan hasil pelayanan yang optimal dan kualitas hidup yang lebih baik. Jadi *evidence based* merupakan keterpaduan antara:

- a. Bukti-bukti ilmiah, yang berasal dari studi yang terpercaya (*best research evidence*)
- b. Keahlian klinis (*clinical expertise*)
- c. Nilai-nilai yang ada pada masyarakat (*patient values*)

2. Menurut WHO, *Evidence Based* Terdiri Dari:

- a. *Evidence-based Medicine* adalah pemberian informasi obat-obatan berdasarkan bukti dari penelitian yang bias dipertanggung jawabkan.

- b. *Evidence-based Policy* adalah satu system peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan kedokteran (*Clinical Governance*); suatu tantangan profesi kesehatan dan kedokteran di masa mendatang.
- c. *Evidence-based Midwifery/Practice* adalah pemberian informasi kebidanan berdasarkan bukti dari penelitian yang bisa dipertanggung jawabkan. *Evidence based practice* memiliki kontribusi dalam pengembangan keilmuan dan layanan praktik klinik yang meliputi pengembangan panduan praktik klinis, memperbarui pengetahuan, pengembangan keilmuan, meningkatkan kredibilitas tenaga kesehatan sebagai profesionalis yang memiliki otonomi, meningkatkan hasil kesehatan pasien, membatasi biaya kesehatan, serta menggunakan hasil penelitian terbaru dan andal secara tepat waktu untuk mngingkatkan kualitas perawatan kesehatan (Barria P, 2014).
- d. *Evidence-based Report* adalah merupakan bentuk penulisan laporan kasus yang baru berkembang, memperlihatkan bagaimana hasil penelitian dapat diterapkan pada semua tahapan penatalaksanaan pasien.

3. **Evidence Based Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). Ruang lingkup kesehatan reproduksi seuai dengna peraturan pemerintah Republik Indonesia no 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi antara lain:

- a. Pelayanan Kesehatan ibu
- b. Indikasi kedaruratan edis dan pemerkosaan sebagai pengecualiaan atas larangan aborsi
- c. Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan diluar cara alamiah (Widiyastuti, ddk, 2022)

Pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual, termasuk pemberian informasi dan layanan keluarga berencana, tidak hanya dipandang sebagai intervensi utama untuk meningkatkan kesehatan perempuan dan anak tetapi juga sebagai hak asasi manusia. Setiap individu berhak mengakses, memilih, serta memperoleh manfaat dari perkembangan ilmiah dalam menentukan metode keluarga berencana.

Evidence based dalam kesehatan reproduksi salah satunya adalah diciptakan aplikasi jalinan kasih untuk meningkatkan kesehatan reproduksi yang dibuat oleh peneliti dosen Poltekes kemenkes Bengkulu bekerja sama dengan perwakilan BKKBN Proponsi Bengkulu. Aplikasi ini berbasis smartphone yang mengacu pada model tentang kita yang dikeluarkan oleh BKKBN RI (2020). Media teknologi tepat guna yang inovatif dan berdasarkan evidence based ini dikembangkan untuk membantu remaja mengenal tentang kesehatan reproduksi, pendewasaan usia perkawinan dan perencanaan keluarga, sehingga menghasilkan remaja yang berencana (Andriani, ddk, 2022).

4. **Evidence Based Pelayanan Kontrasepsi (KB)**

Menurut *World Health Organization* (WHO) keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan uur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Mandang, 2016)

Pelayanan kontrasepsi yang optimal dapat dicapai dengan mengimplementasikan layanan yang berbasis bukti ilmiah. Evidence based dalam pelayanan kontrasepsi berperan dalam menjembatani kesenjangan antara penelitian/teori keilmuan dengan praktik layanan kontrasepsi di tatanan klinik. Evidence based practice memfasilitasi integrasi dari keahlian klinis tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kontrasepsi, penghargaan terhadap nilai-nilai yang dianut oleh pasien dalam memutuskan layanan kontrasepsi yang diinginkan dan bukti ilmiah terbaik terkait kontrasepsi yang diinginkan, dan bukti ilmiah terbaik terkait kontrasepsi yang tersedia dalam mendukung proses pengambilan keputusan pasien bersama tenaga kesehatan. Dengan demikian evidence based practice menjadi salah satu faktor pendukung untuk meningkatkan kualitas pelayanan pengaturan jarak kehamilan, menjarangkan kehamilan atau menghentikan peluang hamil (Angraini, 2021).

Dalam 30 tahun terakhir, terdapat banyak kemajuan yang berarti dalam pengembangan teknologi kontrasepsi baru, termasuk pergantian dari kontrasepsi oral kombinasi dosis-tinggi ke dosis rendah, dan dari AKDR inert AKDR-Cu serta AKDR-LNG. Selain itu, kontrasepsi suntik kombinasi, kombinasi *patch* dan cincin hormon, dan progestogen suntik serta implan juga mulai diperkenalkan. Akan tetapi, kebijakan serta praktik layanan kesehatan di beberapa negara saat ini masih didasarkan pada penelitian ilmiah terhadap produk kontrasepsi yang sudah lagi tidak banyak digunakan, pada berbagai mitos yang belum pernah dibuktikan kebenarannya, atau pada pilihan sendiri atau pengaruh penyedia layanan. Kebijakan atau praktik yang sudah kuno tersebut sering membatasi mutu dan akses layanan keluarga berencana bagi klien.

Beberapa contoh *evidence based* dalam KB yang telah ada saat ini adalah:

a. Metode Penggunaan Kontrasepsi selama masa post partum

Pembaruan Kriteria Penggunaan kontrasepsi Berdasarkan CDC, 2010, revisi metode penggunaan kontrasepsi selama masa postpartum. Pada tahun 2010 CDC telah mempublikasikan U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (US MEC) yang merupakan pedoman penggunaan kontrasepsi, yang dilengkapi dengan evidence-based sebagai pertimbangan dalam pemilihan metode kontrasepsi.

Dalam pemilihan metode kontrasepsi ini, keamanan pengguna dengan karakteristik atau kondisi kesehatan tertentu, termasuk wanita yang masih dalam masa postpartum. Revisi rekomendasi ini berisi bahwa wanita post partum tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi selama masa 21 hari setelah melahirkan oleh karena beresiko tinggi untuk mengalami tromboemboli vena (TEV).

Masa 21-42 hari postpartum, pada umumnya wanita tanpa faktor resiko TEV dapat memulai penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi, tetapi wanita yang memiliki resiko TEV (riwayat TEV sebelumnya atau post melahirkan secara caesar), tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi ini. Nanti, setelah masa 42 hari postpartum, barulah tidak ada pembatasan penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi yang berdasarkan pada keadaan pasien tersebut setelah melahirkan.

WHO merevisi panduan penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi (KHK) yang aman pada wanita postpartum yang tidak menyusui, dimana tidak boleh menggunakan kontrasepsi ini sampai masa 42 hari pertama postpartum, utamanya wanita-wanita yang dengan faktor resiko TEV. Sedangkan untuk wanita yang menyusui tidak mengalami perubahan. Oleh karena adanya revisi yang dilakukan oleh WHO ini, CDC memulai proses penilaian apakah pedoman ini juga harus mengalami pembaruan. Sebelum proses tersebut,

US MEC merekomendasikan bahwa wanita yang melahirkan kurang dari 21 hari umumnya tidak harus menggunakan KHK, nanti setelah waktu tersebut, KHK dapat digunakan tanpa adanya pembatasan.

Kunci persoalan yang perlu diingat bahwa penggunaan KHK yang terlalu cepat pada masa postpartum memiliki resiko yang cukup tinggi untuk TEV tanpa adanya keuntungan dalam pencegahan kehamilan karena sebagian besar wanita yang tidak menyusui tidak akan mengalami ovulasi paling tidak setelah 42 hari setelah melahirkan. Kemudian, harus diingat kembali bahwa wanita dengan resiko TEV yang tinggi (contohnya: wanita dengan obesitas atau yang baru saja melahirkan secara Caesar) penggunaan KHK secara teoritis dapat meningkatkan resiko TEV. Itulah sebabnya, penggunaan metode kontrasepsi harus memperhatikan kategori wanita tersebut (berdasarkan grupnya).

Meskipun demikian tidak seperti metode lainnya yang harus mengunjungi dokter (implants atau IUD, KHK dapat dimulai oleh wanita itu sendiri sesuai dengan waktu yang direncanakan berdasarkan pada resep obat yang telah diberikan sebelumnya (saat proses persalinan terjadi di rumah sakit). CDC telah merekomendasikan revisi penggunaan kontrasepsi hormonal kombinasi (KHK) yang aman pada wanita postpartum yang tidak menyusui.

b. AKDR Update

AKDR sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, haid menjadi lebih banyak, namun untuk pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai oleh semua wanita dalam usia reproduksi, tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terkena IMS. Cara kerja AKDR yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, memungkinkan untuk mencegah implementasi sel telur dalam uterus (Wahyuni,2022).

Tiga jenis AKDR yang tersedia saat ini adalah Cu T 380A dan levonogestrel-releasing intra uterine devices (LNG-IUDs) yang terdiri dari 20 mcg yang dikeluarkan per 24 jam (mirena) dan dosis yang lebih kecil 14 mcg per 24 jam (Skyla). AKDR tembaga pertama kali dikembangkan tahun 1960 sampai 1970an dan Cu T 380A pertama kali disetujui oleh United States Food and Drug Administration (FDA) pada tahun 1984. Penggunaan Cu T 380A pertama kali adalah untuk 4 tahun saja, kemudian diperpanjang sampai 10 tahun pada tahun 1994 (Rowe et al, 2016).

Pengembangan AKDR progesterone dimulai pada tahun 1970an dan menghasilkan antara lain dalam persetujuan peraturan obat di Finlandia tahun 1990 dimana AKDR dengan 52 mg LNG (mirena) yang melepaskan 20 mcg perhari dapat efektif selama 5 tahun. US FDA baru menyetujui LNG 20 mcg yang efektif selama 5 tahun pada tahun 2000.

Tahun 2014 FDA menyetujui AKDR dengan 13,5 mg LNG-IUD dan ditahun 2015 52 mg LNG-Jenis. AKDR terbaru yaitu skyla, memiliki ukuran yang lebih kecil dari AKDR mirena. Mengandung levonorgestrel. Jenis Skyla ini dapat digunakan dalam jangka waktu 3 tahun, sedangkan Mirena dapat digunakan dalam jangka waktu 5 tahun. Skyla dapat digunakan oleh wanita yang belum memiliki anak dan mirena digunakan pada wanita yg sudah memiliki anak.



Gambar 1
Jenis kontrasepsi AKDR

Jenis AKDR yang lain adalah AKDR progestin dengan dua jenis yaitu prigestase yang mengandung progesterone dan mirena yang mengandung levonorgestrel. Cara kerjanya menutup jalan pertemuan sperma dan sel telur, mengurangi jumlah sperma yang bisa masuk tuba falopi (tempat sel telur), menjadikan selaput lender rahim tipis dan tidak siap ditempati sel telur, serta meng-inaktifkan sperma.

Kontrasepsi ini sangat efektif dan bisa dipasang selama satu tahun. Keuntungan lainnya adalah tidak berpengaruh terhadap ASI, kesuburan cepat kembali, dapat digunakan bersama dengan obat tuberculosis, epilepsi, dan hormon estrogen untuk wanita perimenopause. Keterbatasannya perlu dilakukan pemeriksaan dalam, harga dan pemasangan relatif mahal, memerlukan tenaga kesehatan khusus, menyebabkan amenore pada penggunaan jangka panjang, menurunkan kadar HDL kolesterol, memicu pertumbuhan mioma dan kanker payudara, serta meningkatkan resiko rangang panggul.

Kontra indikasi pengguna AKDR progestin adalah hamil (bisa menyebabkan keguguran), perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya, keputihan, menderita salah satu penyakit reproduksi, dan menderita kanker. AKDR progestin bisa dipasang selama siklus haid, 48 jam setelah melahirkan, enam bulan pertama untuk ibu yang menyusui secara eksklusif, serta pasca keguguran jika tidak mengalami infeksi.

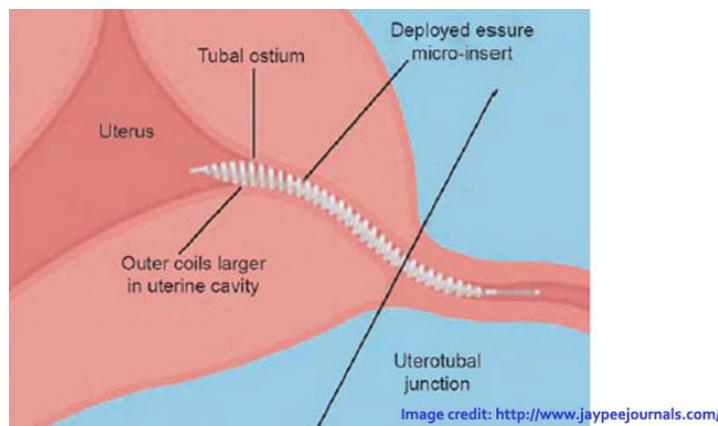
Kerugian Progestin adalah versi sintesis dari progesterone. Progestin adalah salah satu hormon yang digunakan dalam terapi penggantian hormon yang banyak digunakan untuk mengobati gejala-gejala menopause. Akan tetapi, suntikan progestin juga telah dikaitkan dengan kegagalan perawatan kesuburan. Peneliti menemukan risiko baru dalam penelitian terhadap ketiga kelompok wanita tersebut. Semua alat control kelahiran yang digunakan dalam penelitian ini terbukti efektif dan tidak satupun dari peserta mengalami perubahan berat badan dan peningkatan kadar kolesterol atau tekanan darah. Yang mana Skyla dan lilleta efektif selama 3 tahun (Rowe et al, 2016).

c. Tubektomi tanpa sayatan

Teknik terbaru sterilisasi wanita, yakni operasi tanpa sayatan pada perut mulai dikembangkan, teknik ini disebut dengan sterilisasi transservikal. Prosedur sterilisasi transservikal itu merupakan salah satu jenis tindakan endoskopi, yakni tindakan pemeriksaan ataupun operasi yang dilakukan dengan bantuan endoskop (teropong untuk melihat jaringan dalam tubuh), tanpa pembedahan sama sekali.

Teknik tersebut menggunakan pendekatan histereskopi stererilisasi wanita. Sebelumnya, ada dua teknik operasi sterilisasi wanita pada umumnya, yaitu melalui sayatan ± 10 cm pada perut (minilaparotomi) atau menggunakan teknik minim sayatan ± 1,5–2 cm pada perut (laparoscopi). Teknik terbaru telah dikembangkan sejak lama dan terus dimodifikasi

sehingga lebih aman dan nyaman. Prinsipnya, metode ini dilakukan dengan memasang sebuah alat yang bentuknya kecil di serviks dan vagina.



Gambar 1
Sterilisasi Transservikal

d. Implant Terkini

Implant disebut alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil atau pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Di dalamnya berisi zat aktif berupa hormon. Implan akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit dan menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian Implan dapat diganti setiap 5 tahun, 3 tahun, dan setiap tahun. Macam Implan:

- 1) Non Biodegradable Implan
 - a) Norplant (6 kapsul), berisi hormon levonorgestrel, daya kerja 5 tahun.
 - b) Norplant-2 (2 batang), berisi hormon levonorgestrel, daya kerja 3 tahun.
 - c) Norplant 1 batang, berisi hormon ST – 1435, daya kerja 2 tahun.
 - d) Norplant 1 batang, 1 batang berisi hormon 3 keto desogestrel, daya kerja 2,5 – 4 tahun.
- 2) Biodegradable, contohnya adalah Capronor yang yaitu kapsul polymer yang berisi hormone levonogestrel. Namun pengembangan penggunaan polimer biodegradable ini sebagai bahan konsepsi masih sangatlah kurang.

Diketahui sebelumnya bahwa polimer yang digunakan pada implan kontrasepsi adalah polimer non-biodegradable, namun seiring perkembangan terdapat penelitian penggunaan polimer biodegradable sebagai kontrasepsi. Hal tersebut salah satunya dikemukakan oleh Manoukian et al (2018) dalam penelitiannya mengenai pengembangan implan suntik dengan polimer biodegradable untuk long-term delivery pada kontrasepsi (Manoukian et al., 2018). Levonorgestrel (LNG) berhasil dienkapsulasi dalam matriks mikrosfer PCL (Poly ϵ -caprolactone) menggunakan teknik emulsi o/w untuk kontrasepsi implan suntik, menunjukkan Levonorgestrel terjadi pelepasan yang berkelanjutan dan berkepanjangan serta setelah dikarakterisasi termasuk FTIR, XRD, DSC, dan TGA mengkonfirmasi tidak adanya bahan kimia yang merugikan interaksi antara obat dan polimer, serta distribusi tingkat molekuler (Manoukian et al., 2018).

Poli (ϵ -caprolactone) (PCL) digunakan dalam implan polimer karena bersifat biokompatibilitas, biodegradabilitas, non-toksitas, dan biaya yang relatif rendah, disetujui FDA untuk digunakan dalam aplikasi medis, dan adanya ikatan ester alifatik yang tidak stabil memungkinkan polimer terurai. PCL memiliki waktu degradasi yang relatif lama, mulai dari beberapa bulan hingga bertahun-tahun tergantung kondisi internal seperti berat molekulnya dan kondisi degradasi (seperti suhu, pH, dan enzim). Waktu degradasi meningkat dengan meningkatnya berat molekul, sedangkan degradasi PCL lambat (dari pada PGA, PLA dan PLGA) karena sifat hidrofobiknya, yang tidak memungkinkan penetrasi air, namun apolimer yang relatif murah, yang layak secara komersial untuk digunakan dalam suatu produk. Oleh karena itu PCL memiliki potensi untuk menjadi polimer yang cocok dalam pengembangan sistem pengiriman obat implan (Stewart et al., 2018).

e. *Unmet Need*

Menurut WHO wanita unmet need adalah mereka yang subur dan aktif secara seksual tetapi tidak menggunakan metode kontrasepsi, dan melaporkan tidak menginginkan anak lagi atau ingin menunda anak berikutnya. Menurut BKKBN tahun 2017 unmet need dimaknai sebagai wanita usia subur atau yang disebut juga sebagai WUS dengan rentang usia 15-49 tahun yang tidak memakai alat kontrasepsi dengan alasan ingin anak nanti atau tidak ingin memiliki anak lagi, atau dalam kondisi hamil yang kehamilannya tidak diinginkan atau diinginkan nanti (dalam kurun waktu 2 tahun atau lebih)

Konsep unmet need adalah kesenjangan antara niat reproduksi wanita dengan perilaku kontrasepsi mereka. Unmet need menjadi salah satu indikator utama sekarang ini untuk memantau program keluarga berencana yang seharusnya dijaga serendah mungkin dan jika mungkin dihilangkan. Unmet need terdiri dari 2 kelompok, yaitu

- 1) Wanita yang bertujuan untuk menjarangkan kehamilan (*unmet need for spacing*), mereka yang ini untuk menunda kehamilan berikutnya dalam jangka waktu tertentu dan saat ini tidak menggunakan sebuah metode kontrasepsi
- 2) Wanita yang bertujuan untuk membatasi kehamilan (*unmet need for limiting*), mereka yang tidak menginginkan anak tambahan dan saat ini tidak menggunakan sebuah metode kontrasepsi.

Adapun dampak unmeet need yaitu

1) Dampak bagi keluarga

Kehamilan yang tidak diinginkan memberi dampak stress psikologi bagi keluarga atau munculnya kecemasan pasangan usia subur terhadap kemungkinan terjadinya kehamilan yang tidak terencana akibat tidak menggunakan alat kontrasepsi apapun baik istri maupun suami, sehingga adanya kecenderungan bagi pasangan usia subur yang tidak memeriksakan kehamilannya, tidak memberikan imunisasi yang adekuat serta kurang benarnya perilaku ibu dalam menyusui.

2) Dampak nasional

Dampak nasional selain ledakan penduduk, dapat pula meningkatkan *unwanted pregnancy* dan dapat meningkatkan angka kematian ibu dan bayi.

Dampak global, yaitu belum tercapainya target agenda global terkait kejadian angka kematian ibu dan bayi.

3) Dampak ekonomi.

Tingginya *unmet need* yang mengakibatkan terjadinya ledakan penduduk yang tidak terkendali dapat dilihat secara ekonomi makro atau ekonomi nasional dan ekonomi mikro yang dinilai dari segi ekonomi keluarga. Secara makro dampak yang dapat terjadi adalah ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan yang tidak tercukupi, seperti tidak tercukupinya fasilitas rumah sakit dan sekolah. Selain itu, akan terjadi krisis lapangan pekerjaan yang menyebabkan semakin banyaknya pengangguran dan berdampak pada kualitas social yang menurun seperti makin banyak pengemis, tuna wisma dan kriminalitas yang terjadi dimana-mana.

C. Rangkuman

Evidence based adalah praktik berdasarkan bukti, bukan berdasarkan pengalaman atau kebiasaan semata. Bukti yang dimaksud dalam *evidence based* adalah bukti ilmiah yang dapat dipertanggung jawabkan. *Evidence based* dalam kesehatan reproduksi salah satunya adalah diciptakan aplikasi jalinan kasih untuk meningkatkan kesehatan reproduksi yang dibuat oleh peneliti dosen Poltekkes kemenkes Bengkulu bekerja sama dengan perwakilan BKKBN Propinsi Bengkulu. Aplikasi ini berbasis smartphone yang mengacu pada model tentang kita yang dikeluarkan oleh BKKBN RI (2020).

Pelayanan kontrasepsi yang optimal dapat dicapai dengan mengimplementasikan layanan yang berbasis bukti ilmiah. *Evidence based* dalam pelayanan kontrasepsi berperan dalam menjembatani kesenjangan antara penelitian/teori keilmuan dengan praktik layanan kontrasepsi di tatanan klinik.

D. Tugas

1. Jelaskan pengertian dari Evidence Based dan pelayanan kesehatan reproduksi dan KB masuk ke dalam evidence based apa?
2. Jelaskan contoh evidence based dalam kesehatan reproduksi remaja?
3. Sebutkan dan jelaskan salah satu contoh evidence based dalam KB?

E. Referensi

- Anawalt BD, Herbst BD, Herbst KL et al. Desogestrel plus testosterone effectively suppresses spermatogenesis but also causes modest weight gain and high density lipo protein suppression. *Fertility and Sterility* 2000;14:704-714.
- Andriani, Simbolon, Riastuti. 2022. Kesehatan Reproduksi Remaja dan Perencanaan Masa Depan. Pekalongan: PT.Nasya Expanding Management.
- Angraini, dkk. (2021). Pelayanan Kontrasepsi. Yayasan Kita Menulis.
- Bilian X. Intrauterine Devices. *Best Practice & Research Clinical and Gynaecology* 2002;16 (2):155-168.
- Bray JD, Zhang Z, Winneker RC, Lyttle CR. Regulation of gene expression by RA-910, a novel progesterone receptor modulator, in T47D cells. *Steroids* 2003;68:995-1003.
- Jayanti, I. (2019). Evidence Based Dalam Praktik Kebidanan. DeePublish.
- Hartanto, Hanafi. 2004. "Keluarga Berencana dan Kontrasepsi". Jakarta
- Ikhwan, Susanto. 2019. Evidence Based practice dalam pelayanan kesehatan. Jakarta: CV. Trans info media.

- Kurnia, Rohmatin. 2022. Buku Ajar Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia. Jawa Barat.
- Mandang J, dkk. 2016. Kesehatan reproduksi dan pelayanan keluarga berencana (KB). Bandung: In media.
- Manoukian, O. S., Arul, M. R., Sardashti, N., Stedman, T., James, R., Rudraiah, S., & Kumbar, S. G. (2018). Biodegradable polymeric injectable implants for long-term delivery of contraceptive drugs. *Journal of Applied Polymer Science*, 135(14), 1–9. <https://doi.org/10.1002/app.46068>
- Muliasari Saifuddin, AB. 2013. *Buku Glosarium Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Putaka Sarwono Prawirohardjo
- Nowitzki KM, Hoimes ML, Chen B, Zheng LZ, Kim YH. 2015. Ultrasonography of intrauterine devices. *Ultrasonography*. 34(3): 83–194.
- Sandip S, Asha K, Paulin G, Hirens S, Gagandeep S, Amit V. A comparative study of serum uric acid, calcium and magnesium in preeclampsia and normal pregnancy. *Journal of Advance Research in Biological Sciences*. 2013;5(1):55-8.
- Stewart, S. A., Domínguez-Robles, J., Donnelly, R. F., & Larrañeta, E. (2018). Implantable polymeric drug delivery devices: Classification, manufacture, materials, and clinical applications. *Polymers*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/polym10121379>
- Wahyuni, Rohmawati. 2022. Modul Pembelajaran Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga. Mitra Cendekia Media. Sumatra Barat.
- Widiyastuti, dkk. 2022. Kesehatan Reproduksi dan keluarga Berencana. Media Sains Indonesia. Bandung.

Profil Penulis



Liya Lugita Sari, penulis merupakan bidan yang berprofesi sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Kebidanan Universitas Dehasen Bengkulu. Lahir di Manna Bengkulu Selatan pada 27 September 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di D3 Kebidanan Widyakarsa Jayakarta pada tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Padjajaran lulus tahun 2009. Menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respari Indonesia pada tahun 2015. Memulai karir sebagai dosen sejak tahun 2009 s.d sekarang. Selain aktif sebagai dosen, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, serta mengikuti beberapa pelatihan. Adapun buku yang sudah pernah diterbitkan antara lain: Buku ajar Psikologi Kehamilan, Persalinan dan Nifas, Buku Promosi Kesehatan. Penulis dapat dihubungi melalui email: liyalugitasari@gmail.com

BAB XVI

KONSEP DASAR KOMUNIKASI, INFORMASI, EDUKASI (KIE) KESPRO

Annisa' Wigati Rozifa, S.Keb., Bd., M.Keb.

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu memahami Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi.

1. Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)
 - a. Pengertian KIE
 - b. Tujuan KIE
 - c. Komponen KIE
 - d. Media KIE
 - e. Menentukan Pilihan Media KIE yang Efektif
 - f. Prinsip KIE
 - g. Pendekatan KIE
 - h. Langkah-langkah KIE
2. Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dalam Kesehatan Reproduksi
 - a. Bentuk Komunikasi Kesehatan
 - b. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi
 - c. Pokok Pengelolaan Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi
3. Strategi Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dalam Kesehatan Reproduksi
 - a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
 - b. Strategi KIE dalam Kesehatan Reproduksi

B. Materi

1. Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

- a. Pengertian KIE

Komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung atau tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan untuk mendapatkan tanggapan. Tanggapan (respon) diperoleh karena telah terjadi penyampaian pesan yang dimengerti oleh masing-masing pihak. Informasi adalah keterangan, gagasan maupun kenyataan yang perlu diketahui masyarakat (pesan yang disampaikan) dan dimanfaatkan seperlunya. Edukasi adalah: sesuatu kegiatan yang mendorong terjadinya penambahan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan ketrampilan seseorang/kelompok secara wajar (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2017).

KIE adalah kegiatan penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat. Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu

untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab (Fajrin et al., 2021).

b. Tujuan KIE

- 1) Menambah pengetahuan, mengubah sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan perilaku individu atau kelompok.
- 2) Mendukung suatu masalah atau isu dan mencoba untuk mendapatkan dukungan dari pihak lain secara aktif
- 3) Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio-kultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan masyarakat terhadap kesehatan reproduksi
- 4) Mendidik individu dan masyarakat tentang keberadaan dan manfaat menjaga kesehatan reproduksi yang berbasis masyarakat

c. Komponen KIE

Pada KIE, kita dapat menentukan informasi yang akan dikirim, memilih cara terbaik untuk mengirim pesan, dan menerima serta menginterpretasikan respons dalam pertukaran. KIE agar dapat berlangsung secara efektif, maka membutuhkan unsur-unsur berikut (Elsevier, 2020):

- 1) Pesan (*message*), yang dikirim dalam bentuk yang dapat dimengerti oleh penerima
Pesan adalah gagasan atau informasi yang ingin kita sampaikan. Informasi ini harus dalam bentuk yang dapat dipahami oleh orang yang dituju. Misalnya, jika kita mengatakan sesuatu dalam bahasa Indonesia kepada seseorang yang hanya berbicara bahasa asing, maka pesan tersebut tidak akan dipahami dan tidak akan ada komunikasi. Demikian pula, jika kita berbicara di atas tingkat pemahaman pasien, seperti menggunakan terminologi medis tertentu, atau jika pesannya tidak jelas atau terdefinisi dengan baik, komunikasi akan menjadi lebih sulit. Contoh lainnya, jika kita berbicara dengan seseorang yang secara fisik tidak dapat mendengar kata-kata yang diucapkan, orang tersebut tidak akan menerima informasi atau gagasan yang disampaikan.
- 2) Pengirim (*sender*)
Pengirim adalah seseorang yang memulai dan mengirimkan pesan. Dengan kata lain, pengirim memulai komunikasi. Pengirim memutuskan bagaimana menempatkan pesan dalam bentuk yang akan dipahami oleh audiens yang dituju.
- 3) Saluran (*channel*), metode untuk mentransmisikan pesan-verbal, nonverbal, atau tertulis
Saluran, atau cara penyampaian pesan, dapat berupa berbagai metode yang dapat berupa verbal, baik lisan atau tulisan. Misalnya berbicara dengan seseorang secara langsung atau di telepon, mendengar radio, membaca email, surat, atau pesan teks. Komunikasi juga terjadi melalui saluran nonverbal. Misalnya: melalui bahasa tubuh, atau bahkan ekspresi wajah yang sederhana.
- 4) Penerima (*receiver*)
Penerima adalah orang yang dituju oleh pesan tersebut. Penerima mendengarkan, membaca, atau melihat pesan, dan menerjemahkannya untuk memahami gagasan

yang disampaikan oleh pengirim. Agar pesan diterima sebagaimana ditransmisikan, penerima harus siap dan mampu menerimanya. Misalnya: Seorang pasien yang terganggu, mungkin tidak dapat menerima pesan dengan baik. Pasien yang mengalami kekhawatiran atau stres atas diagnosisnya, maka upaya untuk berkomunikasi mungkin gagal karena penerima belum siap. Jika pasien tidak siap menerima pesan atau tidak dapat menerimanya karena keadaan fisik atau emosional pasien, transmisi tidak lengkap.

5) Umpan balik (*feedback*)

Setelah pesan dikirimkan, selanjutnya menentukan apakah pesan itu diterima melalui respons umpan balik. Umpan balik menginformasikan pengirim apakah pesan itu dipahami atau tidak dengan verifikasi. Umpan balik dapat berupa respons sederhana melalui bahasa tubuh penerima, ekspresi wajah, atau anggukan kepala. Respons verifikasi yang lebih kompleks dapat melibatkan bentuk tertulis atau lisan. Penerima akan menanggapi dengan jenis umpan balik yang disebut klarifikasi, yang mengajukan pertanyaan untuk mendapatkan lebih banyak informasi untuk memahami pesan dengan lebih baik.

Ketika pesan dalam bentuk verbal atau lisan, pengirim dan penerima bergantian peran saat mereka mengirimkan informasi yang dibutuhkan dalam pertukaran dan memberikan respons dalam bentuk umpan balik dan verifikasi.

Gambaran komponen proses komunikasi lisan yang melibatkan seluruh komponen komunikasi:

Perawat: Dr Jones meminta saya untuk memberikan suntikan ini untuk Anda. (*Pesan*)

Pasien : Mengapa saya perlu diinjeksi? (*Pertanyaan/klarifikasi*)

Perawat: Menurut Dr Jones ini akan membantu meringankan rasa sakit Anda. (*Respons/umpan balik*)

Pasien : Apakah ini akan diberikan secara rutin? (*Klarifikasi/verifikasi*)

Perawat: Ya, suntikan harus bekerja lebih baik daripada obat oral untuk bantuan cepat. (*Respons/umpan balik*)

d. Media KIE

Media adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima (Hanafri et al., 2019). Efektifitas KIE atau Penyuluhan itu tergantung pada ketepatan media yang digunakan. Berdasarkan sifatnya terdapat tiga jenis media komunikasi, yaitu: media komunikasi audial, media komunikasi visual, dan media komunikasi audio-visual. Berdasarkan penggunaannya, media komunikasi dapat dibagi dua, yaitu media personal dan non-personal. Saluran komunikasi personal adalah meliputi dua orang atau lebih yang berkomunikasi langsung. Sementara dalam saluran komunikasi non personal menggunakan media massa. Media massa terdiri dari media cetak dan elektronik.

e. Menentukan Pilihan Media KIE yang Efektif

- 1) Melakukan identifikasi terkait isu yang sedang dikembangkan
- 2) Memetakan segmentasi terhadap kelompok-kelompok yang ada di masyarakat
- 3) Menentukan kelompok sasaran yang menjadi target kerja atau kampanye
- 4) Melakukan penelitian untuk memperjelas masalah
- 5) Membuat strategi dan pesan yang akan dikemas

- 6) Monitoring dan evaluasi, memastikan bahwa bahan KIE yang dikembangkan bisa sesuai dengan kebutuhan masyarakat sasaran, bermanfaat serta sejauh mana berdampak pada perubahan perilaku dalam masyarakat sasaran

f. Prinsip KIE

Prinsip-prinsip yang dapat dijadikan sebagai pedoman dalam melakukan KIE yang baik, yaitu (Harahap, 2019; Maisyarah et al., 2021):

- 1) Jelas dan Sederhana

Pesan-pesan KIE harus berisi informasi yang jelas tentang tujuan apa yang diharapkan dan akan mampu dilakukan oleh sasaran. Penjelasan yang disampaikan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami

- 2) Lengkap

KIE harus berupa informasi lengkap dan utuh, menyesuaikan materi KIE dengan latar belakang kelompok sasaran. Misalnya KIE dalam pelayanan kesehatan keluarga berencana (KB). Petugas kesehatan menjelaskan secara lengkap bagaimana cara penggunaannya serta manfaat metode kontrasepsi.

- 3) Hindari Pemberian Informasi yang Berlebihan

Kelebihan informasi dapat menyebabkan konsekuensi disfungsi seperti stres dan mengalihkan pengguna dari aktivitas penting lainnya dalam kehidupan sehari-hari. Terlalu banyak informasi dapat dengan cepat mendorong batas kognitif klien untuk memproses informasi dan kewalahan. Oleh karena itu, media KIE harus mampu menentukan batasan-batasan topik yang diangkat serta relevan dengan fakta yang dihadapi, serta solusi dan manfaat yang diterima oleh klien.

- 4) Kreatif dan Inovatif

Media KIE harus kreatif dan inovatif sehingga dapat dengan mudah diterima dan diaplikasikan. Media pembelajaran yang dikemas secara kreatif dan inovatif akan menarik perhatian pembaca sehingga dapat menumbuhkan motivasi untuk berperilaku sesuai apa yang dibacanya.

- 5) Bermutu

Bermutu artinya materi KIE selalu didasari pada informasi ilmiah terbaru, harus dapat dipertanggungjawabkan, jujur, seimbang, sesuai dengan media dan jalur yang digunakan, jelas dan terarah pada kelompok sasaran (disesuaikan berdasarkan umur, lokasi, latar belakang budaya, dan tingkat sosial-ekonomi), tepat guna, dan tepat sasaran. Oleh karena itu, petugas perlu menggali informasi yang lengkap tentang kelompok sasaran agar kegiatan KIE dan penyampaian materi sesuai, tepat guna, tepat sasaran dan mencapai tujuan yang diinginkan

- 6) Kemutakhiran data dan Konsep

Penggunaan sumber data yang benar secara teoritik dan empiris, dapat mendorong timbulnya kemandirian dan inovasi, serta mampu memotivasi untuk dapat mengembangkan pengetahuan, keterampilan, sikap positif masyarakat.

- 7) Media KIE disajikan secara sistematis, lugas, mudah dipahami, dan interaktif

- 8) Ilustrasi materi, baik teks maupun gambar sesuai dengan tingkat usia pembaca dan mampu memperjelas materi/konten serta santun

- 9) Penggunaan ilustrasi untuk memperjelas materi tidak mengandung unsur pornografi, paham ekstrimisme, radikalisme, kekerasan SARA, bias gender, dan tidak mengandung nilai penyimpangan lainnya.
- 10) Penyajian materi dalam media KIE dapat merangsang untuk berpikir kritis, kreatif, dan inovatif
- 11) Mengandung wawasan kontekstual
Wawasan kontekstual artinya relevan dengan kehidupan keseharian, serta mendorong pembaca untuk mengalami dan menemukan sendiri hal positif yang diterapkan dalam kehidupan sehari-hari
- 12) Penyajian materi menarik
Penyajian yang menarik dan menyenangkan bagi pembaca dapat menumbuhkan rasa keingintahuan yang mendalam
- 13) Media KIE menggunakan pendekatan multimedia dengan pesan-pesan yang disampaikan sesuai dengan sasaran dan melibatkan secara intensif unsur-unsur potensial lainnya dalam usaha untuk meningkatkan, memantapkan penerimaan masyarakat.
- 14) Metode dan teknik KIE
Pemilihan metode dan teknik KIE dalam bidang kesehatan dapat dilakukan melalui pendekatan 3 jenis jumlah sasaran, yaitu komunikasi individu, komunikasi kelompok, dan komunikasi massa.

g. Pendekatan KIE

Pada umumnya pendekatan yang digunakan dalam memberikan KIE terkait isu-isu kesehatan reproduksi yaitu GATHER (Widiyastuti et al., 2022).

G : *Greet*, Berikan salam, kenalkan diri dan buka komunikasi

A : *Ask*, Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi?

T : *Tell*, Beritahukan persoalan pokok yg dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelesaiannya

H : *Help*, Bantu klien memahami dan menyelesaikan masalahnya

E : *Explain*, Jelaskan cara terpilih telah dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat/diobservasi)

R : *Refer/Return visit*, rujuk buat jadwal kunjungan ulang

h. Langkah-langkah KIE

- 1) Mempertajam analisa sasaran. Tahap ini, difokuskan pada sasaran yang akan mendapatkan informasi (apakah kelompok anak, kelompok orang tua, guru, masyarakat, atau aparat desa, dan lain-lain)
- 2) Penetapan Strategi. Tahap ini menetapkan cara yang tepat dalam penyampaian pesan
- 3) Memperbesar arus komunikasi. Mengefektifkan semua jenis media KIE untuk memperbesar arus komunikasi ke semua pihak
- 4) Penyusunan Isi Pesan. Menyusun materi dan isi terkait pesan yang akan disampaikan

- 5) Desain Media. Merancang media yang efektif dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat sasaran dengan memilih penentuan gambar, cover serta memperhatikan estetika yang bisa menarik perhatian masyarakat
- 6) Pelaksanaa. KIE yang sudah disusun dan didesain dengan tepat didistribusikan ke kelompok masyarakat sasaran.
- 7) Evaluasi dengan cara melihat atau mengamati, menilai kembali bahan KIE yang sudah dihasilkan dan yang sudah didistribusikan. Sejauh mana memberi manfaat bagi masyarakat serta berdampak pada perubahan sikap dan perilaku pada masyarakat.

2. Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Dalam Kesehatan Reproduksi

a. Bentuk Komunikasi Kesehatan

1) Komunikasi Kesehatan Intrapersonal (*Intrapersonal Health Communication*)

Komunikasi kesehatan intrapersonal berfokus pada proses mental dan psikologis internal dalam konsep dan perawatan kesehatan, seperti pengembangan kepercayaan, sikap, dan nilai yang memengaruhi perawatan kesehatan dan keputusan kesehatan (Boslaugh, 2008; Frey & Cissna, 2009). Pada area studi komunikasi kesehatan ini, pendekatan dari psikologi sering dimanfaatkan untuk mengkaji bagaimana komunikator kesehatan memproses informasi, menciptakan makna, dan membuat pesan (Schement, 2002).

2) Komunikasi Kesehatan Interpersonal (*Interpersonal Health Communication*)

Komunikasi interpersonal menekankan pengaruh *person-to-person* dalam komunikasi kesehatan, berfokus pada hubungan pasien dengan penyedia pelayanan kesehatan, penyediaan pendidikan kesehatan, interaksi terapeutik, dan pertukaran informasi yang relevan dalam wawancara perawatan kesehatan (Boslaugh, 2008). Dalam komunikasi kesehatan interpersonal fokus kajian berkembang pada perkembangan kajian tentang relasi kerja sama dalam sistem kesehatan modern, seperti tentang bagaimana relasi antara profesional medis dengan pasien, relasi antar profesional medis, relasi antara profesional medis dengan keluarga pasien dan sebagainya (Schement, 2002). Komunikasi kesehatan interpersonal berfokus pada peran komunikasi, seperti pertukaran informasi, pendidikan, dan dukungan sosial (Frey & Cissna, 2009).

3) Komunikasi Kesehatan Kelompok (*Group Health Communication*)

Komunikasi kesehatan kelompok menjelaskan peran komunikasi dalam interaksi koordinasi kelompok dan pertukaran pesan, misalnya tim tenaga kesehatan, kelompok pendukung, komite etika, dan keluarga dalam pengambilan keputusan (Boslaugh, 2008; Schement, 2002). Saat ini, para tenaga kesehatan harus semakin erat bekerja sama dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Masyarakat memperoleh beragam informasi tentang pelayanan kesehatan dari berbagai media, sehingga mereka semakin kritis terhadap pelayanan kesehatan.

4) Komunikasi Kesehatan Organisasi (*Organizational Health Communication*)

Komunikasi kesehatan organisasi berfokus pada penggunaan komunikasi untuk mengoordinasikan kelompok yang saling bergantung, memobilisasi spesialis yang berbeda, dan berbagi informasi kesehatan yang relevan dalam pemberian perawatan kesehatan yang kompleks. Selain itu, pada tingkat ini, sistem promosi kesehatan memungkinkan penyediaan informasi yang efektif tentang perawatan kesehatan dan pencegahan risiko kesehatan yang relevan (Boslaugh, 2008).

Pelayanan kesehatan modern menuntut keberadaan lembaga kesehatan yang dijalankan dengan prinsip-prinsip organisasi modern melalui pengelolaan manajemen modern. Misalnya: sebagai sebuah organisasi, rumah sakit swasta harus berkomunikasi dengan pemerintah, sebagai organisasi resmi yang memiliki otoritas tertinggi dalam mengatur pelayanan kesehatan. Rumah sakit bekerja sama dengan perusahaan asuransi kesehatan dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien. Rumah sakit tersebut juga harus bekerja sama dengan berbagai perusahaan yang menyediakan barang dan jasa yang diperlukan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pengelolaan manajemen komunikasi organisasi, baik internal maupun eksternal, menjadi penting agar pelayanan kesehatan dapat terus dilakukan secara prima. Untuk mengelola manajemen komunikasi, rumah sakit tersebut di atas bisa menyusun *standard operating procedure* (SOP). Ketika ada SOP yang sudah baku, siapa pun individu yang berada dalam organisasi akan mudah melakukan komunikasi. Jaringan manajemen juga memiliki panduan untuk menjalankan komunikasi baik internal maupun eksternal melalui SOP (Schement, 2002).

5) Komunikasi Kesehatan Bermedia

Perkembangan media massa yang sangat pesat, terutama sejak mesin cetak yang memungkinkan penggandaan media cetak secara massal dan kemudian dilanjutkan dengan penemuan radio, film, televisi, dan komputer telah membawa berbagai dampak positif dalam bidang kesehatan. Melalui media massa, kegiatan promosi kesehatan bisa dilakukan secara lebih masif. Sebagai contoh adalah iklan layanan masyarakat di bidang kesehatan yang dibuat oleh departemen kesehatan yang dimuat di media cetak, disiarkan di radio, ditayangkan di televisi, dan dipasang di komputer yang terhubung dalam jejaring internet. Melalui iklan layanan masyarakat, pesan kesehatan bisa menjangkau khalayak lebih luas dalam waktu yang singkat (O'Keefe & Reid, 2020).

Dalam relasi kesehatan dengan media massa, penting untuk menguasai karakteristik masing-masing media. Karakteristik media cetak berbeda dengan media elektronik (radio dan televisi) maupun media internet. Penting juga bagi institusi kesehatan membina hubungan baik dengan institusi media. Pemberitaan yang positif di media massa mengenai aktivitas institusi kesehatan merupakan tujuan dari program kehumasan institusi kesehatan. Program ini bisa dilakukan dengan kegiatan rilis pers, konferensi pers, dan tur media (Flew *et al.*, 2019).

Perkembangan media massa yang difasilitasi oleh teknologi internet seperti keberadaan media sosial (*social media*) menjadi tantangan baru dalam komunikasi kesehatan. Di satu sisi, keberadaan media baru (*new media*) ini membuka kesempatan untuk kegiatan promosi kesehatan yang lebih bersifat viral di mana keterlibatan pengguna internet (*netizen*) bisa menjadi kunci sukses kegiatan promosi kesehatan. Namun di sisi lain, jika tidak dikelola dengan baik dalam kegiatan komunikasi kesehatan, keberadaan media sosial bisa merugikan (Dimitrova & Matthes, 2018; Muninger *et al.*, 2019; Stellefson *et al.*, 2020).

b. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi (WHO, 2010). Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental, dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi, serta proses

reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit, melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Depkes RI, 1998).

Ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi:

- 1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - 2) Keluarga Berencana (KB)
 - 3) Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)
 - 4) Pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS
 - 5) Kesehatan reproduksi usia lanjut
 - 6) Kesehatan reproduksi lainnya, seperti kanker, pencegahan dan penanganan kekerasan perempuan dan anak, pencegahan dan penanganan infertilitas, pencegahan dan penanganan aborsi.
- c. Pokok Pengelolaan Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi
- 1) Analisis Kegiatan. Analisis meliputi analisis khalayak, analisis kebutuhan program, analisis isi pesan dan analisis potensi pendukung.
 - 2) Penetapan strategi. Penetapan strategi meliputi penetapan tahapan, penetapan tujuan/sasaran/ target, pemilihan media KIE/ Penyuluhan, perumusan isi pesan dan pengaturan pendayagunaan sumber dukungan (tenaga, dana, sarana) termasuk penyiapan sumber daya manusia.
 - 3) Penyusunan isi pesan. Penyusunan isi pesan merupakan penjabaran dari program yang ingin disampaikan dalam bentuk tulisan, suara atau gambar yang dapat dimengerti sasaran
 - 4) Pemilihan media. Pemilihan media harus sesuai dengan isi pesan dari program yang akan disampaikan kepada sasaran
 - 5) Isi pesan dan media yang akan digunakan harus disesuaikan dengan kondisi sasaran dan tujuan dari KIE yang ingin dicapai. Demikian juga penentuan waktu dan tempatnya haruslah sesuai dengan karakteristik wilayah (Jackson et al., 2021).
 - 6) Monitoring dan Evaluasi. Monitoring dilakukan mengacu kepada rencana KIE/ Penyuluhan yang telah disusun sedangkan evaluasi dilakukan secara berkala untuk melihat proses, hasil ataupun dampak dari KIE yang dilakukan.

3. Strategi Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Dalam Kesehatan Reproduksi

a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan dalam bentuk integrasi komponen-komponen yang berada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi secara holistik dan berkualitas yang berorientasi pada kebutuhan pasien sesuai siklus hidupnya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu ini dalam bentuk Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu (Permatasari et al., 2022):

- 1) Berfokus pada kebutuhan pasien tanpa meninggalkan hak reproduksi keadilan dan kesetaraan gender

- 2) Melakukan pendekatan berdasarkan siklus hidup atau sesuai dengan fase kehidupan pasien
- 3) Secara aktif melakukan perluasan jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi
- 4) Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas demi tercapainya kualitas hidup masyarakat yang optimal.

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terdapat prinsip-prinsip pelayanan yang terdiri dari:

- 1) Pelayanan kesehatan yang bersifat holistik atau menyeluruh
- 2) Pelayanan kesehatan yang terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien dalam lingkup kesehatan reproduksi
- 3) Bersifat fleksibel sehingga pelaksanaan pelayanan dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien, apakah diberikan pada tingkat pertama atau pada tingkat lanjut (Kemenkes RI, 2015). Pelayanan kesehatan reproduksi terpadu ini terdiri dari dua macam, yaitu: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).

b. Strategi dan Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

- 1) Strategi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
 - a) Advokasi dan komitmen dari pemerintah daerah harus ditingkatkan untuk mencapai suasana yang dapat mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan terpadu.
 - b) Pelayanan kesehatan terpadu tersedia pada setiap tingkat pelayanan secara merata dan sesuai kewenangannya.
 - c) Kualitas pelayanan kesehatan yang selalu ditingkatkan untuk dapat memenuhi kebutuhan pasien
 - d) Masalah kesehatan reproduksi diatasi dengan memperhatikan prioritas masing-masing daerah secara spesifik.
 - e) Menjalin kemitraan lintas program dan sektor terkait, seperti organisasi profesi, agen donor, LSM ataupun masyarakat.
 - f) Memperkuat praktik keadilan dan kesetaraan gender, serta hak perempuan dalam kesehatan reproduksi.
 - g) Pengumpulan data dan penelitian berwawasan gender yang ditingkatkan guna mendukung meningkatnya kualitas pelayanan dan kebijakan terkait.
- 2) Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
 - a) Pemantapan manajemen program kesehatan reproduksi terpadu
Pemantapan ini dilaksanakan dengan menetapkan strategi dan kebijakan, penetapan standar, perluasan dan pemerataan, serta pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien, daerah dan indikator pemantauan yang berlaku.
 - b) Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu
Penerapan dilakukan pada seluruh sektor atau komponen kesehatan reproduksi sesuai dengan kebutuhan pasien dan dengan pendekatan siklus hidup.

c) Penerapan kegiatan pendukung

Penerapannya berupa kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi dengan melakukan advokasi dan mobilisasi sosial serta koordinasi lintas sektor yang dapat mendukung terpecahkannya masalah kesehatan reproduksi dalam berbagai sektor dan dapat meningkatkan koordinasi tingkat nasional yang bersifat fungsional. Pemberdayaan masyarakat secara optimal dapat meningkatkan kemampuan mandiri masyarakat dalam menangani masalah kesehatan reproduksi. Ketersediaan alat dan tenaga dalam pelaksanaan dapat menjamin pelayanan kesehatan reproduksi menjadi lebih terpadu, efektif dan efisien.

Selanjutnya dilakukan pembagian peran dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu antara peran Kementerian Kesehatan; Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota; Puskesmas; Puskesmas Pembantu, Poskesdes, dan Polindes. Kemudian dilakukan pencatatan dan pelaporan; serta monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan Reproduksi Terpadu.

C. Rangkuman

KIE adalah kegiatan penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan perilaku individu atau kelompok menjadi lebih sehat dan bertanggung jawab. Komponen KIE meliputi pesan (*message*), pengirim (*sender*), saluran (*channel*), penerima (*receiver*), dan umpan balik (*feedback*). Berdasarkan sifatnya, Media KIE terdiri atas 3 jenis, yaitu: media komunikasi audial, visual, dan audio-visual. Langkah-langkah KIE yaitu: Mempertajam analisa sasaran, Penetapan Strategi, Memperbesar arus komunikasi, Penyusunan Isi Pesan, mendesain Media, pelaksanaan KIE, dan evaluasi.

Bentuk KIE dalam kesehatan Reproduksi terdiri dari 5 macam, yaitu; Komunikasi Kesehatan Intrapersonal (*Intrapersonal Health Communication*), Komunikasi Kesehatan Interpersonal (*Interpersonal Health Communication*), Komunikasi Kesehatan Kelompok (*Group Health Communication*), Komunikasi Kesehatan Organisasi (*Organizational Health Communication*), dan Komunikasi Kesehatan Bermedia. Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi. KIE kesehatan reproduksi membutuhkan pengelolaan dengan rincian sebagai berikut: melakukan analisis, penetapan strategi, penyusunan isi pesan, pemilihan media, isi pesan dan media yang akan digunakan, serta melakukan monitoring dan evaluasi.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu. Berfokus pada kebutuhan pasien tanpa meninggalkan hak reproduksi keadilan dan kesetaraan gender; melakukan pendekatan dan menangani masalah pasien berdasarkan siklus hidup; secara aktif melakukan perluasan jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi; pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas demi tercapainya kualitas hidup masyarakat yang optimal.

D. Tugas

1. Susunlah dialog yang berisi antara tenaga kesehatan dengan pasien/ klien yang melibatkan seluruh elemen komunikasi!

2. Mengapa pemilihan media yang digunakan sangat berpengaruh terhadap Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) kesehatan reproduksi? Jelaskan Alasan Anda!
3. Apa yang dimaksud dengan Komunikasi Kesehatan Kelompok (*Group Health Communication*) dan berikan contoh aplikasi dalam pelayanan kesehatan?
4. Menurut Anda, strategi apa yang paling efektif saat ini dalam KIE kesehatan reproduksi?

E. Referensi

- Boslaugh, S. (2008). *Encyclopedia of epidemiology*. SAGE Publications Inc.
- Dimitrova, D. v, & Matthes, J. (2018). Social media in political campaigning around the world: Theoretical and methodological challenges. In *Journalism & mass communication quarterly* (Vol. 95, Issue 2, pp. 333–342). SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Elsevier. (2020). *Effective Communication for Health Professionals* (Second Edition). Elsevier.
- Fajrin, D. H., Rindi Antina, R., Puriastuti, A. C., Nugraha, A. P. H. S., Ernawati, Permatasari, P., & Wardani, D. N. K. (2021). *Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia* (N. Viandika, F. H. Wibawati, & E. D. Widyawaty, Eds.). Rena Cipta Mandiri.
- Flew, T., Martin, F., & Suzor, N. (2019). Internet regulation as media policy: Rethinking the question of digital communication platform governance. *Journal of Digital Media & Policy*, 10(1), 33–50.
- Frey, L., & Cissna, K. (2009). *Routledge handbook of applied communication research*.
- Hanafri, M. I., Iqbal, M., & Santi, C. A. G. (2019). Aplikasi Pembelajaran Menghafal Surat-Surat Pilihan Al-Qur'an Untuk Sekolah Dasar Berbasis Android. *Academic Journal of Computer Science Research*, 1(1).
- Harahap, R. A. (2019). *Buku Ajar Komunikasi Kesehatan*. Prenada Media.
- Jackson, M., Brennan, L., & Parker, L. (2021). The public health community's use of social media for policy advocacy: a scoping review and suggestions to advance the field. *Public Health*, 198, 146–155. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.015](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.015)
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2017). *Buku pedoman/ petunjuk Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM)*.
- Maisyarah, Salman, Sianturi, E., & Widodo, D. (2021). *Dasar Media Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Muninger, M.-I., Hammedi, W., & Mahr, D. (2019). The value of social media for innovation: A capability perspective. *Journal of Business Research*, 95, 116–127.
- O'Keefe, G. J., & Reid, K. (2020). The uses and effects of public service advertising. In *Public relations research annual* (pp. 67–92). Routledge.
- Permatasari, D., Hutomo, C. S., Istiqomah, S. B. T., & Purba, J. (2022). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yayasan Kita Menulis.
- Schement, J. R. (2002). *Encyclopedia of Communication and Information: Por-Zoo. Index* (Vol. 3). MacMillan Reference Library.
- Stellefson, M., Paige, S. R., Chaney, B. H., & Chaney, J. D. (2020). Evolving role of social media in health promotion: updated responsibilities for health education specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1153.
- Widiyastuti, N. E., Pastuty, R., & Febryanti, E. (2022). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana* (A. Munandar, Ed.). Media Sains Indonesia.

F. Glosarium

- Advokasi** pembelaan
- Desain** kerangka bentuk; rancangan

Efektif	ada efeknya (akibatnya, pengaruhnya, kesannya)
Evaluasi	pengumpulan dan pengamatan dari berbagai macam bukti untuk mengukur dampak dan efektivitas dari suatu objek, program, atau proses berkaitan dengan spesifikasi dan persyaratan pengguna yang telah ditetapkan sebelumnya
Fleksibel	luwes; mudah dan cepat menyesuaikan diri
Gender	jenis kelamin
Individu	orang seorang
Inovatif	bersifat memperkenalkan sesuatu yang baru; bersifat pembaruan (kreasi baru)
Internet	jaringan komunikasi elektronik yang menghubungkan jaringan komputer dan fasilitas komputer yang terorganisasi di seluruh dunia melalui telepon atau satelit
Klien	Orang yang memperoleh layanan
Kontekstual	berhubungan dengan konteks
Kreatif	bersifat (mengandung) daya cipta
Kritis	dalam keadaan yang paling menentukan berhasil atau gagalnya suatu usaha
Kualitas	mutu
Kultural	berhubungan dengan kebudayaan
Media	alat (sarana) komunikasi seperti koran, majalah, radio, televisi, film, poster, dan spanduk
Mekanisme	cara kerja suatu organisasi
Multimedia	berbagai jenis sarana
Mutakhir	terakhir; terbaru; modern
Oral	melalui mulut
Organisasi	kesatuan (susunan dan sebagainya) yang terdiri atas bagian-bagian (orang dan sebagainya) dalam perkumpulan dan sebagainya untuk tujuan tertentu
Pornografi	bahan bacaan yang dengan sengaja dan semata-mata dirancang untuk membangkitkan nafsu berahi
Potensial	mempunyai potensi (kekuatan, kemampuan, kesanggupan); daya berkemampuan
Radikalisme	paham atau aliran yang menginginkan perubahan atau pembaharuan sosial dan politik dengan cara kekerasan atau drastis
Respons	tanggapan; reaksi; jawaban
SARA	suku, agama, ras, dan antargolongan
Spesifik	bersifat khusus
Strategi	rencana yang cermat mengenai kegiatan untuk mencapai sasaran khusus
Teknik	metode atau sistem mengerjakan sesuatu

Biografi Penulis



Annisa' Wigati Rozifa, S.Keb., Bd., M.Keb. Penulis dilahirkan di Kota Bondowoso, 15 Februari 1992. Pada tahun 2014, penulis menyelesaikan Program Studi Sarjana Kebidanan Universitas Brawijaya Malang, dan melanjutkan pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Universitas Brawijaya Malang. Pada tahun 2017, penulis melanjutkan pendidikan di Magister Kebidanan Universitas Brawijaya Malang. Saat ini, penulis bekerja

sebagai dosen tetap di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Universitas Muhammadiyah Surabaya.

Beberapa mata kuliah yang pernah diampu yaitu: Biologi Reproduksi, Komunikasi Efektif dalam Praktik Kebidanan, Asuhan Kebidanan pada Pranikah dan Prakonsepsi, Evidence Based dalam Praktik Kebidanan, Pengantar Praktik Kebidanan, Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan (KDPK), Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak dengan Kondisi Rentan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (BBL), Penelitian dalam Kebidanan, serta Masalah dan Gangguan dalam Sistem Reproduksi.

Sebelumnya penulis juga telah menghasilkan buku yang berjudul *Asa Bersemi di Masa Pandemi*. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional. Penulis cukup aktif terlibat dan mengikuti kegiatan ilmiah sebagai moderator, dan peserta oral presentasi di kegiatan seminar atau konferensi nasional dan internasional. Email penulis adalah anisa.15wigati@gmail.com. Penulis memiliki motto hidup *Do What You Believe Is Right*.

BAB XVII

KONSELING PRA NIKAH DAN MENOPOUSE

Thrisia Febrianti

A. Konseling Pranikah

Salah satu cara yang dianggap paling signifikan untuk mewujudkan keluarga bahagia dan meminimalisir perceraian yaitu melalui konseling pranikah. Konseling pranikah adalah memberikan umpan balik individu kepada pasangan yang memiliki rencana ke jenjang pernikahan dan mengeksplorasi hubungan pasangan pada beberapa aspek seperti komunikasi, resolusi konflik, kecocokan kepribadian, harapan pernikahan, masalah keuangan, kegiatan rekreasi, keluarga, teman, seksualitas, spiritualitas, dan anak-anak (Williams, 2007). Sedangkan menurut Brammer dan Shostrom (1977) konseling pranikah merupakan konseling yang diselenggarakan untuk calon mempelai sebelum menikah. Sehingga tujuan konseling pranikah adalah membantu pasangan pranikah untuk mencapai pemahaman yang lebih baik tentang dirinya, masing-masing pasangan, dan tuntunan-tuntunan pernikahan.

Pasangan yang berpartisipasi dalam konseling pranikah menunjukkan psikologis yang positif secara keseluruhan (Stahmann, 2000) dan tidak memiliki masalah hubungan yang serius (Senediak, 1990). Konseling pranikah menunjukkan beberapa area yang merupakan kekuatan potensial untuk pertumbuhan pasangan. Selain mengidentifikasi kemungkinan kekuatan dan bidang untuk pertumbuhan, konseling pranikah bertujuan untuk memfasilitasi komunikasi antara pasangan tentang hubungan mereka. Konseling pranikah tidak diperkenankan digunakan sebagai ujian untuk menentukan apakah suatu pasangan harus menikah atau tidak, meskipun beberapa pasangan mungkin menyimpulkan bahwa mereka tidak cocok satu sama lain berdasarkan proses konseling. Menurut Larson, dkk (2002) dalam mengidentifikasi konseling pra nikah ada tiga hal yang perlu diidentifikasi yaitu kesiapan, fokus (memusatkan pikiran pada suatu hal yang sedang dihadapi), dan kesepakatan sehingga proses ini akan berdampak pada penilaian pasangan. Konseling pranikah bersifat mendidik dan bertujuan untuk membimbing calon pasangan suami istri yang efektif dalam mengatasi masalah perkawinan. Konseling pranikah dapat membantu calon pasangan yang ingin menikah mandiri mengidentifikasi hal-hal yang bisa menjadi konflik interpersonal pasangan dan mengembangkan keterampilan komunikasi.

Program konseling pranikah didasarkan pada beberapa kerangka teoritis, seperti teori sistem keluarga (Gilmour, 1995; Silliman & Schumm, 2000; Stahmann, 2000), teori Adlerian (Bishop, 1993), dan teori kognitif-perilaku (Silliman & Schumm, 2000), dan beberapa menggabungkan pengaruh dari keduanya psikologi dan agama (Silliman & Schumm, 2000). Konselor pranikah harus mempertimbangkan kebutuhan unik masing-masing pasangan untuk menentukan kesesuaian konseling pranikah. Tujuan khas dari berbagai pendekatan untuk persiapan pernikahan meliputi: (1) memudahkan transisi dari kehidupan lajang ke pernikahan, (2) meningkatkan kemantapan dan kepuasan pasangan untuk jangka pendek dan panjang, (3) meningkatkan keterampilan komunikasi pasangan, (4) meningkatkan persahabatan dan komitmen terhadap hubungan, (5) meningkatkan keintiman pasangan, (6) meningkatkan keterampilan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan (Stahmann, 2000).

Memahami makna perbedaan dan persamaan ini bagi setiap pasangan sangat penting untuk keputusan hubungan dan kepuasan (Burr, Leigh, Day, & Constantine, 1979). Model konseptual *relationship evaluation* (evaluasi hubungan) menunjukkan bahwa konteks individu, keluarga, budaya, dan pasangan secara konstan saling mempengaruhi satu sama lain secara timbal balik. Setiap kali dua individu membentuk suatu hubungan, konteks unik mereka dalam berinteraksi dapat mempengaruhi satu sama lain. Konteks individu adalah kombinasi dari karakteristik individu yang melekat (jenis kelamin, dan usia), sifat-sifat kepribadian (sosialisasi, volatilitas, kebaikan, dan fleksibilitas), dan keyakinan dan sikap (otonomi, spiritualitas, keyakinan tentang gender dan peran).

Menurut Mariamah (2020) model pelaksanaan yang dapat digunakan pada konseling pranikah menggunakan tahapan-tahapan yaitu tahap pra pelaksanaan dan tahap pelaksanaan. Tahapan pertama calon pengantin mendafftarkan diri, mengisi formulir, melengkapi berkas, dan menunggu informasi dari petugas KUA. Setelah semua memenuhi persyaratan calon pengantin menuju tahap kedua yaitu tahap pelaksanaan konseling pernikahan. Pada tahap kedua ini konselor pranikah memberikan materi tentang mempersiapkan faktor psikologis calon pengantin sebelum menuju pernikahan, materi tentang UU pernikahan, materi keluarga berencana, dan materi keluarga sakinah.

Pelaksanaan konseling pranikah di Indonesia khususnya melalui KUA layanan psikoedukasi disampaikan secara jelas dan dapat dipahami karena juga dilakukan dengan metode diskusi atau tanya jawab. Konseling pranikah atau kursus calon pengantin (catin) merupakan pemberian bekal pengetahuan dan keterampilan yang diberikan dalam kurun waktu minimal 16-24 jam pelajaran kepada catin. Penerapan konseling pranikah dapat dilakukan melalui layanan informasi dan layanan konsultasi. Tujuan dari layanan informasi merupakan suatu pemberian bantuan agar dapat mengambil keputusan secara tepat dan benar berdasarkan informasi yang diperoleh. Melalui layanan informasi calon pengantin dapat menerima dan memahami berbagai informasi, selain itu dapat pula berfungsi sebagai pencegahan dan pemahaman. Sedangkan layanan konsultasi, merupakan suatu pemberian bantuan dalam memperoleh wawasan, pemahaman, dan cara-cara yang perlu dilaksanakan dalam menangani kondisi dan permasalahan-permasalahan yang dihadapi oleh calon pengantin.

Saat terapi keluarga muncul untuk membantu memperbaiki masalah dan yang ada dalam hubungan dan keluarga, konseling pranikah tidak diragukan lagi merupakan kegiatan praktik yang harus sebagai area layanan yang ditawarkan. Salah satu pendekatan yang berhasil adalah konseling pranikah yang 'berfokus pada solusi'. Murray dan Murray (2004) membahas bagaimana berfokus pada sumber daya pasangan, membantu mereka mengembangkan visi bersama untuk pernikahan. Dengan mengikuti konseling pranikah, calon pasangan akan dibekali dengan pengetahuan untuk memecahkan masalah dengan cara membahas sumber masalah dalam pernikahan agar tidak salah dalam mengambil keputusan.

B. Konseling Menopause

Menopause didefinisikan sebagai penghentian permanen haid lebih dari 12 bulan merupakan peristiwa biologis alami yang terjadi tanpa alasan patologis, fisik, dan perubahan psikologis (Hunter, dkk., 2016). Wanita menjelang menopause akan mengalami penurunan berbagai fungsi tubuh, sehingga akan berdampak pada ketidaknyamanan dalam menjalani kehidupannya. Menopause bagian dari proses penuaan normal (Tiznobaik, 2018). Gejala menopause telah ditemukan kurang umum di masyarakat dimana menopause dipandang

sebagai proses penuaan normal daripada penyakit (Nusrat, dkk., 2008). Proses kehidupan yang tidak dapat dihindari oleh setiap wanita dalam menghadapi masa usia lanjut, sehingga menurunnya fungsi organ bahkan berhentinya produksi hormon estrogen harus dihadapi. Menurut Yin, et.al. (2017) menopause juga merupakan salah satu penurunan kualitas hidup wanita yang serius karena disebabkan penurunan sekresi hormon ovarium menyebabkan serangkaian penyakit dan gejala, termasuk gejala vasomotor, gejala psikologis, gejala urogenital, dan lain-lain.

Status menopause menurut Huffman, dkk. (2005) ditentukan sebagai berikut: (1) wanita yang menunjukkan bahwa mereka memiliki periode menstruasi yang teratur dalam 3 bulan terakhir diklasifikasikan sebagai premenopause, (b) wanita yang menunjukkan bahwa menstruasi mereka menjadi tidak teratur tetapi mereka telah memiliki periode dalam 12 bulan terakhir diklasifikasikan sebagai perimenopause, (c) wanita yang menunjukkan bahwa mereka tidak mengalami menstruasi dalam 12 bulan terakhir atau lebih diklasifikasikan sebagai pascamenopause dan (d) wanita yang menunjukkan bahwa mereka telah menjalani histerektomi diklasifikasikan sebagai menopause pembedahan. Sedangkan status kesehatan, peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, dan dukungan sosial telah diidentifikasi dalam penelitian menopause sebagai faktor yang mempengaruhi bagaimana wanita mengalami menopause.

Marettih (2012) mengatakan wanita pada usia 45 tahun akan mengalami penuaan indung telur sehingga tidak sanggup untuk memenuhi kebutuhan akan hormon estrogen dan progesteron yang berpengaruh pada siklus menstruasi. Menopause adalah perkembangan transisi periode dalam kehidupan perempuan dan merupakan bagian penting dari perawatan kesehatan reproduksi. Biasanya terjadi antara usia 45 dan 52 tahun tetapi dapat bervariasi. Usia rata-rata menopause di negara-negara barat telah meningkat 5 tahun abad terakhir (Tanira, 2009). Estrogen dikenal sebagai hormon wanita yang utama bersama dengan progesteron, seperti vagina, uterus, dan organ wanita lainnya tergantung keberadaan estrogen pada tubuh sampai usia dewasa. Pengaturan estrogen membuat terjadinya perubahan setiap bulannya dan mempersiapkan uterus untuk terjadinya kehamilan.

Wanita yang mengalami menopause dapat mencari informasi yang obyektif mengenai segala sesuatu yang menyangkut menopause. Untuk menilai dukungan sosial, wanita diminta menilai seberapa sulit atau betapa mudahnya bagi mereka untuk berbicara dengan orang lain tentang menopause dan menunjukkan berapa banyak teman dan anggota keluarga yang mereka bisa ajak berbicara dengan nyaman tentang menopause (Huffman, dkk., 2005). Khususnya bagi wanita pramenopause hal ini sangat penting karena dapat membina komunikasi dengan suami dan anak-anak sehingga mereka mengerti dan memahami kondisi istri dan ibunya.

Berbagai faktor seperti fisik, psiko-emosional, sosial, dan hubungan interpersonal mempengaruhi perkembangan disfungsi seksual selama menopause (Naeij, dkk., 2019). Disfungsi seksual dapat menyebabkan ketidakpuasan seksual (Fuentes, Iglesias, & Sierra, 2014). Kepuasan hubungan seksual merupakan salah satu faktor penting yang berhubungan dengan kepuasan hidup berumah tangga (Rahmani, Khoei, & Gholi, 2009). Wanita yang mengalami menopause juga perlu menyeimbangkan asupan kalori dan aktivitas fisik untuk mencapai dan mempertahankan rentang tubuh yang sehat, berat badan, dan pemilihan program makanan sehat (Tiznobaik, 2018). Bagi mereka yang berjuang dengan kesehatan wanita dan gejala menopause seperti perubahan suasana hati, depresi ringan, dan kecemasan atau stress. Konseling menopause dapat menjadi pilihan yang efektif.

Adapun tanda-tanda perubahan emosi yang mungkin terjadi pada seorang wanita yang mengalami menopause menurut Pieter & Lubis (2010) diantaranya ingatan menurun. Informasi tentang menopause yang diberikan melalui konseling sangat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan membantu menurunkan gejala. Konseling menopause dapat membantu wanita menopause memahami perubahan yang terjadi pada dirinya, mengatasi atau mencegah keluhan yang lebih berat. Proses konseling menopause diharapkan dapat menimbulkan kepuasan pada wanita menopause dengan bukti bahwa penurunan gejala menopause dan keluhan berkurang (Nurfajriah: 2018). Dalam proses konseling, wanita menopause diberikan informasi tentang pengertian masa menopause, perubahan yang terjadi, dan cara menangani gejala yang timbul pada masa menopause sesuai dengan kebutuhannya sehingga pengetahuan wanita menopause akan meningkat. Pengetahuan tentang menopause berperan penting dalam meningkatkan kemampuan mengelola menopause dengan memberikan informasi, dukungan, dan dorongan melalui proses konseling yang membantu wanita menopause memahami perubahan yang terjadi pada dirinya, memberdayakan, dan mengontrol dirinya (Elnaggar, 2013).

C. Kesimpulan

Konselor pranikah dilatih untuk membantu calon pengantin (catin) mengubah hubungan mereka dengan menggunakan teori konseling yang mempelajari teknik untuk bagaimana cara pasangan berkomunikasi, menyelesaikan konflik, dan mengeksplorasi peran dan aturan baru dalam hubungan. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan di bidang ini untuk mengeksplorasi bagaimana konselor dapat membantu pasangan dalam mengurangi tekanan pra nikah dan menambah keterampilan protektif bagi calon pasangan pra nikah, sedangkan konselor menopause dilatih untuk membantu wanita yang akan akan mengalami perimenopause. Elnaggar (2013) merekomendasikan untuk menempatkan menopause sebagai prioritas dalam agenda kesehatan masyarakat dan untuk merencanakan dan melaksanakan program pendidikan kesehatan bagi perempuan tentang menopause dan program ini harus diintegrasikan dalam sistem perawatan kesehatan. Wanita yang mengalami gejala menopause dapat mendiskusikan parameter normal dari pengalaman menopause, menjajaki kemungkinan perawatan untuk mengatasi penipisan estrogen, dan menyarankan konsultasi medis sehingga mengurangi rasa takut dan mengembalikan rasa kontrol pada wanita perimenopause.

D. Referensi

- Baziad, A. (2003). Menopause dan andropause. *Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2.*
- Bishop, D. R. (1993). An evaluation of premarital counseling from an Adlerian perspective. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research, and Practice, 49*, 294–305.
- Brammer, L. M., & Shostrom, E. L. (1977). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy.* Prentice-Hall.
- Elnaggar, S. A., Mohammed, A. H., & El-R-Ibraheem, S. A. (2013). Health education effect on knowledge and attitude of peri-menopausal and menopausal women toward menopause at El-Arabin District in Suez Governorate. *Life Sci. J, 10(4)*, 2838-2846.
- Fuentes, Iglesias, & Sierra. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology, 14(1)*, 67-75.
- Gilmour, S. C. (1995). Family systems training for engaged couples. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences, 56*, 1248.

- Huffman, S. B., Myers, J. E., Tingle, L. R., & Bond, L. A. (2005). Menopause symptoms and attitudes of African American women: Closing the knowledge gap and expanding opportunities for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 48-56.
- Hunter, M. M., Nakagawa, S., Van Den Eeden, S. K., Kuppermann, M., & Huang, A. J. (2016). Predictors of impact of vaginal symptoms in postmenopausal women. *Menopause (New York, NY)*, 23(1), 40.
- Marettih, A. K. E. (2012). Kualitas hidup perempuan menopause. *Marwah: Jurnal Perempuan, Agama dan Jender*, 11(2), 1-17.
- Mariamah, M. (2020). *Konseling pranikah dalam meningkatkan kematangan psikologi calon pengantin studi kasus KUA Kecamatan Batulayar TA 2019/2020* (Doctoral dissertation, UIN Mataram).
- 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.
- Naeij, E., Moosazadeh, M., Khani, S., Firouzi, A., & Barzegari, S. (2019). Effect of counseling and educational interventions on sexual functioning of women with natural menopause: A systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 9, 40-51.
- Nurfajriah, S. (2018). Pengaruh Konseling Menopause oleh Bidan Konselor terhadap Pengetahuan tentang Menopause. *IMJ (Indonesian Midwifery Journal)*, 1(2).
- Nusrat, N., Nishat, Z., Gulfareen, H., Aftab, M., & Asia, N. (2008). Knowledge, attitude and experience of menopause. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 20(1), 56-9.
- Rahmani, A., Khoei, E. M., & Gholi, L. A. (2009). Sexual satisfaction and its relation to marital happiness in Iranians. *Iranian Journal of Public Health*, 38(4), 77-82.
- Silliman, B., & Schumm, W. R. (1995). Client interests in premarital counseling: A further analysis. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 43-56.
- Stahmann, R. F. (2000). Premarital counseling: A focus for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 22, 104-117.
- Tanira, S., Wazed, F., Sultana, A., Amin, R., Sultana, K., & Ahmad, S. (2009). Knowledge, attitude and experience of menopause an urban based study in Bangladesh. *Journal of Dhaka Medical College*, 18(1), 33-36.
- Tiznobaik, A., Taheri, S., Momenimovahed, Z., Kazemnejad, A., & Mirmolaei, S. T. (2018). Effects of counseling on lifestyle of menopause women and their spouses: a randomized controlled trial study (RCT). *Electronic Journal of General Medicine*, 15(4), 5.
- Williams, L. (2007). Premarital counseling. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6(1-2), 207-217.
- Yin, H., Ye, J., Gao, H., Li, Q., Tian, Q., Wang, W., & Di, W. (2017). Knowledge, attitude and practice about reproductive health of perimenopausal and postmenopausal women in Shanghai: a cross-sectional and intervention study. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 10(7), 10944-10951.

Biografi Penulis



Thrisia Febrianti. Lahir di Bengkulu 27 Februari 1992, anak ke-3 dari tiga bersaudara. Suami bernama Muhammad Adi Baskoro dan memiliki seorang putri bernama Disya Raudhatul Jannah. Saat ini berkerja di Universitas Islam As-Syafiiyah mengajar pada Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Program Studi Bimbingan dan Konseling. Menyelesaikan pendidikan S1 Bimbingan Konseling di Universitas Bengkulu (UNIB) tahun 2014 dan menyelesaikan pendidikan S2 Bimbingan Konseling di Universitas Negeri Semarang (UNNES) tahun 2017. Saat ini sedang menempuh dan menyelesaikan tugas akhir pada Program Doktor Pendidikan Bimbingan dan Konseling di Pascasarjana Universitas Negeri Semarang (UNNES). Penelitian

yang pernah dilakukan diantaranya dengan judul Pengaruh Konseling Kelompok terhadap Perilaku Agresif Siswa Kelas VII 1 di SMP Negeri 3 Kota Bengkulu 2014, Pengembangan Model Konseling Teman Sebaya (*Peer Counseling*) untuk Meningkatkan Perilaku Prososial Siswa SMK di Kota Semarang 2017, dan prosiding Malindo (Malaysia-Indonesia) ke-5 berjudul Meningkatkan Kesadaran Multikultural Konselor, serta sedang melakukan riset mengenai *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) pada Konselor Sekolah SMA/MA.

BAB XVIII

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM KEADAAN DARURAT BENCANA

Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Tujuan Pembelajaran

Mampu memahami (d disesuaikan dengan materi)

B. Materi

1. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Oleh karena itu kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman, serta mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering melakukannya. Kesehatan reproduksi adalah hak laki-laki dan perempuan untuk mendapat informasi dan memiliki akses ke metode KB yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima, serta metode lain dalam mengatur kesuburan yang tidak melawan hukum. Hak atas akses layanan kesehatan yang layak, yang memungkinkan perempuan untuk menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman, dan memberikan kesempatan terbaik bagi pasangan untuk memiliki bayi yang sehat.

Sejalan dengan definisi kesehatan reproduksi diatas, pelayanan kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai kumpulan metode, teknik, pelayanan, yang berkontribusi terhadap kesehatan dan kesejahteraan reproduksi, serta mencegah dan memecahkan masalah kesehatan reproduksi. Hal ini juga mencakup kesehatan seksual, yang tujuannya bukan hanya konseling dan perawatan yang berkaitan dengan reproduksi dan penyakit menular seksual, tetapi juga untuk meningkatkan kehidupan yang hubungan pribadi (UNFPA, 2019; WHO, 2021).

Kesehatan reproduksi merupakan suatu hak asasi manusia, seperti semua hak asasi manusia lainnya. Penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berkualitas tinggi membutuhkan pendekatan yang terpadu yang bersifat multisektoral seperti perlindungan, kesehatan, nutrisi, dan layanan masyarakat memainkan peran penting dalam memberikan layanan kesehatan produksi. Dalam situasi darurat bencana akses informasi dan layanan kesehatan reproduksi sangat diperlukan guna mewujudkan kesejahteraan dan kesehatan. Semua orang yang berada dalam situasi darurat bencana, berhak atas kesehatan reproduksi. Untuk melaksanakan hak tersebut, penduduk yang terkena dampak harus memiliki lingkungan yang memungkinkan untuk bebas membuat pilihan secara bebas dan berdasarkan informasi yang telah diketahui.

2. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

a. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kespro yang terbaik

- b. Perempuan dan laki-laki berhak memperoleh informasi lengkap tentang seksualitas, kespro, manfaat serta efek samping obat/alat/tindakan medis yang digunakan
 - c. Memperoleh pelayanan KB yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan, tidak melawan hukum
 - d. Perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan → sehat/selamat menjalani kehamilan/persalinan → bayi sehat
 - e. Hubungan suami istri saling menghargai, tanpa paksaan, ancaman dan kekerasan
 - f. Remaja (laki/perempuan) berhak memperoleh informasi tepat/benar tentang reproduksi remaja
 - g. Laki/perempuan berhak memperoleh informasi yang mudah diperoleh tentang IMS, termasuk HIV/AIDS
3. Refleksi Kesadaran Kespro dalam Bencana

Indonesia merupakan daerah rawan bencana, banyak usaha yang sudah dilakukan untuk mengatasinya, namun masih sedikit perhatian yang diberikan untuk kesehatan reproduksi pada situasi bencana, memastikan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana adalah sangat penting karena merupakan Hak Asasi Manusia. Dalam situasi normal pun sudah banyak permasalahan di bidang kesehatan reproduksi dan kondisi ini akan menjadi lebih buruk dalam kondisi darurat bencana. Kebutuhan akan kesehatan reproduksi akan tetap ada dan kenyataannya justru meningkat disaat bencana.

Yankespro pada Situasi Bencana:

- Ibu hamil → butuh pelayanan INC
 - Ibu bersalin → dapat terjadi sewaktu-waktu dan kelahiran dapat terjadi selama perpindahan populasi
 - Ibu hamil, bersalin, nifas → dapat sewaktu-waktu mengalami komplikasi maternal
 - PUS → butuh kontrasepsi (KTD)
 - Perempuan/anak perempuan → beresiko mengalami kekerasan seksual, yang dapat meningkat selama ketidakstabilan sosial
 - Setiap individu → beresiko tertular IMS/HIV pada pelayanan yang tidak sesuai standar dan adanya resiko penularan meningkat pada populasi padat
4. Dampak Krisis Bencana dalam Kesehatan

Konflik bersenjata maupun bencana alam memiliki dampak negatif amat besar terhadap kesehatan reproduksi wanita, pria dan remaja. Pengungsian, kemiskinan, kehilangan mata pencaharian dan kehilangan tempat tinggal akan mempengaruhi kesehatan mereka termasuk kesehatan reproduksi, sehingga diperlukan penanganan khusus untuk memenuhi kebutuhan mereka terhadap pelayanan kesehatan reproduksi.

Beberapa masalah kesehatan reproduksi yang mungkin muncul dalam kondisi darurat adalah:

- a. Meningkatnya risiko kekerasan seksual
- b. Meningkatnya penularan IMS/HIV di area dengan kepadatan populasi tinggi
- c. Meningkatnya risiko yang berhubungan dengan kehamilan tidak diinginkan akibat berkurangnya layanan Keluarga Berencana

- d. Meningkatnya kekurangan gizi dan epidemi risiko komplikasi kehamilan, kelahiran terjadi selama perpindahan populasi
- e. Meningkatnya risiko kematian ibu karena kurangnya akses terhadap layanan gawat darurat kebidanan komprehensif.

5. Kespro pada Krisis Kesehatan

Upaya penanggulangan krisis kesehatan lebih menitikberatkan pada tahap pra krisis kesehatan daripada tahap tanggap darurat krisis kesehatan dampaknya pelayanan kesehatan reproduksi pada saat bencana seringkali tidak tersedia bahkan tidak dianggap sebagai prioritas. Perlunya kesiapsiagaan aspek reproduksi salah satunya adalah penyediaan kit individu khusus bagi kelompok rentan yaitu WUS, remaja putri dan ibu hamil diharapkan dapat meminimalisir dampak bencana terhadap kesehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2021). Mempersiapkan kit individu merupakan salah satu bentuk upaya penanggulangan bencana yang harus tersedia dalam situasi krisis kesehatan karena kebutuhan akan pelayanan kesehatan reproduksi tetap ada bahkan meningkat seperti pada ibu hamil yang membutuhkan pelayanan dan dapat melahirkan setiap saat (Hildayanto, 2020). Salah satu bagian dari pemerintah daerah yang wajib melaksanakan fungsinya dalam kesiapsiagaan bencana yaitu puskesmas, dimana berperan untuk mempersiapkan masyarakat dalam upaya pencegahan sehingga dapat mengurangi risiko bencana (Istiqomah et al., 2015)

6. Paket Pelayanan Awal Minimum Kesehatan Reproduksi

Ketersediaan layanan kesehatan reproduksi sejak awal bencana/ krisis kesehatan melalui pelaksanaan PPAM kesehatan reproduksi. PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus segera dilaksanakan pada tanggap darurat krisis kesehatan dalam rangka menyelamatkan jiwa pada kelompok rentan.

PPAM merupakan intervensi global, sebagai bagian dari standar minimal dalam respon bencana/ kemanusiaan yang disebut dengan standar SPHERE. Standar SPHERE adalah satu set prinsip dan standar kemanusiaan yang disusun oleh pekerja/ organisasi kemanusiaan internasional dengan tujuan untuk memastikan agar penduduk yang terkena dampak bencana (pengungsi) dapat hidup secara layak dan bermartabat.

PPAM adalah paket kegiatan prioritas yang dilaksanakan pada situasi darurat bencana. Apabila dilaksanakan pada awal bencana, PPAM akan dapat menyelamatkan hidup dan mencegah kesakitan pada perempuan dan remaja putri.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana dilaksanakan melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) pada saat awal bencana. Paket Layanan Awal Minimum (Minimum Initial Service Package/MISP) untuk Kesehatan Reproduksi adalah seperangkat kegiatan prioritas terkoordinasi yang dirancang untuk: mencegah dan menangani akibat dari kekerasan seksual; mengurangi penyebaran HIV; mencegah kelebihan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi; dan merencanakan layanan Kesehatan Reproduksi lengkap pada hari-hari dan minggu-minggu awal dari situasi darurat (Kemenkes RI, 2017). Untuk mewujudkan ketersediaan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas terutama pada tanggap darurat krisis kesehatan, koordinasi lintas program dan sektor terkait serta keterlibatan masyarakat di setiap tahap pelayanan tersebut sangat diperlukan, yaitu mulai dari penilaian, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

Informasi tentang PPAM sangat diperlukan karena semua orang, termasuk mereka yang hidup dalam situasi darurat bencana, berhak atas kesehatan reproduksi. Untuk

melaksanakan hak tersebut, penduduk yang terkena dampak harus memiliki lingkungan yang memungkinkan dan akses ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif sehingga mereka bisa membuat pilihan secara bebas dan berdasarkan informasi.

Jika PPAM kesehatan reproduksi tidak dilaksanakan, akan ada konsekuensi:

- Meningkatnya kematian maternal dan neonatal, balita dan lanjut usia
- Meningkatnya risiko kasus kekerasan seksual dan komplikasi lanjutan
- Meningkatnya penularan infeksi menular seksual (IMS)
- Terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi yang tidak aman
- Terjadinya penyebaran HIV

Penjelasan Tentang PPAM

Paket: kegiatan, koordinasi, perencanaan dan logistik. Paket tidak berarti sebuah kotak tetapi mengacu pada strategi yang mencakup koordinasi, perencanaan, pasokan logistik dan kegiatan kesehatan seksual dan reproduksi

Pelayanan: Pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan kepada penduduk terdampak.

Awal: dilaksanakan sesegera mungkin dengan melihat hasil penilaian kebutuhan awal

Minimum: Dasar, Terbatas

Target Sasaran PPAM

Target sasaran PPAM adalah penduduk yang merupakan kelompok rentan kesehatan reproduksi yaitu bayi baru lahir, ibu hamil, ibu bersalin, ibu pasca persalinan, ibu menyusui, anak perempuan, remaja dan wanita usia subur dan juga kelompok rentan lain seperti orang yang hidup dengan HIV/AIDS (ODHIV). Kelompok balita dan lanjut usia adalah kelompok sasaran lain dari komponen PPAM pengembangan di Indonesia.

Waktu Pelaksanaan PPAM

PPAM kesehatan reproduksi diterapkan pada tahap tanggap darurat krisis kesehatan dan akan dilanjutkan dengan penerapan kesehatan reproduksi komprehensif Ketika situasi sudah lebih stabil.

Tahap Bencana	Kegiatan
Pra Krisis	<ul style="list-style-type: none"> • Pembentukan sub klaster kesehatan reproduksi • Advokasi dan sosialisasi PPAM • Pelatihan dan orientasi PPAM • Penyusunan kebijakan • Penyusunan Norma Standar Prosedur dan Kriteria (NSPK) • Penyediaan logistik PPAM
Tanggap Darurat Krisis Kesehatan	Penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum Kespro
Pasca Krisis	Perencanaan kespro komprehensif yang terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar penilaian kesiapsiagaan PPAM adalah sebuah proses penilaian yang bertujuan untuk memberikan gambaran tentang kesiapan di tingkat nasional dan sub nasional untuk memastikan tersedianya akses ke pelayanan kesehatan reproduksi prioritas yang menjadi bagian dari PPAM

Dalam pelaksanaan PPAM harus mengikuti prinsip kemanusiaan dan prinsip dasar sebagai berikut:

- Prinsip Kemanusiaan, terdiri dari 4 prinsip dasar, yaitu:
 - √ Kemanusiaan (humanity): penderitaan manusia harus ditangani dimanapun terjadi. Tujuan aksi kemanusiaan untuk melindungi kehidupan dan kesehatan serta menjamin penghormatan terhadap manusia.
 - √ Kenetralan (neutrality): Pekerja kemanusiaan tidak boleh memihak dalam permusuhan atau terlibat dalam kontroversi yang bersifat politik, ras, agama atau ideologis.
 - √ Ketidakberpihakan (impartiality): tindakan kemanusiaan harus dilakukan atas dasar kebutuhan saja, dengan mengutamakan kasus-kasus penderitaan yang paling mendesak dan tidak membedakan atas dasar kebangsaan, ras, jenis kelamin, keyakinan agama, kelas atau pendapat politik.
 - √ Kemerdekaan (independence): aksi kemanusiaan harus terlepas dari tujuan politik, ekonomi, militer atau lainnya yang mungkin dikendalikan oleh setiap pihak terkait dengan bidang dimana aksi kemanusiaan sedang dilaksanakan.
- Prinsip dasar dalam pelaksanaan PPAM
 - √ Bekerja dalam kemitraan yang saling menghormati dengan masyarakat pengguna pelayanan, penyedia layanan dan mitra lokal dan internasional.
 - √ Memastikan kesetaraan dengan memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi yang beragam dan memastikan layanan dan komoditas tersebut tersedia secara gratis, terjangkau dan berkualitas tinggi.
 - √ Memberikan informasi dan pilihan yang komprehensif, berbasis bukti dan dapat diakses tentang pelayanan dan komoditas yang tersedia.
 - √ Pastikan partisipasi yang efektif dan bermakna pengguna pelayanan dan menghormati hak mereka untuk membuat keputusan dan pilihan untuk layanan dan komoditas.
 - √ Memastikan privasi dan kerahasiaan bagi semua orang dan memperlakukan secara terhormat dan bermartabat.
 - √ Mempromosikan kesetaraan, terkait dengan usia, jenis kelamin, identitas gender, status perkawinan, orientasi seksual, lokasi (pedesaan/ perkotaan), kecacatan, ras, warna kulit, Bahasa, agama, politik atau pendapat lain, kebangsaan, asal etnis, status sosial dan aspek lainnya.
 - √ Mengakui dan menangani dinamika gender dan kekuasaan di fasilitas perawatan kesehatan untuk memastikan bahwa orang tidak mengalami pemaksaan, diskriminasi atau kekerasan/ penganiayaan/ tidak menghormati atau pelecehan dalam menerima atau memberikan pelayanan kesehatan.
 - √ Melibatkan dan mobilisasi komunitas termasuk populasi yang sering terpinggirkan.
 - √ Memantau pelayanan dan komoditas, memberikan informasi dan hasil dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

7. Fokus Pelayanan Kespro pada Tangggap Darurat Bencana

a. Koordinasi Kesehatan Reproduksi

- Penetapan koordinator PPAM
 - Penerapan PPAM
- b. Kekerasan Berbasis Gender (GBV)
- Pencegahan dan penanganan GBV terutama SGBV (sexual gender based violence)
- c. Infeksi Menular Seksual dan HIV
- Upaya pencegahan IMS dan HIV
 - KIE
- d. Kesehatan Maternal Neonatal
- Mengenali tanda bahaya
 - Penanganan terpadu gadar maternal dan neonatal
- e. Penanganan Kespro Komprehensif dan Terintegrasi
- Pelayanan kespro melalui mobile clinic
 - Merencanakan pelayanan kespro dalam situasi pra dan pasca bencana

C. Referensi

- Susanti, SD dkk. (2021). *Kesehatan Reproduksi Masyarakat*. Yayasan Kita Menulis.
- Septianti, T. (2020). *Kesehatan Reproduksi Dalam Bencana*. Diakses pada 21 November 2022, dari <https://www.slideshare.net/trianaanti/kesehatan-reproduksi-dalam-bencana>
- Nuruniyah, S. (2014). *Evaluasi Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi Rawan Bencana Erupsi Merapi*, 57-61.
- Batjo, SH., Gusman, A., Yuli, A. (2022). *Kesiapsiagaan Masyarakat Terhadap Kesehatan Reproduksi Dalam Menghadapi Situasi Bencana*, 6(4), 3280-3291
- Wilda Rezki Pratiwi, Asnuddin, Hamdiyah, St. Hasriani. (2020). *Pendidikan Kespro dalam Menghadapi Situasi Darurat Bencana sebagai Upaya Peningkatan Kesejahteraan dan Reproduksi Sehat*, 2(2), 39-44.
- Nora Veri, Cut Mutiah, Alchalidi, Baharuddin. (2020). *Edukasi Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Untuk Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Darurat Bencana Pada Bidan Desa Di Kecamatan Langsa Lama Kota Langsa*, 3(2), 446-453.
- Kemendes, RI. (2022). *Pedoman Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan*.

BAB XIX

METODE KELUARGA BERENCANA

Yuni Astuti

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah melaksanakan pembelajaran ini, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan tentang metode Keluarga Berencana (KB) sederhana dengan menggunakan alat dan tanpa menggunakan alat.
2. Menjelaskan metode KB barrier baik pada laki-laki maupun perempuan.
3. Menjelaskan metode KB barrier baik pada laki-laki maupun perempuan.
4. Menjelaskan metode KB kimiawi dengan spermisida.
5. Menjelaskan metode KB hormonal yang meliputi KB pil, KB injeksi, KB implant, KB IUD.
6. Menjelaskan metode KB mantap yaitu tubektomi dan vasektomi.

B. Materi

1. Metode sederhana

a. KB tanpa menggunakan alat

1) Metode kalender

a) Pengertian

Metode kalender atau pantang berkala merupakan salah satu metode KB alami yang dilakukan berdasarkan siklus menstruasi wanita. Metode kalender atau pantang berkala adalah suatu metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

b) Manfaat

Cara atau metode kontrasepsi sederhana bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi. Kontrasepsi sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan, sedangkan konsepsi dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur/ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil.

c) Keuntungan

Ada beberapa macam keuntungan dari metode kalender ini yaitu metode kalender sangat sederhana dan dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat, tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus pada saat penggunaan, tidak mengganggu pasangan pada saat berhubungan seksual. dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak memerlukan biaya, dan tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi pada saat penggunaan.

d) Keterbatasan

Metode kalender ini mempunyai beberapa keterbatasan yaitu memerlukan kerjasama dan kedisiplinan yang baik dari pasangan pada saat penerapan, pasangan

suami istri harus mengetahui masa subur dan tidak subur sehingga tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat, sebelum menggunakan kontrasepsi ini pasangan harus mengamati siklus menstruasi minimal enam siklus, lebih efektif jika penerapannya dikombinasikan dengan metode kontrasepsi yang lain.

e) Cara penghitungan metode kalender

KB dengan metode kalender ini sangat efektif apabila siklus menstruasinya normal yaitu antara 21-35 hari dan sebelum menggunakan KB ini, harus dilakukan pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi minimal enam kali siklus berturut-turut.

Ada 2 (dua) cara penghitungan untuk metode kalender yaitu:

(1) 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 2 Juli. Tanggal 2 Juli ini dihitung sebagai hari ke-1. Haid berikutnya tanggal 29 Juli. Maka kemungkinan ovulasi hari ke 14 (tanggal 15 Juli). Maka masa suburnya adalah 13 Juli sampai 17 Juli.

Jadi pada masa ini merupakan masa pantang pasangan untuk melakukan hubungan seksual dan apabila ingin melakukan hubungan seksual harus menggunakan kontrasepsi lainnya untuk menghindari kehamilan.

(2) 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:

Hari pertama masa subur = Jumlah hari terpendek – 18

Hari terakhir masa subur = Jumlah hari terpanjang – 11

Langkah-langkah penghitungan:

(a) Catat siklus mensruasinya selama 6 bulan

Tabel 1. catatan siklus menstruasi

Periode	1	2	3	4	5	6
Panjang siklus	25	26	27	28	28	30

(b) Hasil penghitungan dari tabel tersebut, siklus terpendek adalah 25 dan siklus terpanjang adalah 30

(c) Untuk menentukan hari pertama masa subur yaitu $25 - 18 = 7$ dan untuk menentukan hari terakhir masa subur yaitu $30 - 11 = 19$

(d) Jadi masa suburnya adalah mulai hari ke-7 sampai hari ke-19. Pada masa ini, pasangan tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk menghindari kehamilan dan apabila ingin melakukan hubungan suami istri harus menggunakan alat kontrasepsi lainnya.

Contoh:

Seorang perempuan mendapat menstruasi tanggal 1 Januari 2022. Siklus terpendek 25 hari dan siklus terpanjang 30 hari.

Maka masa subur hari pertama yaitu $1+7 = 8$ dan masa subur hari terakhir: $1+19 = 21$

Jadi pada tanggal 8 Januari sampai tanggal 21 Januari 2022 terjadi masa subur dan berpeluang hamil apabila pada tanggal tersebut pasangan melakukan hubungan seksual.

2) Metode suhu basal tubuh

a) Pengertian

Suhu basal tubuh adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Untuk mengukur suhu tubuh pada metode kontrasepsi ini dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum ibu melakukan aktivitas apapun. Kegiatan pengukuran suhu tubuh dilakukan sebelum meninggalkan tempat tidur. Suhu normal tubuh sekitar $36-37^{\circ}\text{C}$. Ketika terjadi ovulasi, suhu akan turun terlebih dahulu dan kemudian naik menjadi $37-38^{\circ}\text{C}$, setelah itu tidak akan kembali pada suhu 36°C . Pada saat itulah terjadi masa subur (ovulasi). Kondisi kenaikan suhu tubuh ini akan terjadi sekitar 3-4 hari, kemudian akan turun kembali sekitar 2°C dan akhirnya kembali ke suhu tubuh normal menstruasi. Hal ini terjadi karena produksi progesterone menurun.

3) Metode lendir serviks

Pengertian

Metode lendir serviks merupakan salah satu metode KB alami dengan cara mengenali masa subur perempuan dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari ovulasi. Perubahan lendir serviks ini diakibatkan karena adanya perubahan kadar estrogen. Pada saat memasuki masa subur, alat genitalia perempuan akan terasa basah sedangkan saat masa tidak subur, alat genitalia perempuan akan terasa kering. Untuk menghindari kehamilan, sebaiknya tidak melakukan hubungan seksual pada saat masa subur.

4) Metode sim to dermal

Metode sim to dermal merupakan salah satu metode keluarga berencana alamiah dengan mengidentifikasi masa subur perempuan dari siklus menstruasinya. Metode ini dilakukan dengan mengamati masa subur dengan menggabungkan dua metode yaitu metode suhu basal tubuh dan mukosa lendir. Metode sim to dermal juga bisa dilakukan dengan mengkombinasikan tiga indikator masa subur perempuan melalui perubahan suhu tubuh, perubahan mukosa lendir serviks dan melalui metode kalender.

Manfaat dari metode sim to dermal adalah mencegah terjadinya kehamilan.

5) Metode amenorea laktasi

a) Pengertian

Metode amenorea laktasi merupakan salah satu alat kontrasepsi dengan mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif. Metode Kb ini dapat digunakan apabila bayi berusia kurang dari 6 bulan, ibu belum mendapatkan menstruasi, dan menyusui secara eksklusif.

b) Cara kerja MAL

Rangsangan syaraf dari puting susu diteruskan kehypothalamus, mempunyai efek merangsang pelepasan betaendropin yang akan menekan sekresi hormon gonadotropin oleh hypothalamus. Akibatnya adalah penurunan sekresi dari hormon Luteinizing Hormon (LH) yang menyebabkan kegagalan ovulasi

c) Keuntungan kontrasepsi MAL

Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan), tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.

d) Keterbatasan MAL

Metode MAL memiliki keterbatasan yaitu perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, dan tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS

6) Coitus interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana alamiah, dimana saat melakukan hubungan seksual laki-laki akan mengeluarkan alat genetalia (penis) dari alat genetalia perempuan (vagina) sebelum terjadi ejakulasi. KB dengan metode coitus interruptus dapat mencegah kehamilan karena alat genetalia laki-laki akan dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga tidak terjadi pertemuan sperma dan ovum.

Metode ini efektivitasnya sangat tinggi apabila dilakukan dengan benar dan diperlukan kedisiplinan dari pasangan.

b. KB menggunakan alat

1) Mekanisme barrier

a) Kondom pria

Kondom merupakan alat kontrasepsi berupa selubung atau karet tipis yang dipasang pada penis pada saat melakukan hubungan seksual sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina. Ada beberapa keuntungan dari penggunaan kondom yaitu sangat efektif bila digunakan dengan benar, murah dan mudah didapatkan, dapat mencegah penularan penyakit menular seksual, dan pada saat penggunaan tidak memerlukan pengawasan. Meskipun kondom sangat efektif digunakan, tetapi kondom mempunyai beberapa kerugian yaitu angka kegagalan relatif tinggi, tingkat efektivitasnya tergantung dari pemakai, perlu menghentikan semengara aktivitas seksual untuk memakai kondom, perlu digunakan secara konsisten, dan terus-menerus setiap melakukan hubungan seksual.

b) Kondom wanita

(1) Pengertian

Diafragma adalah kontrasepsi menyerupai kubah yang diletakkan pada mulut rahim sebelum berhubungan seksual. Kontrasepsi yang terbuat dari karet ini digunakan bersamaan dengan spermisida. Alat ini harus tetap dipakai sampai setidaknya enam jam setelah berhubungan seksual.

Mencegah masuknya sperma melalui kanalis servikalis ke uterus dan saluran telur (tuba falopi).

Sebagai alat untuk menempatkan spermisida.

Efektifitas diafragma untuk mencegah kehamilan sekitar 94% bila wanita selalu menggunakannya dan 84% bila wanita tidak selalu menggunakannya. Selain itu, diafragma akan efektif apabila cara menggunakannya benar dan tepat

2) Kimiawi

Spermisida

Spermisida adalah suatu bahan kimia aktif untuk membunuh sperma, berbentuk cairan, krim atau tisu vagina yang harus dimasukkan ke dalam vagina lima menit sebelum melakukan hubungan seksual. Spermisida dapat menyebabkan pergerakan sperma menjadi lambat, sel membrane sperma terpecah, dan menurunkan kemampuan pembuahan ovum. Pada saat memasukkan spermisida ke dalam vagina, harus menggunakan alat yang telah tersedia dalam kemasan.

Kegagalan sering terjadi karena waktu larut yang belum cukup, jumlah spermatida yang digunakan terlalu sedikit atau vagina sudah dibilas dalam waktu kurang dari enam jam setelah melakukan hubungan seksual.

2. Metode Modern

a. Kontrasepsi hormonal

1) Kontrasepsi oral

a) Pengertian

Pil KB atau kontrasepsi oral merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa pil berisi hormon estrogen dan atau progesterone. Cara penggunaan diminum melalui mulut yang bertujuan untuk mencegah kehamilan. Efektivitas KB pil ini tinggi yaitu 99,5-99,9%.

b) Jenis kontrasepsi oral

(1) Pil KB atau kontrasepsi oral tipe sekuensial

Pil ini dibuat menyerupai urutan hormone yang dikeluarkan oleh ovarium setiap siklus. Estrogen diberikan selama 14-16 hari pertama, kemudian kombinasi progesterone dan estrogen selama 5-7 hari terakhir. Pil KB ini terdiri dari 14-15 pil yang berisi derivat estrogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi estrogen dan progestin. Cara penggunaan pil KB ini sama dengan penggunaan pil KB kombinasi.

(2) Pil Kontrasepsi Kombinasi

Pil KB ini mengandung hormon estrogen dan progesteron dan diminum sehari sekali. Kandungan estrogen dalam pil kombinasi ini terdiri dari etinil estradiol dan mestranol. Dosis etinil estradiol 30-35 mcg sedangkan dosis estrogen 35 mcg sama efektifnya dengan estrogen 50 mcg dalam mencegah kehamilan. Kandungan progestin dalam pil oral kombinasi, terdiri dari noretindron, etindiol diasetat, noretinodel, norgestrel, levonogestrel, desogestrel dan gestoden.

Pil KB ini terdiri dari 21 – 22 pil dan setiap pilnya berisi derivat estrogen dan progestin dosis kecil, yang penggunaannya untuk satu siklus.

Pil KB kombinasi mempunyai 2 kemasan,yaitu:

(a) Kemasan 28 hari

Pil KB ini terdiri dari 21 pil mengandung hormon dan 7 pil tidak mengandung hormon tetapi sebagai gantinya adalah zat besi atau zat inert.

(b) Kemasan 21 hari

Pil KB ini terdiri dari 21 pil dan seluruh pil dalam kemasannya mengandung hormon. Interval 7 hari tanpa pil akan menyelesaikan 1 kemasan dan pasien mungkin akan mendapatkan menstruasi selama 7 hari tersebut. Untuk memulai siklus pil baru, maka pada hari ke-7 pasien harus mulai mengonsumsi pil baru walaupun tidak mendapatkan menstruasi. Apabila pasien merasa hamil dapat memeriksakan diri ke tempat pelayanan, tetapi bila pasien yakin minum pilnya benar, maka dapat melanjutkan minum pil sesuai jadwal.

(3) Mini Pil

Pil mini kadang-kadang disebut pil masa menyusui. Pil KB ini mengandung progesteron saja dan diminum sehari sekali. Berisi derivat progestin, noretindron atau norgestrel, dosis kecil, terdiri dari 21 - 22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan cara tipe kombinasi. Dosis progestin dalam pil mini lebih rendah daripada pil kombinasi. Dosis progestin yang digunakan adalah 0,5 mg atau kurang. Karena dosisnya kecil maka pil mini diminum setiap hari pada waktu yang sama selama siklus menstruasi bahkan selama menstruasi. Contoh pil mini antara lain micronor, NOR-QD, noriday, norod mengandung 0,35 mg noretindron; dan microval, noregeston, microlut mengandung 0,03 mg levonogestrol.

(4) Pil KB atau kontrasepsi oral tipe pil pascasangama (morning after pill) Morning after pill merupakan pil yang mengandung hormon estrogen dosis tinggi yang hanya diberikan untuk keadaan darurat saja, seperti kasus pemerkosaan dan kondom bocor. Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam setelah melakukan hubungan seksual, selama 5 hari berturut-turut

(5) Once a month pill

Pil KB ini mengandung estrogen yang *long acting*. Yaitu pil yang diberikan pada perempuan yang mempunyai *biological half life* panjang. Jenis kontrasepsi oral yang lain dan sudah tersedia namun terbatas antara lain:

(a) Mifepristone, yaitu alat kontrasepsi oral harian yang mengandung antiprogesteron yang digunakan dalam uji klinis penelitian.

(b) Ormeloxifene (centchroman), yaitu alat kontrasepsi oral yang berupa modulator reseptor estrogen yang digunakan 1 - 2 kali per minggu dan hanya tersedia di India.

2) Kontrasepsi injeksi

a) Pengertian

Kontrasepsi injeksi atau suntik merupakan salah satu kontrasepsi hormonal yang cara penggunaannya diberikan melalui suntikan secara intramuskuler.

b) Ada 2 jenis kontrasepsi injeksi yaitu:

(1) Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA)

Suntikan KB ini mengandung hormon depo medroxy progesterone acetate (hormon progestin) 150 mg. kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu melalui intramuskuler.

Keuntungan kontrasepsi ini adalah efektivitasnya tinggi, pemakaiannya sederhana, cukup menyenangkan bagi akseptor, dan cocok untuk ibu-ibu yang menyusui anaknya. Kekurangan metode ini adalah menimbulkan amenore dan juga sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur.

(2) Kombinasi Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) dan estradiolcypionate

Suntikan KB ini mengandung kombinasi hormon medroxyprogesterone acetate (hormon progestin) dan estradiol cypionate (hormonestrogen). Kontrasepsi ini diberikan setiap bulan sekali melalui suntikan IM.

Keuntungan penggunaan kontrasepsi ini yaitu tidak memerlukan pemeriksaan dalam pada klien, tidak mempengaruhi hubungan seksual, dan klien tidak perlu menyimpan obat suntik. Kerugian yang dapat timbul pada saat pemakaian yaitu terjadi perubahan pada pola haid, mual, muntah, pusing, dapat terjadi efek samping yang serius misal serangan jantung, stroke, menimbulkan penambahan berat badan.

c) Waktu pemberian kontrasepsi suntik

Kontrasepsi diberikan dalam waktu 7 hari siklus menstruasi, ntikan pertama dapat diberikan setiap saat asal dipastikan ibu tidak hamil, namun selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual, ibu menyusui diberikan setelah 6 minggu pasca persalinan, sementara pada ibu tidak menyusui dapat menggunakan segera setelah persalinan.

d) Mekanisme kerja kontrasepsi suntik

Mekanisme kerja kontrasepsi suntik mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba.

e) Cara menentukan tanggal kembali suntik bagi akseptor KB suntik

Cara menentukan tanggal kembali suntik 1 bulan cukup menambahkan 28 hari dari tanggal terakhir suntik. Begitu juga dengan suntik 3 bulan cukup menambahkan 84 hari dari tanggal terakhir suntik.

Contoh:

(1) Menghitung tanggal kembali KB 1 bulan

Pada KB suntik yang dilakukan tiap bulan (1 bulan), jarak pemberian suntikan adalah sebanyak 1 siklus (28 hari). Jika pasien mendapat suntuk KB pertama pada tanggal 1 November 2021.

Maka perhitungan suntik KB berikutnya adalah $1 + 28 = 29$

Jadi pasien suntik KB berikutnya pada tanggal 29 November 2021.

(2) Menghitung tanggal kembali suntik KB 3 bulan

Pada KB suntik yang diberikan setiap 3 bulan maka jaraknya sebanyak 3 siklus atau $3 \times 28 = 84$ hari.

Jika KB suntik pertama dilakukan pada tanggal 1 Juni 2021

Perhitungan suntik KB 3 bulan berikutnya adalah $1+84 = 85$

Karena bulan Juni 30 hari, bulan Juli 31 hari $85 - (30+31)=24$

Jadi suntik KB berikutnya hari minggu tanggal 24 Agustus 2021

3) Implant

a) Pengertian

Implant merupakan metode kontrasepsi hormonal yang pemasangannya di bawah kulit lengan atas. Alat kontrasepsi ini mengandung hormonal, sangat efektif untuk mencegah kehamilan, dapat mencegah kehamilan antara tiga sampai 5 tahun, dan tidak permanen.

b) Jenis-jenis implant

(1) Norplant

Norplant terdiri 6 kapsul silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg levonorgestrel. Lama penggunaan norplant 5 tahun.

(2) Implanon terdiri satu batang putih lentur, panjangnya 40 mm, diameter 2 mm, berisi 68 mg 3-keto-desogestrel. Lama penggunaan implanon 3 tahun

(3) Jadena dan indoplant, terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama penggunaan implanon 3 tahun.

c) Mekanisme kerja implant

Pemasangan implant 6 kapsul, 2 kapsul, dan 1 kapsul silatik, maka setiap hari dilepaskan secara tetap sejumlah hormone levonogestrel ke dalam darah melalui proses difusi dari kapsul tersebut. Besar kecilnya levonogestrel yang dilepaskan tergantung besar kecilnya permukaan kapsul silatik dan ketebalan dari dinding kapsul tersebut.

Mekanisme kerja implant untuk mencegah terjadinya kehamilan, yaitu:

(1) Mencegah ovulasi

Dimana pada kedua jenis implant norplan, hormon lenovogestrel berdistribusi melalui membran silastik dengan kecepatan yang lambat dan konstan. Dalam 24 jam setelah insersi, kadar hormon dalam plasma darah sudah cukup tinggi untuk mencegah ovulasi, kadar levonorgestrel yang dipertahankan dalam tubuh klien dengan sistem norplant secara parsial menekan lonjakan LH dan menghambat ovulasi. Sekresi FSH dan LH tetap berada pada kadar normal.

(2) Perubahan lendir serviks

Setelah pemasangan implant lendir serviks menjadi kental dan sedikit sehingga menghambat pergerakan spermatozoa, implant kemungkinan besar juga menekan proliferasi siklik endometrium yang dipicu oleh esterogen sehingga endometrium tetap dalam keadaan atrofi.

(3) Menghambat perkembangan siklik dari endometrium.

Efektifitas implant ini pada jenis norplant akan berkurang sedikit setelah 5 tahun dan pada tahun ke enam kira-kira 2,5 – 3 % akseptor menjadi hamil. Kemudian untuk jenis jadena sama efektifnya dengan norplant pada 3 tahun pertama pemakaiannya, selanjutnya efektifitasnya berkurang namun belum diketahui penyebabnya, kemungkinan karena kurangnya pelepasan hormon.

d) Keuntungan pemakaian implant

Keuntungan pemakaian implant yaitu pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, perlindungan pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu produksi ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik apabila ada keluhan, dan dapat dicabut sesuai dengan waktu yang diinginkan. Waktu yang baik untuk penggunaan implant adalah setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7.

e) Kelemahan penggunaan implant

Tidak dianjurkan untuk penderita penyakit hati, kanker payudara, perdarahan tanpa sebab, penggumpalan darah, penderita tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, penyakit jantung.

f) Efek samping

Sebagian besar pasien yang menggunakan KB Implant dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea, hingga timbul-timbulnya keluhan sakit kepala, peningkatan atau penurunan berat badan, nyeri payudara serta perasaan mual.

4) Intra Uterine Device (IUD)

a) Pengertian

IUD atau alat kontrasepsi dalam rahim adalah alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang dipasang dalam rahim untuk mencegah terjadinya kehamilan. Alat kontrasepsi ini merupakan metode kontrasepsi jangka panjang, yang dapat digunakan segera setelah persalinan.

b) Ada beberapa jenis IUD yaitu:

(1) IUD Cu T380 A

IUD Cu – T 380 A terbuat dari bahan polietilen berbentuk huruf T dengan tambahan bahan Barium Sulfat. Pada bagian tubuh yang tegak, dibalut tembaga sebanyak 176 mg tembaga dan pada bagian tengahnya masing-masing mengandung 68,7 mg tembaga, dengan luas permukaan $380 \pm 23\text{m}^2$. Ukuran bagian tegak 36 mm dan bagian melintang 32 mm, dengan diameter 3 mm. pada bagian ujung bawah dikaitkan benang monofilamen polietilen sebagai kontrol dan untuk mengeluarkan IUD.

(2) IUD Levonogestrel

IUD cooper T berbentuk T terbuat dari bahan polietilin dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik. IUD bentuk T yang baru IUD ini melepaskan lenovorgegestrel dengan konsentrasi yang rendah selama minimal lima tahun. Dari hasil penelitian menunjukkan

efektivitas yang tinggi dalam mencegah kehamilan yang tidak direncanakan maupun perdarahan menstruasi

- (3) Nova – T
IUD Nova-T mempunyai 200 mm² kawat halus tembaga dengan bagian lengan fleksibel dan ujung tumpul sehingga tidak menimbulkan luka pada jaringan setempat pada saat dipasang.
- c) Cara kerja IUD
Cara kerja IUD yaitu:
 - (1) Setelah pemasangan timbulnya reaksi radang (munculnya leukosit PMN, makrofag, foreign body giant cells, sel mononuklear dan sel plasma di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu karena lisis dari spermatozoa atau ovum dan blastokista.
 - (2) Produksi lokal prostaglandin yang tinggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
 - (3) Gangguan atau terlepasnya blastokista yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
 - (4) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi
- d) Waktu pemasangan IUD
IUD dapat dipasang pada hari pertama sampai ke-7 siklus haid, setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amonorea laktasi (MAL), setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1 sampai 5 hari setelah hubungan seksual yang tidak dilindungi.
- e) Keuntungan penggunaan IUD
Efektivitas kontrasepsi IUD sangat tinggi, 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan). IUD yang tidak mempengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI. Dapat dipasang segera sesudah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi). Dapat digunakan sampai menopause
- f) Kerugian penggunaan IUD
Setelah pemasangan dapat terjadi perubahan pada siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang sesudah 3 hari), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan saat haid lebih sakit, terdapat rasa ketidaknyamanan nyeri pada bagian perut. Ini dapat berlangsung selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan. IUD tidak dapat mencegah penyakit menular seksual serta penyakit radang panggul yang dapat memicu infertilitas. Perdarahan dapat terjadi segera sesudah pemasangan IUD, namun biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- g) Pemeriksaan ulang IUD
Setelah pemasangan, perlu dilakukan control untuk menjaga IUD terpasang dengan baik. Jadwal pemeriksaan ulang dapat dilakukan pada dua minggu

setelah pemasangan, satu bulan setelah pemeriksaan pertama, tiga bulan setelah pemeriksaan kedua, setiap enam bulan sampai satu tahun.

3. Metode Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap merupakan salah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengikat atau memotong saluran telur pada perempuan dan saluran sperma pada laki-laki. Kontrasepsi ini bersifat permanen, sehingga hanya disarankan bagi pasangan yang sudah memutuskan untuk tidak mempunyai anak lagi. Kontrasepsi mantap terdiri dari:

a. Metode Operasi Wanita (MOW)

Metode Operasi Wanita (MOW) atau tubektomi adalah tindakan pemotongan atau pengikatan pada kedua saluran telur sehingga tidak terjadi kehamilan. Karena kedua saluran telur dilakukan penutupan maka sel telur tidak bertemu sel sperma. Keuntungan metode ini adalah efektivitasnya hampir 100%, tidak mempengaruhi fungsi seksual, dan aman digunakan bagi ibu menyusui.

Tubektomi dapat dilakukan bersamaan dengan operasi seksio caesarea, laparotomi, penyakit kandungan atau bedah dan khusus minilaparotomi pada postpartum, setelah abortus, dan setiap waktu selama siklus menstruasi.

b. Metode Operasi Pria (MOP)

MOP atau vasektomi adalah tindakan pemotongan atau pengikatan pada saluran vas deferens. Metode ini membuat sperma tidak mampu mencapai vesikula seminalis yang dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen pada saat ejakulasi. Vasektomi sangat efektif, tidak ada efek samping untuk jangka panjang, tidak mengganggu hubungan seksual, dan murah. Untuk kekurangan alat kontrasepsi ini adalah harus dilakukan pembedahan, tidak dapat dilakukan pada orang yang ingin mempunyai anak, dan setelah pembedahan dapat muncul komplikasi perdarahan, nyeri, infeksi, dan tidak dapat melindungi dari penyakit menular seksual.

C. Rangkuman

1. Metode KB sederhana terdiri dari 2 (dua) jenis yaitu KB tanpa menggunakan alat dan KB menggunakan alat. KB tanpa menggunakan alat terdiri dari metode kalender, metode suhu basal tubuh, metode amenorea lakstasi, metode lendir serviks, dan metode sim to dermal. Sedangkan KB sederhana yang menggunakan alat terdiri dari kondom pria, kondom wanita, kimiawi berupa spermisida. Pelaksanaan metode ini sangat mudah dan aman untuk mencegah terjadinya kehamilan.
2. Metode KB Modern terdiri dari kontrasepsi hormonal yang meliputi KB pil, KB injeksi, implant, IUD. Jenis metode KB ini menggunakan hormonal progesterone, estrogen, dan kombinasi estrogen dan progesterone untuk mencegah terjadinya kehamilan.
3. Metode kontrasepsi mantap merupakan metode kontrasepsi yang dilakukan untuk mengikat atau memotong saluran telur pada perempuan dan saluran sperma pada laki-laki. Metode kontrasepsi ini bersifat permanen.

D. Tugas

1. Jelaskan metode kontrasepsi sederhana tanpa menggunakan alat!
2. Jelaskan metode kontrasepsi sederhana dengan menggunakan alat!

3. Jelaskan metode kontrasepsi modern dengan menggunakan hormonal!
4. Jelaskan metode kontrasepsi tubektomi!
5. Jelaskan metode kontrasepsi vasektomi!

E. Daftar Pustaka

- Bangun, S. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Terhadap Pemakaian Alat Kontrasepsi Implan Di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Johor Pangkalan Masyur Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 12(2), 217–221.
- Bobak, Lowdermilk Jensen. *Maternity Nursing*. Diterjemahkan oleh Wijayarini, Maria A, dkk. Dengan judul Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4; Jakarta: EGC, 2004.
- BKKBN, (2017), Pedoman pelaksanaan Pelayanan KB Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. (2017). Jakarta: BKKBN.
- Mega, Wijayanegara H. (2017). *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Manuaba I.B.G. (1998). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mulyani S.N, dan Rinawati M. (2013). *Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. CV Kekata Group
- Proverawati A. (2010). *Panduan Memilih Kontrasepsi*. Yogyakarta: Nuha Medika,.
- Saifuddin, Abdul Bari, dkk. (2006). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Cet.II; Jakarta: Tridase Printer; Yayasan Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Biografi Penulis

Yuni Astuti, lahir di Pati, 25 Juni 1979. Riwayat pendidikan diawali dari Akper Depkes Blora lulus tahun 2001, lulus pendidikan sarjana keperawatan Universitas Diponegoro tahun 2007, meraih gelar Ners di Universitas Diponegoro tahun 2008, dan pendidikan magister keperawatan di Universitas Gadjah Mada lulus tahun 2017.

Penulis saat ini sebagai pendidik di STIKES Kesdam IV/Diponegoro tahun 2010-sekarang. Sebelumnya penulis pernah bekerja di RSUD Blora tahun 1999-2001, pernah bekerja di Puskesmas Jakenan Pati tahun 2001-2005.